

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Західноукраїнський національний університет
Навчально-науковий інститут інноваційних освітніх технологій
Кафедра менеджменту, публічного управління та персоналу

ЯСЕНИК Зіновій Андрійович

**Інноваційні підходи до організації взаємодії
закладу охорони здоров'я зі споживачами
медичних послуг. / Innovative approaches to
collaborating healthcare institutions with
consumers of healthcare services**

спеціальність: 073 - Менеджмент
освітньо-професійна програма - Менеджмент закладів охорони здоров'я

Кваліфікаційна робота

Виконав студент групи
МЗОЗзм-21
З. А. Ясеник

Науковий керівник:
д.е.н., професор, П. П. Микитюк

Кваліфікаційну роботу
допущено до захисту:

"04" грудня 2020 р.

Завідувач кафедри

М. М. Шкільняк

ТЕРНОПІЛЬ - 2020

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ІННОВАЦІЙНІ ПІДХОДИ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ ВЗАЄМОДІЇ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЗІ СПОЖИВАЧАМИ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ	6
1.1. Заклад охорони здоров'я як продуцент медичних послуг і суб'єкт економічної діяльності	6
1.2. Взаємодія закладу охорони здоров'я зі споживачами медичних послуг	13
Висновки до розділу 1	29
РОЗДІЛ 2 ОЦІНКА ІННОВАЦІЙНИХ ПІДХОДІВ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ ВЗАЄМОДІЇ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЗІ СПОЖИВАЧАМИ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ	31
2.1. Об'єктивна необхідність інноватизації управлінських технологій в організації взаємодії закладу охорони здоров'я зі споживачами медичних послуг	31
2.2. Аналіз практики використання управлінських технологій в закладі охорони здоров'я.....	37
2.3. Оцінка системи управління використанням інноваційних підходів в закладі охорони здоров'я в наданні медичних послуг	45
Висновки до розділу 2	53
РОЗДІЛ 3 ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА РИНКУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ	55
3.1. Моделі ринку медичних послуг в залежності від типу покупців	55
3.2. Вдосконалення інноваційних підходів до організації взаємодії закладу охорони здоров'я зі споживачами медичних послуг	71
Висновки до розділу 3	79
ВИСНОВКИ	81
СПИСОК ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ.....	84

ВСТУП

Актуальність проблеми. В умовах зростаючого динамізму зовнішнього середовища, реформування галузі охорони здоров'я підвищення вимог споживачів до якості медичної допомоги і медичних послуг важливу роль для досягнення закладами охорони здоров'я своєї місії, підвищення ефективності діяльності відіграє використання інноваційних підходів та їх удосконалення.

За своєю сутністю інноваційні підходи до організації взаємодії закладу охорони здоров'я зі споживачами медичних послуг є способами, прийомами і порядком взаємодії закладу, загалом, і реалізацією ним внутрішніх і зовнішніх функцій. Послідовність виконання закладом взаємопов'язаних функцій управління розкриває суть технології управлінської роботи.

Використання інноваційних підходів до організації взаємодії закладу охорони здоров'я зі споживачами медичних послуг означає приведення організаційної діяльності у певну систему, яка характеризується сукупністю елементів та їх стійкими взаємозв'язками, змістом функціонування цих елементів, напрямками та динамікою їх розвитку. Усе наведене вище обумовлює актуальність теми кваліфікаційної роботи.

Аналіз останніх досліджень та наукових праць. Широке коло питань, пов'язаних із використанням інноваційних підходів розглянуто в працях вітчизняних та зарубіжних вчених. Серед них роботи таких науковців як Р.Блейк, Р.Дафт, В.Дудченко, Н.Кривокульська, О.Кузьмін, П.Микитюк, В.Макаревич, М.Маркова, О.Овсянюк-Бердадіна, А.Пригожин, В.Хайэм, В.Шейнов, М.Шкільняк та ін. Разом з тим, питання використання інноваційних управлінських технологій у закладах охорони здоров'я вимагає глибших і системніших досліджень з огляду на тенденції і особливості реформування сфери охорони здоров'я.

Метою кваліфікаційної роботи є розвиток теоретичних положень і вироблення практичних рекомендацій щодо інноваційних підходів до організації взаємодії закладу охорони здоров'я зі споживачами медичних послуг.

Для досягнення мети кваліфікаційної роботи були поставлені і розв'язувались такі **завдання**:

- дати оцінку закладу охорони здоров'я як продуценту медичних послуг і суб'єкту економічної діяльності;
- розкрити особливості взаємодії закладів охорони здоров'я зі споживачами медичних послуг;
- проаналізувати об'єктивну необхідність інноватизації управлінських технологій в організації взаємодії закладу охорони здоров'я зі споживачами медичних послуг;
- дати оцінку аналізу практики використання управлінських технологій в закладі охорони здоров'я;
- провести оцінку системи управління впровадженням інноваційних управлінських технологій в закладі охорони здоров'я;
- вдосконалити модель ринку медичних послуг в залежності від типу покупців;
- систематизувати вдосконалення інноваційних підходів до організації взаємодії закладу охорони здоров'я зі споживачами медичних послуг.

Об'єктом дослідження є процес впровадження інноваційних підходів до організації взаємодії закладу охорони здоров'я зі споживачами медичних послуг.

Предметом дослідження є теоретичні і практичні аспекти інноваційних підходів до організації взаємодії закладу охорони здоров'я зі споживачами медичних послуг.

Методи дослідження: системний аналіз (для обґрунтування необхідності інноватизації управлінських технологій в закладі охорони здоров'я); порівняльний аналіз (для порівняння вітчизняного і зарубіжного досвіду впровадження інноваційних управлінських технологій в закладах охорони здоров'я); структурний аналіз (для визначення структури системи управління впровадженням інноваційних управлінських технологій в закладі охорони здоров'я); факторний аналіз (для виявлення чинників, що зумовили потребу вдосконалення механізму управління впровадженням інноваційних управлінських технологій в закладі охорони здоров'я).

Практична значущість результатів полягає у тому, що у кваліфікаційній роботі сформовані практичні рекомендації щодо впровадження інноваційних підходів до організації взаємодії закладу охорони здоров'я зі споживачами медичних послуг та можуть бути використані у роботі комунального некомерційного підприємства «Микулинецька обласна фізіотерапевтична лікарня реабілітації» Тернопільської обласної ради.

Апробація. За результатами дослідження опубліковано тези доповідей на тему «Функціонування системи надання медичних послуг у закладах охорони здоров'я» у Збірнику всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції з міжнародною участю «Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах інноваційного розвитку економіки» (Тернопіль, ТНЕУ, 2020) та тези доповідей «Закупівля медичних послуг закладами охорони здоров'я» у Збірнику науково-практичної конференції студентів та молодих вчених з міжнародною участю «Актуальні проблеми економіки, підприємництва та управління на сучасному етапі» (Тернопіль, ЗУНУ, 2020).

Структура та обсяг роботи. Кваліфікаційна робота розміщена на 90 сторінках, включає три розділи, список використаних джерел із 65 позицій, 12 рисунків і 11 таблиць.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ІННОВАЦІЙНІ ПІДХОДИ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ ВЗАЄМОДІЇ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЗІ СПОЖИВАЧАМИ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

1.1. Заклад охорони здоров'я як продуцент медичних послуг і суб'єкт економічної діяльності

В Україні проводилися реформи охорони здоров'я починаючи з перших років незалежності держави. Але ці реформи були фрагментарними і проводилися в окремих секторах галузі.

Найбільшу увагу в реформуванні галузі приділялося питанням оптимізації первинної медико-санітарної допомоги. На окремих пілотних майданчиках відпрацьовувалися інноваційні для країни організаційно-економічні механізми. До таких напрацювань того часу можна віднести відпрацювання різних моделей організації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини.

Впроваджено нові методи фінансування, такими механізмами виступали подушна оплата, глобальний бюджет, договірні відносини та автономізація медичних закладів.

Реформа системи охорони здоров'я відбувалась на основі місцевих ініціатив і за підтримки проектів технічної допомоги з боку міжнародних донорських організацій. Такими проектами є:

- профілактика та первинна медична допомога;
- фінансування та управління охороною здоров'я в Україні;
- розвиток медичних стандартів;
- сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні.

Однак в більшості вони були локальними, носили фрагментарний характер і по закінченню міжнародного проекту не мали продовження. Їх досвід [2; 37; 62; 63] залишався в підготовлених документах та методичних рекомендаціях.

Незадовільний стан з організації доступної та якісної медичної допомоги з часом потребував більш системного характеру в проведенні реформи охорони здоров'я в країні. Одним із перших кроків було прийняття Постанови КМУ від 17.02.2010р. № 208 «Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я», якою передбачалося утворення центрів первинної медико-санітарної допомоги; оптимізація мережі районних, міських і дільничних лікарень, спеціалізації та перепрофілювання лікарень з урахуванням потреб населення у медичній допомозі. Даною постановою визначався перехід від моделі охорони здоров'я Семашко до сучасної системи охорони здоров'я, яка орієнтована на задоволення реальних потреб населення в медичній допомозі і водночас адаптованої до ринкових реалій.

Набутий досвід України з реформування системи охорони здоров'я та висновки міжнародних експертів про надзвичайно низьку ефективність вітчизняної системи охорони здоров'я [31] спонукали керівництво країни до проведення комплексної реформи охорони здоров'я в країні. Заходи реформи охорони здоров'я були визначені Програмою економічних реформ на 2014–2020 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава».

Метою реформи системи охорони здоров'я було визначено забезпечення рівного і справедливого доступу всіх членів суспільства до медичних послуг, високої її якості та її своєчасності.

Основними напрямками реформи системи охорони здоров'я були визначені:

- забезпечення доступної, якісної, кваліфікованої медичної допомоги всім громадянам, незалежно від їх соціально-економічного стану та місця проживання;
- пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини з оптимізацією мережі комунальних та підпорядкованих різним міністерствам і відомствам державних закладів охорони здоров'я;

- запровадження ефективної та прозорої моделі фінансування системи медичної допомоги, орієнтованої на реальні потреби пацієнтів; підвищення рівня та забезпечення сталості фінансування галузі; перехід до розподілу коштів за принципом оплати наданих послуг, а не за принципом утримання медичних закладів; вжиття заходів щодо запровадження в діяльність закладів охорони здоров'я сучасних економічних механізмів; чітке розмежування бюджетних асигнувань на первинну, вторинну та третинну лікувально-профілактичну допомогу; запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування із забезпеченням належної якості гарантованих державою безоплатних медичних послуг;

- запровадження дійових механізмів мотивації медичних працівників до якісного і ефективного надання медичних послуг;

- формування єдиного медичного простору під управлінням Міністерства охорони здоров'я України як один із шляхів оптимізації мережі закладів охорони здоров'я відповідно до потреб населення;

- запровадження ефективного механізму здійснення державного контролю за виробництвом, імпортом, реалізацією та рекламою фармацевтичної продукції, а також за якістю лікарських засобів і виробів медичного призначення в процесі їх виробництва та ввезення на територію України, підвищення конкурентоспроможності вітчизняної фармацевтичної продукції;

- запровадження системи управління реформами та ефективного менеджменту.

В регіонах, за роки його проведення, проводилося відпрацювання механізмів структурної перебудови системи охорони здоров'я та впровадження сучасних фінансово-економічних механізмів в галузі. Пріоритетним напрямком реформи став розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини.

В науковій літературі висвітлено проблемні питання щодо формування госпітальних округів, які створити в зазначений Законом України час не вдалося. Аналіз літературних джерел показав недостатній рівень готовності організаторів охорони здоров'я до проведення реформи, недостатній рівень ефективної

комунікації, що привело до низького рівня підтримки населення структурної перебудови системи надання медичної допомоги [29; 58].

Одним із важливих напрямків реформи системи охорони здоров'я України стало впровадження сучасних економічних механізмів [54; 60]. При розробці даного напрямку реформи використовувались рекомендації ВООЗ. Так, у доповіді ВООЗ за 2015 рік «Фінансування систем охорони здоров'я - шлях до універсального покриття витрат на медичну допомогу» заявлено, що «консолідація пулів з самого початку реформування повинна бути частиною стратегії. Існування численних пулів неефективно, оскільки дублює один одного і збільшує вартість адміністративних та інформаційних систем. Вони також ускладнюють захист від фінансового ризику та досягнення соціальної справедливості. Для того, щоб система охорони здоров'я працювала, необхідно об'єднати пули, створити дійсно єдиний пул, в рамках якого можна було б вирівнювати ризики» [18].

Реформа системи охорони здоров'я передбачає наступне [33, 34]:

- первинний рівень надання медичної допомоги: розмежування первинного та вторинного рівнів допомоги; об'єднання фінансових ресурсів для надання ПМСД на районному/міському рівнях; вільний вибір лікаря ЗП/СМ, який визначає медичний маршрут пацієнта;
- вторинний рівень надання медичної допомоги: об'єднання фінансових ресурсів для надання вторинної допомоги на обласному рівні;
- третинний рівень медичної допомоги: визначення МОЗ України квот для клінік НДІ для надання високоспеціалізованої високотехнологічної допомоги для всіх рівнів.

Запровадження сучасних механізмів оплати праці передбачало:

- на первинному рівні: сполучення подушної оплати і стимулюючих надбавок за пріоритетні види діяльності (наприклад, % охоплення вакцинацією, % охоплення скринінговими програмами тощо);
- на вторинному рівні: для стаціонарів – “глобальний бюджет” залежно від структури та обсягів наданої допомоги, для поліклінік – за обсяг наданих послуг;

– на третинному рівні: “глобальний бюджет” в залежності від структури та обсягів наданої допомоги.

Вищевикладене обумовлює необхідність по-новому поглянути на заклад охорони здоров'я, його місце в системі охорони здоров'я, зміст функціональної діяльності.

Для такої характеристики можна використати декілька методологічних підходів:

1) З позиції теорії менеджменту, як складну організацію із специфічною структурою, специфічним видом продукту діяльності – високорентабельною формою надання медичної допомоги (медичної послуги), специфічним рівнем організації управління властивим закладам адміністративного типу управління; особливими характеристиками системи організації праці; складною системою оцінки якості роботи;

2) З позиції класичного аналізу ринку медичних послуг – як продукту ринку продукції, продукції медичних послуг, суб'єкта економічної діяльності. Цей підхід обумовлений тим, що в умовах медичної реформи поглиблюються становлення і розвиток ринку послуг, суб'єктами якого з боку пропозиції виступають медичні заклади всіх форм власності, окремі фізичні особи (лікарі) – виробники медичних послуг, страхові компанії, рекламні компанії, фармацевтичні заклади, санаторно-курортні та реабілітаційні надавачі послуг. Це обумовлює необхідність погляду на заклад охорони здоров'я двояко: як продуцента медичних послуг; як суб'єкта економічної діяльності з усіма характеристиками її змістовних складових.

3) З маркетингових позицій, що обумовлює увагу до питань позиціонування надаваних послуг через призму диверсифікації їх видів, специфіку оцінки якості, активності щодо просування платних видів послуг на ринок, формування іміджу організації, використання принципів брендінгу.

4) З позиції гносологічного підходу – тобто оцінки еволюції закладу охорони здоров'я як організації, що під впливом ряду факторів змінює свій статус і зміст функціональної діяльності.

5) З позиції організаційного підходу – формування особливої організаційної структури медичного закладу, організації процесів праці, організаційного циклу процесу управління, специфіку організації окремих сфер функціональної діяльності, тощо.

б) З позиції системного підходу, згідно якого заклад охорони здоров'я розглядається як складна структурована система з своєрідною практикою внутрішнього упорядкування (адміністрація, відділення лікарні, обслуговуючі структурні підрозділи, тощо) і з відповідним зовнішнім середовищем – безпосередньої дії (працівники, споживачі медичних послуг, лікарні інших рівнів медичної допомоги, місцеві органи влади, управління, департаменти охорони здоров'я районних і обласних державних адміністрацій, органи місцевого самоврядування, фінансові органи, казначейство, служба пожежної охорони, тощо) та опосередкованої дії (ситуація в країні і регіоні, бюджетна політика щодо фінансування охорони здоров'я, система регулювання підприємницької діяльності, програми технічної допомоги, вплив на активізацію реформ з боку центральних органів влади та ін.).

В представлений випускній кваліфікаційній роботі зроблена спроба дослідити обрану проблему з позицій синтезу зазначених вище підходів, що дозволяє дати комплексну характеристику закладу охорони здоров'я загалом та досліджуваного закладу охорони здоров'я.

За новим трактуванням заклад охорони здоров'я є складною організацією, яка спрямовує свою діяльність на надання медичної допомоги, дотримується вимог чинного законодавства і вимог до належної якості. Медична допомога надається відповідно до локальних медико-технологічних документів, розроблених згідно з галузевими нормативами, гармонізованими з найкращим світовим досвідом на основі галузевої медицини. Обсяг ресурсів для задоволення потреб цільових груп населення у медичній допомозі планується згідно з вимогами галузевих (локальних) медико-технологічних документів.

В закладі проводяться консультації спеціалістів згідно з рекомендаційними нормативами. Згідно з рекомендаційними нормативами проводиться планова госпіталізація і оперативне втручання. Заклад охорони здоров'я забезпечує

своєчасність результатів лабораторних, функціональних та інших діагностичних досліджень. В процесі організації змісту робіт в закладі охорони здоров'я визначається порядок прийому лікаря в амбулаторних умовах, час доїзду бригади екстреної медичної допомоги. Заклад охорони здоров'я зазвичай укомплектований медичним обладнанням та виробами медичного призначення за таблицями. Штатні посади медичних і не медичних працівників комплектуються згідно нормативів. В закладі мають бути наявні вимоги локальних медико-технологічних документів, стандартів, правил, методик, нормативів, інших регулюючих документів. Функціональна діяльність зосереджена на структурних підрозділах і чітко регламентується. В медичному закладі встановлений і дотримується порядок взаємодії між структурними підрозділами закладу та іншими медичними і не медичними структурами з питань медичної допомоги пацієнтам. Опираючись на теорію організації зазначимо, що місія закладу охорони здоров'я полягає в наданні медичної допомоги і медичних послуг населенню, що дозволяє характеризувати його як продуцента послуг. В умовах медичної реформи, охарактеризованої вище, заклад охорони здоров'я як установа набирає статусу державного або комунального некомерційного підприємства. Це вимагає його характеристики як суб'єкта економічної діяльності. Підприємство є лікарняним (амбулаторним або стаціонарним) закладом охорони здоров'я - комунальним унітарним некомерційним підприємством, що надає послуги медичної допомоги будь-яким особам в порядку та умовах, встановлених законодавством України. Підприємство такого типу в більшості випадків створюється на базі державної або спільної власності територіальних громад підприємств (державний чи комунальний заклад охорони здоров'я), здійснює господарську некомерційну діяльність, спрямовану на досягнення соціальних та інших результатів без мети отримання прибутку. В своїй діяльності керується статутом, Конституцією України, господарським та цивільним кодексами України, законами України, інструкціями Міністерства охорони здоров'я України та іншими нормативно-правовими актами. Підприємство надає пацієнтам відповідно до законодавства на безвідплатній та платній основі діагностику і лікування хвороб, травм,

отруєнь, чи інших розладів здоров'я, медичного контролю за перебігом вагітності, ведення пологів, спеціалізованої амбулаторної допомоги. Взаємодіє з іншими закладами охорони здоров'я з метою забезпечення майстерності у наданні медичної допомоги, проведення профілактичних оглядів, проводить навчально-методичну роботу, зовнішньоекономічну діяльність. Послуги надаються на підставі ліцензії на медичну практику. Заклад охорони здоров'я, який визначений як підприємство, є юридичною особою публічного права, користується закріпленим за ним майном, здійснює некомерційну господарську діяльність відповідно до фінансового плану, самостійно організовує надання послуг і реалізує їх за цінами (тарифами, що визначаються в порядку, встановленому законодавством), має самостійний баланс, рахунки в установах банків, державному казначействі України. Має право укладати угоди, набувати майнових та особистих немайнових прав. Для здійснення господарської самостійної діяльності матеріально-технічні, та інші види ресурсів. Підприємство самостійно визначає свою організаційну структуру, встановлює чисельність і затверджує штатний розпис, водночас підприємство (заклад охорони здоров'я) має право здійснювати лише ті види медичної практики, які дозволені органом ліцензування. Як суб'єкт економічної діяльності підприємство (заклад охорони здоров'я) використовує різні джерела формування майна: кошти місцевого бюджету, власні надходження (від оренди, реалізації послуг), цільові кошти, кредити банків, майно придбане, майно і кошти, що надходять з фінансової допомоги, добровільних внесків, пожертвувань програм розвитку медичної галузі).

Таким чином, в результаті зазначених реформ суттєво змінився статус медичного закладу, його автономія, що вплинуло на зміну функціональної діяльності.

1.2. Взаємодія закладу охорони здоров'я зі споживачами медичних послуг

Економічні інтереси індивіда як споживача медичних послуг. Потреби людей різноманітні і складні і включають основні фізіологічні потреби в їжі,

одязі, теплі і безпеці; соціальні потреби у впливі і прихильності; особисті потреби в знаннях і самовираженні. Ці потреби - вихідні складові природи людини. перші два рівня - потреби нижчого порядку або первинні потреби. Поки не задоволені первинні потреби, людина не переходить до задоволення вторинних потреб; причому первинні потреби не замінюють один одного. Теорія А. Маслоу спрямована на пояснення, чому люди в якості мотивів своєї поведінки в певний момент часу мають певні потреби. Чим вище місце в ієрархічній піраміді тієї чи іншої потреби, тим менше її значимість у визначенні людської поведінки. Потреба у збереженні здоров'я посідає перше місце в ієрархії потреб (див. табл. 1.1).

