

КЕЛНЕР Стелла Оскарівна

**Формування пацієнтоорієнтованої системи надання медичних послуг в
закладі охорони здоров'я**

Кваліфікаційна робота

Виконала ст. групи
МЗОЗмсв-21
С. О. Келнер

Науковий керівник:
к.е.н., доцент Ж.Л. Крисько

ТЕРНОПІЛЬ – 2021

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я 5	
1.1. Система надання медичних послуг в закладі охорони здоров'я.....	5
1.2. Зарубіжний досвід надання медичних послуг	14
Висновок до розділу 1	20
РОЗДІЛ 2 ДОСЛІДЖЕННЯ СИСТЕМИ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	21
2.1. Характеристика національного ринку медичних послуг	21
2.2. Аналіз організаційно-економічного забезпечення надання медичних послуг у закладі охорони здоров'я	28
2.3. Оцінювання рівня задоволеності пацієнтами отриманих медичних послуг	35
Висновки до розділу 2	41
РОЗДІЛ 3 НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	42
3.1. Формування пацієнтоорієнтованої системи надання медичних послуг на основі концепції <i>PRM</i>	42
3.2. Впровадження <i>lean</i> -технологій для створення пацієнтоорієнтованої системи надання медичних послуг.....	49
Висновки до розділу 3	53
ВИСНОВКИ	54
СПИСОК ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ.....	56

ВСТУП

Актуальність проблеми. Нині в світі система охорони здоров'я (далі – ОЗ) кардинально змінюється. У даний час в умовах обмеженості фінансування медичної системи пошук рішень щодо збереження та підвищення якості та доступності медичних послуг (далі – МП) для населення є важливим і досить складним завданням.

Розвиток системи ОЗ в умовах постійного вдосконалення законодавчої бази з метою захисту прав пацієнтів на отримання ними високоякісних МП стимулює підвищення якості та інтенсивності роботи медкадрів.

Ситуація, що склалася нині в галузі та суспільстві, надає несприятливий вплив на взаємодію пацієнтів та медичного персоналу. Реформа системи ОЗ сприяє формалізації взаємовідносин лікаря та пацієнта, їх побудови на прагматичній основі за принципом «продавець – покупець». Недосконалість нормативно-правової бази, соціальна та культурна незрілість суспільства виводять проблему на рівень конфлікту між лікарем та пацієнтом. Наслідком є критична оцінка поточного стану справ та динаміки змін в ОЗ як пацієнтами, так і лікарями; уявлення про неналежне виконання зобов'язань іншими учасниками процесу надання МП. Для більшості пацієнтів знизилася доступність безкоштовної медичної допомоги та вузьких фахівців, зміцнилася думка у низькій якості МП та недостатній кваліфікації медичних кадрів. На фоні зростання навантаження лікарі не бачать ні матеріальної віддачі, ні моральної від своєї праці, відчуваючи високий тиск з боку керівництва та суспільства, а також юридичну незахищеність. Нормалізація умов роботи та відпочинку лікаря, підвищення матеріального благополуччя лікарських сімей, ліквідація перевантажень та збільшення можливостей для професійного та творчого зростання лікарських кадрів є запорукою підвищення якості їх роботи на користь індивідуальних потреб пацієнта.

Аналіз наукових праць. Теоретичним аспектам організації надання МП присвятили свої праці такі дослідники: Баєва О., Богайчук П., Бразовська Н.,

Бурцева О., Гапонова Е., Гомілевська Г., Грабовський В., Десв І., Клименко П., Кобякова О., Крисько Ж., Марчук О., Мельник А., Мельник Ю., Палмер Р., Петрашик Ю., Попович Т., Стукен Т., Чехун О., Шомникова А.

Мета кваліфікаційної роботи – розкриття методологічних та організаційних основ формування пацієнтоорієнтованої системи надання МП.

Відповідно до мети поставленні такі **завдання**:

- окреслити систему надання МП в закладі охорони здоров'я;
- розкрити зарубіжний досвід надання МП;
- дати характеристику національного ринку МП;
- проаналізувати організаційно-економічного забезпечення надання МП у закладі охорони здоров'я;
- оцінити рівень задоволеності пацієнтами отриманих МП;
- сформувати пацієнтоорієнтовану систему надання МП на основі концепції *PRM*;
- розробити пропозиції щодо впровадження *lean*-технологій для створення пацієнтоорієнтованої системи надання МП.

Об'єкт дослідження – процес формування пацієнтоорієнтованої системи надання МП в КНП «Тячівська районна лікарня».

Предмет дослідження – теоретичні та практичні аспекти удосконалення організації надання медичних послуг в КНП «Тячівська районна лікарня».

Практична значущість: вироблення практичних рекомендацій з формування пацієнтоорієнтованої системи надання МП в досліджуваній медичній організації.

Апробація. Опубліковано за результатами 2 тези: [19; 20].

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Система надання медичних послуг в закладі охорони здоров'я

Розкриття питання щодо системи надання МП передбачає висвітлення сутності таких понять як «медична послуга» та «якість медичної послуги», бо розуміння термінології є надзвичайно важливим.

Проведене дослідження літератури з питань МП дозволило встановити, що поняття «медична послуга» залишається на сьогоднішній день ще недостатньо науково визначеним, незважаючи на потребу в цьому. І до нині не досягнуто однозначності у його трактуванні.

Основний закон – Конституція України [21], в якому гарантується право споживачу отримувати послуги. При одержанні послуги споживач відчуває, що до нього ставляться з повагою, із врахуванням його потреби для задоволення її.

Згідно діючого українського законодавства дефініцію «послуга» можна розглядати як:

- закупівлю (товар);
- результат взаємин між постачальником і отримувачем;
- певну діяльність або результат;
- обслуговування;
- різні заходи, котрі здійснюють у різних галузях надання державних чи муніципальних послуг, зокрема, ОЗ, освіти, соцзабезпеченні, працевлаштуванні, сфері ЖКП, транспортному обслуговуванні, сфері фінансових послуг та юридичних послуг.

Послуга володіє вартістю і споживчою вартістю. Послугу відрізняє від товару певними характеристиками: вона не має речової форми; її споживча

вартість – це корисний ефект діяльності; її не можна накопичити.

Крім того, певні характеристики послуги можуть бути як присутніми, так і відсутніми:

- послуга вимагає (не вимагає) присутності отримувача;
- послуга зникає (появляється) в момент отримання;
- послуга має (не має) супутнє матеріальне втілення.

У таблиці 1.1 представимо підходи до визначення суті дефініції «послуга».

Таблиця 1.1

Підходи до визначення суті дефініції «послуга»

Визначення	Автор
Послуга – це «будь-яка діяльність, яку одна сторона може запропонувати іншій; невлічима дія, що не призводить до володіння чимось. У деяких випадках надання послуг пов'язане з матеріальними продуктами, в інших - не має до них жодного відношення»	Ф. Котлер
Послуга – це «процес, куди входять серію (чи кілька) невлічимої дій, які за необхідності відбуваються при взаємодії між покупцями та обслуговуючим персоналом, фізичними ресурсами, системами підприємства- постачальника послуг»	К. Гренроос
Послуги – це «види діяльності, робіт, у процесі виконання яких не створюється новий, раніше не існуючий матеріально-речовий продукт, але змінюється якість вже наявного, створеного продукту. Це блага, що надаються не у вигляді речей, а у формі діяльності. Отже, саме надання послуг створює бажаний результат»	Б. Райзенберг, Л. Лозовський, Є. Стародубцева
Послуги – «блага, подані не у формі речей, а у формі діяльності»	І. Лопатніков
Послуги: «підсумки безпосередньої взаємодії постачальника та споживача та внутрішньої діяльності «Управління якістю та забезпечення якості» постачальника для задоволення потреб споживача. Послуга може бути пов'язана з виробництвом та постачанням матеріальної продукції»	міжнародний стандарт ISO 8402:1994
«Для споживача послуги – це будь-які дії, що пропонуються для продажу, які забезпечують цінні вигоди або задоволення»	Р.М. Бесом
Послуги – «будь-яка невлічима користь (вигода), яка оплачена безпосередньо чи опосередковано і яка часто включає більший чи менший фізичний чи технічний компонент»	О. Андрессен

Примітка. Узагальнено автором.

Як бачимо, у роботах як зарубіжних, так і вітчизняних дослідників, що стосуються даного питання, підходи до визначення сутності поняття

«послуга» варіюються. При цьому, такі підходи можна згрупувати у три групи (рис. 1.1).

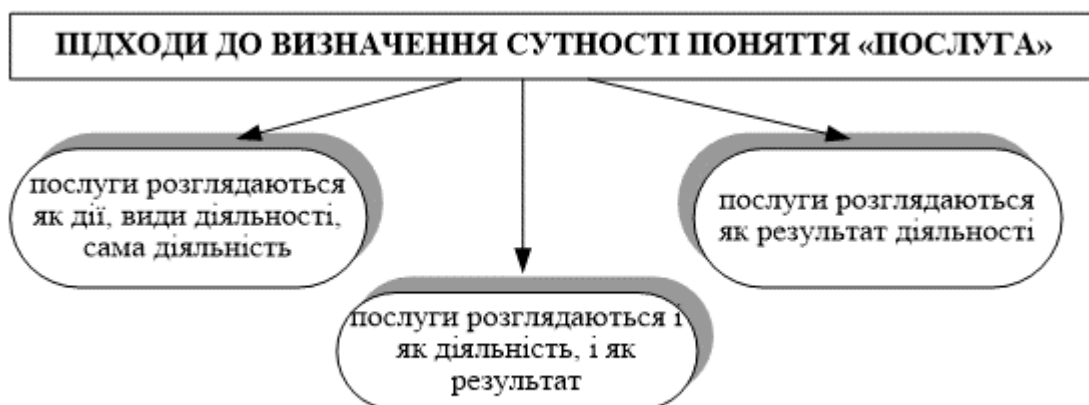


Рис. 1.1. Підходи до визначення сутності поняття «послуга»

Примітка. Побудовано автором.