Ключовим моментом в концепції ієрархії потреб Маслоу є те, що потреби ніколи не можуть бути задоволені але принципом "все або нічого". Потреби частково збігаються, і людина одночасно може бути мотивований на двох і більше рівнях потреб. Маслоу зробив припущення, що середня людина задовольняє свої потреби приблизно в наступній ступені: 85% - фізіологічні, 70% - безпека і захист, 50% - любов і приналежність, 40% - самоповага і 10% - самореалізація. До того ж потреби, що з'являються в ієрархії, виникають поступово. Люди не просто задовольняють одну потребу за одною, але одночасно частково задовольняють і частково не задовольняють їх. Слід також зазначити, що неважливо, наскільки високо просунувся людина в ієрархії потреб: якщо потреби більш низького рівня перестануть задовольнятися, людина повернеться на даний рівень і залишиться там, поки ці потреби не будуть у достатній мірі задоволені.

Таблиця 1.1

Основні потреби особистості і їх кількісні показники

Основні потреби	Кількісні показники
Здоров'я	Очікувана тривалість життя
Харчування	Кількість калорій на душу населення в % від необхідних
Водопостачання	Дитяча смертність (на 1000 народжених) Частка населення, що має доступ до питної води
Санітарні умови	Дитяча смертність (на 1000 народжених) Частка населення, що проживає в будинках з водопроводом і каналізацією

Примітка. Складено автором самостійно

У кожен конкретний момент часу людина буде прагнути до задоволення тієї потреби, яка для нього є більш важливою або сильною. Перш, ніж потреба наступного рівня стане найбільш потужним визначальним фактором у поведінці людини, повинна бути задоволена потреба нижчого рівня.

Медична послуга задовольняє наступні види потреб:

- потреба жити;
- потреба бути здоровим з збереженням працездатності;
- потреба повернення до норми при тимчасовій втраті працездатності;
- бажання збереження певної "ніші" працездатності при наявності інвалідності;
- потреба досягнення найвищого ступеня "якості життя".

Ці види потреб відносяться до фундаментальних, життєво важливих. Невизначеність у виникненні потреби в медичній послугі і непередбачуваність очікуваного ефекту сприяє формуванню в свідомості людей розуміння необхідності і позачерговості витрачання коштів на підтримку і зміцнення свого здоров'я за рахунок економії на інших статтях споживчого бюджету. А це означає, що інші потреби заміщуються потребою в здоров'я. Економічні інтереси особистості як споживача медичних послуг повинні виражати економічні відносини між кожною конкретною людиною як носієм економічних потреб і постачальником медичних послуг. Перш за все, це стосується процесу відтворення робочої сили, оскільки погіршення здоров'я знижує якісні характеристики робочої сили і працездатність людини. Тому, кожна конкретна працююча людина (так само, як і будь-яка інша, яка не має роботи) з метою збереження своєї робочої сили повинна бути зацікавлена в збереженні свого здоров'я.

Для попиту на безкоштовні медичні послуги характерні наступні особливості формування. Попит на безкоштовні медичні послуги виміряти дуже важко. У споживачів виникають серйозні стимули для спотворення інформації про своїх дійсних перевагах. Особливо це характерно для ситуації, коли споживачів дуже багато (проблема «безбілетника»). Індивідуальний попит частіше всією завищений.

Орієнтовна крива сукупного (в масштабах країни) попиту на платні медичні послуги, побудована в координатах "величина попиту - ціна", зображена на рис. 1.1.

Як видно з графіка, характер залежності величини попиту на медичні послуги від ціни послуг змінюється неоднорідним чином, хоча загальна тенденція зниження величини попиту на послуги в міру зростання їх вартості, має місце і щодо такого специфічного товару, як платні послуги охорони здоров'я.

На кривій попиту виділяються три характерні частини, що відповідають різним рівням цін.

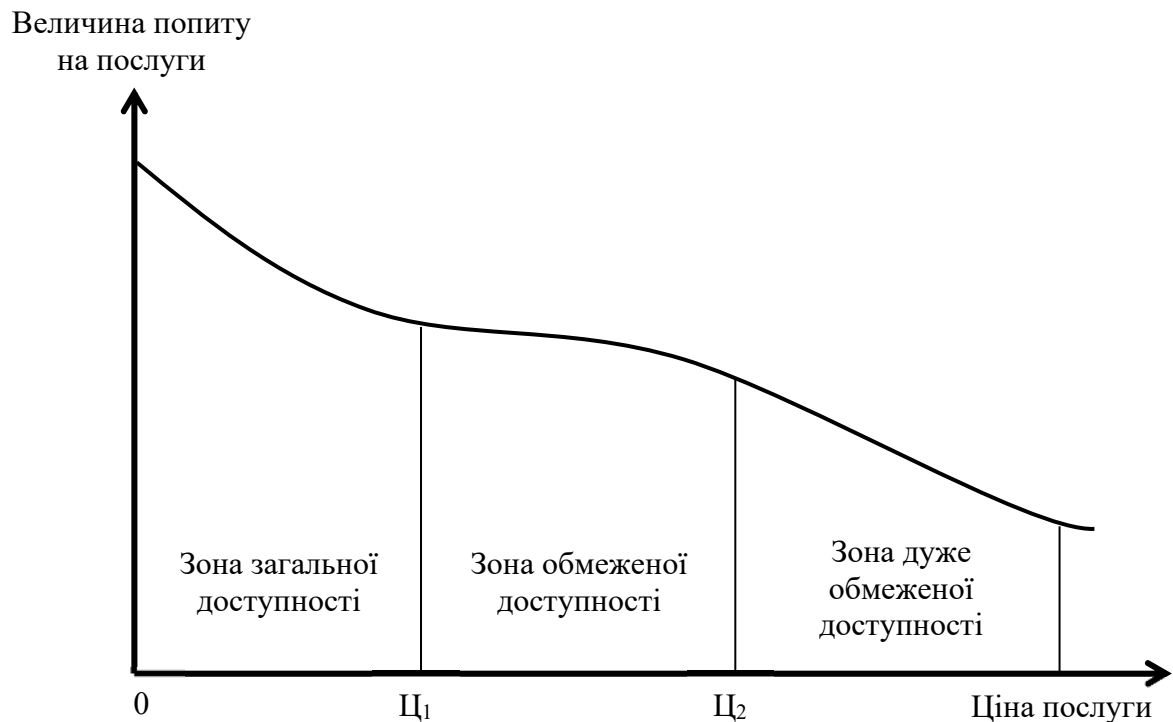


Рис. 1.1. Орієнтовна крива сукупного попиту на платні медичні послуг

Зона загальнодоступності характеризується рівнем цін на послуги, не обтяжливим споживача. Якщо ринкові ціни на послуги знаходяться в межах від величини, близької до нуля, до деякого значення C_1 прийняттого для споживача (тобто його витрати на медичні послуги набагато менше грошових доходів), то споживач буде купувати ці послуги практично незалежно від величини їх ціни. Це відноситься і до дешевих ліків і до недорогих видів медичної допомоги, лікування. Інакше кажучи, чутливість величини попиту по відношенню до ціни,

що іменується в економічній теорії еластичністю попиту, буде невисокою, величина попиту слабо знижується зі збільшенням ціни.

Характерно, що при рівні цін, відповідному зоні загальної доступності послуг, різниця між безкоштовними для споживача громадськими послугами та платними ринковими послугами "розмивається", і в певному сенсі зникає. Споживач може навіть віддати перевагу платні послуги, які йому цілком по кишені, виходячи з того, що вони представляються йому більш якісними або їх простіше отримати, чи не вистояючи чергу до лікаря. Переклад таких послуг в платні не стає соціальним лихом для основної маси споживачів.

Якщо ринкові ціни на послуги починають перевищувати граничну значення C_1 , і стають, тим самим, значущими, що впливають на бюджет споживача, складовими відчутну частку його витрат, то чутливість величини ринкового попиту на платні послуги до ціни послуг стає відчутною. Інакше кажучи, величина попиту на послуги різко зменшується при збільшенні ціни, так як послуги за такими цінами недоступні для певних категорій споживачів, що не володіють достатнім доходом.

У цьому діапазоні цін, відповідному зміни їх значення від нижнього граничного значення C_1 , до верхнього граничного значення C_2 , еластичність величини сукупного попиту на послуги по відношенню до ціни послуг досить висока, тобто у міру зростання послуги стають доступними для все більш обмеженого споживачів. Такому діапазону цін відповідає зона обмеженої доступності послуг; скористатися ринковими послугами в обсязі, визначеному споживачами, станом здоров'я, можуть далеко не всі нужденні в них люди.

Відзначимо, що діапазон ринкових цін на платні послуги, відповідний їх обмежену доступність, найбільш характерний для української економіки перехідного періоду. Тому в подібних умовах дуже бажано, щоб та частина споживачів, яка не здатна в силу своїх фінансових можливостей пред'явити платоспроможний попит на послуги за ринковими цінами, могла задовольнити потреби у вигляді громадських послуг. Забезпечити такі можливості держава поки не в силах, в зв'язку з чим попит на безкоштовні громадські послуги щодо високої вартості задовольняється не в повній мірі. Якщо ціна ринкових послуг

перевищує друге граничне значення C_2 , Картина попиту на ці послуги знову змінюється. Ціни досягають таких високих значень, що послуги стають доступними вкрай обмеженому колу споживачів, що мають високий дохід. Цим споживачам навіть такі ціни не страшні, і вони можуть керуватися принципом: "В ім'я свого здоров'я ми за ціною не постоїмо". В результаті при цінах, що перевищує друге граничне значення C_2 , Відповідних зоні вкрай обмеженою доступності послуг, еластичність величини попиту по відношенню до ринкової ціни послуг знову стає невисокою; зі збільшенням цін величина попиту на послуги зменшується не дуже значно. Звичайно, існують "поза межні" ринкові ціни на медичні послуги, при яких величина попиту на них падає до значень, близьких до нуля, але такі ціни виходять за межі області практичного інтересу, бо коло споживачів, здатних купувати такі дорогі послуги, мізерно малий. Надання послуг такої високої вартості виходить і за межі державних можливостей, вони можуть бути надані лише вузькому колу осіб.

На попит впливає не тільки ціна, але і ряд інших чинників. Детермінантами попиту є:

- рівень доходів населення (чим вищий дохід, тим більше можливість витратити на отримання медичних послуг);
- зміни в соціально-демографічну структуру населення (старіння, збільшення кількості пенсіонерів збільшує попит на ліки, медичне обслуговування);
- чисельність пацієнтів в країні;
- зміна смаків пацієнтів (мода на пластичні операції привела до великого попиту на них);
- реклама здорового способу життя;
- "Форсування попиту" на медичні послуги (лікарі своїми діагнозами і рекомендаціями здатні збільшити попит на їхні послуги).

Економічні інтереси виробників медичної послуги. На стороні пропозиції на ринку медичних послуг виступають виробники медичної послуги. Медико-виробничим підприємництвом слід вважати діяльність організацій і приватних осіб, спрямовану на зміцнення і поліпшення стану здоров'я громадян, що

дозволяє відшкодувати витрати на здійснення цієї діяльності і отримувати прибуток за рахунок споживачів медичних послуг або фінансують їх лікування осіб або організацій.

Матеріальна основа будь-якої підприємницької діяльності – виробничі ресурси (природні, трудові та матеріальні). Будучи залученими в підприємництво, вони стають його факторами. Крім них, до основних факторів виробництва відносяться сьгодні наукові та інформаційні ресурси. Кінцевим продуктом підприємницької діяльності може бути як товар, так і послуга. Таким чином, підприємець на ринку медичних послуг взаємодіє не тільки з покупцем медичних послуг і товарів медичного призначення, а й з власниками факторів медико-виробничого підприємництва.

Соціально-економічні перетворення як в рамках всього українського суспільства, так і в самій сфері охорони здоров'я, не могли не позначитися на працюючих там людей. За час реформ етична і професійна складова лікарської діяльності, приклади для наслідування у молодого лікаря значно трансформувалися: він став багато менш романтичний, гуманітаріїв в своєму змісті, але більш практичний і послужливий, коректний, орієнтований на особистий дохід як на показник успіху. Це застереження може бути істотною, тому що стосується зміни нормативних принципів взаємини лікаря і пацієнта всередині глибинних шарів вітчизняної лікарської корпорації, історично сильної за своїми етичними основами, внутрішніми зв'язками, поведінковими установками, віковими традиціями в сторону підприємницької діяльності. Така трансформація не могла не відбитися і на працівниках середнього і молодшого ланки.

В Україні етика лікаря завжди була цінністю. Корпоративність лікарів навіть за часів воєн, голоду, революцій, репресій була мірилом соціальної відповідальності, знаходила в собі внутрішні ресурси служіння обов'язку і Батьківщині, забезпечення професійного і громадянської гідності лікарського стану. Якби не корпоративізм і відповідальність за професію при тих умовах життя і роботи, в яких виявилось більшість простих лікарів, вони б досить швидко деградували і розбіглися. Цього не сталося і тому, що медична спільнота (корпорація), його люди - по суті носії кращих етичних якостей. Їм органічно

притаманне таке якість, як надміру відповідальні. Але в той же час це залежні, керовані, дисципліновані, законослухняні і навіть залякані люди, здатні сприйняти аргументи і рівень проблеми, готові терпіти, лояльні до влади, які живуть у страху втрати роботи. У масі своїй медична спільнота інтелігентно і по-хорошому консервативно. Це та частина населення, яка разом з педагогами і вченими, технічною інтелігенцією і т.п. становить ядро культурного потенціалу країни, забезпечує стабільність діючої влади і чекає реальних структурних змін в соціальній сфері. І це та частина населення, яка цілком здатна адекватно сприйняти грамотно сформульовані, чітко прописані і, зрозуміло, законодавчо і фінансово підкріплені реформаторські імпульси.

Поділ українського ринку медичних послуг на сегмент безкоштовних і сегмент платних медичних послуг значно впливає на попит і пропозицію послуг. Сфера охорони здоров'я, ресурси якої формуються з коштів бюджетів і фондів обов'язкового медичного страхування, як і раніше орієнтується на коло потреб, які повинні бути задоволені в першу чергу, користуються найбільшим попитом населення. Обсяг і структура пропозиції цих послуг обмежені тими засобами, які держава, суспільство здатні виділити на загальне, однаково доступний задоволення потреб. Галузям сфери суспільних, соціальних послуг діставалися залишкові ресурси, не розподілені між галузями матеріального виробництва; адекватним цим ресурсам був і обсяг пропонованих послуг. Такий обсяг не міг, природно, в досить повній мірі задовольнити попит. Але все ж державний бюджет мав потенціал, здатним забезпечити надання населенню мінімально необхідного рівня послуг охорони здоров'я (якість яких, правда, було нижче світового рівня).

Істотно іншим чином складаються пропозицію платних медичних послуг. В умовах ринкових відносин величина пропозиції платних медичних послуг підпорядкована закону пропозиції, згідно з яким вона тим більше, чим вище ціна послуг за інших рівних умов. Сенс цієї закономірності є очевидним: чим вищі ціни, тим більший прибуток вони приносять виробнику платних послуг, в зв'язку з чим підвищується його зацікавленість в нарощуванні обсягу послуг.

З огляду на цю закономірність, побудуємо типову криву сукупної пропозиції платних медичних послуг певного виду на ринках країни або великого регіону, яка буде показувати в графічному вигляді залежність величини (обсягу) пропозиції послуг з боку їх виробників від створених на ринку цін на дані послуги. Орієнтовна крива пропозиції, побудована в координатах "величина пропозиції послуг - ціна послуг", зображена на рис. 1.2.

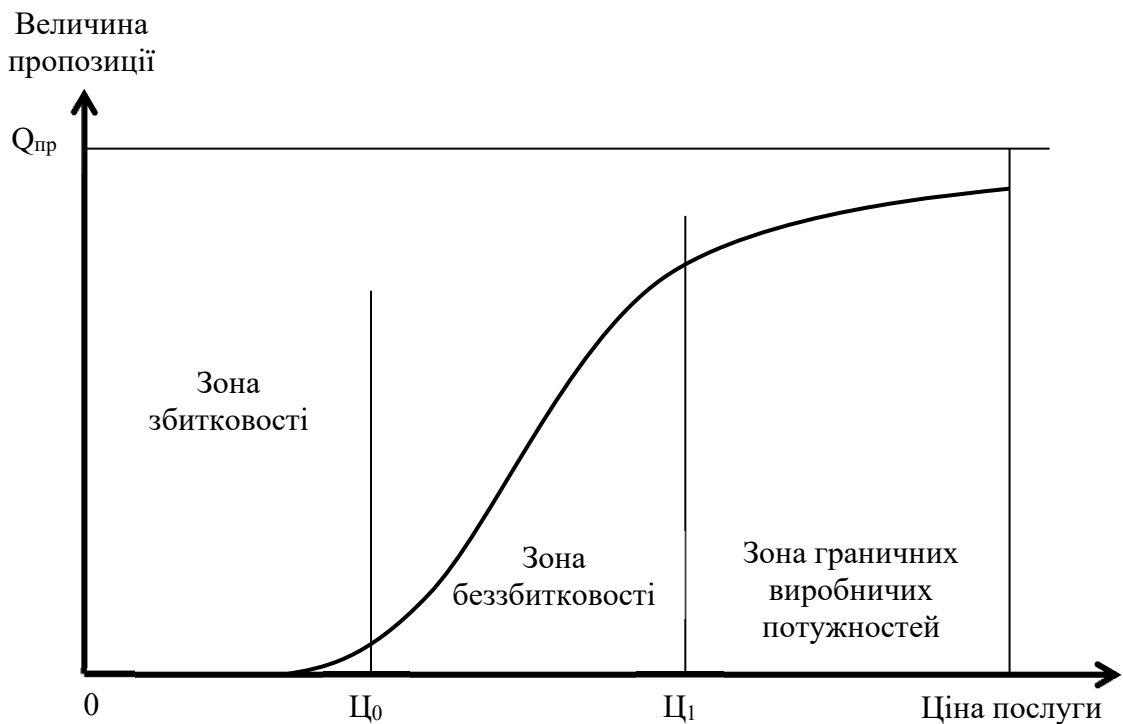


Рис. 1.2. Орієнтовна крива сукупної пропозиції платних медичних послуг

Вид кривої сукупної пропозиції платних медичних послуг на ринку з боку їх виробників багато в чому зумовлений не тільки дією закону пропозиції, а й обмежувальними умовами у вигляді необхідності отримання прибутку виробниками послуг та обмеженості їх ресурсних можливостей нарощування виробництва послуг протягом короткочасного періоду.

При величинах ринкових цін на послуги, менших деякого нижнього граничного значення C_0 , виробляти і продавати послуги не вигідно, так як виручка від продажів за такою ціною нижче витрат на виробництво послуг і таке виробництво стає збитковим. Виробник може виробляти і продавати послуги за такими цінами і навіть нарощувати їх виробництво лише виходячи з міркувань благодійності, в надії на спонсорські внески і державні дотації, з метою

рекламування своїх послуг, а також виходячи із ефекту масштабу, згідно з яким при зростанні обсягів виробництва в певних межах граничні витрати виробництва знижуються. В силу цих причин платні послуги частково виробляються навіть при рівні цін на них, відповідних зоні збитковості. Але в основному виробляти і продавати протягом тривалого часу медичні послуги за цінами, що не забезпечує окупність витрат, завдання держави, а не комерційних організацій. Якщо ціна ринкових послуг перевищує нижнє граничне значення C_0 , виробництво і продаж послуг за такими цінами стають вигідними для виробника, тобто не тільки беззбитковими, але і приносять прибуток (при наявності припущення, що послуги користуються попитом і знаходять збут). Основна маса вироблених платних медичних послуг повинна знаходитися в зоні беззбитковості, тобто продаватися за цінами, що забезпечує окупність витрат виробників. У цьому випадку виробники будуть економічно зацікавлені в нарощуванні обсягу послуг і крива пропозиції буде відображати дію закону пропозиції. Але в порівнянні з іншими ринками послуг ринок медичних послуг разом з супутніми ринками медобладнання та фармпрепаратів є одним з найбільш ємних.

Було б, однак, помилковим припускати, що з ростом ринкових цін на медичні послуги обсяг пропонованих платних послуг певного виду буде зростати без обмежень, як формально випливає з закону пропозиції - Починаючи з деякого верхнього граничного значення ціни (C) вступають в дію обмежувальні чинники, що перешкоджають росту обсягу пропозиції. По-перше, виробничі можливості надання даного виду послуг виробником не можуть перевершити граничного рівня (Q), відповідного станом ресурсного потенціалу виробників, наявності у них необхідних матеріальних, трудових, фінансових, інформаційних ресурсів. А щоб збільшити виробничий потенціал, знадобляться вкладення капіталу і час, так що в короткостроковій перспективі перевершити граничний рівень виробництва не вдасться.

По - друге, відповідно до закону спадної дохідності, починаючи з певного рівня виробництва його подальше збільшення призводить до такого зростання витрат факторів виробництва, що нарощувати виробництво вус луг, товарів

понад цей рівень стає не вигідним. Нарешті, не можна не враховувати і того, що понад певної межі пропозицію послуг стає надмірною, тобто пропоновані послуги не користуються попитом, а це веде до перевищення величини пропозиції над величиною попиту, що загрожує зниженням ринкових цін і втратами виробників.

Зробимо важливі додаткові зауваження з приводу ринкового попиту і пропозиції медичних послуг.

Раніше мова йшла переважно про сукупний попит та пропозицію медичних послуг певного виду в масштабах всієї країни або великого регіону. Однак на окремих локальних ринках попит і пропозиція послуг, особливо спеціалізованих медичних послуг, можуть складатися по-різному, відхиляючись від лінії зміни сукупного попиту і пропозиції на дані послуги. Тому кожен виробник тієї чи іншої послуги повинен вивчати попит на ці послуги на так званому цільовому ринку, на якому він має намір їх пропонувати, і відповідно виробляти тактику пропозиції з урахуванням попиту і виробничих витрат. Криві попиту і пропозиції служать лише загальними орієнтирами, що дозволяють зрозуміти дії ринкових механізмів.

Слід також брати до уваги взаємодію попиту і пропозиції ринкових платних послуг і громадських безкоштовних послуг. Під чому ці різновиди медичних послуг взаємозамінні, тому практично нереально робити впевнені висновки про попит та пропозицію платних послуг без урахування обсягу структури, доступності адекватних громадських безкоштовних медичних послуг в даному регіоні. Обидва види надання послуг можуть виявитися як взаємодоповнюючими один одного, так і конкурентними. До того ж і на самому ринку платних медичних послуг розвивається конкуренція між виробниками таких послуг чинить все більший вплив на попит, пропозиція і ринкові ціни.

Масштаб зовнішніх впливів на ринку медичних послуг настільки великий, що ринкові відносини між суб'єктами ринку обов'язково доповнюються втручанням держави і громадських організацій. При цьому між господарюючими суб'єктами зв'язок ринкова, а у відносинах між державою (в

особі органів влади різних рівнів) і господарюючими суб'єктами, вона носить адміністративний характер (рис. 1.3).

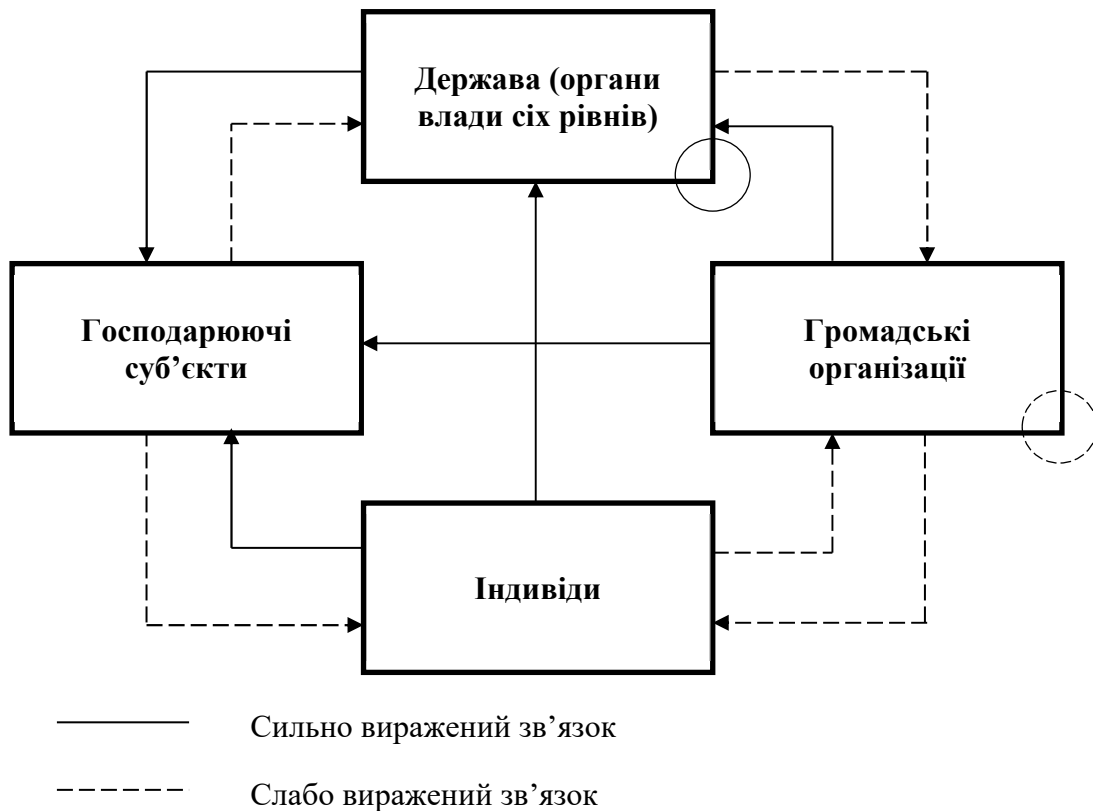


Рис 1.3. Основні суб'єкти економічних відносин ринку медичних послуг

Також чітко проявляються відносини між державними органами і господарюючими суб'єктами, з одного боку, і окремими індивідами і суспільними організаціями - з іншого, де другі звертають в адресу перших прохання, позови, вимоги і т.п. Дуже характерно, що в рамках однієї категорії суб'єктів ринку медичних послуг зв'язок спостерігається тільки між державними органами (зв'язок показана кругової стрілкою) і громадськими організаціями (зв'язок слабка - кругова стрілка пунктиром). В інших випадках такого роду відносини практично відсутні. Зворотні зв'язку (показані на схемі пунктиром) слабо виражені.

У будь-якому випадку практика регулювання охорони здоров'я в країнах з розвиненим громадянським суспільством передбачає чітку відкриту державну політику в охороні здоров'я, яка вирішує кілька груп завдань, в тому числі політичні, економічні, соціальні.

Політичні завдання державної політики в охороні здоров'я, які повинні бути вирішені в Україні, можуть бути наступними:

- визначення шляху подальшого розвитку охорони здоров'я з урахуванням думки персоналу охорони здоров'я і населення;
- розробка і здійснення стратегії розвитку охорони здоров'я органами державної влади та місцевого самоврядування;
- остаточне формування нормативно-правової бази охорони здоров'я і створення системи контролю над виконанням законодавства;
- політична підтримка в створенні і функціонуванні структур, що виражають корпоративні інтереси медичного персоналу на державному регіональному рівні.

Економічні завдання української державної політики в охороні здоров'я:

- визнання реального існування медичної послуги як економічної категорії;
- остаточне формування і державне регулювання ринку медичних послуг;
- приведення обов'язкового медичного страхування в єдині для всієї країни організаційні рамки;
- стабілізація відносин учасників страхового процесу: страхувальників, страховиків, лікувальних установ різних форм власності, населення;
- врегулювання міжбюджетних відносин між Міністерством охорони здоров'я України та органами виконавчої влади.

Соціальні завдання державної політики в охороні здоров'я:

- подолання патерналістської моделі відносин «лікар-пацієнт»;
- інституціоналізація охорони здоров'я (формування, корекція і забезпечення дієвості соціальних норм і їх інтерналізація);
- подальша правова соціалізація населення;
- професійна соціалізація медичного персоналу;

- активізація діяльності організацій, що представляють корпоративні інтереси медичного персоналу;
- здійснення стратегії залучення медичних працівників до числа прихильників реформ галузі.

Політика симбіозу бюджетної моделі охорони здоров'я та медичного страхування, тобто ринкової за своєю суттю моделі, посилила старі і створила нові проблеми для лікарів, пацієнтів, органів управління охороною здоров'я, органів влади всіх рівнів.

При організації охорони здоров'я слід мати на увазі, що в сучасному світі забезпечення прав громадян на збереження і підтримання власного здоров'я досягається не стільки діяльністю медичного персоналу, скільки високим рівнем розвитку, якістю функціонування і оптимальним взаємодією наступних складових: системи охорони здоров'я як сфери державної і політичної діяльності; системи надання лікувальної, профілактичної допомоги, оздоровлення та медичної реабілітації хворих; медицини як науки і системи спеціальної освіти; системи розробки, виробництва і просування на ринок лікарських препаратів, виробів медичного призначення та складної медичної техніки; персоналу охорони здоров'я як самостійної і незалежної системи. В сукупності і у взаємодії між собою і з усіма політичними, економічними і соціальними структурами суспільства ці елементи утворюють загальнонаціональну систему охорони здоров'я. Практично всі складові частини, згадані вище, вперше в світі були сформульовані, спроектовані, створені і апробовані в нашій країні на рубежі 20-30 років XX століття.

Цілі сучасної системи охорони здоров'я такі:

- оздоровлення населення; створення координованості медицини, подолання її відомчої роз'єднаності, здійснення оперативного медичного підкріплення тієї чи іншої державної ініціативи;
- диференційований підхід до населення з урахуванням доходів, соціального статусу, груп захворювань, регіональної специфіки;
- профілактична спрямованість охорони здоров'я;

– розумне поєднання безкоштовного і платного лікування, застосування різних форм кредитування, добровільного та обов'язкового медичного страхування.

Інтереси всіх суб'єктів ринку медичних послуг зведені в табл. 1.2, аналіз якої дозволяє стверджувати, що інтереси суперечливі і потребують державного регулювання.

Таблиця 1.2

Інтереси суб'єктів ринку медичних послуг

Суб'єкти	Інтереси
Споживач (покупець) медичної послуги	<ul style="list-style-type: none"> – збереження здоров'я (потреба жити, бути здоровим з збереженням працездатності, потреба повернення до норми при тимчасовій втраті працездатності; бажання збереження певної "ніші" працездатності при наявності інвалідності; потреба досягнення найвищого ступеня "якості життя"), – формування особистого капіталу здоров'я (базового та набутого);
Виробники (постачальники)	<ul style="list-style-type: none"> – підвищення ефективності взаємодії як з покупцем медичних послуг і товарів медичного призначення, так і з власниками факторів медико-виробничого підприємництва; – корпоративний інтерес (служіння боргу і Батьківщині, забезпечення професійною і громадянською гідністю лікарського стану; – задоволення першочергових потреб (при бюджетному фінансуванні); максимізація прибутку і мінімізації витрат (платні медпослуги); – подолання обмежень ресурсних можливостей нарощування виробництва послуг; – розширення медичних послуг припливу коштів.
Держава	<ul style="list-style-type: none"> – виявлення і відображення в державних планах обсягу ресурсів, що спрямовуються державою в галузь охорони здоров'я; – формування і функціонування системи охорони здоров'я як сфери державної і політичної діяльності, системи надання лікувальної, профілактичної допомоги, оздоровлення та медичної реабілітації хворих, розвиток медицини як науки і системи спеціальної освіти, системи розробки, виробництва і руху на ринок лікарських препаратів, виробів медичного призначення та складної медичної техніки;

Примітка. Сформовано автором самостійно.

Під ефективністю державного регулювання сфери охорони здоров'я ми розуміємо ситуацію, коли адміністративні та економічні заходи, що проводяться державою призводять до зростання суспільного добробуту, за умови рівності

вигод, одержуваних суспільством, витрат на здійснення подібних заходів. Теоретично можна виділити такі види ефективності державного регулювання, як: економічна, соціальна та адаптаційна. Аналіз різних видів ефективності дозволяє виділити додаткову четверту різновид - інституційну ефективність державного регулювання, суть якої полягає в здатності формальних інститутів, створювати їх державою, економити транзакції витрати. У дослідженні були виділені критерії ефективності державного регулювання - критерії економічної, соціальної, адаптаційної та інституційної ефективності (див. табл. 1.3.).

Інституційна ефективність є первинною і визначальною економічну, соціальну і адаптаційну ефективність, оскільки три останніх безпосередньо залежать від ступеня ефективності формальних інститутів.

Таблиця 1.3

Види і критерії ефективності державного регулювання сфери охорони здоров'я

Індекс ефективності державного регулювання	Відповідний зазначеного виду критерій
Економічна	Ступінь відповідності отриманих результатів поставленим соціально-економічним цілям і використовуваним методам
Соціальна	Ступінь наступності політичних і економічних рішень суспільством
Адаптаційна	Швидкість реакції держави на виникаючі економічні проблеми і ступінь результативності превентивних заходів
Інституційна	Розмір економії транзакційних витрат формальними інститутами

Примітка. Розроблено автором самостійно

Державне регулювання слід розглядати як формальний інститут, оскільки воно цілком відповідає останньому в змістовному плані. Вищою формою державного регулювання є державне програмування, оскільки передбачає комплексне використання в глобальних цілях всіх елементів державного регулювання економіки: політичних, економічних правил і контрактів. Сучасна українська структурна реформа сфери охорони здоров'я є яскравим прикладом державного програмування і передбачає чотири групи інновацій: інновації,

координуючі відносини власності, інновації в сфері контракції, фінансові інновації та управлінські інновації (див. табл. 1.4).

Зазначені інновації переслідують три головні цілі: підвищення ефективності функціонування сфери охорони здоров'я, підвищення якості та доступності медичних послуг. Ми вважаємо, що було б логічно виділити четверту, супутню мета - посилення конкуренції на ринку медичних послуг. Досягнення поставлених реформою цілей безпосередньо пов'язано з тим, наскільки повно будуть впроваджуватися і використовуватися всі чотири групи інновацій.

Таблиця 1.4

Інновації в сфері охорони здоров'я

Інновації, які координують відносини власності	Інновації в сфері контракції	Фінансові інновації	Управлінські інновації
Закріплення господарської самостійності медичних і ЛПП установ усіх форм власності	Контрактні відносини з державою	Введення податкових пільг	Реформування управління охороною здоров'я
Реструктурування мережі медичних і ЛПП установ	Контрактні відносини з іншими, крім держави, замовниками медичних послуг	Бюджетне фінансування охорони здоров'я за допомогою державних іменних фінансових зобов'язань	Громадська участь в управлінні системою охорони здоров'я та медичними установами
		Співфінансування охорони здоров'я сім'ями і підприємствами	Підвищення якості охорони здоров'я
		Медичне кредитування	
		Перехід на адресну соціальну підтримку	

Примітка: розроблено автором самостійно

Висновки до розділу 1

1. Ринок медичних послуг має місце тоді, коли існує потенційна можливість для обміну. Ринок медичних послуг визначається наявністю двох

сторін - потребують медичних послугах і пропонують їх; наявністю суб'єктів ринку - необхідних медичних установ, де можуть здійснюватися реалізація і споживання медичної послуги чи товару; наявністю свободи вибору взаємних пропозицій виробників і споживачів медичних послуг.

2. Частина медичних послуг можна представити як мериторні, соціально значимі (заслужені) блага, тобто мають яскраво виражений зовнішній ефект. Соціально значиме благо має властивості приватного виключається блага і властивостями громадського блага завдяки позитивному ефекту. Зовнішній ефект може поєднуватися з виключається благом спільного споживання. Заслужені блага тотожні суспільних благ і виконують аналогічну роль. Будь-яке благо може задовольняти потреби якісно різних учасників ринкових відносин, в тому числі і потреби суспільства в цілому. Дії держави, спрямовані на задоволення несвідомих потреб суспільства, проявляється у вигляді якісного поліпшення суспільного середовища.

3. Технології управління закладом охорони здоров'я охоплюють: управління життєвим циклом, асортиментом і якістю медичних послуг; управління процесами заміни застарілих технологій і устаткування; процесами формування і удосконалення організаційної культури; процесом управління кадровим потенціалом закладу; процесом управління інформаційно-комунікативним та аналітичним забезпеченням закладу.

4. Групування управлінських технологій (на технології: прийняття управлінських рішень; поділу управління на окремі процедури і операції для подальшої регламентації виконання окремих завдань; послідовного виконання управлінських функцій, методів і процесів управління) дозволяє системно і цілеспрямовано напрацьовувати напрями, за якими доцільно здійснювати їх інноватизацію.

РОЗДІЛ 2

ОЦІНКА ІННОВАЦІЙНИХ ПІДХОДІВ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ ВЗАЄМОДІЇ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЗІ СПОЖИВАЧАМИ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

2.1. Об'єктивна необхідність інноватизації управлінських технологій в організації взаємодії закладу охорони здоров'я зі споживачами медичних послуг

Доводячи об'єктивну необхідність інноватизації управлінських технологій в закладі охорони здоров'я, скористаємось тезою Й.Ясінської, яка зазначає: «зміни, які відбувались в організаціях протягом останнього десятиліття ХХ сторіччя були обумовлені використанням «традиційних підходів» до управління, заснованих на концепції ринкового дефіциту. «Новий підхід» – концепція оптимального задоволення потреб клієнтів став можливим... в результаті того, що до традиційних ресурсів (земля, капітал і праця) додано інформаційний ресурс, який творить знання і «соціальний капітал». Тому, важливою умовою існування та розвитку будь-якої організації, демонстрації її життєздатності і творчого розвитку є необхідні й вчасні зміни».

Об'єктивна необхідність інноватизації управлінських технологій в закладі охорони здоров'я зумовлена тим, що засновану в радянську добу традиційну модель (модель М.Семашка), яка ґрунтувалась на профілактичній домінанті організації системи охорони здоров'я, сьогодні має змінити змішана багатокладна новітня модель, основу якої становитиме ринкова організація системи охорони здоров'я України.

Перехід на нову модель організації системи охорони здоров'я передбачає: переорієнтацію закладів та установ системи охорони здоров'я на профілактику, первинну медико-санітарну допомогу, формування здорового способу життя; зміну механізмів фінансування (кошти мають «іти за хворим»); управління якістю медичних послуг; структурну перебудову медичної галузі з формуванням відповідної мережі медичних закладів, реформуванням функції медичної допомоги за рівнями; базову підтримку нового покоління управлінців і економістів для галузі охорони здоров'я; розробку та прийняття нової

нормативно-правової бази; науковий супровід упровадження нової моделі державного управління системи охорони здоров'я [65].

Крім того, нова модель передбачає впровадження нового типу суспільних відносин у сфері охорони здоров'я. Її основними елементами є замовник медичних послуг та їх надавач. Найголовнішим замовником послуг у цій моделі є держава, яка й створює необхідні умови для системи медичного забезпечення населення [5].

Формою проведення змін в закладах охорони здоров'я може виступати інноватизація. Вона може охоплювати інноватизацію діяльності цих закладів, в тому числі, управлінської; оновлення управлінських технологій (технологій щодо роботи з персоналом, інформаційно-комунікативного супроводу тощо).

Як вказується у літературному джерелі [34], «застосування інновацій у практичній діяльності більшості лікувально-профілактичних закладів і установ різної форми власності і відомчого підпорядкування в Україні є позитивним і прогресивним моментом, що підвищує ефективність роботи, надає можливість залучити більші обсяги бюджетних і позабюджетних асигнувань, оновити та вдосконалити матеріально-технічну базу, підвищити ефективність її використання» (рис. 1.5).

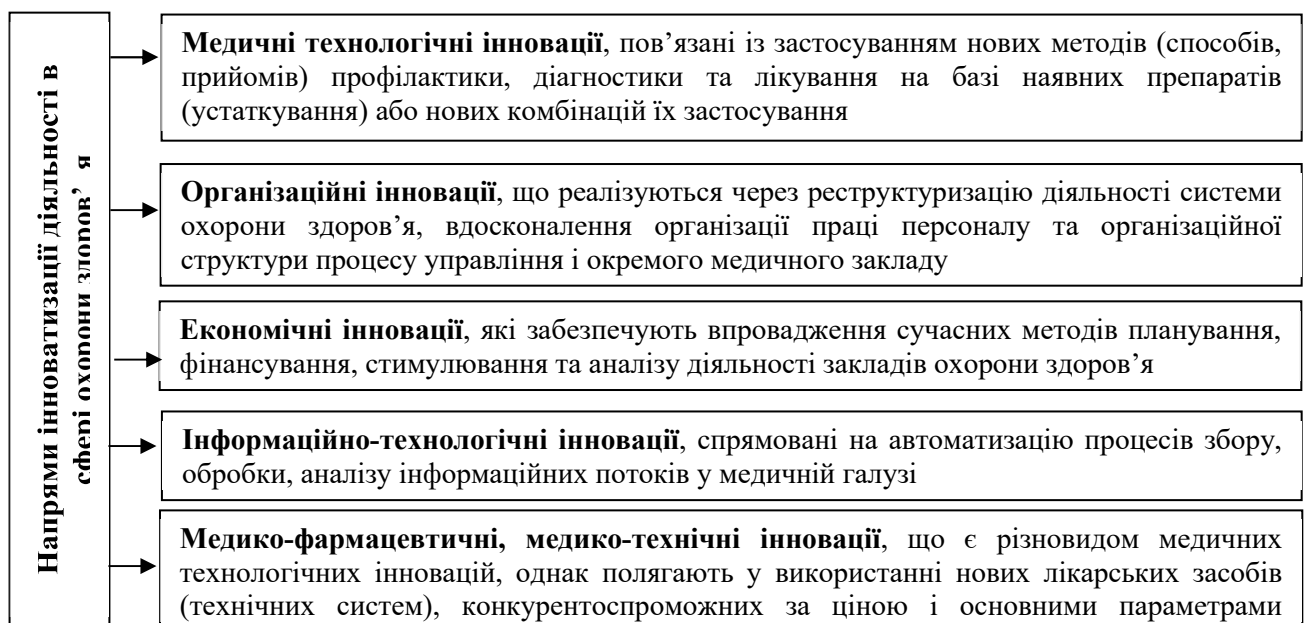


Рис. 1.5. Напрями інноватизації діяльності в сфері охорони здоров'я

Сформовано на основі джерела [34]

Інновація в медицині пов'язана з процесом перетворення продуктивної ідеї у практичну площину, у щось таке, що може бути використано, реалізовано або досягнуто і, за можливості, має принести плоди у вигляді підвищення ефективності системи охорони здоров'я, профілактики найпоширеніших захворювань [34].

Нововведення у сфері охорони здоров'я реалізуються у формі створення нових технологій, медичних приладів, препаратів та засобів медичного призначення, лікувальних методик або організаційних процесів, що впливають на виробництво товарів або надання послуг. З погляду інноватизації управління в галузі охорони здоров'я виокремлюють кілька видів інновацій.

Однією з головних причин низького рівня інноваційного розвитку медицини, на думку Ю.Мочалова є вкрай слабе освоєння системи сучасних організаційно-економічних інструментів інноваційного розвитку охорони здоров'я, покликаних виконувати двояку роль: по-перше, стимулювати появу, оформлення та реалізацію інноваційних ідей, продуктів і технологій, по - друге, формувати ринковий попит на інновації (управлінські, інформаційні та лікувально-діагностичні) [34].

Обґрунтовуючи об'єктивну необхідність інноватизації управлінських технологій в закладі охорони здоров'я, вкажемо на те, що ефективність технологій управління закладами охорони здоров'я може бути забезпечена за таких умов:

-по-перше, технологія управління закладами охорони здоров'я повинна мати певні властивості: привабливість мети і простоту її обґрунтування; гнучкість застосування процедур і операцій; надійність теоретичного і методичного забезпечення; економічність досягнення мети відтворення (соціальної, соціально-психологічної, організаційної, економічної та ін.); несуперечливість між процедурами й операціями конкретної технології управління закладами охорони здоров'я, об'єктом і суб'єктом в процесі технологізації та ін.;

- по-друге, повинні бути чітко виражені ознаки технологізації управління закладами охорони здоров'я: розділення робіт між окремими виконавцями; розчленування організаційного процесу на пов'язані між собою етапи, фази; координація і етапність дій; однозначність виконання операцій і процедур;

можливість багаторазового застосування вироблених стандартних алгоритмів діяльності для вирішення типових завдань управління закладами.