Аналізуючи підходи зробимо висновок, що сутність послуг у сфері ОЗ найбільш повно відображають визначення дослідників групи, котрі характеризують послугу і як діяльність, і як результат, а також роблять акцент на те, що послуги – це дії, що приносять користь і задоволення.

Погоджуємося із думкою тих авторів, котрі наголошують на тому, що при наданні МП процес є важливим так само, як і результат, і вони знаходяться в нерозривному взаємозв'язку.

Виходячи із сутності і особливостей поняття «медична послуга», як дії, що приносить користь, задоволення отримувача, визначимо її ключові характеристики, такі як «якість» і «доступність» даного виду послуг, що визначають кінцевий результат їх надання (рис. 1.2).

Науковці, виокремлюючи особливості МП, відзначають, що їм притаманні такі властивості суспільних благ, як ексклюзивність послуги, синхронність її надання та отримання, а також неконкурентність.

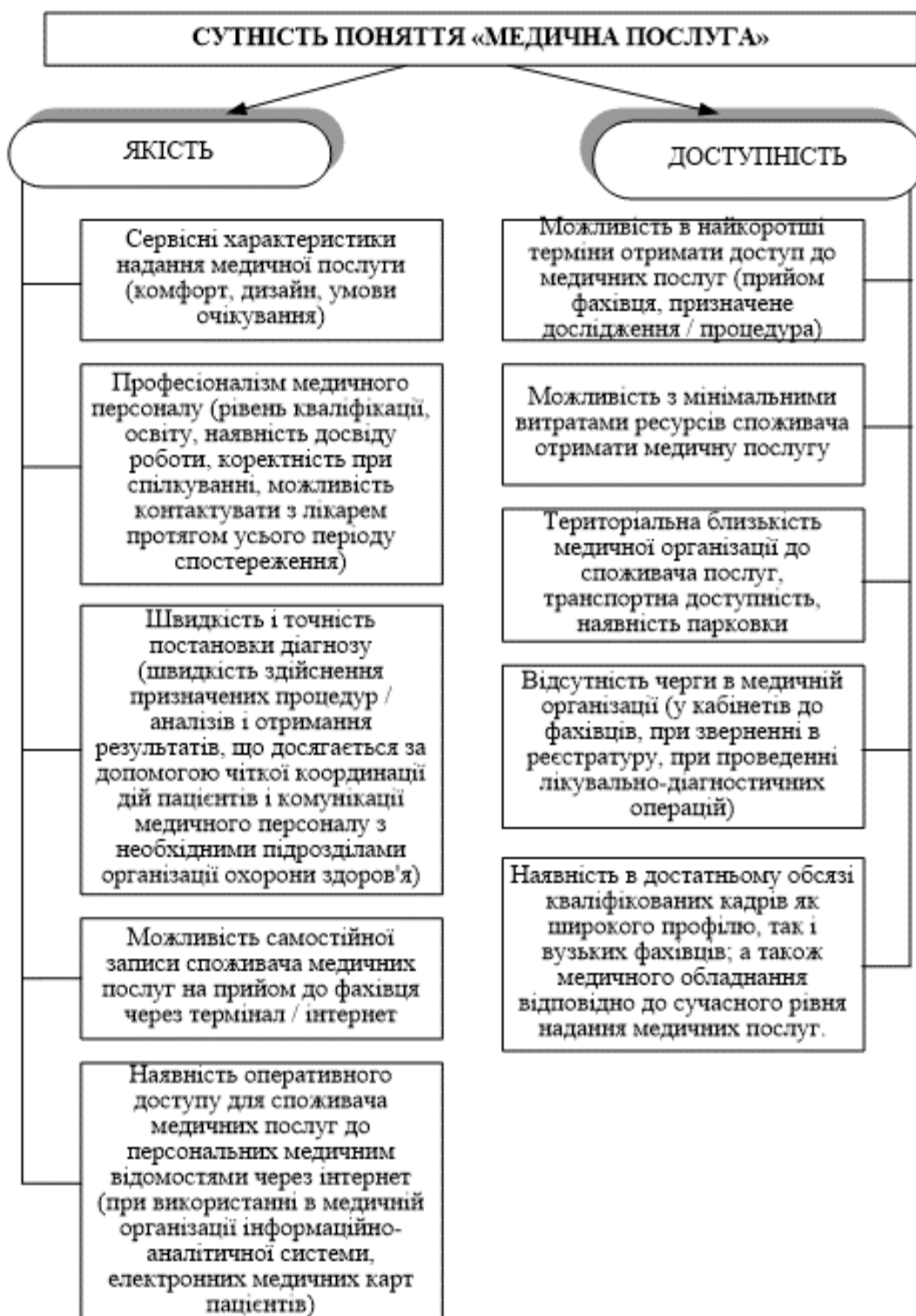


Рис. 1.2. Сутність поняття «медична послуга»

Примітка. Побудовано автором.

Зазначимо, що якість МП варто розглядати як сукупність характеристик МП, за допомогою яких забезпечується максимізація задоволеності отримувача процесом її надання, а також досягнення очікуваного від даної послуги результату відповідно до встановлених термінів.

При розгляді економічної сутності МП, важливо відзначити вплив їх ефективності та якості на економіку, а саме приділити увагу економічним збиткам від втрат здоров'я населення, які в разі підвищення якості та результативності МП, відповідно, скорочується. У цьому питанні важливим індикатором може служити оцінка економічного збитку від втрат здоров'я населення. Прийнято виокремлювати прямі і непрямі витрати. До першої групи належать витрати, котрі виникають через лікувальні та реабілітаційні заходи, виплатою відповідних допомог і пенсій. Друга група включає в себе такі втрати, «...як упущена вигода у виробництві ВВП, зменшення віддачі від інвестицій в освіту і навчання професійним навичкам працівників, зниження рівня життя через втрати годувальника» [53].

Зауважимо, що стан здоров'я громадянина має суспільно-політичну значимість, а також є ключовим фактором виробничої діяльності і може бути оцінений в економічних (вартісних) еквівалентах, наприклад, упущена вигода і додаткові затрати, котрі пов'язуються із підтриманням стану здоров'я. Ефективність і тривалість трудової діяльності залежить від стану здоров'я. У зв'язку з цим, стан здоров'я перебуває в зоні стратегічних інтересів держави.

Отже, метою діяльності медичного підприємства є підвищення економічної ефективності своєї діяльності за допомогою зниження захворюваності населення. При цьому рівень захворюваності корелює з якістю МП. Забезпечення МП належної якості при оптимізації витрат є основоположною завданням медорганізацій, досягнення якої неможливе без підвищення ефективності управління цими організаціями.

Фахівці зазначають, що для забезпечення високої якості медобслуговування доцільно, щоб надання МП базувалося на таких принципах як комплексність, етапність, наступність і індивідуальний підхід,

які в ланцюжку надання МП задовольняють всі основні потреби людини.

Пріоритетом у діяльності медичних підприємств є переважне забезпечення ранньої діагностики і профілактики захворюваності, яке передбачає:

- підвищення якості первинної медико-санітарної допомоги;
- організацію системи ранньої діагностики та активної профілактики захворювань (медичних оглядів і вакцинації);
- забезпечення доступності сучасних медтехнологій;
- контроль якості лікувального процесу;
- збільшення переліку послуг, що надаються;
- оснащення закладів сучасним медобладнанням, з поетапною заміною морально і фізично застарілого.

«В якості центрального елемента, що утворює систему медичної організації, безумовно, виступає клієнт зі своїми специфічними медико-соціальними потребами, які необхідно враховувати при наданні йому інтегрованої системи меддопомоги» [47]. Цю концепцію запропонував класик сучасного менеджменту Майкл Портер у монографії «Переосмислення системи охорони здоров'я» [47]. Дана концепція ґрунтується на тому, що цінність меддопомоги створюється в рамках цілісного процесу її надання. У запропонованій моделі пацієнтом займається «...бізнес-одиниця, яка управляє інформацією про курс його лікування і забезпечує безперервність усього лікувального циклу» [47]. Вона повинна взяти на себе відповідальність за весь цикл надання МП, навіть якщо в нього залучені і інші юрособи, в тому числі сторонні медорганізації. Відповідно до моделі інтегрованої допомоги, зусилля більшості медпрацівників повинні бути націлені виключно на конкретні медичні стани пацієнтів та надання комплексних МП з урахуванням кращих медичних практик лікування.

Критеріями оцінки результатів ефективності наданих МП можуть вважатися медичні та економічні показники результативності їх діяльності. При цьому ефективність (економічна й управлінська) і результативність

оцінюються сьогодні шляхом встановлення причинно-наслідкових відносин з факторами, що зумовлюють відповідні показники, що означає необхідність порівняння в процесі аналізу не тільки власних результатів медорганізації в динаміці, але і з аналогічними даними інших медорганізацій. Якість виконання медпрацівниками професійних функцій нині має оцінюватися, перш за все, з позицій ефективності, безпеки, орієнтації на інтереси і особистість пацієнта [48].

Як зазначають науковці, «...досягнення стратегічних цілей медорганізації відбувається за допомогою оптимізації його підсистем (технічної, технологічної, економічної, організаційної та соціальної), за рахунок їх постійної зміни відповідно до вимог ринку і отримувачів» [23].