Можна стверджувати, що найважливішими умовами технологізації практичної діяльності щодо управління закладами охорони здоров'я є такі:

- об'єкт впливу має певний ступінь складності;
- необхідність виділення елементів системи об'єкта організаційного впливу;
- наявність можливості формалізації реальних процесів і демонстрації їх у вигляді певних операцій, процедур, показників;
- наявність можливості відтворення і повторюваності операцій, процедур чи показників у нових умовах.

Отже, провідна перевага технологічного підходу до управління закладами охорони здоров'я полягає в науковому підборі таких методів, засобів і способів діяльності, за допомогою яких можна забезпечити максимальну результативність роботи цих закладів.

Автори праці [46] вважають, що «сучасні технології управління у закладах охорони здоров'я мають включати професійний менеджмент, що включає використання фінансового управління в практиці цих закладів, збільшення заробітної плати (за критеріями роботи), порівняння витрат і отриманих результатів, ефективний фінансовий облік і аудит, оптимізацію кадрового забезпечення, обслуговування медичного устаткування, оптимальне використання робочого місця, сучасний дизайн, управління змінами».

Наприклад, оптимізація кадрового потенціалу в закладах охорони здоров'я має свої особливості. Характер процесів, що відбуваються у сфері охорони здоров'я, свідчить про їх високу соціальну значущість та корисність, а також зумовлює необхідність державного регулювання цієї сфери. До особливостей організацій сфери охорони здоров'я, які впливають на використання у них інноваційних управлінських технологій, зокрема, кадрових, віднесемо:

- складність вимірювання результатів роботи медичного персоналу;
- висока спеціалізація основної діяльності закладів охорони здоров'я, що має терміновий і невідкладний характер;

- відсутність права у медичних кадрів на невизначеність і помилку;
- потреба в тісній координації роботи різних підрозділів закладів охорони здоров'я;
- необхідність контролю з боку адміністрації закладів охорони здоров'я за діяльністю лікарського персоналу, який безпосередньо впливає на визначення обсягу роботи та, відповідно, витрат закладів;
- важкість координації роботи, розподілу повноважень і відповідальності, що пов'язано з подвійною підпорядкованістю персоналу.

Вказані вище особливості слід враховувати в процесі впровадження інноваційних управлінських технологій в закладах охорони здоров'я.

У контексті питання об'єктивної необхідності інноватизації управлінських технологій в закладі охорони здоров'я доцільно вказати на дослідження, у яких запропоновано розглядати управлінські технології як дворівневу структуру (на першому рівні розташовані технології цільового управління, а на другому – технології процесорного управління). При виборі управлінської технології необхідно спочатку визначитися з вибором конкретної технології цільового управління, а потім як інструментарій використовувати відповідний їй набір процесорних технологій (рис. 1.6) [15].



Рис. 1.6. Управлінські технології як дворівнева структура

Готовність закладів охорони здоров'я до впровадження нововведень, застосування інноваційних підходів у діяльності, використання інноваційних управлінських технологій визначається їх інноваційним потенціалом, який охоплює наступні складові: орієнтацію діяльності; організаційну структуру управління; стиль керівництва; інформаційне забезпечення діяльності персоналу; соціально-психологічний клімат колективу (табл. 1.4).

Таблиця 1.4

Інноваційний потенціал закладу охорони здоров'я

Організаційні підсистеми	Інноваційний потенціал	
	Низький (наявний)	Високий (перспективи)
1	2	3
Орієнтація діяльності	- необхідність надання медичних послуг; - прийняття управлінських рішень, виходячи з принципу вимушеної раціональності	- сприяння задоволенню потреб споживачів, орієнтація на споживача у процесі надання медичних послуг; - якісне надання медичних послуг; - оптимальність та ефективність прийнятих рішень, їх спрямованість як на задоволення потреб отримувачів послуг, так і на персонал
Організаційна структура управління	- у переважній більшості лінійного та лінійно-функціонального типу	- перехід від організаційної структури лінійно-функціонального типу до програмно-цільового; - врахування принципів розбудови адаптивних структур, здатних швидко та ефективно пристосовуватись до динамічного зовнішнього середовища
Стиль керівництва	- мінімальне делегування повноважень і відповідальності; - жорсткий контроль за виконанням медичними працівниками поставлених завдань	- делегування повноважень, що забезпечує високий ступінь залучення персоналу до розроблення і прийняття рішень; - визнання неформальних груп, надання їм можливості брати участь у прийнятті рішень та ін.
Інформаційне забезпечення діяльності персоналу	- оперативне інформування про виконання стратегічних завдань підрозділами закладу	- надання кадровому складу інформації про негативні явища в управлінні і межі їх поширеності; - допомога виконавцям організаційних завдань; - автоматизація праці персоналу
Соціально-психологічний клімат колективу	- домінують формальні групи і формальні відносини	- визнання неформальних груп; - активна співпраця з неформальним лідером та неформальною групою

Примітка. Адаптовано автором з використанням джерел [25; 31].

Усе наведене вище дозволяє стверджувати, що в основу інноватизації управлінських технологій в закладі охорони здоров'я повинні бути покладені такі принципи:

- орієнтація на споживача;
- системний підхід і постійне поліпшення процесів, продуктів, послуг;
- удосконалення інструментів управління та контролю;
- лідерство і залучення працівників;
- створення інформаційного середовища і технологій для реалізації управлінських рішень;
- відповідність принципам програмно-цільового управління, принципам і вимогам проектного управління;
- використання інструментів стратегічного і операційного планування, логістики (взаємовигідні відносини з постачальниками);
- підвищення якості фінансового управління в закладі охорони здоров'я;
- встановлення вимірних результатів двох типів: тих, що характеризують задоволення вимог зовнішніх споживачів; тих, що характеризують обсяги і якість надання медичної допомоги і послуг;
- підвищення мотивації праці кадрового складу;
- підвищення мотивації керівників щодо оптимізації чисельності працівників та скорочення витрат на їх діяльність.

Результативна реалізація процесу інноватизації управлінських технологій в закладі охорони здоров'я вимагає дослідження і обґрунтування методологічних основ дослідження цього процесу.

2.2. Аналіз практики використання управлінських технологій в закладі охорони здоров'я

У розділі 1 кваліфікаційної роботи ми зазначали, що групування управлінських технологій здійснюється на технології: прийняття управлінських рішень; поділу управління на окремі процедури і операції для подальшої регламентації виконання окремих завдань; послідовного виконання управлін-

ських функцій, методів і процесів управління. Зважаючи на те, що групування управлінських технологій дозволяє системно і цілеспрямовано напрацьовувати напрями, за якими доцільно здійснювати їх інноватизацію. Тому, аналіз практики використання управлінських технологій в закладі охорони здоров'я проведемо з вказаної вище позиції.

Розглядаючи управлінські технології як синтез форм управління, управлінських методів та інструментів впливу, вкажемо на те, що досліджуваний заклад охорони здоров'я використовує правові, організаційні і організаційно-правові форми управління.

Правові форми використовуються, головним чином, при підготовці, прийнятті й виконанні управлінських рішень, оскільки для забезпечення ефективної роботи персоналу важливо, щоб його функції і дії були чітко задокументовані (були представлені в належній правовій формі).

Прикладами документування дій кадрового складу КП «Микулинецька обласна фізіотерапевтична лікарня реабілітації» Тернопільської обласної ради є: правила доведення рішень до виконавців; типові документи щодо оперативного і контрольного інформування про хід виконання роботи чи її оцінки; проведені перевірки (наприклад, правовими формами організації роботи середнього та молодшого сестринського персоналу є: критерії оцінки роботи молодших медичних спеціалістів, критерії оцінки роботи молодших медичних сестер відділення, критерії оцінки роботи старшої медичної сестри відділення).

Організаційні форми управління в КП «Микулинецька обласна фізіотерапевтична лікарня реабілітації» Тернопільської обласної ради пов'язані із здійсненням колективних та індивідуальних дій та охоплюють: засідання (наприклад сестринської ради); наради (наприклад, нарада у головного лікаря, змістом якої є спільна робота головного лікаря та його заступників як учасників управлінської діяльності) тощо.

Управлінські технології як синтез форм управління у роботі КП «Микулинецька обласна фізіотерапевтична лікарня реабілітації» Тернопільської обласної ради практично реалізуються з використанням таких організаційних форм управління як наради (табл. 2.2).

Організаційні форми управління ґрунтуються також на здійсненні матеріально-технічних операцій, які мають допоміжний характер. Прикладом матеріально-технічних операцій є документообіг, що включає підготовку, обробку, зберігання, надання інформації, необхідної для видання актів управління головним лікарем, оформлення службових документів, що юридично підтверджують якісь факти або право на щось, складання планів, анкет, довідок службового характеру, ведення обліково-статистичної роботи, здійснення діловодства. Документообіг забезпечує внутріорганізаційні взаємозв'язки і зовнішні комунікації КП «Микулинецька обласна фізіотерапевтична лікарня реабілітації» Тернопільської обласної ради.

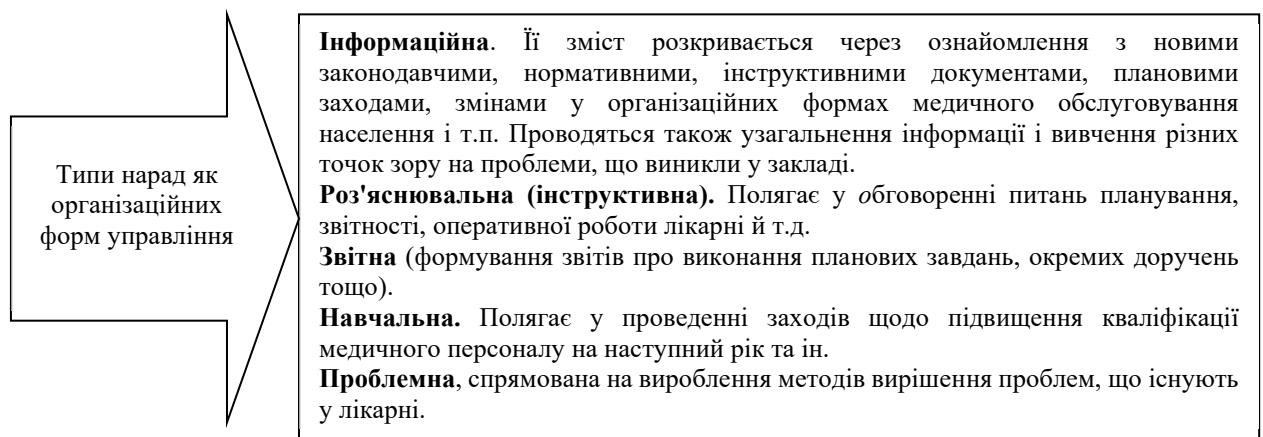


Рис. 2.2. Типи нарад як організаційних форм управління у роботі КП «Микулинецька обласна фізіотерапевтична лікарня реабілітації» Тернопільської обласної ради _____

Сформовано автором самостійно

Інспектор з кадрів КП «Микулинецька обласна фізіотерапевтична лікарня реабілітації» Тернопільської обласної ради виконує функції, пов'язані з документуванням роботи, що стосується кадрового складу закладу, формуванням номенклатура справ за роками та ін. Так, номенклатура справ лікарні за 2019 рік, яку формують інспектор з кадрів та інженер з охорони праці, наведена в табл. 2.3.

Управлінські технології, практично реалізуючись у роботі КП «Микулинецька обласна фізіотерапевтична лікарня реабілітації» Тернопільської

обласної ради через організаційні форми управління, вирішують два основні завдання:

1) створюється і підтримується внутрішня організація діяльності лікарні (вдосконалення їх внутрішньої структури; розподілу функцій; підбору та розстановки медичних кадрів тощо);

2) їх використання опосередковується процес управління у структурних підрозділах (наприклад, видається наказ головного лікаря про преміювання працівників); здійснюється контроль за виконанням управлінських рішень тощо).

Таблиця 2.3

Номенклатура справ КП «Микулинецька обласна фізіотерапевтична лікарня реабілітації» Тернопільської обласної ради за 2019 рік, яку формує інспектор з кадрів

Номенклатура справ, яку формує інспектор з кадрів
Листування про підготовку кадрів, підвищення кваліфікації та атестації
Накази: а) про прийняття, переведення, заохочення, звільнення, сумісництво працівників; б) з адміністративно-господарських питань; в) про надання відпусток; г) про стягнення, відрадження працівників
Особові справи працівників
Книга обліку видачі трудових книжок
Трудові книжки, оригінали документів
Відомості про проведення атестації та підвищення кваліфікації кадрів
План роботи інспектора по кадрах
Журнал реєстрації посвідчень про відрадження
Журнал реєстрації листків непрацездатності
Журнал реєстрації довідок на пільги
Журнал реєстрації наказів з кадрових питань
Звіти про бронювання військовозобов'язаних
Списки військовозобов'язаних і призовників
Номенклатура справ, яку формує інженер з охорони праці
Плани та звіти з охорони праці, техніки безпеки, цивільна оборона
Акти перевірок, висновки, листування про організацію навчання з техніки безпеки
Журнал реєстрації нещасних випадків
Документи (акти, висновки, протоколи) розслідувань нещасних випадків
Журнали обліку проведення перевірок з цивільного захисту та зберігання засобів з індивідуального захисту

Примітка. Сформовано за інформацією КП «Микулинецька обласна фізіотерапевтична лікарня реабілітації» Тернопільської обласної ради

Виконання цих двох завдань є можливим завдяки наявності організаційних дій (заходів), які, власне, і становлять зміст організаційних форм управління. Так,

на старших медичних сестер відділень офіційно покладено функції управління медсестринським колективом та забезпечення організації його роботи. Тому їх основна функція полягає у організації роботи й розроблення системи заохочення з метою підвищення продуктивності праці середнього і молодшого сестринського персоналу відділень. З цією метою старша медична сестра застосовує організаційно-розпорядчі методи організації роботи медичного персоналу. «Ці методи дозволяють забезпечити узгодженість і організованість у роботі, координацію трудових зусиль медичних працівників шляхом адміністративного спонукання їх до дій» [25], а також контроль за роботою середнього і молодшого сестринського персоналу відділень.

Виступаючи суб'єктами управління, головний лікар, завідувачі відділень, старші медичні сестри відділень застосовують у своїй роботі різні види управлінського впливу, за допомогою яких забезпечується ефективне управління середнім та молодшим персоналом, тобто об'єктом такого управління.

Управління шляхом контролю, перевірок і вказівок є програмно-цільовою управлінською технологією. У практичній роботі КП «Микулинецька обласна фізіотерапевтична лікарня реабілітації» Тернопільської обласної ради такий вид управління знаходить відображення у службових нагляді і контролі за результатами праці медичного персоналу. Вони мають співвідноситися з нормами і плановими завданнями і порівнюватися з фактичним станом справ в лікарні.

Службовий нагляд за результатами праці медичного персоналу є процесом, що полягає у вибірковій перевірці працівника стосовно його ставлення до праці, її результативності й ефективності (наприклад, перевірка обґрунтованих скарг хворих та ін., що в подальшому використовується як критерій оцінки трудової активності медичного персоналу КП «Микулинецька обласна фізіотерапевтична лікарня реабілітації» Тернопільської обласної ради).

Контроль за результатами праці медичного персоналу КП «Микулинецька обласна фізіотерапевтична лікарня реабілітації» Тернопільської обласної ради зорієнтований на результат: старша медична сестра оцінює діяльність медичного працівника за певний проміжок часу. Контроль дозволяє утримувати середній і молодший медичний персонал у формальних функціональних рамках,

отримувати повну та об'єктивну інформацію про фактичне виконання управлінських рішень з удосконалення сестринської справи, оцінювати ефективність управлінської діяльності цього персоналу (наприклад, контролюватися може участь молодшого сестринського персоналу відділень у лікувально-діагностичному процесі, використання робочого часу тощо).

Застосування організаційно-розпорядчих методів, які супроводжують використання управлінських технологій в закладі охорони здоров'я вимагає здійснення організаційних і розпорядчих дій.

Організаційні дії виявляються у чіткому розподілі функцій, у встановленні прав і обов'язків медичних працівників, регламентуванні основних процедур. Для цього використовуються: організаційне регламентування; нормування; інструктування [19].

Організаційне регламентування врегульовує правила, зміст і порядок управління лікарнею та її структурними підрозділами згідно із правовими нормами та інструктивними матеріалами. Воно здійснюється за допомогою таких нормативних актів управління (установчих документів), як: Статут КП «Микулинецька обласна фізіотерапевтична лікарня реабілітації» Тернопільської обласної ради і посадові інструкції працівників. Так, Статутом обумовлено, що головний лікар забезпечує організацію лікувально-профілактичної, адміністративно-господарської та фінансової діяльності лікарні, несе персональну відповідальність за її господарсько-фінансову діяльність, за дотримання фінансової дисципліни, дотримання норм охорони праці, ефективне використання коштів та охорону майна та установи [50].

Важливо у контексті використання управлінських технологій в закладі охорони здоров'я вказати на те, що згідно Статуту працівники мають право брати участь в управлінні лікарнею через загальні збори трудового колективу, професійні спілки, які діють у трудовому колективі, Спостережну раду, інші органи, уповноважені трудовим колективом на представництво, вносити пропозиції щодо поліпшення роботи лікарні, а також з питань соціально-культурного і побутового обслуговування [50].

Організаційне нормування передбачає розробку нормативів, які

використовуються в процесі управління досліджуваним закладом охорони здоров'я та його персоналом: правил внутрішнього розпорядку, норми тривалості робочого дня, норми чисельності працівників, нормативів у сфері безпеки персоналу тощо. Так, Статутом лікарні рбумовлено, що «джерелом коштів на оплату праці працівників Підприємства є кошти, отримані в результаті його господарської некомерційної діяльності. Форми і системи оплати праці, норми праці, розцінки, тарифні ставки, схеми посадових окладів, умови запровадження та розміри надбавок, доплат, премій, винагород та інших заохочувальних, компенсаційних і гарантійних виплат встановлюються у колективному договорі з дотриманням норм і гарантій, передбачених законодавством, Генеральною та Галузевою угодами» [50].

Організаційно-методичне інструктування є ефективним засобом інформаційного впливу на медичний колектив або на окремого працівника. КП «Микулинецька обласна фізіотерапевтична лікарня реабілітації» Тернопільської обласної ради за допомогою методичних вказівок, інструкцій розробляє правила, які регулюють різні сторони її діяльності, роботи структурних підрозділів та медичного персоналу. Інструктування здійснюється з використанням таких найбільш поширених актів організаційно-методичного інструктування як посадові інструкції і правила. Вони сприяють чіткому врегулюванню роботи медичних кадрів лікарні. Приміром, практичну роботу середнього та молодшого сестринського персоналу закладу врегульовують Правила сестринського догляду та стандарти роботи медичних сестер.

Поряд із використанням методів організаційного впливу в рамках технологій управління використовуються методи розпорядчого впливу.

Розпорядчі дії відтворюють динаміку управління і здійснюються у процесі функціонування системи, забезпечуючи злагоджену діяльність організації [19]. Розпорядчі дії оформляються у вигляді наказу головного лікаря, протоколів засідань лікарняної ради, вказівок. Все це відображається у Статуті КП «Микулинецька обласна фізіотерапевтична лікарня реабілітації» Тернопільської обласної ради. Методи розпорядчого впливу (на відміну від методів організаційного впливу) відображають динаміку процесу управління

організацією, її персоналом [19] і спрямованість процесу управління на регулювання надання медичних послуг та на усунення перешкод, що виникають у роботі. Вони дозволяють оперативно вирішувати організаційні питання.

Основою розпорядчого впливу виступає порядок управління, напрацьований в результаті прийняття актів організаційного впливу. Усі акти розпорядчого впливу рухаються по низхідній: від вищих рівнів управління до нижчих, від керівника до підлеглого. Для розпорядчого впливу характерна нерегулярність його виникнення, оскільки відхилення (наприклад, недодержання регламентів та режимів роботи, порушення трудової дисципліни та ін.) в чинному порядку управління організацією з'являються спонтанно (раптово) і їх складно передбачити, особливо, в умовах динамічного зовнішнього середовища [19].

Інструментами реалізації розпорядчого впливу в закладі є: положення про відділення, наказ завідувача відділення, вказівка, інструктивний лист, посадова інструкція, правила внутрішнього розпорядку та інші правила. Наприклад, правилом є проходження працівниками медичних оглядів, результати яких фіксуються в заключному акті за результатами проходження періодичного медичного огляду працівників.

Використання соціально-психологічних методів в рамках управлінських технологій в закладі охорони здоров'я передбачає оперування певними прийомами і способами впливу на працівників КП «Микулинецька обласна фізіотерапевтична лікарня реабілітації» Тернопільської обласної ради за такими напрямками: підтримання позитивного морально-психологічного клімату в колективі (у лікарні є недосконалим оскільки побудоване на самомотивації персоналу (неможливості знайти іншу роботу за фахом, необхідності годувати сім'ю та ін.)); розвиток корпоративної культури (у лікарні є неналежним, оскільки для оцінки роботи середнього та молодшого медичного персоналу є лише один критерій, який стосується організаційної культури, а саме – наявність обґрунтованих скарг хворих). У цьому контексті зазначимо, що традиційна підготовка медичних сестер зосереджується на технічній стороні догляду за хворими. Проте, недооцінювання психологічного підходу у ставленні

сестринського персоналу до хворих часто зумовлює невдоволення хворих поведінкою окремих медичних сестер (не зважаючи на те, що з фізичної точки зору догляд за ними був хорошим).

Отже, на сучасному етапі реформ в охороні здоров'я критерії оцінки роботи медичного персоналу потребують доопрацювання (слід доповнити перелік критеріїв оцінки роботи медичного персоналу критеріями, що стосуються: особистого внеску працівника у загальний результат роботи структурного підрозділу і лікарні, загалом; підтримання позитивного морально-психологічного клімату в колективі і розвитку організаційної культури).

Резюмуючи вказане вище зазначимо, що аналіз практики використання управлінських технологій в закладі охорони здоров'я показав лише часткове використання програмно-цільових управлінських технологій (прийняття рішень; управління шляхом перевірок і вказівок) та ініціативно-цільових управлінських технологій (управління через активізацію роботи персоналу). Поряд із цим, у практиці роботи КП «Микулинецька обласна фізіотерапевтична лікарня реабілітації» Тернопільської обласної ради неналежним чином використовуються інші програмно-цільові управлінські технології (управління за результатами) та ініціативно-цільових управлінських технологій (управління на базі потреб та інтересів працівників). Причому, управлінські технології: управління за результатами; управління на базі потреб та інтересів працівників є регламентними технологіями управління, що обумовлює важливість питання інноватизації управлінських технологій в закладі охорони здоров'я.

2.3. Оцінка системи управління використанням інноваційних підходів в закладі охорони здоров'я в наданні медичних послуг

В системі управління використанням управлінських технологій в закладі охорони здоров'я взаємодіють: суб'єкт управління (керівництво лікарні (її адміністрація)); об'єкт управління (процеси управління: діяльністю лікарні, її ресурсами; методи та інструменти впливу на персонал та ін.).

Процес управління КП «Микулинецька обласна фізіотерапевтична лікарня реабілітації» Тернопільської обласної ради є трирівневим і охоплює: стратегічний рівень (головний лікар); тактичний рівень (заступники головного

лікаря за напрямками і ділянками роботи, включаючи головну (старшу) медичну сестру); оперативний рівень (керівники відділень, відділів, включаючи старших медичних сестер відділень).

Використання програмно-цільових управлінських технологій (управління шляхом перевірок і вказівок; розподіл завдань між виконавцями) забезпечується через розподіл праці: горизонтальний (розподіл праці на компоненти, що становлять частини загальної діяльності) і вертикальний (відокремлення робіт щодо координування дій від здійснення самих дій) форми.

Вертикальний розподіл управлінської праці в КП «Микулинецька обласна фізіотерапевтична лікарня реабілітації» Тернопільської обласної ради здійснюється за напрямками, представленими на рис. 2.3.

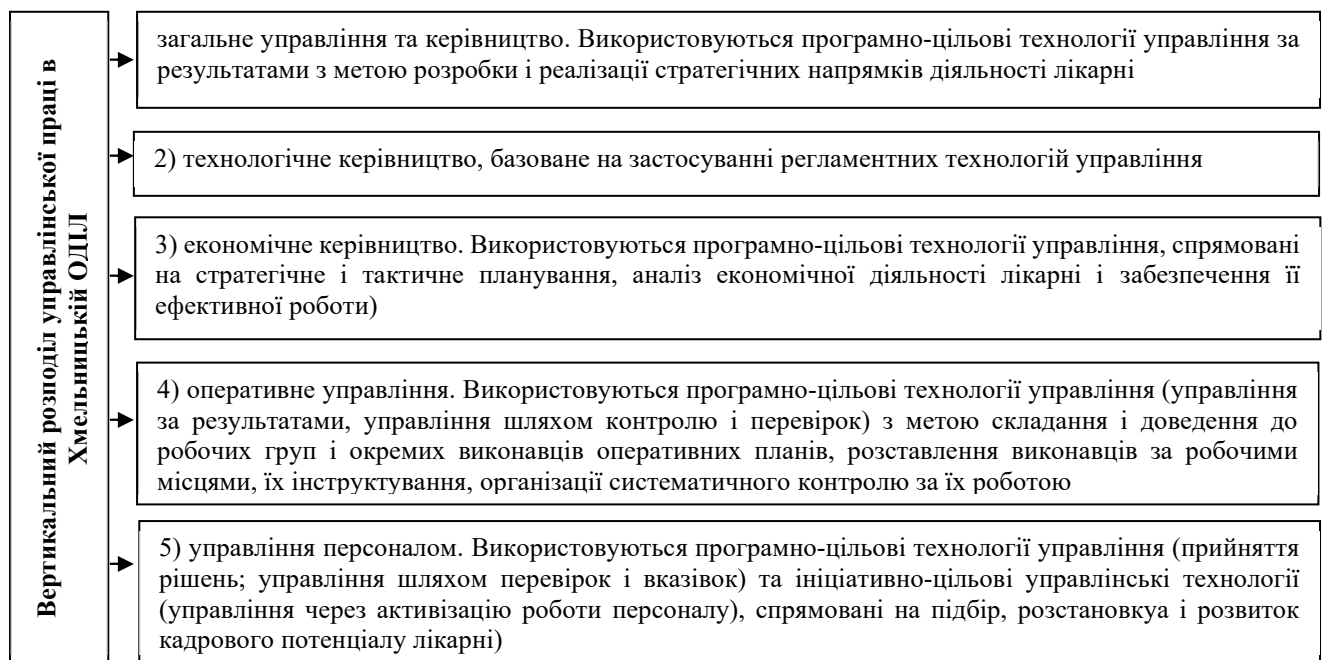


Рис. 2.3. Вертикальний розподіл управлінської праці в КП «Микулинецька обласна фізіотерапевтична лікарня реабілітації» Тернопільської обласної ради

Сформовано автором за даними КП «Микулинецька обласна фізіотерапевтична лікарня реабілітації» Тернопільської обласної ради

- джерелом коштів на оплату праці працівників лікарні є кошти, отримані в результаті його господарської некомерційної діяльності;

- контроль якості надання медичної допомоги хворим лікарнею

здійснюється шляхом експертизи відповідності якості наданої медичної допомоги міжнародним принципам доказової медицини, вимогам галузевих стандартів в сфері охорони здоров'я та діючому законодавству та ін.

Аналізуючи використання КП «Микулинецька обласна фізіотерапевтична лікарня реабілітації» Тернопільської обласної ради програмно-цільових управлінських технологій, зокрема, технологій управління за результатами, вкажемо на те, що існують два основні підходи до визначення ефективності оздоровчої роботи медичних установ як системи: результативно-цільовий (порівняння результату з кінцевою метою, нормативом, планом); результативно-витратний (порівняння результату з витратами на його отримання) [30].

Також виокремлюють три типи ефективності як співвідношення витрат і одержаних результатів: соціальна, медична і економічна. Усі напрями взаємопов'язані. Так, економічне керівництво, наприклад, щодо фінансового забезпечення діяльності медичного закладу, дозволяє сформувати не тільки його фінансові, але і матеріальні ресурси (табл. 2.4).

В цілому, можемо стверджувати, що здійснення процесу управління КП «Микулинецька обласна фізіотерапевтична лікарня реабілітації» Тернопільської обласної ради супроводжується використанням програмно-цільових управлінських технологій, зокрема, технологій управління за результатами.

Соціальна ефективність полягає в підвищенні суспільної ролі охорони здоров'я, пов'язаної безпосередньо з підвищенням рівня здоров'я і якості медичної допомоги, а виражається конкретно у зниженні негативних показників здоров'я населення і підвищенні позитивних. Медична ефективність полягає в оцінці результативності різних способів діагностики, лікувальних процедур, у тому числі лікарських засобів, і, різних заходів профілактики. Вона може виражатися через різні показники якості і ефективності діяльності лікарні. Про медичну ефективність свідчить і підвищення відсотка сприятливих результатів захворювань, зниження рівня інвалідизації та летальності, оптимальне використання ліжкового фонду, медичного устаткування, трудових і фінансових ресурсів. Медична ефективність – це ступінь досягнення поставлених завдань з профілактики, діагностики, лікування і реабілітації населення [29].

Таблиця 2.4

Інформація про надходження і використання благодійних пожертв від фізичних та юридичних осіб КП «Микулинська обласна фізіотерапевтична лікарня реабілітації» Тернопільської обласної ради за 1-ше півріччя 2019 року

Період	Найменування юридичної особи (або позначення фізичної особи)	Благодійні пожертви, що були отримані закладом охорони здоров'я від фізичних та юридичних осіб		Всього отримано благодійних пожертв, тис. грн.	Використання закладом охорони здоров'я благодійних пожертв, отриманих у грошовій та натуральній (товари і послуги) формі			Залишок невикористаних коштів	
		В грошовій формі, тис. грн.	В натуральній формі (товари і послуги)		Перелік товарів і послуг в натуральній формі	Напрямки використання у грошовій формі (стаття, сума, тис. грн.)	Сума, тис. грн.		Перелік використаних товарів та послуг у натуральній формі
1	2	3	4	6	7	8	9	10	11
I квартал	Тернопільський обласний фонд Милосердя-Здоров'я	100,1	234,3	334,4	Господарські товари, медикаменти, продукти харчування, меблі	34,9	Господарські товари, медикаменти, продукти харчування, меблі	234,3	97,1
II квартал	Тернопільський обласний фонд Милосердя-Здоров'я	59,0	2659,7	2718,7	Господарські товари, медикаменти, продукти харчування, медичне обладнання	100,4	Господарські товари, медикаменти, продукти харчування, медичне обладнання	2659,7	55,7
Всього за перше півріччя 2019 року		159,1	2894,0	3053,1		135,3		2894,0	55,7

Примітка. Сформовано за інформацією КП «Микулинська обласна фізіотерапевтична лікарня реабілітації» Тернопільської обласної ради

Економічна ефективність виражається у визначенні вартості додатково проведеної продукції або суми заощаджених фінансових коштів, а також у встановленні економічного збитку від підвищення захворюваності, інвалідності, передчасної смерті і т.п. Вона визначається як відношення результату (у вартісних показниках) до витрат. При оцінці економічної ефективності оздоровчих заходів, методів профілактики, діагностики і лікування обчислюються кількість днів (різниця до і після упровадження нових методів), заощаджених в результаті запобігання захворювань, травматизму, інвалідності, смертності, і вартість кожного дня. «Економічна ефективність – це прямі і непрямі показники впливу охорони здоров'я на економіку (країни, регіону) за рахунок поліпшення показників здоров'я населення і проведення профілактичних заходів».

Загалом, результати діяльності в охороні здоров'я через свою специфічність можуть бути не тільки різними, але і не завжди піддаються кількісно точному визначенню. Наприклад, витрати на надання послуг невиліковному хворому з медичної точки зору абсолютно неефективні. Хворобу вилікувати неможливо, зло в даному випадку (за визначенням Гіппократа) перевершує засоби медицини. Таким чином, медичної ефективності тут немає. Економічну ефективність тут також не можна знайти, оскільки пацієнт вже не тільки не повернеться в число повноцінних працівників, не братиме участь у створенні прибутку і т.д., але і у багатьох випадках просто не зможе сплатити своє лікування. Але з погляду соціальної ефективності, ці, здавалося б, безперспективні витрати набувають абсолютно особливого значення і мають цілком певний результат, втілений в людинолюбній етичній атмосфері, пануючій в даному суспільстві. Тому в даному випадку соціальна ефективність у плані очікуваних результатів повинна бути поставлена на перше місце, медична – на друге, а економічна, – на третє місце. Саме таке розташування пріоритетів при їх практичному поєднанні в цілому має бути характерне для будь-якого етапу розвитку медицини на різних рівнях (особливо, на макроекономічному рівні).

Вищевикладене дозволяє стверджувати, що акценти у використанні

програмно-цільових управлінських технологій, зокрема, технологій управління за результатами розставлені на медичній ефективності. Доказом цього є те, що у Статуті лікарні зафіксовано: «контроль якості надання медичної допомоги хворим лікарнею здійснюється шляхом експертизи відповідності якості наданої медичної допомоги міжнародним принципам доказової медицини, вимогам галузевих стандартів в сфері охорони здоров'я та діючому законодавству» [50]. Це обумовлює необхідність переорієнтації у використанні технологій управління за результатами на соціальну і економічну ефективність.

Використання програмно-цільових управлінських технологій, зокрема, технологій управління за результатами, спрямоване на управління ресурсами лікарні. У Статуті КП «Микулинецька обласна фізіотерапевтична лікарня реабілітації» Тернопільської обласної ради зазначено, що «підприємство (КП «Микулинецька обласна фізіотерапевтична лікарня реабілітації» Тернопільської обласної ради) є юридичною особою публічного права. Для здійснення господарської некомерційної діяльності воно залучає і використовує матеріально-технічні, фінансові, трудові та інші види ресурсів, використання яких не заборонено законодавством) (див. табл. 2.4).

З метою забезпечення ефективної роботи лікарні активно використовується управлінська технологія «управління за результатами». Вона безпосередньо повинна бути пов'язана з використанням іншої управлінської технології «управління на базі потреб та інтересів».

Для виявлення особливостей застосування КП «Микулинецька обласна фізіотерапевтична лікарня реабілітації» Тернопільської обласної ради інноваційних підходів «управління на базі потреб та інтересів» ми провели анкетування 40 осіб різних груп медичного персоналу, зокрема: старшого (лікарі) – 15 осіб, середнього (медичні сестри) – 17 осіб, молодшого (санітарки) – 8 осіб.

Опитуваним працівникам лікарні ми запропонували відповісти на питання; „Що для Вас є мотиватором добре працювати?“. Отримані відповіді (табл. 2.5)

мали виявити стимули до результативної праці з точки зору їх важливості для різних категорій медичних працівників.

Результати анкетного опитування (їх середня оцінка) засвідчили, що найбільш важливими чинниками, які є мотиватором для медичних працівників досліджуваної організації добре працювати, є: участь у досягненні результатів роботи лікарні, усвідомлення важливості своєї справи, на що вказали 38,3%, та 30,1% опитаних відповідно (див. табл. 2.5).

Результати табл. 2.5 засвідчили, що дуже важливими компонентами професійної діяльності для груп опитаних старшого і середнього медичного персоналу, як виявило анкетування, є:

- участь у досягненні результатів діяльності, про що вказало 55,1% старшого і 38,9% середнього медичного персоналу;

- самостійне ухвалення рішень в рамках своєї професійної компетенції, на що акцентувало 46,1% лікарів і 37,9% медичних сестер відповідно.

Таблиця 2.5

**Результати анкетного опитування медичних працівників КП
«Микулинецька обласна фізіотерапевтична лікарня реабілітації»
Тернопільської обласної ради**

№ з/п	„Що для Вас є мотиватором добре працювати?“	Старший медичний персонал	Середній медичний персонал	Молодший медичний персонал	Середня оцінка
1	2	3	4	5	6
1	Усвідомлення важливості своєї роботи	47,5	29,0	9,9	28,8
2	Інформаційне забезпечення діяльності	31,1	29,8	9,3	23,4
3	Матеріально-технічне забезпечення роботи	31,0	19,1	9,0	19,7
4	Можливість реалізувати свої професійні знання і навички	47,0	22,9	3,0	24,3
5	Висока моральна оцінка досягнутих результатів Вашої роботи керівництвом та співробітниками	32,0	29,6	6,1	22,5
6	Відчувати значущість своєї роботи в досягненні результатів діяльності	55,1	38,9	10,9	38,3
7	Самостійно ухвалювати рішення в рамках своєї професійної компетенції	46,1	37,9	6,4	30,1
8	Матеріальна мотивація Вашої роботи з урахуванням Вашого внеску у загальний результат роботи лікарні	2,0	1,0	-	1,0

Примітка. Розраховано автором за результатами анкетування медичного персоналу КП «Микулинецька обласна фізіотерапевтична лікарня реабілітації» Тернопільської обласної ради

Це свідчить про самостійність у роботі медичного персоналу, бажання приймати рішення і брати на себе відповідальність, досягати результатів діяльності. Причому, саме такі компоненти професійної діяльності уможливають здійснення належної комунікативної взаємодії з споживачами медичних послуг в процесі роботи лікувального закладу.

Значну мотиваційну дію для лікарів мають: можливість реалізувати свої професійні знання та навички, на що акцентувало 47,0% опитаних, і усвідомлення важливості своєї справи (зазначили 47,5% респондентів). Разом з тим, розрив між усвідомленням важливості своєї справи і можливістю реалізувати свої професійні знання та навички у групи опитаних середнього медичного персоналу є істотнішим, що пов'язано з тим, що медсестри відчують невідповідність між важливістю своєї професійної діяльності та можливістю її реалізації.

Далі, як показали результати анкетного опитування, фактори, які спонукають старших і середніх медичних кадрів КП «Микулинецька обласна фізіотерапевтична лікарня реабілітації» Тернопільської обласної ради добре працювати, розподілились наступним чином: висока моральна оцінка досягнутих результатів праці керівництвом та колегами; інформаційне забезпечення роботи; матеріально-технічне забезпечення роботи.

Результати проведеного опитування, згідно яких на значимість такого чинника-мотиватора як належне інформаційне забезпечення роботи вказала майже одна й та сама кількість старшого і середнього медичного персоналу (31,1% та 29,8% відповідно), дозволяють зробити висновок про їх виняткову важливість для результативної роботи медичного закладу, його персоналу, і в підсумку для надання якісних послуг споживачам.

Разом з тим, як виявило спілкування з респондентами в ході опитування, недоліками інформаційного забезпечення роботи КП «Микулинецька обласна фізіотерапевтична лікарня реабілітації» Тернопільської обласної ради є недосконалість: інформаційної інфраструктури щодо формування єдиного інформаційного простору; використовуваної інформаційної системи

досліджуваної лікарні (наприклад, електронні історії хвороб не використовуються через нерозробленість стандартів щодо їх використання).

Наявність таких недоліків (особливо, недосконалість інформаційної інфраструктури щодо формування єдиного інформаційного простору медичних установ) унеможлиблює:

- здійснення належного інформаційного супроводу роботи лікарні щодо надання послуг;

- створення інформаційно наповнених баз даних пацієнтів та здійснення їх персоніфікації;

- моніторинг фінансово-господарської, виробничої, маркетингової діяльності КП «Микулинецька обласна фізіотерапевтична лікарня реабілітації» Тернопільської обласної ради.

Однозначною негативною була відповідь опитаних на питання «Чи є для Вас є мотиватором добре працювати матеріальна мотивація Вашої роботи з урахуванням Вашого внеску у загальний результат роботи лікарні?».

Усунення вказаних вище бар'єрів сприятиме розвитку системи управління використанням управлінських технологій в закладі охорони здоров'я, забезпечить належні умови для інноватизації управлінських технологій у діяльності КП «Микулинецька обласна фізіотерапевтична лікарня реабілітації» Тернопільської обласної ради.

Висновки до розділу 2

1. Незважаючи на існуючі позитиви організаційно-функціональних основ для впровадження інноваційних управлінських технологій в закладі охорони здоров'я (сформованість організаційної структури лікарні, її структурних елементів тощо), проведений аналіз цих основ показав, що негативними наслідками їх недосконалості є: нечіткість нормативів навантаження та стандартів якості у роботі сестринського персоналу; фізично та емоційно важка і виснажлива праця сестринського персоналу; недостатньо ефективна праця медичного персоналу через неналежну її мотивацію. Вирішення існуючих проблем щодо організаційно-функціонального супроводу роботи КП

«Микулинецька обласна фізіотерапевтична лікарня реабілітації» Тернопільської обласної ради дозволить вирішити питання мотиваційних механізмів та оплати праці її медичного персоналу і активного використання лікарнею управлінської технології «управління на базі потреб та інтересів».

2. Автором зазначено, що аналіз практики використання інноваційних підходів в закладі охорони здоров'я показав лише часткове використання програмно-цільових підходів (прийняття рішень; управління шляхом перевірок і вказівок) та ініціативно-цільових інноваційних підходів (управління через активізацію роботи персоналу). Поряд із цим, у практиці роботи КП «Микулинецька обласна фізіотерапевтична лікарня реабілітації» Тернопільської обласної ради неналежним чином використовуються інші інноваційні підходи (управління за результатами) та ініціативно-цільових інноваційних підходів (управління на базі потреб та інтересів працівників). Причому, інноваційні підходи: управління за результатами; управління на базі потреб та інтересів працівників є регламентними підходами, що обумовлює важливість питання інноватизації інновативних підходів у КП «Микулинецька обласна фізіотерапевтична лікарня реабілітації» Тернопільської обласної ради .

3. У роботі стверджується, що з метою забезпечення ефективної роботи лікарні активно використовуються інноваційні підходи «управління за результатами». Вони безпосередньо повинні бути пов'язані з використанням інших інноваційних підходів «управління на базі потреб та інтересів».

РОЗДІЛ 3

ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА РИНКУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

3.1. Моделі ринку медичних послуг в залежності від типу покупців

Практика української реформи змушує уважно вивчити наступний питання: які організації, виступаючи в ролі покупця медичних послуг - державні органи управління охороною здоров'я, Фонд загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування (ЗДСМС), або недержавні страхові організації і за яких умов здатні краще (результативніше) виконувати вимоги держави до організації медичного обслуговування і забезпечити більшу ефективність використання суспільних ресурсів. Щоб відповісти на це питання, проведено порівняльний інституціональний аналіз моделей фінансування медичних послуг з різними типами покупців.

Розглянемо наступні моделі:

1) модель бюджетного фінансування, в якій функції покупців медичних послуг виконують органи виконавчої влади (органи управління охороною здоров'я);

2) модель обов'язкового медичного страхування, в якій в ролі покупців медичних послуг виступають фонди ЗДСМС, є державними установами, автономними по відношенню до органів управління охороною здоров'я;

3) модель ЗДСМС, в якій покупцями медичних послуг є недержавні страхові медичні організації;

4) модель відомчого ринку медичних послуг, в якій покупцями медичних послуг є підприємство, яке, укладаючи договір з медичним закладом, оплачує надання медичних послуг для своїх співробітників

5) модель приватного ринку медичних послуг, в якій покупцями є приватні особи.