Крім того, беручи до уваги такі фактори, як обмеженість фінансування системи ОЗ, а також дефіцит кваліфікованих медкадрів, підвищення якості МП за доцільне здійснювати за допомогою використання сучасних клієнтоорієнтованих управлінських технологій.

Дослідження, проведене компанією *McKinsey* за участю працівників з Лондонської школи економіки, Гарвардського та Стенфордського університетів, показало наявність впливу методів управління в медорганізаціях на якість і результативність наданих МП в них. Згідно з результатами, отриманими в ході аналізу діяльності 1200 медорганізацій з семи країн світу, було виявлено, що, за допомогою ефективного управління, медорганізації здатні підтримувати і підвищувати якість МП навіть в умовах обмеженого фінансування [43].

Зазначимо, що категорії «якість» МП є невід'ємним і значущим компонентом її соціально-економічної сутності. Якість МП є одним із пріоритетів розвитку медсистеми на всіх рівнях. Поняття «якість в охороні здоров'я – це категорія, яка характеризує ступінь задоволення потреб людини із збереження та покращення свого здоров'я» [46].

Питання підвищення якості МП залишаються актуальними та дискусійними. У літературі можна зустріти багато різних визначень концепції

забезпечення якості. Так, Х.В. Вуорі зазначає, що «забезпечення якості означає фактичний її вимір із вжиттям заходів з метою зміни виробництва медичних послуг у бажаному напрямі» [5].

Відповідно до бачення Р.Х. Палмера, концепція якості – це «процес вимірювання якості, оцінки та аналізу розкритих недоліків та вжиття системи заходів щодо поліпшення роботи з подальшим повторним виміром якості для того, щоб визначити, чи було досягнуто поліпшення; це систематична, циклічна діяльність із використанням стандартів» [43].

Науковці, Попович Т.М. та Крисько Ж.Л., дають визначення через «якість медичної допомоги як сукупності результатів профілактики, діагностики і лікування захворювань, визначених встановленими вимогами на основі досягнень медичної науки і практики» [46].

«Всесвітня організація охорони здоров'я якість медичної допомоги визначає як сукупність характеристик, які підтверджують відповідність наданої медичної допомоги потребам пацієнта (населення), його очікуванням, сучасному рівню медичної науки та технології» [11].

«Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 427 від 20.07.2011 року Про затвердження Єдиного термінологічного словника (Глосарій) з питань управління якістю медичної допомоги окреслює якість як сукупність властивостей і характеристик продукції, які надають їй здатність задовольняти обумовлені або передбачувані потреби» [50].

На сьогодні більшість авторів сходяться в тому, що в цілому необхідно не окреслювати спільне для всіх поняття «якість», а використовувати систему понять та показників, кожен з яких розкриває різні сторони загального поняття «медична послуга» стосовно конкретних умов функціонування медсистеми, а всі вони в сукупності створювали б чітку картину стану якості МП на будь-якому її рівні.

Зазначимо, що якість МП повинна включати певні елементи, що представлені на рис. 1.3.



Рис. 1.3. Елементи якості медичних послуги

Примітка. Побудовано автором.

Вважаємо, що якість МП для її отримувача дає можливість оцінювати ступінь дотримання гарантії, які заявлені медичним підприємством, згідно із встановленими критеріями і показниками якості з урахуванням задоволеності пацієнта. Орієнтування на пацієнта можна розглядати як ключовий принцип системи управління якістю. Хоча, задоволення очікувань отримувача не можна використовувати в якості єдиного чи основного показника якості МП, оскільки здійснюють вплив низка чинників: ефективність лікування, відношення персоналу, особисті переваги, а також очікування пацієнтів.

Отже, під якістю МП варто розглядати сукупність характеристик, що підтверджують максимальну відповідність наданих МП наявним потребам, вимогам та очікуванням отримувача з урахуванням реальних можливостей та обмежень медсистеми, а також в умовах ефективного використання наявних науково-технічних, інформаційних, інфраструктурних ресурсів. Тому, без забезпечення відповідної якості МП ефективне і грамотне управління

медичним підприємством стає неможливим.

1.2. Зарубіжний досвід надання медичних послуг

Проведене дослідження літератури виявило, що у світовій практиці існують різні системи ОЗ. При цьому, основоположними умовами розвитку сфери ОЗ є джерела фінансування, а саме: державний бюджет; страхові компанії та фонди; приватні асигнування; благодійні кошти.

Врахування організаційних особливостей і фінансових особливостей дозволило фахівцям виокремити три основні системи ОЗ, що побудовані за принципом моделей безкоштовної, страхової і платної медицини. Характеристика моделей ОЗ представлена на рис. 1.4.



Рис. 1.4. Характеристика національних моделей охорони здоров'я

Нині державна модель ОЗ, що фінансується до 90 % з бюджетних джерел, представлена в Данії, Португалії, Італії, Греції, Великобританії, Ірландії, Іспанії, Канаді. Основним продуцентом МП є держава (система Беверіджа). Для даної моделі характерно фінансове забезпечення МП за рахунок оподаткування, управління і здійснення контролю з боку держави, рівний доступ МП для всіх споживачів.

Бюджетно-страхова модель ОЗ фінансується за рахунок державних субсидій, страхових внесків страхувальників. Дана модель представлена в європейських країнах, зокрема, Німеччина, Норвегія, Швеція, Нідерланди, Франція, Бельгія, Австрія, Японія.

Системи організації ОЗ, засновані на принципах страхування, називають бісмаркські. Роль уряду обмежена. Перелік основних МП, які повинні бути надані застрахованим громадянам, величину страхових внесків, визначає держава.

Приватно-підприємницька модель ОЗ фінансується за рахунок внесків по добровільному страхуванню і надання споживачам платних МП. Така система характерна для сучасної ОЗ в США, Швейцарії, Південній Кореї. Економічно ефективною є така сфера ОЗ, коли всім громадянам країни виявляються якісні МП.

Система надання МП може мати відмінності залежно від країни, однак загальними елементами даної системи є:

- економічно стійкий механізм фінансування, високої кваліфікації фахівці;
- добре оснащені продуценти послуг (матеріально-технічні та лікарської ресурси), інноваційні технології.

Для розвитку сфери ОЗ відповідно до рекомендацій ВООЗ необхідно створювати в країні певні умови [11]:

- 1) наявність нацполітики, яка забезпечувала б загальне охоплення обслуговування отримувачів послуг;
- 2) наявність механізмів фінансування та фахівців, які є умовою для

- розширення доступу до МП;
- 3) реалізація МП, які, перш за все, орієнтовані на потреби отримувачів послуг країни;
 - 4) забезпечення рівного доступу для споживачів МП до якісних лікарських засобів;
 - 5) використання наукових розробок при формуванні нових стратегій в сфері охорони здоров'я.

Науковцями виокремлюються п'ять діючих моделей ОЗ (рис. 1.5):



Рис. 1.4. Національні державні і недержавні моделі охорони здоров'я

I. Державні:

1.1. Модель охорони здоров'я з державним регулюванням програм обов'язкового медичного страхування більшості споживачів послуг (Німеччина, Франція):

- кілька основних джерел фінансування МП;
- висока частка національного доходу, що виділяється на сферу ОЗ;
- контроль якості МП із боку держави;

- регульоване ціноутворення на МП з боку держави, різні способи оплати послуг.

1.2. Монопольна державна модель ОЗ (СРСР):

- основне джерело фінансування меддопомоги – кошти бюджету, суворий контроль за витрачанням коштів при наданні МП;
- низька ефективність використання бюджетних коштів;
- державний контроль за умовами надання МП;
- низька зарплата спеціалістів, відсутність економічних стимулів у роботі.

1.3. Модель ОЗ на основі загального державного медстрахування (Іспанія, Японія, Канада):

- загальне медстрахування отримувачів МП;
- кілька основних джерел фінансування МП;
- державний контроль за всіма продуцентами МП;
- регульоване ціноутворення з боку держави, різні способи оплати МП;
- контроль якості МП із боку держави.

II. Недержавні:

2.1. Модель ОЗ без державного регулювання (країни Азії, Африки):

- основне джерело фінансування послуг - особисті кошти;
- заснована на законах споживчого ринку;
- відсутня державна підтримка малозабезпечених категорій;
- високий дохід спеціалістів;
- держава забезпечує лише протиепідемічні заходи.

2.2. Модель ОЗ з державним регулюванням програм обов'язкового медстрахування окремих категорій громадян (США, латиноамериканські країни):

- основне джерело фінансування МП – особисті кошти громадян та прибуток юридичної особи;
- заснована на законах споживчого ринку;
- високий дохід спеціалістів;

- обмежена доступність МП для широких верств споживачів;
- державна підтримка окремих категорій споживачів у отриманні МП.

Проблеми національних моделей охорони здоров'я представимо у вигляді таблиці 1.2.

Таблиця 1.2

Проблеми національних моделей охорони здоров'я

Назва моделі охорони здоров'я	Проблеми національних моделей охорони здоров'я
Державна модель	Проблемами державного сектора охорони здоров'я є: авторитарна система управління охороною здоров'я; фінансування послуг охорони здоров'я з бюджету держави; наявність нерівності щодо доступності послуг для окремих соціальних груп споживачів; недостатнє стимулювання зростання ефективності послуг охорони здоров'я і обслуговування споживачів послуг; державна стримує зростання витрат на охорону здоров'я; не враховуються думки одержувачів послуг при виборі фахівця і продуцента послуг; чергу регулятор забезпечення послугами, в зв'язку, з чим забезпечені групи споживачі послуг воліють звертатися до недержавних продуцентів послуг; недостатній вибір умов надання послуг з точки зору комфорту.
Бюджетно страхова модель	Проблемами бюджетно страхової системи охорони здоров'я є: відсутність рівної доступності послуг для різних соціальних груп споживачів і споживачів мешканців села; тенденція до невиправданого зростання вартості послуг охорони здоров'я; недостатнє врахування інтересів отримувачів послуг, наприклад, залишилися поза системою соціального страхування.
Приватно підприємницька модель	Проблемами приватно підприємницької системи охорони здоров'я є: зростання вартості послуг охорони здоров'я; відсутність страхових полісів у частині споживачів послуг; нерівність доступності послуг охорони здоров'я для їх одержувачів.

Примітка. Наведено за [10].

Нині у світі фінансування сфери ОЗ включає чотири джерела:

- 1) надходження коштів від оподаткування;
- 2) внески в системи добровільного медстрахування;
- 3) внески в системи обов'язкового медстрахування;
- 4) готівкові кошти отримувачів послуг.

Дані способи фінансування узагальнемо і представимо в таблиці 1.3.

Таблиця 1.3

Способи фінансування систем охорони здоров'я

Критерій	Оподаткування	Система обов'язкового медичного страхування	Система добровільного медичного страхування	Особисті кошти одержувачів послуг
Справедливість	Фінансування не відображає здатність до оплати. Податки визначають соціальну справедливість. Може бути перерозподіл коштів на окремій території	Соціальна справедливість (Забезпечений оплачує послуги для незаможного)	Фінансове забезпечення потреби	Фінансове забезпечення потреби
Загальність	Однаковий обсяг послуг для всіх споживачів	Однаковий обсяг послуг для всіх споживачів	Диференційовані програми надання послуг. Обмеження на обсяг послуг в цілому	Індивідуальний обсяг послуг в залежності від здатності оплати
Індивідуальний вибір	Вибір відсутній або обмежений і обумовлений умовами контрактів	Вибір відсутній або обмежений і обумовлений умовами контрактів	Вільний вибір поліса і обсягу послуг	Вільний вибір виробника і обсягу послуг
Ефективність при розподілі коштів	Залежить від способу передачі бюджетних коштів продуцентів послуг охорони здоров'я	Залежить від способу передачі бюджетних коштів продуцентів послуг охорони здоров'я	Відмова одержувачів послуг від надання їм послуг охорони здоров'я, якщо вони не можуть їх сплатити	Відмова одержувачів послуг від надання їм послуг, якщо вони не можуть їх сплатити
Прозорість системи фінансування та визначення гарантій	Витрати і обсяг послуг не визначені	Обсяг наданих послуг на впливає на витрати	Гарантія надання послуг при відрахуваннях	Гарантія надання послуг при відрахуваннях

Примітка. Наведено за [25].

Аналіз показав, що такі характеристики джерел фінансування, як система обов'язкового медстрахування, загальна система оподаткування, визначають основу для рівних умов в отриманні МП. Чим частіше працює механізм перерозподілу коштів між незаможними, соціально незахищеними групами і забезпеченими верствами суспільства одержувачами МП, тим більше рівноправності.

Отже, розглянуті моделі ОЗ відрізняються ступенем участі держави у фінансуванні сфери, джерелами фінансування, формами власності продуцентів МП, ступенем охоплення отримувачів МП програмами державної підтримки.

Висновок до розділу 1

Доведено, що при наданні МП процес є важливим так само, як і результат, і вони знаходяться в нерозривному взаємозв'язку. Медпослугам притаманні ексклюзивність, синхронність її надання та отримання, а також неконкурентність.

Визначено ключові характеристики медпослуги, що визначають кінцевий результат їх надання: «якість» і «доступність».

Врахування організаційних особливостей і фінансових особливостей дозволило виокремити три основні системи ОЗ, що побудовані за принципом моделей безкоштовної, страхової і платної медицини.

Виявлено джерела фінансування сфери ОЗ, а саме: надходження коштів від оподаткування; внески в системи добровільного медстрахування і в системи обов'язкового медстрахування; готівкові кошти отримувачів послуг.

РОЗДІЛ 2

ДОСЛІДЖЕННЯ СИСТЕМИ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1. Характеристика національного ринку медичних послуг

Процеси, котрі відбуваються у системі ОЗ, дозволяють констатувати про встановлення ринку МП. Це обумовлене як бажанням виробників МП та їх отримувачів легалізувати тіньовий ринок МП у суспільному секторі, так і становленням підприємництва медорганізацій через використання різноманітних оргструктур і форм МП та розвиток МСП у медичній сфері, зокрема, надання приватних консультацій, відкриття клінік, центрів діагностики та реабілітаційних центрів.

Зауважимо, вищеокреслена ситуація супроводжена через закріплення в нормативно-правовій базі розмежувань таких понять як «медична допомога» і «медична послуга», надання медорганізаціям статусу некомерційних підприємств.

Медична допомога є категорією неринкових відносин лікаря і пацієнтів, що надають недержавні медорганізації та комунальні медорганізації. Відповідно до Конституції України [21] медична допомога надається безкоштовно незалежно від форм власності. МП є товаром медринку, його елементом. Зазначимо, що МП виокремлена у відповідному розділі КВЕД «Охорона здоров'я і соціальна допомога».

Огляд літературних та документальних джерел свідчить про різні підходи до класифікації видів МП, що переважно обумовлено застосуванням різних критеріїв класифікації або різним трактуванням дефініції «ринку МП» (вузьке або розширене). Найбільш поширеним є перелік МП «...за таким складом:

- консультаційні послуги та лікування;

- діагностичні послуги;
- проведення аналізів;
- послуги приватних консультацій;
- послуги швидкої та невідкладної медичної допомоги;
- послуги санітарно-лікувальних установ і організацій;
- послуги інших лікувальних установ» [6].

Дослідження джерел [7; 24; 28] засвідчив, що оцінювання ринку МП варто здійснювати через призму таких аспектів, як: структура ринку у медичному бізнесі, сегментація ринку, конкуренція, особливості ринку МП (ринкові умови), медичні суб'єкти і конкуренти ринку, попит і пропозиція на ринку МП тощо.

Так, зокрема, структурно, ринок МП трактується у вузькому розумінні. Тобто він відображає акти купівлі-продажу різних видів МП, що задовольняють потреби людей. Водночас контрагентами ринку МП виступають:

- інші заклади ОЗ – постачальники лікувальних засобів, фірми по реалізації медтехніки та її обслуговуванні;
- фінансово-кредитні організації;
- урядові організації, що залучають медорганізації виконувати урядові програми;
- громадяни.

В інших джерелах [29] розглядається ринок МП у розширеному розумінні і включає ринки:

- 1) медичних послуг,
- 2) лікарських засобів;
- 3) послуг у сфері санітарії та гігієни;
- 4) медтехніки;
- 5) медтехнологій;
- 6) медстрахування;
- 7) праці медперсоналу;

- 8) нетрадиційних методів оздоровлення;
- 9) освітніх послуг у галузі ОЗ.

Безпосередньо медичними суб'єктами є виробники МП. Пропозиція дослідниками ринку сегментується в розрізі наступних груп медичних послуг: «...лікарські із збереження життя; лікарські з метою оздоровлення і профілактики хронічних захворювань; лікарські із збереження і підтримки певного ступеня хронічних станів та інвалідності» [54].

Проведення сегментування ринку МП послуг згідно до можливостей попиту передбачає наступні підходи: за медико-діагностичними групами; за вартістю процедури; за видами; за віковими ознаками отримувачів МП. Виходячи з зазначеного, можемо констатувати, що ринок МП відрізняється неоднорідністю його продукту – МП; наявністю певних рамкових вимог (кваліфікаційних вимог до лікування, необхідністю дотримання медичних стандартів, наявністю кваліфікаційних вимог до лікарів); відносно значними вхідними бар'єрами; переважно неціновою конкуренцією, її недосконалістю в комунальних закладах ОЗ; наявністю продуцентів різних форм власності, їх неоднорідністю.

Опираючись на викладені в економічній літературі і наведені вище положення, що означають ринок МП як специфічний вид товарного ринку, охарактеризуємо національний ринок МП.

Національний ринок МП (рис. 2.1) варто розглядати як:

- а) середовище взаємодії виробників (медичних суб'єктів, продуцентів, провайдерів послуг) і споживачів (окремих громадян, підприємств, установ, інших категорій споживачів МП) у процесі досягнення поставлених цілей;
- б) сферу, що об'єднує різні медичні суб'єкти за формою власності, за організаційно-правовими формами підприємств і видами економічної діяльності;
- в) сукупність ієрархічно організованих просторових систем, що представлені як регіональні і локальні ринки;
- г) елементи системи (національної, регіональної економіки), що

взаємодіють з іншими ринками – ринком праці, споживчим ринком, ринком нерухомості, ринком засобів виробництва, ринком перевезень тощо;

д) складна динамічна система, що знаходиться в процесі становлення і розвитку під впливом різних внутрішніх і зовнішніх чинників, вразливу до кризових явищ.



Рис. 2.1. Характеристика національного ринку медпослуг

Примітка. Побудовано на основі [29].

Враховуючи обмеження в українській статистиці, для аналізу науковцями обираються такі основні зрізи: стан ринку МП за фактором пропозиції; обсяг ринку; стан ринку за фактором попиту; рівень розвинутості компліментарних до ринку МП ринків; динаміка показників розвитку ринку МП; процеси децентралізації та медреформи і їх вплив на становлення регіональних і локальних ринків; чинники розвитку та бар'єри розширення ринку МП; фінобмеження та рівень інвестування; інноваційні технології та диверсифікація структурних компонентів медичного ринку.