Предметом порівняльного аналізу є інституціональний потенціал результативної діяльності покупців і підвищення ефективності використання

ресурсів і відповідні інституційні витрати. Під інституціональним потенціалом в даному випадку розуміються такі характеристики моделей фінансування:

- типи і сила мотивацій, притаманних покупцям медичних послуг;
- ступінь самостійності покупців в прийнятті рішень про способи реалізації покладених на них функцій;
- можливість забезпечення сильного тиску з боку держави на покупців, що примушує їх до виконання встановлених державою вимог до результатів їх діяльності;
- можливості розвитку конкуренції між покупцями;
- можливості впливу на покупців з боку безпосередніх споживачів медичних послуг.

Під інституційними витратами в даному випадку розуміються витрати впровадження і підтримки інститутів, що забезпечують функціонування моделі і результативну діяльність відповідних покупців.

Покупець в моделі бюджетного фінансування. Головна особливість органу державної влади, який виступає в ролі покупця медичних послуг, полягає в тому, що він розподіляє кошти, не несучи прямої економічної відповідальності за результати своєї діяльності. У державного органу відсутня можливість легального присвоєння як свого доходу тієї економії державних коштів, яка може виникнути внаслідок більш раціонального використання коштів. Тому у державного органу та його посадових осіб немає легальної економічної мотивації до результативної діяльності в якості покупця. Але чи ж не санкціонована суспільством особиста економічна мотивація чиновників спонукає їх до рентаорієнтованої поведінки і порушення своїх посадових обов'язків.

Легальною для чиновників є адміністративна цілераціональна мотивація до результативної діяльності. Вони зацікавлені у виконанні встановлених державою вимог остільки, оскільки це сприяє збереженню та розширенню їх владних повноважень, збереженню посади та кар'єрного росту. Так, прагнення до розширення владних повноважень може спонукати чиновників до певних

інституційних нововведень в системі фінансування та організації охорони здоров'я (наприклад, введення процедур фінансового планування, що підсилюють роль відповідного органу і посадової особи в розподілі державних коштів), але переважним при цьому буде прагнення до розширення сфери застосування адміністративних (командних) методів управління.

Чиновникам може бути властива і ціннісно-раціональна мотивація - діяльність в ім'я загального блага, або заради отримання професійного задоволення, самореалізації. Це може спонукати до підвищення ефективності виконуваної ними діяльності. Але мотиви адміністративної доцільності, як правило, сильніше. А вони частіше перешкоджають, ніж сприяють їх активних дій, спрямованих на підвищення ефективності використання розподілених ними ресурсів. Для створення такої мотивації у чиновників повинна існувати стійка зв'язок перспектив їх посадового зростання з економічною ефективністю їх діяльності. Забезпечити такий зв'язок в бюрократичних системах дуже складно.

Діяльність чиновників, як правило, регламентується в набагато більшій мірі, ніж діяльність страхових фондів і страхових компаній. Органи державного управління мають менше можливостей маневрувати ресурсами, менше самостійності в прийнятті рішень про способи реалізації покладених на них функцій. Бюрократична система вимагає безлічі узгоджень для здійснення будь-якого нестандартного дії.

У порівнянні з іншими моделями, бюджетна модель володіє відносно гіршими можливостями для росту управлінського потенціалу покупців і для здійснення ними інноваційної діяльності. Інертність адміністративної системи управління становить серйозну перешкоду збільшення ефективності використання ресурсів.

Разом з тим, дана модель володіє відносно кращими можливостями забезпечити контроль за діяльністю покупців з боку інших державних органів при найменших витратах.

У бюджетну систему фінансування існує боротьба між різними отримувачами з бюджету при розподілі бюджетного пирога. Але ця боротьба

відбувається за правилами політичних і бюрократичних ігор. Демонстрація зростання ефективності використання ресурсів може спричинити для отримувачів скорочення асигнувань в наступному бюджетному році. Боротьба за бюджет всередині адміністративної системи управління, як правило, не створює конкурентного тиску на покупців у бік підвищення економічної ефективності їх діяльності.

Модель бюджетного фінансування є моделлю з монопсонією покупця: орган охорони здоров'я монополює виконання функції покупця медичних послуг для всього населення, що проживає на відповідній території. Це обмежує можливу силу тиску споживачів. Принципова слабкість даної моделі в порівнянні з іншими полягає в тому, що у споживача тут немає можливості вибору покупця, покликаного діяти в його інтересах. Громадянин зі своїми скаргами повинен звертатися до органу управління охороною здоров'я за місцем проживання або за місцем отримання медичної допомоги, якщо він отримав її за межами своєї території. Поміж тим, органи управління охорони здоров'я схильні жертвувати інтересами пацієнтів на користь економічних інтересів медичних установ. Можливості громадян чинити тиск на органи управління охороною здоров'я з метою захисту своїх економічних інтересів визначаються рівнем розвитку законодавства про права пацієнта і ступенем демократичності роботи державного апарату.

Покупець в моделі обов'язкового медичного страхування.

Фонд обов'язкового медичного страхування - державна установа, що є самостійним суб'єктом господарювання. Це модель з монопсонією покупця. За кожним фондом закріплюються певні категорії застрахованих (за територіальним, або за галузевою ознакою).

На відміну від органу влади, державна установа має право на здійснення економічної діяльності та на отримання від неї доходів. Зокрема, українські фонди обов'язкового медичного страхування, створені у формі державної установи, можуть отримувати доходи від тимчасового розміщення на банківських депозитах вільних фінансових коштів. Фонд ЗДСМС може залишати

в своєму розпорядженні економію коштів, що виникає внаслідок більш ефективного їх використання для надання медичної допомоги в обсягах, передбачених програмою ЗДСМС. Легальна можливість отримувати доходи від своєї діяльності і частково використовувати їх для встановлення надбавок до заробітної плати та для виплати премій створює у фонду і його працівників легальний економічний інтерес до зростання ефективності використання засобів в системі ЗДСМС.

У посадових осіб фонду ЗДСМС, що є державною установою, як і у чиновників органів влади, зберігається адміністративно-бюрократична мотивація до діяльності, можлива ціннісно-раціональна мотивація, але до них додається економічний інтерес. Цей інтерес слабкіше в порівнянні з економічним інтересом недержавних страхових організацій. Слабкіше тому, що порядок застосування надбавок до заробітної плати та виплати премій працівникам державної установи регламентується державою, причому максимальні розміри таких надбавок і премій можуть обмежуватися.

У порівнянні з державними органами, фонди ЗДСМС мають більше можливостей залучати працівників високої кваліфікації, пропонуючи їм більш високу заробітну плату та інші форми матеріального заохочення. Робота фондів ЗДСМС в набагато більшій мірі регламентується державою. Фонди щодо автономні про т державного апарату, мають більше самостійності в прийнятті рішень, ніж органи управління охороною здоров'я, зобов'язані дотримуватися жорстких процедур узгодження більшості прийнятих рішень з іншими органами влади.

Все це створює відносно кращі інституційні передумови, в порівнянні з органами управління, з метою скеровувати роботу фондів ЗДСМС на зростання ефективності використання ресурсів в системі ЗДСМС.

У держави є можливості забезпечення сильного тиску на фонди ЗДСМС в сторону підвищення ефективності їх діяльності, але забезпечення такого тиску вимагає великих витрат.

В силу монопольного становища фондів в якості покупців медичних послуг для закріплених за ними категорій населення конкурентний тиск на фонди відсутня, а можливості тиску споживачів майже такі ж, як в моделі бюджетного фінансування. Державні фонди мало відрізняються від органів влади у виконанні функції захисту прав пацієнтів. Державні страховики, на відміну від приватних, швидше змовляються з органами управління або піддаються їх тиску, і схильні жертвувати інтересами пацієнтів на користь економічних інтересів вищих органів влади та економічних інтересів медичних установ.

Покупець в моделі добровільного медичного страхування. Недержавні страхові організації можуть бути комерційними і некомерційними. Недержавна некомерційна організація, як і державна установа, має можливість використовувати одержувані доходи для збільшення оплати праці своїх менеджерів і працівників. Причому економічний інтерес тут більш виражений, так як порядок використання її доходів для оплати праці регулюється в меншій мірі, ніж в разі державної установи. Однак в порівнянні з комерційною організацією, економічна мотивація тут слабша, так як формально некомерційна організація не має права розподіляти одержуваний прибуток між її власниками, засновниками, працівниками. Зв'язок між зростанням доходів некомерційної організації і зростанням доходів її менеджерів або працівників не може бути прямою.

Найбільш сильною мотивацією до економічно ефективної діяльності мають недержавні комерційні організації (страхові медичні компанії). Тут має місце пряма або більш певний зв'язок, закріплена формальними інститутами, між розмірами доходів організації, її власників і менеджерів і результатами її економічної діяльності.

Приватні страхові організації мають більш гнучкі організаційні структури і процедуру прийняття рішень. Вони мають більше можливостей залучати потрібних їм фахівців, реалізовувати нові підходи до фінансування та організації медичної допомоги.

Але зворотною стороною самостійності приватних страховиків і їх сильної мотивації до активної діяльності, спрямованої на одержання прибутку, є великі можливості опортуністичного поведінки, відхилення від встановлених державою вимог і суспільних очікувань.

Для запобігання опортуністичної поведінки приватних страховиків необхідний більш високий рівень розвиненості інститутів, що визначають вимоги держави до медичної допомоги і які визначають порядок її фінансування. Іншими словами, щоб забезпечити необхідні інституційні умови для орієнтації приватних страховиків на зростання ефективності, потрібна набагато більш розвинена нормативно-правова база, ніж в інших моделях.

Головною перевагою даної моделі в порівнянні з попередніми є можливість створення сильного тиску на страховиків з боку конкурентів і з боку клієнтів. Якщо громадянам забезпечена свобода вибору страховиків, то це спонукає їх покращувати управління і вибирати економічно ефективні варіанти організації медичного обслуговування. Страхові організації, прагнучи зберегти і розширити своє страхове поле, будуть економічно зацікавлені в якісному обслуговуванні та захисту прав пацієнтів.

У моделі з приватними страховиками їх діяльність може підвищувати ефективність використання суспільних ресурсів навіть без конкуренції і при слабкому тиску держави. Це можливо, якщо підвищення ефективності використання ресурсів стає для страховика необхідною умовою експансії його діяльності.

При переході від бюджетної системи фінансування охорони здоров'я до страхової системи такий експансією в неї вступає і розширення сфери діяльності страховиків: поступове включення в систему ЗДСМС різних видів медичної та лікарської допомоги, що фінансуються раніше з бюджету. Позитивний вплив подібної експансії на зростання ефективності використання ресурсів може бути обумовлено наступними обставинами;

По-перше, залучення страховиком нового джерела фінансових коштів для своєї діяльності може супроводжуватися розширенням простору економічних

вимірів в сфері охорони здоров'я: розвитком інформаційної бази для застосування методів економічного оцінювання медичної допомоги; визначенням вартості послуг, які раніше не були самостійним об'єктом економічного оцінювання; впровадженням нових методів економічного оцінювання; впровадженням конкурсних процедур укладення контрактів на надання медичної допомоги та придбання лікарських засобів.

По - друге, прагнучи отримати вигоду від залучення нових джерел фінансування, страховик зацікавлений в усуненні по крайній мірі частини нераціональних витрат і в привласненні одержуваної від цього економії. При цьому він абсорбує частину рентних доходів, що привласнюються раніше колишніми розпорядниками та одержувачами відповідних фінансових коштів. Якщо те, що страховик привласнює собі в якості власного доходу, менше величини економії коштів, забезпечується їм (іншими словами, якщо перерозподільна вигода не повністю присвоюється страховиком, але частково повертається державі), то така експансія страховика виправдана з суспільної точки зору. Зазначене перевищення може виникнути тоді, коли для обґрунтування передачі страховику нових джерел коштів він повинен запровадити більш прозорі механізми фінансування, ніж раніше, і завдяки цьому частина досягається економії коштів надійде в розпорядженні держави.

Діяльність страховика, спрямована на включення в систему медичного страхування нових видів медичної та лікарської допомоги і супроводжуюча зазначеними позитивними ефектами, постає як діяльність по впровадженню інститутів, що сприяють ефективному використанню ресурсів.

Умови перевагу вибору недержавних страховиків. Аналіз економічної доцільності використання моделі з тим або іншим типом покупців передбачає зіставлення інституційної спроможності та інституційних витрат різних моделей. Для кожної наступної моделі з трьох розглянутих характерні більш високий інституційний потенціал результативної діяльності покупців і вищі витрати, пов'язані з функціонуванням самих покупців (адміністративні витрати)

і з необхідністю мати більш розвинені інститути і витратити більше коштів на забезпечення контролю за їх дотриманням.

У третій моделі, на відміну від перших двох, можливе створення сильного тиску на покупців з боку їх конкурентів і клієнтів. Це зменшить потреби у видатках на забезпечення сильного тиску держави на покупців.

Якщо в третьої моделі немає конкуренції, то ефективна діяльність страховиків все одно можлива. Але для її забезпечення потрібні значні витрати на забезпечення сильного тиску держави, примушує страховиків до суворого виконання встановлених державою вимог.

Сильний тиск держави на страховика означає:

- визначення в нормативних актах і контрактах зі страховиками вимог до структури, обсягу, якості та вартості медичних послуг з високим ступенем їх конкретизації;
- встановлення чітких правил інформування застрахованих про їхні права, порядку розгляду їх скарг;
- наявність вимог до економічної ефективності діяльності страховиків; такими можуть, зокрема, виступати вимоги обов'язкового подання страховиками операційних планів, що включають економічне обґрунтування вибору медичних організацій, з якими укладаються договори, і розподілу між ними обсягів медичних послуг і потоків пацієнтів;
- можливість для державних органів відслідковувати відхилення в діяльності страховика від встановлених вимог;
- встановлення однозначної залежності між розмірами доходу страховиків і результатами їх діяльності, в тому числі економічним ефектом від більш раціонального використання страхових коштів, що знаходяться в їх розпорядженні;
- неухильне дотримання державою своїх зобов'язань по відношенню до страховика (зокрема, своєчасне перерахування страхових платежів за непрацююче населення);

- наявність відчутних санкцій за невиконання встановлених вимог і невідворотність їх застосування в разі ідентифікації порушень.

Діяльність страховиків буде результативною, якщо витрати ухилення від вимог держави будуть для них занадто великі в порівнянні з вигодами від такого ухилення.

Очевидно, що виконання всіх цих умов пов'язане зі значними витратами фінансових та політичних ресурсів. Якщо ці витрати занадто високі і не можуть бути здійснені в повному обсязі, то доцільність впровадження третьої моделі без достатнього інституційного забезпечення є проблематичною.

Які наслідки впровадження в систему громадського фінансування охорони здоров'я моделі з приватними страховиками при відсутності необхідних передумов? Поява нових суб'єктів в системі фінансування охорони здоров'я - приватних страховиків - відбувається не замість, а на додаток до органів державного управління охороною здоров'я. Відповідно адміністративні витрати функціонування всієї системи збільшуються. Але при відсутності або слабкості конкурентного тиску на страховиків і слабкості тиску держави ефект від діяльності страховиків виявляється невідчутний в порівнянні з додатковими витратами.

Реальні інституційні умови участі страхових медичних організацій в системі ЗДСМС далекі від тих, які необхідні для їх ефективної діяльності. Аналіз показує, що ресурсний потенціал страхових медичних організацій помітно вище в порівнянні з філіями фондів ЗДСМС, які виконують функції страховиків в системі ЗДСМС. Страхові компанії мають відносно більше фахівців в розрахунку на тисячу застрахованих і більш розвинені автоматизовані системи.

Покупець в моделі відомчої охорони здоров'я.

Великі корпорації, піклуючись про відтворення людського капіталу, не тільки формують сприятливе громадську думку, а й готують для себе якісну робочу силу. Інтереси підприємства як споживача медичних послуг полягає в тому, що дохід, отриманий при інвестиціях в здоров'я, буде вище, ніж вироблені витрати. Тому великі компанії розглядають вкладення в медичне обстеження;

оплату лікарняних листів непрацездатності; витрати з охорони праці; добровільне медичне страхування, сплачене фірмою; оплату медичних та інших соціальних послуг за працівника фірми як вкладення в людський капітал.

Видобувна компанія Placer Dome містить систему медичного обслуговування не тільки для своїх співробітників, але і для всіх, хто живе поблизу від її рудників (The Economist, 1999). Разом з Rio Tinto і трьома іншими видобувними компаніями вона створила Світовий альянс регіонального охорони здоров'я (World Alliance for Community Health). Ця організація спільно з Всесвітньою організацією охорони здоров'я розробляє проекти підтримки місцевого охорони здоров'я. Shell Thailand спільно з ЮНІСЕФ і Коаліцією таїландського бізнесу оплачує програми профілактики СНІДу для молодих працівників бензозаправок. Результатом подібної програми Volkswagen в Бразилії стало зниження кількості госпіталізованих співробітників на 90%, а витрати на ліквідацію наслідків СНІДу знизилися на 40%.

Ці вкладення в людський капітал приносить віддачу, як і будь-яке інше вкладення капіталу. Отримувані вигоди пов'язані, в основному, з більш високою продуктивністю праці і як наслідок з більш високим доходом.

Вкладення в соціально-психологічні умови праці, такі як охорона і безпека праці, морально-психологічний клімат в колективі, трудова дисципліна, ціннісні орієнтири, естетика праці, позаслужбовий обставини (житло, сім'я, дорога на роботу), стабільність, формальні і неформальні взаємозв'язку, стиль керівництва також відносяться до категорії внутрішніх суспільних благ. Значимість кожного з них порівняно невелика, але в сукупності вони створюють передумови для поліпшення працездатності, здоров'я людини, розвитку його як особистості, на результати його праці.

Покупець в моделі приватного ринку медичних послуг. Розвиток приватного ринку медичних послуг виправдано посиленням принципу суверенності споживача медичних послуг, можливостей його активного впливу на якість послуг і професіоналізм працівників лікувальних установ. Розвиток приватної медицини стимулює громадян дорожити власним здоров'ям, більше

уваги звертати на доступні профілактичні види медичного обслуговування. Результати обстеження доводять, що приватний сектор медичних послуг став в Україні реальністю. Найбільш значний розвиток отримала приватна медицина в стоматологічному обслуговуванні населення: 20% респондентів користувалися в 2017 р послугами приватних стоматологів, а сума виплат домогосподарств в грудні того ж року за послуги в приватному секторі склала 62,5% загальної суми виплат за стоматологічну допомогу. Сім відсотків респондентів заявили, що отримували амбулаторно-поліклінічні послуги в недержавних ЛПУ і у приватно-практикуючих лікарів, і на ці послуги було витрачено 35,7% від усіх витрат домогосподарств на амбулаторно-поліклінічну медичну допомогу, в тому числі 14,2% припало на плату індивідуально практикуючим лікарям. Що стосується стаціонарних лікування, то воно майже все здійснюється в державних і відомчих лікарнях. Таким чином, приватний сектор в стаціонарному медичному обслуговуванні надає дорогі послуги для нечисленної високоприбуткової групи населення.

Важливий аспект аналізу трансформації охорони здоров'я в Україні складається в оцінці якості лікувальної допомоги в державному і приватному секторах. Цей факт свідчить про те, що ступінь легітимності приватного сектору медичних послуг в громадській думці перевищує реальну частку приватних послуг в системі охорони здоров'я. Слід зазначити, що серед відповідей респондентів, що мають реальний досвід отримання лікувальних послуг в приватних медичних установах, в кілька разів частіше зустрічається більш висока оцінка якості обслуговування в приватному секторі в порівнянні з державним (див. табл. 3.1).

Результати опитування свідчать, що і в державних і в недержавних медичних установах використовуються різні форми оплати: за лікування в цілому, окремо за ліки, за лабораторні аналізи, за послуги лікарів та іншого медичного персоналу. Оплата відбувається як через касу відповідних установ, так і минаючи касу - безпосередньо "в руки" (див. табл. 3.2).

Витрати в середньому на одне домогосподарство на лікування в 2019 р. в державному і приватному секторах медицини

Види оплачених населенням медичних послуг	Сума витрат, тис. грн.	Частка витрат, в %
Витрати на стоматологічну допомогу. У тому числі:	392	100
в державній поліклініці чи лікарні	147	37,5
в недержавної поліклініці чи лікарні	141	35,9
у лікаря, провідного офіційно приватну лікувальну практику	78	19,8
у лікаря, що підробляє приватної лікувальної практикою неофіційно	26	6,8
Витрати на медичні послуги, ліки і медичні матеріали при госпіталізації, в тому числі:	439	100
В державних і відомчих лікарнях	372	84,6
В приватних лікарнях	67	15,4
Витрати на медичні послуги (крім стоматологічної допомоги), ліки і медичні матеріали в амбулаторно-поліклінічних закладах У тому числі:	246	100
в державних і відомчих поліклініках	158	64,3
в приватних поліклініках	53	21,5
у лікарів, які проводять офіційну і неофіційну лікувальну практику	35	14,2

Примітка. Складено автором на основі власних досліджень

Тіньова оплата поширена головним чином в системі державної охорони здоров'я. У державних і відомчих лікарнях «в руки» заплачено більше третини коштів, витрачених домогосподарствами в зв'язку з госпіталізацією. Причому основними одержувачами тіньової оплати є керівники установ і лікарі: загальна плата за надане лікування, минаючи касу лікарні, становить 11,5% загальних витрат, пов'язаних з госпіталізацією; крім цього доплата в руки лікарям досягає 12,3%, в той час як медсестрам - 3,0%.

Розміри тіньової оплати в недержавних медичних організаціях істотно менше в силу впорядкованості платежів за надані послуги: в приватних лікувально-профілактичних установах вони офіційно виявляються на платній основі. Однак тіньова оплата існує і тут. Так, в недержавних лікарнях тіньові

виплати лікарям і медсестрам за обслуговування склали відповідно 1,7% і 2,8% від загальної величини витрачених тут респондентами засобів.

Таблиця 3.2.