Нині у результаті першого етапу медичної реформи пропозиція на ринку МП представлена медпідприємствами (у 2019 р. державні заклади ОЗ та комунальні заклади ОЗ отримали статусу некомерційних (неприбуткових)), що знаходяться у різних формах власності (рис. 2.2).

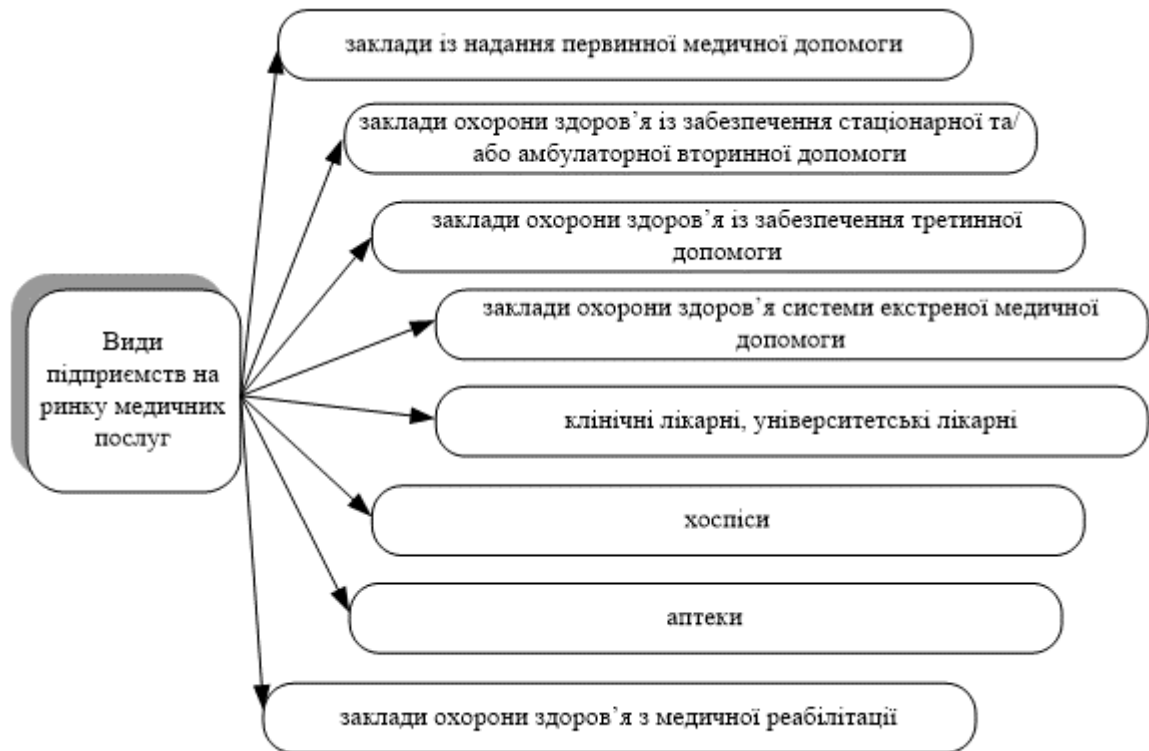


Рис. 2.2. Види підприємств на ринку медичних послуг

Примітка. Побудовано автором.

Згідно Центру медстатистики МОЗ в Україні (без АР Крим, тимчасово окупованих територій ДЛЮ) число медорганізацій – виробників медпослуг, склала близько 1700 закладів, які за ємністю забезпечували 73,1 лікарняних ліжок на 10 тис. громадян [42]. Число амбулаторно-поліклінічних організацій склала 10400 з плановою ємністю відвідувань 213,4 тис. відвідувань в рік [42].

«У 2017 р. медичну допомогу населенню країни надавали 3502 заклади охорони здоров'я, в т. ч. 1292 лікарні, 261 диспансер, 1281 самостійний амбулаторно-клінічний заклад, в т. ч. 671 центр первинної медичної санітарної допомоги (ЦПМСД), 197 самостійних поліклінік, 33 станції швидкої медичної допомоги, центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, 39 станцій первинної медичної допомоги» [42]. Наведені статдані стосується як

державного сектора ОЗ, так і комунального сектора ОЗ, медорганізаціям яких було надано і законодавчо закріплено право надавати МП платно.

Характеристика вітчизняного ринку МП за видами і типом споживачів наведена в табл. 2.1.

Таблиця 2.1

Обсяг реалізованих послуг підприємствами у сфері ОЗ

	Обсяг реалізованих послуг (у ринкових цінах), тис. грн., всього по Україні	У т.ч. реалізовано послуг, тис. грн.			Розподіл обсягу реалізованих послуг за категоріями споживачів (у % до загального обсягу)		
		населенню	підприємствам (установам)	ін. категоріям споживачів	населенню	підприємствам (установам)	ін. категоріям споживачів
Разом	19411613	14366691	4407654,8	396734,6	74,0	22,7	3,3
Вінницька	571537,1	429650,3	123047,8	18839	74,8	21,4	3,8
Волинська	1949441,8	180690,2	8809,9	14947,1	92,8	5,1	2,1
Дніпропетровська	1524859	607572,6	215433,5	77232,4	75,0	10,8	14,2
Донецька	317171,2	238019,9	62041,8	17109,5	75,8	19,1	5,1
Житомирська	350126,6	226504,8	144128,3	146,1	83,7	13,6	7,7
Закарпатська	696629,3	488522,3	150600,4	46841,2	70,1	21,7	8,2
Запорізька	891665,1	545361,1	284387,9	61915,5	62,8	30,6	6,6
Івано-Франківська	271424,3	202978,8	53393,1	15052,4	76,1	18,9	5,0
Київська	707513,2	549452,3	140184,3	17876,6	80,0	19,4	0,6
Кіровоградська	158530,8	132647,1	24382,5	1501,2	83,7	15,4	0,9
Луганська	85411,4	67273,7	23705,8	2147,2	75,4	19,0	5,6
Львівська	1895612,4	1071192,2	473557,2	172657,8	57,0	34,3	8,7
Миколаївська	141607,1	114818,0	25384,5	1424,6	81,1	17,8	1,1
Одеська	1791269,9	1230186,6	534739,5	26343,8	68,8	29,8	1,4
Полтавська	870952,8	550648,2	316517,7	3783,89	63,5	36,1	0,4
Рівненська	101458,9	90238,7	50584,5	2813,1	64,8	25,8	9,4
Сумська	254327,1	143073,2	108874,5	2500,6	56,2	42,5	1,3
Тернопільська	165974,1	130503,6	24388,7	1812,0	83,3	15,8	0,9
Харківська	904707,9	628841,8	269263,1	6603,0	69,9	29,3	0,8
Херсонська	276629,2	194994,9	77891,0	3743,3	73,7	25,0	1,3
Хмельницька	195204,3	158868,8	34238,3	2096,9	81,5	17,5	1,0
Черкаська	134671,5	123895,1	61877,9	402,7	70,0	32,8	2,8
Чернівецька	158072,0	135414,8	20573,4	2074,8	84,6	13,0	2,4
Чернігівська	80234,8	65188,9	14767,0	278,9	81,3	18,3	0,4
м. Київ	6660838,3	5523755,2	1089411,5	47671,6	82,2	16,4	1,4

Примітка Наведено за [38].

Як свідчать дані табл. 2.1, обсяг ринку МП склав у 2018 р. в Україні 119,4 млрд. грн. Структурно за категоріями споживачів це знаходиться в такому співвідношенні: 74,0 % обсягу послуг – населенню, 22,7 % – підприємствам

(установам), 3,3 % – іншим категоріям споживачів.

У 2019 році обсяг ринку МП складав 56050 млн. грн, з яких 26700 млн. грн – це приватний сектор МП (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Обсяги ринку приватних медпослуг в Україні

	2018	2019	2020
Україна, млрд. грн	20,9	26,7	39,9
Темп приросту, %	–	28,0	49,4
Київ, млрд. грн	7,2	10,7	11,8
Темп приросту, %	–	48,6	8,4

Примітка. Сформовано на основі [38].

Щодо процентного співвідношення, то у 2016 році частина приватників становила 10 %, у 2017 році вона вже склала 15 %, а у 2019 році ринок приватних медорганізацій становив 47,6 % від усього ринку МП. Приватна медицина упродовж 2019 року зросла на 28 %, а у 2020 році передбачалося зростання аж на 49,4 %. Можемо говорити що приватний сектор МП набирає популярності. Як бачимо з таблиці спостерігалася у 2020 році цікава тенденція невідповідності щодо зростання ринку приватних МП в цілому в Україні і окремо в Києві.

В нинішніх умовах, коли відбувається постійна інфляція і зміна у платоспроможності громадян спостерігається обмеження у зростанні ринку приватних МП. Крім того, ускладнено процес виходу нових гравців на ринок. У цей же час невеликі за обсягом клініки все важче витримують конкуренцію великих мереж разом з державними медорганізаціями.

Незважаючи на диверсифікацію форм власності, ринок МП залишився не високо конкурентним, що обумовлено проблемою стартового капіталу для започаткування приватного бізнесу, через що ринок оцінюється переважно як олігопольний, що знижує ринковий контроль за вартістю послуг і їх якістю. Деякий виняток становлять такі сегменти як ринок стоматологічних послуг, діагностичних та рефлексотерапія.

Основними трансформаційними змінами на національному ринку МП стали зміни, обумовлені започаткуванням і проведенням медреформи. Так, у 2020 р. на виконання Закону «Про державні фінансові гарантії медобслуговування» [49] запрацювала програма медичних гарантій. Національна служба здоров'я (НСЗУ) закуповує МП у медорганізаціях всіх рівнів, організаційно-правових форм (крім бюджетної установи) та форм власності і оплачує їх за договором [41].

Отже, відбувається позиціонування права надавачів МП на бюджетне фінансування через процедуру закупівлі МП, що супроводжується вимогою держави дотримуватися умов надання МП та специфікації на конкретні послуги.

2.2. Аналіз організаційно-економічного забезпечення надання медичних послуг у закладі охорони здоров'я

Об'єктом даного дослідження є КНП «Тячівська районна лікарня» Тячівської міської ради Закарпатської області. «Це лікарняний заклад охорони здоров'я – комунальне унітарне некомерційне підприємство, що надає послуги вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги будь-яким особам в порядку та на умовах, встановлених законодавством України та статутом» [56].

Скорочена назва українською мовою – КНП «Тячівська РЛ».

Місцезнаходження: вул. Нересенська, 48, м. Тячів, Закарпатська область, Україна, 90500.

Медична установа утворена відповідно до рішення Тячівської міської ради Закарпатської області за № 235 від 28 січня 2021 року «Про прийняття прав засновника КНП «Тячівська районна лікарня» Тячівської районної ради та затвердження Статуту підприємства в новій редакції» через створення на базі Тячівська районна лікарня Тячівської районної ради комунального некомерційного підприємства Тячівської міської ради [56].

Основною метою діяльності КНП «Тячівська РЛ» є реалізація державної політики у сфері охорони здоров'я, що передбачає надання населенню, що перебуває на території Тячівського району Закарпатської області, об'єднаних територіальних громад, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги.

Тячівська РЛ «проводить господарську некомерційну діяльність, спрямовану на досягнення соціальних та інших результатів, без мети отримання прибутку» [56].

Предмет діяльності КНП «Тячівська РЛ» відповідно до статуту [56] подано на рис. 2.3.



Рис. 2.3. Види діяльності Тячівської районної лікарня [56]

Структура і підрозділи КНП «Тячівська РЛ» представлено на рис. 2.4.

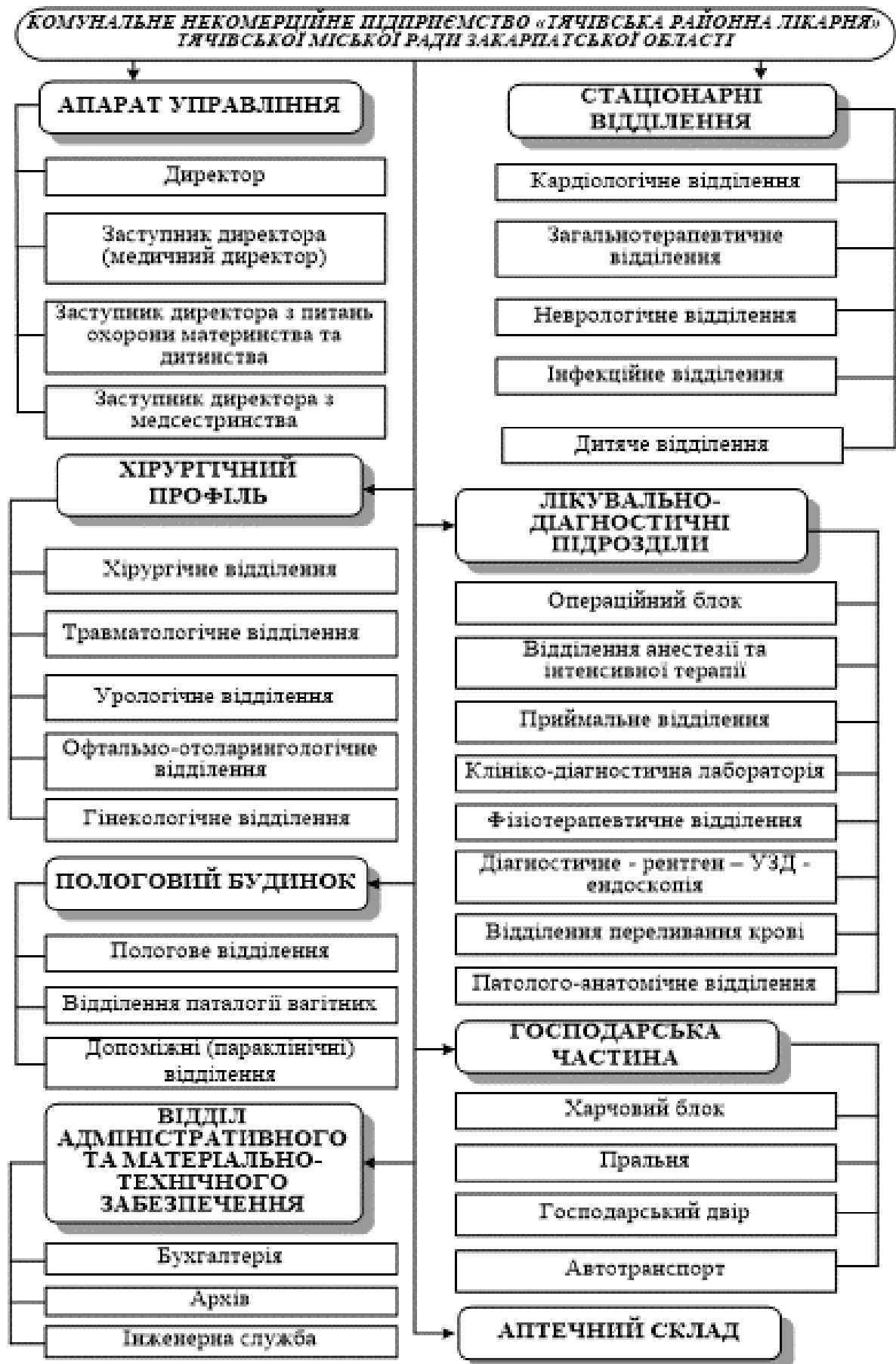


Рис. 2.4. Структура і підрозділи Тячівської районної лікарня

Як бачимо, структура комунального закладу Тячівська районна лікарня складається із: 1) апарату управління; 2) медичної частини: стаціонарні відділення; хірургічний профіль; пологовий будинок; 3) лікувально-діагностичні підрозділи; 4) відділу адміністративного та матеріально-технічного забезпечення; аптечного складу; 5) господарської частини.

Тячівська районна лікарня з використанням теорії систем представимо як відкриту соціально-технічну систему, котра складається із елементів, що взаємопов'язані (рис. 2.5).

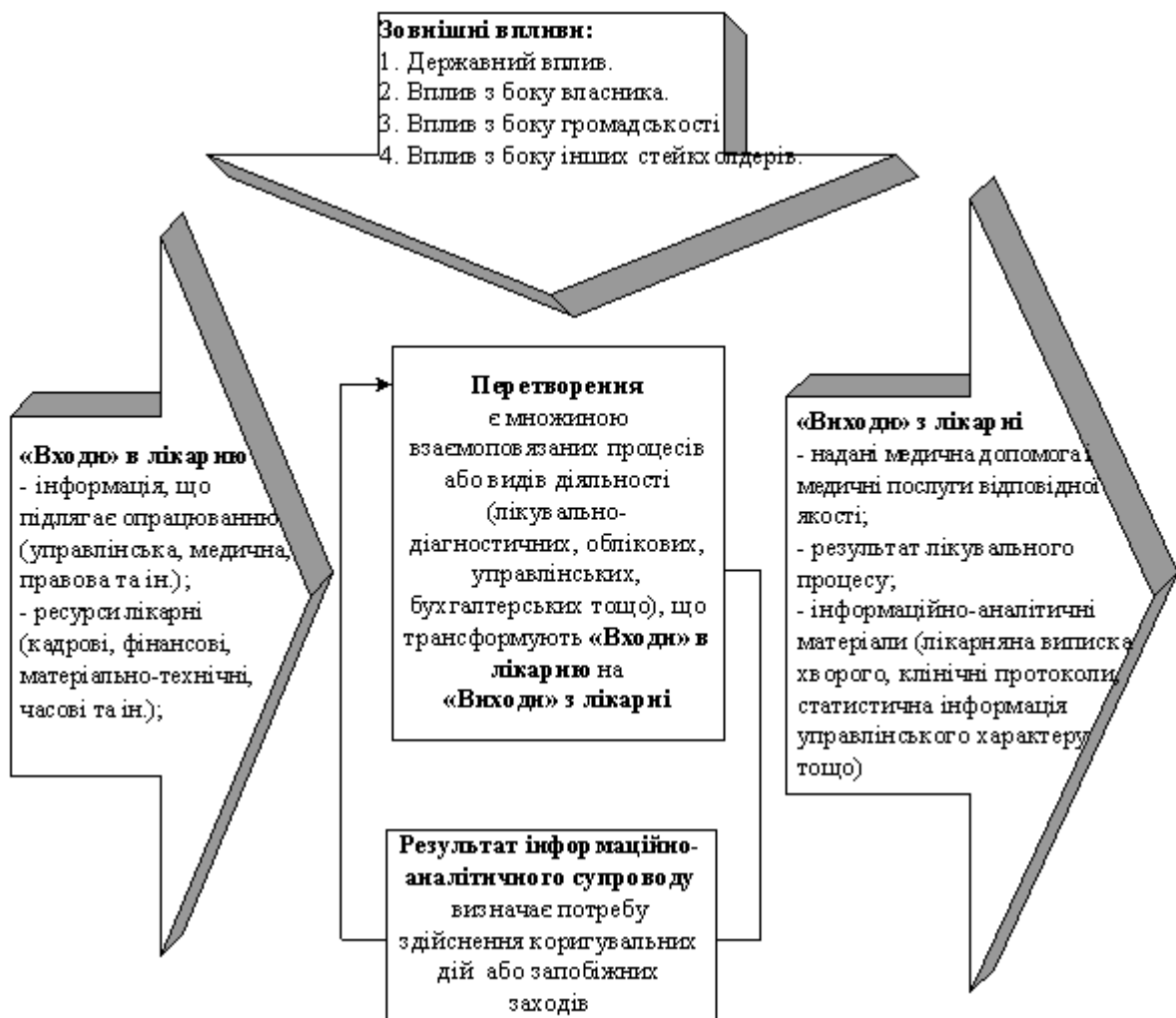


Рис. 2.5. Тячівська районна лікарня як відкрита соціально-технічна система

Примітка. Побудовано за інформацією підприємства.