Тіньова оплата медичних послуг

Види оплачених населенням медичних послуг	Частка тіньової оплати в загальній оплаті даного виду послуг	Частка в загальному обсязі тіньової оплати, в %
витрати на придбання ліків	5,1	18,0
витрати на стоматологічну допомогу	23,2	25,5
оплата послуг в державній або відомчій лікарні	34,4	35,6
оплата послуг в недержавній лікарні	4,5	0,9
оплата послуг в державній або відомчій поліклініці	29,0	13,0
оплата послуг в державній поліклініці	18,3	2,7
оплата послуг лікаря, який проводить офіційно і неофіційно приватну лікувальну практику	29,0	4,4
всього	15,4	100

Однак тіньова оплата існує і тут. Так, в недержавних лікарнях тіньові виплати лікарям і медсестрам за обслуговування склали відповідно 1,7% і 2,8% від загальної величини витрачених тут респондентами засобів. У недержавних амбулаторно-поліклінічних закладах оплата в руки досягає 18,3% витрат хворих. Таким чином, саме існування тіньової оплати виявляється універсальним феноменом, що не залежить від форми власності медичної організації. У ситуації, що склалася, коли за отримання формально безкоштовної медичної допомоги доводиться платити, в гіршому положенні виявляються менш забезпечені верстви населення і сім'ї, що живуть поза великими містами. Вони змушені витратити на медицину велику частку своїх сімейних бюджетів і частіше відмовлятися від лікування і придбання потрібних ліків. "Пільгові" ліки доступні лише обмеженому числу категорій громадян - утриманців (дітей, людей похилого віку, інвалідів), причому програми пільгового лікарського забезпечення в деяких областях недофінансовуються. Українці працездатного

віку повинні купувати рецептурні лікарські засоби повністю за свій рахунок, 54% від загального обсягу витрат домогосподарств на медичні потреби доводиться на придбання ліків в аптеках. А з урахуванням оплати ліків при лікуванні в медичних організаціях, частка витрат населення на придбання лікарських засобів досягає 63% про від витрат на медичні потреби.

Аналізуючи форми оплати населенням послуг державних і відомчих лікувально-профілактичних установ, слід зазначити високу частку витрат на ліки та медичні матеріали: в лікарнях вона дорівнює 35,2% загальних витрат, пов'язаних з госпіталізацією; в амбулаторно-поліклінічних закладах - досягає 45,7% від витрат пацієнтів з оплати їх послуг.

За часткою особистих витрат населення в сукупному обсязі витрат на охорону здоров'я Україна перебуває на рівні країн, що розвиваються з середнім подушним доходом, а за рівнем державних зобов'язань у сфері охорони здоров'я - попереду багатьох країн з розвиненою ринковою економікою (табл. 3.3).

Таблиця 3.3

Частка приватних витрат в сукупному обсязі витрат на охорону здоров'я, в %

Розвинені країни з розвиненою ринковою економікою (24 країни, що входять в Організацію економічного співробітництва і розвитку)	24
Країни, що розвиваються з високим доходом	33
Країни, що розвиваються із середнім доходом	43
Країни, що розвиваються з низьким доходом	53
Україна	44

Для ефективного функціонування ринку медичних послуг необхідно враховувати всі групи економічних інтересів всіх типів суб'єктів ринку (див. табл. 3.4).

Таким чином, виявлено, що ринок медичних послуг має ряд специфічних характеристик на відміну від інших ринків нематеріальних послуг, що накладає відбиток як на зміст економічних інтересів суб'єктів ринку, так і особливості їх реалізації та досягнення балансу.

Групи економічних інтересів суб'єктів ринку медичних послуг

Суб'єкти	Інтереси		
	Економічні	Інституційні	Політичні
Споживачі і покупці	А) максимізація корисності забезпечення «ефекту здоров'я»	А) будь-який досягнутий рівень породжує зміни в обсягах і асортименті споживання	А) стабільність в забезпеченні медичними послугами
Постачальники і продавці	А) реалізація держзамовлення Б) отримання максимального прибутку В) отримання правої і економічної самостійності Г) диверсифікація в цілях зміни структури виробництва і асортименту продукції	А) формування у населення мотивації до зміцнення здоров'я і відповідного стилю життя, Б) створення іміджу здорової людини, системи здорового образу життя В) направлений вплив на формування способу життя і стилю споживання	А) лобювання
Держава як господарюючий суб'єкт підприємництва (продавець медичних послуг, фактичний покупець медичних послуг і власник медичних установ), та як адміністративно - правовий орган	А) поширення здорового способу життя Б) профілактика захворювань В) фінансове забезпечення соціальних стандартів, Г) посилення зв'язку соціальної стандартизації з Бюджетно-нормативною діяльністю	А) забезпечення гарантованого мінімуму медичного обслуговування для всіх громадян і проведення політики, спрямованої на повне задоволення соціальних потреб населення Б) вироблення стратегії охорони здоров'я В) створення національної системи охорони здоров'я	А) посилення могутності держави Б) підвищення кількості і якості людського капіталу В) реалізація національних інтересів Г) гарантії надання безкоштовної медичної допомоги

Примітка. Складено автором самостійно

Населення купує лікарські засоби без рецепта лікаря в більшому вартісному обсязі, ніж за рецептом. В силу властивої ринку медичних послуг інформаційної асиметрії самостійний вибір споживача тут буде, швидше за все, нераціональним: неспеціалісту важко правильно оцінити порівняльну терапевтичну ефективність різних препаратів. В силу психологічних причин ринок медичних послуг продукції характеризується особливим стереотипом

поведінки споживачів: придбання ліків «про запас», а також не виправдано великі розміри їх споживання (на традиційному товарному ринку подібні явища зустрічаються тільки у виняткових випадках, при його крайньої розбалансованості).

Дещо несподіваним результатом дослідження виявилось різноманітність форм витрат пацієнтів на лікування в недержавних медичних організаціях. У приватних лікарнях 68,7% витрат пацієнтів було проведено у формі оплати отриманої допомоги в цілому, крім цього 11,8% склала оплата окремо за ліки, 3,8% »- за лабораторні аналізи, 12,6% - плата лікарям, 3,1% - іншого медичного персоналу. Цікаво відзначити, що показники частки витрат на плату лікарям в сукупних витратах пацієнтів, пов'язаних з госпіталізацією, майже збігаються для державних і недержавних лікарень: вони рівні 12,8% і 12,6% відповідно. У недержавних поліклініках плата за лікарську допомогу становить 68,9% витрат пацієнтів, за ліки -15,4%, за послуги медсестер - 3,6%.

3.2. Вдосконалення інноваційних підходів до організації взаємодії закладу охорони здоров'я зі споживачами медичних послуг

У рамках вдосконалення інформаційно-аналітичного супроводу управління впровадженням інноваційних управлінських технологій в закладі охорони здоров'я актуальності набуває формування маркетингової комунікаційної системи, що характеризує відносини цієї організації з громадськістю, та можливості керування такою системою з метою надання медичних послуг.

Опираючись на концепцію маркетингу, можемо стверджувати, що умовою досягнення мети будь-якої організації є визначення потреби цільових ринків і споживачів і її забезпечення (отримання) більш ефективними та найбільш продуктивними способами ніж у конкурентів. Співвідношення попиту і пропозиції на ринку медичних послуг залежить насамперед, від специфіки та особливостей таких послуг. Зокрема, виділяють профілактичний, лікувальний та соціальний сегменти ринку медичних послуг.

На профілактичному сегменті ринку медичних послуг переважає попит і пропозиція на профілактичні процедури. Лікувальний сегмент, характеризується попитом і пропозицією на лікувально-діагностичні процедури та на медичні послуги. На соціальному сегменті ринку медичних послуг домінує пропозиція медико-соціальних послуг, спрямована на підтримку рівня стану споживачів медичних послуг (пацієнтів). Різноманітність саме таких сегментів ринку медичних послуг у співвідношенні профілактичного, лікувального та соціального, являє собою маркетингову систему охорони здоров'я населення держави, регіону, медичного закладу [53].

Використання КП «Микулинецька обласна фізіотерапевтична лікарня реабілітації» Тернопільської обласної ради маркетингової комунікаційної системи дасть можливість у логічній послідовності визначити пріоритети пропозиції і попиту на певні види медичних послуг.

З огляду на те, що пунктом 1.1. Положення про КП «Микулинецька обласна фізіотерапевтична лікарня реабілітації» Тернопільської обласної ради зазначено, що вона є лікувально-профілактичним закладом, який забезпечує спеціалізовану вторинну медичну допомогу населенню КП «Микулинецька обласна фізіотерапевтична лікарня реабілітації» Тернопільської обласної ради; багатопрофільним закладом, який забезпечує надання амбулаторної і стаціонарної медичної допомоги населенню КП «Микулинецька обласна фізіотерапевтична лікарня реабілітації» Тернопільської обласної ради [50], можемо стверджувати, що діяльність лікарні охоплює профілактичний, лікувальний та соціальний сегменти ринку медичних послуг. Тому, пріоритетами пропозиції послуг для лікарні за критерієм нозологічних форм захворювань (одиниці класифікації хвороб з типовим для них поєднанням симптомів) та врахування важкості їх перебігу повинні стати:

- послуги із збереження життя (у перинатальному періоді, при екстремальних станах, що загрожують життю пацієнта, у похилому віці тощо);
- послуги споживачам, які потребують повернення здоров'я, збереження відповідного рівня працездатності за її тимчасової втрати;

- послуги споживачам, що потребують збереження та підтримки стану відносно здорового організму (диспансеризація тощо) (рис. 3.4).

Використання КП «Микулинецька обласна фізіотерапевтична лікарня реабілітації» Тернопільської обласної ради маркетингової комунікаційної системи надання медичних послуг вимагає визначення її структури та взаємозв'язків окремих елементів. Елементами маркетингової комунікаційної системи як напряму вдосконалення інформаційно-аналітичного супроводу управління впровадженням інноваційних управлінських технологій в закладі охорони здоров'я мають стати:

1) суб'єктно-об'єктний склад. Суб'єктами такої системи повинні бути: досліджуваний медичний заклад (його структурні підрозділи, медичні кадри) і громадськість (пацієнти, їх представники, населення, громадські утворення, стейкхолдери), а об'єктами, – виступати: медичні послуги або процедури, медико-професійна або діагностична група, випадок медичного обслуговування (наприклад, амбулаторно-поліклінічний) тощо;

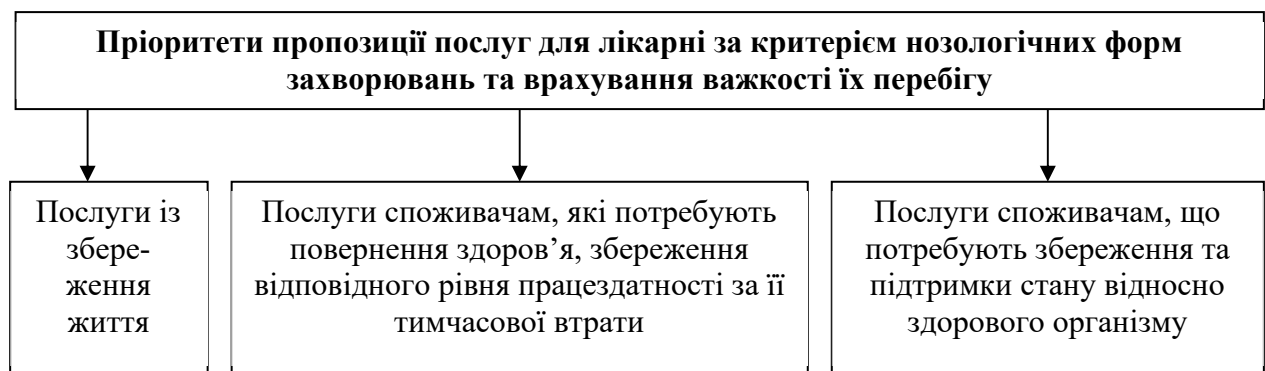


Рис. 3.4. Пріоритети пропозиції послуг для КП «Микулинецька обласна фізіотерапевтична лікарня реабілітації» Тернопільської обласної ради за критерієм нозологічних форм захворювань та врахування важкості їх перебігу

Сформовано автором самостійно

2) продукт діяльності (медична послуга). Формуючи комунікації з урахуванням потреб споживачів у послугах, досліджувана лікарня повинна враховувати той факт, що поряд із традиційними властивостями

(нематеріальність, невіддільність від виробника, неможливість транспортування і збереження, мінливість) послуга має ряд специфічних рис, властивих їй. По-перше, медична послуга може бути дуже тривалою у часі (наприклад, у випадку хронічного захворювання медична послуга може надаватися протягом усього життя пацієнта). По-друге, не завжди відчутним є ефект від споживання послуги (наприклад, у випадку профілактичних заходів). По-третє, досліджувана медична установа істотно відчуває на собі вплив державного регулювання (це спостерігається у наявності переважно державного фінансування, необхідності ліцензування, встановлення вимог до кваліфікації персоналу тощо).

Розглядаючи медичну послугу з позицій маркетингу, КП «Микулинецька обласна фізіотерапевтична лікарня реабілітації» Тернопільської обласної ради повинна враховувати її багаторівневий склад.

Перший рівень розуміння послуги – основний (власне медична допомога).

Другий рівень – послуга у реальному виконанні. За цих умов послугу характеризуватимуть: якість її надання; торгова марка (назва конкретного структурного підрозділу лікарні, у якому надається ця послуга); комфорт та естетика при її наданні; сервіс чи додаткові послуги (наприклад, разом з наданням медичної допомоги щодо лікування конкретного захворювання надаються послуги з повної діагностики організму, приймаються аналізи, лікуються додаткові захворювання, проводиться госпіталізація, транспортування, психологічна підтримка, післяопераційне обслуговування, профілактичні заходи, консультація дієтолога, медикаментозне забезпечення тощо) [14].

Третій рівень надання послуги охоплює підтримку і супровід її надання інструментами маркетингу (наприклад, ціновою політикою, маркетинговою політикою комунікацій). Таким чином, медична послуга з позицій маркетингу включає багато складових і обставин, які є важливими з погляду її споживача;

3) ціна. Плануючи комунікації з урахуванням потреб споживачів у послугах, КП «Микулинецька обласна фізіотерапевтична лікарня реабілітації» Тернопільської обласної ради повинна виходити з того, що особливості цінової політики на медичні послуги визначає держава, якою «на основі найкращих

практик уже існуючих розрахунків має бути створена єдина, уніфікована, розроблена МОЗ України методика, яка була б максимально простою, придатною в межах цільових державних видатків на охорону здоров'я, враховувала б гарантійний державний пакет медичних послуг, і водночас з правом медичних закладів самостійно визначати та коригувати вартість наданих послуг в залежності, наприклад, від статусу закладу, собівартості послуги, складності пролікованого випадку» [32]. У зв'язку з відсутністю для сфери охорони здоров'я методики визначення вартості платних послуг, – базою для визначення ціни послуги є розрахунок витрат, пов'язаних з безпосереднім її наданням;

4) маркетингові комунікації лікарні, які повинні охоплювати засоби, що застосовують інші організації, а саме: рекламу, Паблік Рілейшнз та ін.

Отже, важлива роль у маркетинговій комунікаційній системі повинна відводитись маркетинговим комунікаціям.

Під маркетинговими комунікаціями КП «Микулинецька обласна фізіотерапевтична лікарня реабілітації» Тернопільської обласної ради будемо розуміти множину інструментів, які використовуються або мають використовуватися лікарнею для інформування чи нагадування споживачам про свої послуги.

З урахуванням необхідності заміни патерналістської системи відносин «лікар – пацієнт» на комунікаційну (орієнтовану на споживача), головними цілями, які повинні бути досягнуті в процесі маркетингових комунікацій досліджуваної лікарні, є: створення довірчих відносин між лікарнею та громадськістю, пропаганда здорового способу життя, підтримка і надання допомоги людям, які страждають на важкі та важко виліковні захворювання.

Вважаємо, що інструментами, які повинні бути використані в процесі маркетингових комунікацій задля вдосконалення інформаційно-аналітичного супроводу управління впровадженням інноваційних управлінських технологій в закладі охорони здоров'я, мають стати:

1) реклама як платна неперсоніфікована форма інформаційного впливу на споживача з метою «запуску мотиваційного механізму» отримання медичних послуг лікарні. Перевагами використання реклами є: значна охоплюваність аудиторії (безпосередні споживачі послуг, стейкхолдери, громадські формування тощо), універсальність, можливість застосування задля інформування громадськості про всі види медичних послуг.

Рекламуючи власну діяльність, КП «Микулинецька обласна фізіотерапевтична лікарня реабілітації» Тернопільської обласної ради також може виступити засновником журналу чи газети або спонсором телепередачі на тему здоров'я;

2) формування інформаційних мереж, які уможливають інтерактивний зв'язок для усіх зацікавлених сторін (для пацієнтів – проконсультуватися, для лікарень – обмінятися досвідом, для інвесторів – презентувати результати лікування тощо), швидкий вихід на потрібні електронні ресурси. Це стосується: розвитку сайту КП «Микулинецька обласна фізіотерапевтична лікарня реабілітації» Тернопільської обласної ради, на якому крім установчих документів і номерів телефонів керівництва, повинні: розміщуватись інформація про роботу лікарні та проведені нею заходи різного спрямування, здійснюватись консультації лікарів, надаватись психологічна допомога та ін.;

3) проведення виставок та конференцій, зокрема:

- виставок, які дадуть змогу фахівцям, а також іншим особам ознайомитися з новітніми технологіями, використовуваними лікарнею, асортиментом медичних послуг, що надаються, і надання яких планується в майбутньому;

- електронних і відеоконференцій, телемостів, конференцій у режимі он- і офф-лайн, необхідних для консолідації зусиль лікарів і тих, хто пов'язаний з профілактикою захворювань;

4) використання інформаційних технологій, пов'язаних із соціальним моніторингом захворювань, диспансерним наглядом, що дають змогу прискорити процес обробки і аналізу даних;

5) паблік рілейшнз (PR) як платна форма особистого чи неособистого інформаційного впливу на громадськість з метою формування її позитивного ставлення до медичного закладу, його діяльності, послуг, що надаються, за допомогою засобів масової інформації. «Перспективним напрямом розвитку охорони здоров'я є застосування PR-технологій у питаннях профілактики, адже вона є одним із ключових методів охорони здоров'я... Щоб знизити поширеність факторів ризику, зменшити їх вплив на людину і стимулювати сприятливі для здоров'я фактори внутрішнього і зовнішнього середовища, необхідно реалізувати політику зміцнення здоров'я та профілактики захворювань» [18];

б) дослідження громадської думки. Значимість цього інструменту маркетингових комінікацій обґрунтовується тим, що управлінські рішення, що приймаються з метою оптимізації функціонування КП «Микулинецька обласна фізіотерапевтична лікарня реабілітації» Тернопільської обласної ради в умовах змін соціально-економічного середовища, потребують адекватних форм і методів отримання оперативної інформації. Для своєчасної оцінки ситуації, що склалася у свідомості споживачів послуг, досліджуваній медичній установі потрібно проводити дослідження громадської думки. Ці дослідження мають стратегічну важливість у розвитку відносин лікарні з суспільством, оскільки можуть надати можливість впливати на цільові групи за допомогою отриманої інформації.

Вкажемо на те, що дослідження громадської думки доцільно проводити за декількома напрямками. По-перше, КП «Микулинецька обласна фізіотерапевтична лікарня реабілітації» Тернопільської обласної ради слід вивчати думку і отримувати інформацію від населення про ефективність роботи лікарні, інформаційні запити цільових груп. Другий напрям досліджень повинен охоплювати вивчення проблем в межах досліджуваної організації (проблеми: медичних працівників, пов'язані з їх професійною діяльністю, соціальним статусом у суспільстві: побудови взаємодії лікарні з іншими соціальними інститутами і державними органами та ін.).

Проведення досліджень громадської думки дасть змогу створити таку систему маркетингових комунікацій у КП «Микулинецька обласна фізіотерапевтична лікарня реабілітації» Тернопільської обласної ради, завдяки якій у різних верств населення сформується ціннісне ставлення до лікарні, медичного обслуговування і послуг, що в ній надаються, свого здоров'я. Для цього у штатний розпис лікарні слід включити посаду спеціаліста з Паблік Релейшнз, яку б обіймав кваліфікований фахівець;

7) розробка фірмового стилю, яка може супроводжуватися створенням КП «Микулинецька обласна фізіотерапевтична лікарня реабілітації» Тернопільської обласної ради фірмових бланків, логотипів, фірмових кольорів, вибором корпоративного героя (ним, як правило у медичних закладах є головний лікар);

8) використання директ-маркетингу як процесу просування послуг напряму споживачу. Цей процес просування послуг, на відміну від просування через мас-медіа, використовує директ-медіа, тобто медіа для доставки рекламного повідомлення безпосередньо споживачу (наприклад, електронною поштою (інтернет-маркетинг) чи шляхом надсилання SMS-повідомлення (мобільний маркетинг) досліджувана організація може інформувати родичів своїх пацієнтів про нові методики лікування). Він вважається більш персоналізованим засобом просування у порівнянні з рекламою, оскільки передбачає наявність реакції-відповіді на отримання послуги (реакцією-відповіддю комунікації директ-маркетингу можуть бути безпосереднє надання послуги, звернення за додатковою інформацією про неї, консультування з лікарем з цього приводу). Крім цього, як вказує В.Куц, «директ-маркетинг є маркетингом пошани. Слід поважати своїх клієнтів, щоб забезпечити їх повторні звернення за продукцією чи послугою» [21].

Резюмуючи усе вказане вище, зазначимо, що використання інструментів маркетингових комунікацій має проводитися системно, комплексно і з дотриманням таких умов:

- послідовності (передбачає безперервність у побудові відносин з цільовими контактними аудиторіями);

- активного просування успіху (про позитивні зміни необхідно активно і своєчасно інформувати громадськість);
- ініціативності контактів (ініціатива повинна завжди виходити від досліджуваної організації);
- постійної, цілеспрямованої і кваліфікованої діяльності, орієнтованої на довгострокову перспективу;
- створення атмосфери довіри між організацією та цільовими аудиторіями;
- в основу маркетингових комунікацій слід покласти принципи соціально-етичного маркетингу, які повинні дотримуватися на всіх етапах життєвого циклу організації і надання медичних послуг;
- продукування медичних послуг належної якості, яка певною мірою задовольняє попит на ринку.