Взаємодіючи із зовнішнім середовищем Тячівська районна лікарня отримує інформацію, матеріальні, трудові та фінансові ресурси, які

утворюють входи системи. У процесі діяльності Тячівської районної лікарні ці ресурси перетворюються на медичні послуги, утворюючи виходи системи. Виходом виступають МП відповідної якості, а також інформаційно-аналітичні матеріали у вигляді лікарняних виписок хворих, клінічних протоколів, статінформація управлінського характеру.

Аналізування укомплектованості медперсоналом Тячівську районну лікарню представимо у таблиці 2.3.

Таблиця 2.3

Укомплектованість персоналом Тячівську районну лікарню у 2020 році

Категорія персоналу	Кількість посад, затверджена штатним розписом	Фактично зайнято посад	Відхилення	
			+/-	Куп
Лікарі, усього	97,50	91,25	-6,25	0,94
терапевти	3,50	3,50	0,00	1,00
ревматологи	1,00	1,00	0,00	1,00
кардіологи	3,00	3,00	0,00	1,00
хірурги	8,50	8,50	0,00	1,00
ортопеди-травматологи	8,00	7,50	-0,50	0,94
радіологи	1,00	0,50	-0,50	0,50
акушери-гінекологи	12,00	11,50	-0,50	0,96
педіатри	7,00	6,50	-0,50	0,93
педіатри-неопатологи	5,50	4,50	-1,00	0,82
лікарі-психологи	1,00	0,00	-1,00	0,00
рентгенологи	3,50	3,25	-0,25	0,93
лікарі приймального відділення	5,50	4,50	-1,00	0,82
Спеціалісти з вищою немедичною освітою	6,00	5,50	-0,50	0,92
Середній медперсонал, усього	221,25	212,50	-8,75	0,96
медичні сестри	160,25	155,50	-4,75	0,97
медичні сестри фізіотерапевтичних кабінетів	10,00	8,00	-2,00	0,80
Молодший медперсонал	132,00	118,25	-13,75	0,90
Інший персонал	93,75	88,75	-5,00	0,95
Усього посад	552,50	518,25	-34,25	0,94

Примітка. Складено за даними підприємства.

Із даних таблиці 2.3 видно, що у 2020 році укомплектованість медперсоналом Тячівської районної лікарні складала 0,94. Число вакантних ставок склали: 34,25 загалом, 13,75 – молодшого медперсоналу, 8,75 – середнього медкадрів і 6,25 – лікарів.

Отже, відповідно до даних табл. 2.3 фактично зайнято менше посад, тобто це не відповідає потребам. Тому, медичне підприємство не має змоги такий об'єм медичних послуг, який задовольнив би потреби населення. Це ж, у свою чергу, призводитиме до перевантаження медичного персоналу, котрий є працюючим, а також знизить рівень і якість отриманих МП, а значить і медобслуговування.

Розрахунок коефіцієнта сумісництва медичних працівників КНП «Тячівська районна лікарня» представлено в таблиці 2.4.

Таблиця 2.4

Коефіцієнт сумісництва медичних працівників КНП «Тячівська районна лікарня»

Показники	2020 рік
За штатним розписом	552,50
Фактично зайнято посад	518,25
Фізичних осіб	534
Коефіцієнт сумісництва	1,0346

Як бачимо, коефіцієнт сумісництва медпрацівників Тячівської районної лікарні у 2020 році склав 1,0346. І це значення показника засвідчує, що укомплектованість медкадрів в Тячівській районній лікарні досягнуто через сумісництво. Нажаль, це є небажаним явищем, бо призводить до зниження якості МП.

Проведене аналізування звітності [17] показав, що у 2020 році у Тячівській районній лікарні ліжковий фонд налічував 400 стаціонарних ліжок, у тому числі 48 ліжок терапевтичного відділення, 105 ліжок інфекційного відділення, 45 стаціонарних ліжок хірургічного відділення та 30 ліжок пологового відділення.

Упродовж 2020 року у КНП «Тячівська районна лікарня» відновлювали стан свого здоров'я 7566 пацієнтів, у тому числі 6,4 тис. дорослих осіб 18 років та старші і 1131 дітей (віком 0-17 років). Сільські жителі, які надійшли в стаціонар – майже 5,0 тис. пацієнтів.

Число осіб, котрі закінчили лікування, тобто їх виписано у Тячівській районній лікарні у 2020 році склало 7,6 тис. осіб, у тому числі 6,4 тис. дорослих та 1,1 тис. дітей, у тому числі:

- деякі інфекційні та паразитарні хвороби – 78 дорослих та 4 дітей;
- хвороби нервової системи – 0,17 тис. дорослих і 10 дітей;
- хвороби ока – 151 дорослих і 25 дітей;
- хвороби системи кровообігу – 0,6 тис. дорослих;
- хвороби органів дихання – 0,66 тис. дорослих і 0,43 тис. дітей;
- хвороби органів травлення – 0,84 тис. дорослих і 0,1 тис. дітей;
- вагітність, пологи, післяпологовий період – 1,64 тис. дорослих;
- травми та інші наслідки дії зовнішніх факторів – 0,6 тис. дорослих і 94 дітей.

Крім того відповідно до статистичних даних у 2020 році 62 хворих, у тому числі 38 новонароджених, було переведено із Тячівської лікарні до інших стаціонарів.

Згідно звітності Тячівської районної лікарні [17] у 2020 році було перелито 220,3 літрів компонентів крові 262 хворим, що становило 736 доз. Зазначимо, що кровозамінних рідин було перелито у 2020 році 1,33 тис. літрів для 1,01 тис. хворих.

Що стосується хірургічної роботи Тячівської лікарні, то у 2020 році було проведено 2,4 тис. операцій, у тому числі 275 операцій дітям 0-17 років. Число операцій, що було проведено сільським жителям у 2020 році склало 1,4 тис.

Щодо роботи діагностичних відділень Тячівської районної лікарні, то у 2020 році функціонувало 6 апаратів УЗД, у тому числі діючих – 6. У 2020 році у Тячівській лікарні було проведено 15,9 тис. рентгенологічних досліджень, у т.ч. 8,6 тис. досліджень органів грудної клітки, 221 досліджень органів

травлення, 6,2 тис. досліджень кістково-суглобної системи та 0,94 тис. інших досліджень.

Зазначимо, що у 2020 році у Тячівській районній лікарні було здійснено 17,6 тис. ультразвукових досліджень, у тому числі 2,2 тис. досліджень дітям 0-17 років та 0,4 тис. досліджень дітям 0-2 років.

Згідно звітних даних Тячівської лікарні у 2020 році число ендоскопічних досліджень становило 464, у тому числі 423 езофагогастроуденоскопічних досліджень та 41 колоноскопій.

Лабораторії Тячівської районної лікарні у 2020 році були оснащені 7 бінокулярними мікроскопами, 2 гемоглобінометрами, 4 напівавтоматичними біохімічними аналізаторами, 2 напівавтоматичними коагулометрами, 7 напівавтоматичними дозаторами. У лабораторіях лікарні у 2020 році було здійснено 357,7 тис. аналізів, у тому числі 152,3 тис. загальноклінічних аналізів та 10,2 тис. імунологічних аналізів.

Упродовж 2020 року в кабінеті функціональної діагностики Тячівської районної лікарні було обстежено 10,8 тис. осіб, у тому числі 90 дітей 0-17 років. Зазначимо, що згідно даних звітності було проведено 9,0 тис. ЕКГ-досліджень.

У фізіотерапевтичному відділенні Тячівської районної лікарні у 2020 році 1,9 тис. осіб закінчили лікування. При цьому число проведених процедур склало 95,7 тис.

2.3. Оцінювання рівня задоволеності пацієнтами отриманих медичних послуг

Якість надання МП є одним з пріоритетів розвитку системи ОЗ на всіх рівнях. Однак, як засвідчує практика, об'єктивне кількісне оцінювання даного показника затруднюється, оскільки така оцінка є результатом складної синергічної взаємодії значної низки чинників, кожен з яких робить незначний

внесок на рівні статистичної похибки. Проте, сукупний ефект виходить значним і багато в чому визначає об'єктивну і суб'єктивну оцінку системи охорони здоров'я.

Проведені дослідження показали, що суб'єктивна оцінка якості отримуваних пацієнтами МП та її результативність значною мірою взаємопов'язані, проте характер взаємозв'язку і чинники, що впливають на суб'єктивну оцінку якості МП, досліджені недостатньо. Зокрема, не в повній мірі вивчено вплив статевовікових і інфраструктурних факторів (проживання в місті чи сільській місцевості, віддаленість лікувального закладу і транспортна доступність), а також рівня лікувального закладу і обсягу наданих МП. Зауважимо, що нині систематизовані дані і доступні інструменти для проведення подібного аналізу відсутні.

Інформація для аналізу суб'єктивної оцінки якості МП в Тячівській районній лікарні пацієнтами була отримана в ході опитування, проведеного методом анкетування. Алгоритм визначення задоволеності пацієнтів подано на рис. 2.6.