Висновки до розділу 3

1. Вдосконалення управління впровадженням інноваційних підходів в закладі охорони здоров'я повинно здійснюватись на засадах системності. Це означає, що для вдосконалення та переорієнтації роботи медичних закладів в напрямі інноватизації їх діяльності, в тому числі, управлінської, необхідні відповідні системні зміни. Напрями проведення цих змін запропоновано у роботі.

2. Автором стверджується, що для вдосконалення системи управління впровадженням інноваційних підходів в закладі охорони здоров'я має значення здійснення діагностики потреб споживачів медичних послуг. Це обґрунтовується рядом причин (приміром, необхідністю вивчення потреб споживачів медичних послуг як джерела інформації для розвитку внутрішніх комунікаційних зв'язків лікарні). У процесі такої діагностики доцільним є використання напрацьованих у науковій літературі методичних підходів до неї, що дозволить цілеорієнтувати роботу лікарні на підвищення рівня задоволеності її пацієнтів.

3. Значимість корекції методів впливу на персонал в процесі впровадження

інноваційних підходів в закладі охорони здоров'я обґрунтовується тим, що ініціативно-управлінськими технологіями, які повинні бути впроваджені у діяльність КП «Микулинецька обласна фізіотерапевтична лікарня реабілітації» Тернопільської обласної ради, є інновації «управління на базі активізації роботи персоналу» та «управління на базі потреб та інтересів». Крім того, автор вважає, що інструментом впливу на персонал в процесі впровадження інноваційних підходів в КП «Микулинецька обласна фізіотерапевтична лікарня реабілітації» Тернопільської обласної ради повинен стати контролінг. Його переваги для лікарні систематизовано у роботі.

4. Вдосконалення інформаційно-аналітичного супроводу управління впровадженням інноваційних підходів в закладі охорони здоров'я вимагає формування маркетингової комунікаційної системи, що характеризує відносини цього закладу з громадськістю. Елементами цієї системи визначено: її суб'єктно-об'єктний склад, продукт діяльності (медична послуга), ціна, маркетингові комунікації. Інструментами, які повинні бути використані в процесі маркетингових комунікацій мають стати: реклама, формування інформаційних мереж, проведення виставок та конференцій, використання інформаційних технологій, паблік рілейшнз (PR), дослідження громадської думки, розробка фірмового стилю, використання директ-маркетингу.

ВИСНОВКИ

1. Інноваційні підходи до організації взаємодії закладу охорони здоров'я зі споживачами медичних послуг є тим алгоритмом діяльності, у результаті якої досягається певна організаційна мета і зазнає змін (як правило, позитивних) об'єкт впливу (наприклад, інформаційне забезпечення роботи закладу тощо). Ця діяльність не зводиться до одноразового акту, а є процесом, який характеризується зміною змісту, форм, методів, що циклічно повторюються при вирішенні кожного нового завдання в організаційній сфері закладу з урахуванням змін у зовнішньому оточенні.

2. Інноваційні підходи до організації взаємодії закладу охорони здоров'я зі споживачами медичних послуг охоплюють: управління життєвим циклом, асортиментом і якістю медичних послуг; управління процесами заміни застарілих технологій і устаткування; процесами формування і удосконалення організаційної культури; процесом управління кадровим потенціалом закладу; процесом управління інформаційно-комунікативним та аналітичним забезпеченням закладу.

3. Групування інноваційних послуг дозволяє системно і цілеспрямовано напрацьовувати напрями, за якими доцільно здійснювати їх інноватизацію.

4. Сучасні (інноваційні) підходи у закладах охорони здоров'я мають включати професійний менеджмент, що включає використання фінансового управління в практиці цих закладів, збільшення заробітної плати (за критеріями роботи), порівняння витрат і отриманих результатів, ефективний фінансовий облік і аудит, оптимізацію кадрового забезпечення, обслуговування медичного устаткування, оптимальне використання робочого місця, сучасний дизайн, управління змінами. Причому, готовність закладів охорони здоров'я до використання інноваційних підходів визначається їх інноваційним потенціалом, який охоплює складові: орієнтацію діяльності; організаційну структуру управління; стиль керівництва; інформаційне забезпечення діяльності персоналу; соціально-психологічний клімат колективу.

5. У роботі представлено авторський методологічний підхід до дослідження процесу управління впровадженням інноваційних підходів в закладі охорони здоров'я. Він сприятиме об'єднанню теорії і практики, формуванню стрункої, цілісної концепції удосконалення досліджуваного об'єкта (процесу управління впровадженням інноваційних підходів в закладі охорони здоров'я) у перспективі.

6. Незважаючи на існуючі позитиви організаційно-функціональних основ для впровадження інноваційних підходів в закладі охорони здоров'я (сформованість організаційної структури лікарні, її структурних елементів тощо), проведений аналіз цих основ показав, що негативними наслідками їх недосконалості є: нечіткість нормативів навантаження та стандартів якості у роботі сестринського персоналу; фізично та емоційно важка і виснажлива праця сестринського персоналу; недостатньо ефективна праця медичного персоналу через неналежну її мотивацію. Вирішення існуючих проблем щодо організаційно-функціонального супроводу роботи КП «Микулинецька обласна фізіотерапевтична лікарня реабілітації» Тернопільської обласної ради дозволить вирішити питання мотиваційних механізмів та оплати праці її медичного персоналу і активного використання лікарнею інноваційних підходів «управління на базі потреб та інтересів».

7. Автором стверджується, що для вдосконалення системи управління впровадженням інноваційних підходів в закладі охорони здоров'я має значення здійснення діагностики потреб споживачів медичних послуг. Це обґрунтовується рядом причин (приміром, необхідністю вивчення потреб споживачів медичних послуг як джерела інформації для розвитку внутрішніх комунікаційних зв'язків лікарні). У процесі такої діагностики доцільним є використання напрацьованих у науковій літературі методичних підходів до неї, що дозволить цілеорієнтувати роботу лікарні на підвищення рівня задоволеності її пацієнтів.

8. Вдосконалення інформаційно-аналітичного супроводу управління впровадженням інноваційних підходів в закладі охорони здоров'я вимагає

формування маркетингової комунікаційної системи, що характеризує відносини цього закладу з громадськістю. Елементами цієї системи визначено: її суб'єктно-об'єктний склад, продукт діяльності (медична послуга), ціна, маркетингові комунікації. Інструментами, які повинні бути використані в процесі маркетингових комунікацій мають стати: реклама, формування інформаційних мереж, проведення виставок та конференцій, використання інформаційних технологій, паблік рілейшнз (PR), дослідження громадської думки, розробка фірмового стилю, використання директ-маркетингу.

9. Значимість корекції методів впливу на персонал в процесі впровадження інноваційних підходів в закладі охорони здоров'я обґрунтовується тим, що ініціативно-управлінськими підходами, які повинні бути впроваджені у діяльність КП «Микулинецька обласна фізіотерапевтична лікарня реабілітації» Тернопільської обласної ради, є інновації: «управління на базі активізації роботи персоналу» та «управління на базі потреб та інтересів». Крім того, автор вважає, що інструментом впливу на персонал в процесі впровадження інноваційних підходів в КП «Микулинецька обласна фізіотерапевтична лікарня реабілітації» Тернопільської обласної ради повинен стати контролінг. Його переваги для лікарні систематизовано у роботі.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авраменко Т.П., Богачев Р.М., Нерсисян Г.А., Довганчин Г.С. Державна політика змін у сфері охорони здоров'я в Україні: регіональний вимір. URL: irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe..2...
2. Антонюк В. П., Амоша О. І., Мельцер Л. Г. Людський капітал регіонів України в контексті інноваційного розвитку: монографія. НАН України, Ін-т економіки пром-сті. Донецьк, 2011. 307с.
3. Бабич М. Відповідальність у структурі професійної моделі молодшого медичного спеціаліста. *Психологія особистості*. 2011. №1 (2). С.23 7-244.
4. Баєва О.В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я. URL: http://pidruchnild.corrj/1781040937372/meditsina/menedzhment_u_galuzi_ohoroni_zdorovya
5. Білинська М.М. Управління змінами в сфері охорони здоров'я. Київ: Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. 2015. 80с.
6. Бондаренко С.М. Модель досконалості EFQM як складова частина підвищення якості в організації / Проблеми та перспективи розвитку інноваційної діяльності в Україні: матеріали X Міжнародного бізнес-форуму, Київ, 21 березня 2017 р. К. КНТЕУ. 2017. С 31-32.
7. Гойда Н. Г. Медикосоціологічна інформація як інструмент управління якістю медичної допомоги. Матеріали конф. з між нар. уч. «Медична та біологічна інформатика та кібернетика: віхи розвитку». К., 2011. С.27
8. Горачук В.В., Гойда Н.Г. Методичні підходи до визначення задоволеності пацієнтів (їхніх представників) медичною допомогою у закладі охорони здоров'я. URL: http://www.nbuv.gov.ua/oldJrn/chem_biol/sped/2012_1/015-18.pdf
9. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні : навч.-наук. вид. / авт. кол. : М. М. Білинська, Я. Ф. Радиш, І. В. Рожкова та ін. ; за заг. ред. проф. М. М. Білинської. К.; Львів : НАДУ, 2012. 240 с.
10. Ерохина Е.А. Теория экономического развития: системно-синергетический подход. URL: <http://ek-lit.agava.ru/eroh>.

11. Жаліло Л.І., Мартинюк О.І. Стратегії змін у сфері охорони здоров'я в умовах соціально-економічних реформ в Україні. Державне управління: теорія та практика: електрон, наук. фах. журн. URL: www.nbuv.gov.ua

12. Карамишев Д.В. Державне регулювання інноваційних процесів у системі охорони здоров'я: дис..д-ра наук држ. Управління: 25.00.02. Донецьк, 2007. URL: <http://disser.com.ua/content/252705.html>

13. Кардинал М. Удосконалення комунікативної взаємодії медичної установи з споживачами медичних послуг в контексті підвищення її іміджу. URL: <http://tneu.com.ua>

14. Книш П.В. Сутнісні характеристики поняття «управлінська технологія». URL: Nvamu_uprav1_2014_1_34.pdf

15. Конституція України. URL: [http:// zakon2.rada. gov. ua/laws/show/254%D0%B A/96-% D0%B2%D 1 %80](http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%B A/96-% D0%B2%D 1 %80)

16. Кравченко Ж.Д. Державне регулювання системи первинної медико-санітарної допомоги при вищих навчальних закладах (на прикладі м. Харкова). *Актуальні проблеми державного управління*. 2011. № 2. С. 195-202.

17. Кривенко Є.М., Ситенко О.Р. Роль комунікації та PR-технологій у взаємодії галузі охорони здоров'я і громадськості. URL: file:Uzn_2013_4_19.pdf

18. Кривокульська Н.М. Керівник адміністративної служби: навч. пос. Тернопіль, ТНЕУ, 2015. 240с.

19. Критерії оцінювання якості роботи головних та старших медичних сестер медичного закладу: інформаційно-оціночний документ. URL: emedsestra.mcfr.ua/article.aspx?aid=462276

20. Куш Н.П. Директ-маркетинг: необхідність активізації в сучасних умовах. URL: www.kntu.kr.ua/doc/zb_10_2/stat_10_2/51.doc

21. ЛепейкоТ.И., Колесников А.А. Управление формированием стратегического потенциала предприятия. *Економіка розвитку*. 2004. №4. С.98-101.

22. Маркевич Б. Інноватизація управлінської діяльності закладу охорони здоров'я. Матеріали IV Міжнародної студентської науково-практичної

конференції «Актуальні проблеми вітчизняної економіки, підприємництва та управління на сучасному етапі» (Тернопіль, 7 листопада 2019 року). С. 97-100.

23. Маркевич Б. Інтелектуалізація системи менеджменту персоналу закладу охорони здоров'я в умовах розвитку економіки знань. Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю «Актуальні проблеми менеджменту в умовах інноваційного розвитку економіки» (м. Тернопіль, 17 квітня 2019 р.). С 184-188.

24. Мельник А.Ф., Васіна А.Ю., Кривокульська Н.М. Менеджмент державних установ і організацій. Навч. посібник. За ред. д-ра екон. наук, проф. А.Ф.Мельник. Тернопіль: Економічна думка, 2006. 320с.

25. Мельник А., Мельник Ю. Національний та регіональні ринки послуг України: чи наближаємось ми до Європи? *Журнал європейської економіки*. 2015. Том 14. (№ 4). с 456-476.

25. Мескон М.Х., Альберт М., Хедоури Ф. Основы менеджмента. М.: Дело, 1992. 702с.

26. Методичні підходи до визначення задоволеності пацієнтів (їхніх представників) медичною допомогою у закладі охорони здоров'я. Горачук В.В., Гойда Н.Г. URL: http://www.nbuuv.gov.ua/oldjrn/chem_biol/sped/2012_1/015-18.pdf

27. Методичні рекомендації з організації клінічного управління ризиками та безпеки медичної допомоги в закладах охорони здоров'я. Київ, 2012. 23с. URL: http://mtd.dec.gov.ua/images/doc/Met_upr_ryzyk.pdf

28. Методологія системного підходу та наукових досліджень : опорний конспект лекцій. Н. В. Фоміцька. Х. : Вид-во ХарПІ НАДУ "Магістр", 2015. 60с. URL: <http://www.kbuapa.kharkov.ua/e-book/book/2015-mspnd/doc/01.pdf>

29. Микитюк П. П., Брич В. Я., Желюк Т. Л. [та ін.] Управління проектами: навч. посіб. / під ред. П. П. Микитюка. Тернопіль : ТНЕУ, 2017. 320 с.

30. МОЗ: ціни на медичні послуги будуть встановлюватися за єдиною методикою. URL: <http://pravda.press/news/sociery/moz-tsiny-na-medichni-poslugi-budut-vstanovlyuvatisya-za-dinoyu-metodikoyu~23352/>

31. Москаленко В.Ф. Глобальні та національні проблеми кадрових ресурсів охорони здоров'я. *Главный врач*. 2017. № 1. С. 32-40.

32. Мочалов Ю. Інноваційна діяльність у роботі закладів охорони здоров'я.
URL:

https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/23597/1/Pages%20from%2014_inet.pdf

33. Нова модель надання первинної медико-санітарної допомоги - досвід пілотних регіонів. В. М. Лехан, В. Г. Гінзбург, Л. В. Крячкова, М. В. Шевченко. - *Wiadomosci Lekarskie* 2014, Tom LXVII, gr.2czesc. II, P. 210-214.

34. Новак В.О., Т.Л. Мостенська, О.В. Ільєнко Організаційна поведінка: підручник. К.: Кондор-Видавництво, 2013. 498 с.

35. Новаківський І.І. Проектно-орієнтована організаційна система управління як ціль еволюції проектного менеджменту. *Вісник Національного університету "Львівська політехніка". Сер.*: Комп'ютерні науки та інформаційні технології. Львів : Вид-во НУ "Львівська політехніка", 2009. С163-174.

36. Опыт использования анкетирования пациентов для оценки качества медицинской помощи. В. К. Юрьев, Н. Е. Арефьева, Т. А. Волкова и др. *Социология медицины*. 2007. № 2. С. 28-30.

37. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992р. № 2801-ХІІ. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>

38. Пічугіна Т.С. Ткачова С.С. Управління змінами : навч. пос. Х.: ХДУХТ, 2017. 226с. URL: elib.hduht.edu.ua/jspui/.../Посібник_Управління%20змінами%202017_combine.pdf

39. Поняття методу. Класифікація методів наукового пізнання та їх характеристика. URL: http://pidruchniki.com/125606073_7608/filosofiya/ponyattya_metodu_klasifikatsiya_metodiv_naukovogo_piznannya_harakteristika

40. Про схвалення Концепції нової системи охорони здоров'я: проект розпорядження Кабінету Міністрів України. URL: <http://www.moz.gov.ua>.

41. Рожкова І., Жаліло Л., Мартинюк О. Методологічні засади управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні: аспекти впровадження

первинної медико-санітарної допомоги. URL: <http://visnyk.academy.gov.ua/wp-content/uploads/2013/11/2012-4-16.pdf>

42. Сааков В. Организационное развитие. URL: <http://www.cfin.ru/management/strategy/change/saakov.shtml/>.

43. Сайт КП Микулинецька обласна фізіотерапевтична лікарня реабілітації Тернопільської обласної ради. URL: <https://mikyluntsy.crl.net.ua/zagalna-informatsiya/>

44. Свінцицький А.С., Висоцька О.І. Актуальні питання щодо впровадження медичних інноваційних технологій у закладах охорони здоров'я. URL: www.irbis-nbuv.gov.ua > cgi-bin > irbis_nbuv > cgiirbis_64

45. Солоненко І. М., Рожкова І. В.. Сучасні суспільні вимоги щодо підготовки керівників у сфері охорони здоров'я в Україні. Матеріали V з'їзду спеціалістів з соціальної медицини та організаторів охорони здоров'я (Житомир, 23-25 жовт. 2008 р.). Житомир, К. : [б. в.], 2008. С. 166 – 168.

46. Солоненко І.М. Формування компетенцій за стандартами підготовки керівників з державного управління у сфері охорони здоров'я. Державне управління: теорія та практика: електрон, наук. фах. вид.). 2018. № 2. URL: www.nbuv.gov.ua

47. Сучасні технології роботи з персоналом : наук, розробка / авт. кол. : С.М.Серьогін, І. В. Шпекторенко, Н. А. Липовська та ін. К.: НАДУ, 2010. 48с. 52.Тогунов И.А. Маркетинговая сущность медицинской профилактической деятельности. Мир медицины: журнал для медицинских сестер, фельдшеров и акушеров / учредители: ОДО "НТМ-2000", Ассоциация медицинских сестер г. Минска. 2013. №7. С. 22-23.

48. Спенсер Л. М. Компетенции на работе. пер. с англ. М. : НИРРО, 2005.384с.

49. Україна крізь призму Європейської хартії прав пацієнтів: результати виконання в Україні другого етапу європейських досліджень на відповідність стандартам ЄС з прав пацієнтів. В. В. Глуховський та ін. ; Європ. прогр. Міжнар.

фонду Відродж. «Розвиток співпраці аналітичних центрів України та країн Західної Європи». - К. : Дизайн і поліграфія, 2012. 158 с

50. Управління змінами в системі охорони здоров'я України: історія та уроки пілотних регіонів: навчальний посібник. Лехан В.М., Крячкова Л.В., Волчек В.В. Дніпропетровськ. 2016. 56с.

51.Харченко Т.О. Стратегічні цілі розвитку державних неприбуткових організацій в сучасних умовах. Тези доповіді Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції «Сучасні детермінанти розвитку бізнес-процесів в Україні» 24 травня 2017 р. Київ, КНУТД. С. 361-364.

52. Шавкун І.Г. Ділова комунікація: сутність та типологізація. URL: http://www.zgia.zp.ua/gazeta/VISNIK_38_7.pdf

53. Шаповал М.І. Менеджмент якості: Підручник. К.: Т-во "Знання", 2013. 475 с

54.Шевчук В.В. Удосконалення державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України. URL: https://chmnu.edu.ua/wp-content/uploads/2016/04/Disertatsiya_Shevchuk_Viktoriyi_Viktori_vni.pdf

55. Шевченко І.Б. Управління змінами : навч. посібник для студ. вищих навч. закладів /І. Б. Шевченко. К. : НТУ «КШ» Політехніка, 2015. 231 с

56. Шевчук В.В. Підходи до реалізації механізмів державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я. URL: <http://journals.uran.ua/index.php/2311-1666/article/viewFile/28278/25203>

57. Шегедин Я. Державна політика в галузі медсестринства: структурно-функціональний аспект. Науковий вісник "Демократичне врядування". - 2017. RL: http://lvivacademy.com/vidavnitstvo_1/visnykl8_19/fail/Shegedyn.pdf

58. Шкільняк М., Кривокульська Н. Діагностика середовища функціонування закладу охорони здоров'я як передумова проведення змін. Михайло Шкільняк, Наталія Кривокульська. Соціально-економічні проблеми і держава. 2018. Вип. 2 (19). С 151-159.

59. Шкільняк М.М. Овсянюк-Бердадіна О.Ф., Крисько Ж.Л., Демків І.О.. Менеджмент: навчальний посібник. Тернопіль.: Крок, 2017. 351с.

60. Ясінська І. Зміни в організаціях: належне управління, кризові ситуації і умови досягнення успіху: Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня доктора економічних наук (Спеціальність 08.00.04 - економіка та управління підприємствами). Івано-Франківськ. 2016. 42с. URL: http://nung.edu.ua/files/attachment/avtoreferat_yasinska.pdf

61. Bilynska M. Concept of assessing impact of political decisions on community environmental health. Вісник НАДУ при Президентіві України. Київ: Вид-во НАДУ.2013.№4.С. 5-8.

62. Castillo L.A.M. Integrated model for implementation and development of knowledge management. Knowledge Management Research, Practice. Vol. 12. 2014. pp. 145-160.

63. Dluhopolskyi O., Zhukovska A., Dluhopolska T., Farion A., Karp I., Kryvokulska N. The implementation of the eHealth system as an economic benefit (case of EU countries for Ukraine) / 2019 9th International Conference on Advanced computer information technologies ACIT'2019. Conference Proceedings. Ceske Budeiovice, Czech Republic, June 5-6, 2019. P. 346-349. DOI: 10.1109/ACITT.2019.8779933.

64. Kotter J. P. Leading Change/ Harvard Business Press, 1st edition, 1996. - 208 p.

65. Mark K. Smith "Kurt Lewin: groups, experiential learning and action research". The Encyclopedia of Informal Education, 2011. URL: www.infed.org/thinkers/et-lewin.htm.