Питання анкети дозволяли респондентам охарактеризувати ставлення медперсоналу до пацієнтів, оцінити комфортність умов перебування у медорганізації, оцінити організаційні аспекти надання МП. Завершувалося анкета ключовим питанням щодо результативності отриманих МП. Як варіанти відповідей використовувалися такі оцінки: «відмінно», «задовільно», «погано», «важко відповісти».

Участь в опитуванні була анонімною та добровільною. В опитуванні взяли участь 26,9 % чоловіків та 73,1 % жінок.

Загалом за групою опитаних коефіцієнт задоволеності якістю МП склав 0,47, що можна інтерпретувати так – відвідувачі медорганізації задоволені якістю МП на 47 % максимально можливого рівня.



Рис. 2.6. Алгоритм визначення задоволеності пацієнтів

Примітка. Побудовано автором.

В оцінюванні задоволеності МП виявлено гендерні відмінності: чоловіки вище оцінюють якість МП (табл. 2.5). Як бачимо з даних таблиці 2.5, відношення медпрацівників, умови перебування, організацію роботи медорганізації, результативність лікування жінки оцінили нижче. Не виявлено відмінностей між групами чоловіків та жінок щодо оцінки доступності МП.

Зазначимо, що головним об'єктивним критерієм якості МП варто розглядати їх результат. Проте об'єктивні критерії результативності мають значення переважно для медпрацівників.

Таблиця 2.5

Гендерні особливості оцінки задоволеності якістю медичних послуг

Показники	Чоловіки	Жінки	Порівняння (р-рівень)
Сумарна оцінка задоволеності	0,49	0,47	<0,001
Відношення медичних працівників	0,50	0,50	0,008
Умови перебування в установі	0,50	0,42	<0,001
Організація роботи медичного підприємства	0,50	0,50	<0,001
Доступність медичних послуг	0,59	0,58	0,101
Результативність медичних послуг	0,33	0,25	<0,001

Примітка. Наведено за даними опитування.

Пацієнти, зазвичай, звертають значно менше уваги на загальноприйняті показники, віддаючи перевагу власним, суб'єктивним оцінкам. Найчастіше ці оцінки безпосередньо не пов'язані з результатами лікування, а обумовлені такими факторами, як відношення медперсоналу та організація Тячівської районної лікарні.

Для виявлення взаємозв'язку між загальним суб'єктивним враженням пацієнта про надані йому МП та оцінкою результативності було проведено кореляційний аналіз. Встановлено позитивний кореляційний взаємозв'язок між оцінкою пацієнтами результативності та умов надання МП. Як впливає з результатів аналізу, представлених у таблиці 2.6, виявлена залежність має універсальний характер і проявляється у всіх досліджених групах.

Таблиця 2.6

Взаємозв'язок результативності медичних послуг та умов медичного обслуговування

	Результативність медичних послуг				
	Усі респонденти	Чоловіки	Жінки	Сільське населення	Міське населення
	Значення коефіцієнта кореляції				
Відношення медичних працівників	0,81	0,82	0,81	0,82	0,81
Умови перебування	0,68	0,69	0,68	0,72	0,66
Організація роботи	0,72	0,76	0,70	0,76	0,70
Доступність медичних послуг	0,75	0,82	0,73	0,79	0,74

Примітка. Наведено за даними опитування.

Це свідчить, що суб'єктивне сприйняття пацієнтами якості МП значною мірою визначається рівнем організації роботи Тячівської районної лікарні та ставленням медперсоналу. Усі представлені у таблиці коефіцієнти кореляції статистично значимі лише на рівні $p < 0,001$.

Наступний етап дослідження полягав у визначенні функціональної залежності між оцінкою результативності лікування та іншими критеріями надання МП. Для цього респонденти були поділені на дві групи. До першої групи увійшли пацієнти, які оцінили надані МП як результативні, їхня частка склала 42,4 %. Другу групу склали пацієнти, які не задоволені результатами лікування (57,6 %). Було виявлено фактори, що найбільше впливають на суб'єктивну оцінку результату надання МП: ставлення медпрацівників, умови перебування, організація роботи, доступність МП.

Головним об'єктивним критерієм якості МП залишається її результат. Однак, погляд на цей критерій у лікаря відрізняється від думки звичайного пацієнта. Оцінка результативності пацієнтом залишається суб'єктивною, адже на неї впливає низка причин, що безпосередньо з самим результатом не пов'язані: ввічливість медперсоналу, комфортні умови очікування прийому лікаря, наявність черг.

Науковці розглядаючи проблему різного сприйняття результату МП лікарями та пацієнтами стверджують, що «...пацієнти здатні оцінювати переважно зовнішні прояви лікування, а тому схильні недооцінювати результат МП» [8]. Цікаво, що цей факт може спричинити більшу критичність з боку лікарів в оцінці задоволеності МП.

Незалежно від рівня медичного підприємства, ставлення медпрацівників та доступність МП є ключовими факторами високої оцінки з боку пацієнта.

Менш очевидний висновок у тому, що чоловіки вище оцінюють якість МП проти жінок. Причина гендерних відмінностей потребує подальшого вивчення. Багато дослідників сходяться на думці, що, оцінюючи цей показник, жінки схильні давати нижчі оцінки.

Незважаючи на те, що в низці випадків оцінки якості та результативності

надання МП, зроблені пацієнтами та лікувальною установою, розходяться, проте, показано, що сприйняття пацієнтами МП має цілісний характер, у більшості випадків пацієнти оцінюють не лише фактичний медичний результат, а й взаємодія з лікувальною установою, доступність МП, умови перебування.

Пацієнт як клієнт нині очікує від медичного підприємства та лікаря:

- впевненості в правильності поставленого діагнозу і результатів обстеження;
- некомерційного ставлення до себе;
- отримання найбільш повної інформації про хід лікування або обстеження;
- якісних МП і сервісу;
- офіційної оплати за МП;
- чесності в комунікаціях з пацієнтами;
- доступності інформації, що допомагає прийняти рішення про те, в який медичний центр або до якого лікаря варто звернутися.

Отже, для підвищення оцінки якості надання МП в Тячівській районній лікарні необхідно підвищувати доступність МП та усувати негативні аспекти взаємодії пацієнтів із медпрацівниками. За інших рівних умов варто приділяти підвищену увагу взаємодії медпрацівників з пацієнтами жіночої статі, оскільки саме жінки виявляють високу активність при оцінці якості та більш вимогливі до умов та якості МП.

Крім того, в Тячівській районній лікарні існує резерв підвищення оцінки якості послуг за рахунок їх комплексування та вибудовування логістики як усередині медустанови, так і у взаєминах із зовнішніми партнерами. Одним із можливих шляхів досягнення цього результату є застосування нової управлінської технології ощадливого виробництва для забезпечення рівного права доступності та якості МП.

Висновки до розділу 2

Процеси, котрі відбуваються у системі ОЗ, дозволяють констатувати про встановлення ринку МП. Незважаючи на диверсифікацію форм власності, ринок МП залишився не високо конкурентним, що обумовлено проблемою стартового капіталу для започаткування приватного бізнесу

В нинішніх умовах, коли відбувається постійна інфляція і зміна у платоспроможності громадян спостерігається обмеження у зростанні ринку приватних МП. Крім того, ускладнено процес виходу нових гравців на ринок.

Об'єктом дослідження є КНП «Тячівська районна лікарня» що надає послуги вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. Упродовж 2020 року у Тячівській районній лікарні відновлювали стан свого здоров'я 7566 пацієнтів, у тому числі 6,4 тис. дорослих осіб 18 років та старші і 1131 дітей (віком 0-17 років), було проведено 2,4 тис. операцій, у тому числі 275 операцій дітям 0-17 років.

У 2020 році укомплектованість медперсоналом Тячівської районної лікарні складала 0,94, тобто фактично зайнято менше посад. Коефіцієнт сумісництва медпрацівників Тячівської районної лікарні склав 1,0346, що засвідчує укомплектованість медкадрів в Тячівській районній лікарні за рахунок сумісництва.

Проведено опитування пацієнтів та лікарів щодо якості та результативності надання МП виявило, що сприйняття пацієнтами МП має цілісний характер, бо вони оцінюють не лише фактичний медичний результат, а й взаємодія з лікувальною установою, доступність МП, умови перебування.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Формування пацієнтоорієнтованої системи надання медичних послуг на основі концепції *PRM*

Забезпечення суб'єктивних очікувань і базових потреб пацієнтів дозволяє здійснювати управління медорганізацією на основі розвитку пацієнторієнтованого підходу і концепції управління взаємовідносинами з пацієнтами.

Як засвідчило дослідження, на організаційному рівні основними факторами, що негативно впливають на взаємовідносини лікаря і пацієнта, є:

- низька доступність лікарів, особливо вузьких фахівців;
- перевантаженість первинної ланки охорони здоров'я;
- обмежений час прийому;
- недостатня увага, що приділяється мотивації лікарів, створення умов для їх розвитку, емоційне вигоряння.

Що ж стосується державного рівня, то такими факторами, що негативно впливають на взаємовідносини лікаря і пацієнта вважаються:

- 1) реформи, які ведуть до зменшення числа медичних організацій;
- 2) скорочення лікарських кадрів і вузьких фахівців;
- 3) росту платних МП;
- 4) пріоритету економічних механізмів ефективності над результативністю роботи, співвідношенню нормативних і фактичних витрат;
- 5) діюча нормативно-правова база, що залишає лікаря соціально і юридично незахищеним, а його праця зарегламентизованою і бюрократизованою.

Підвищення якості роботи медперсоналу потребують організаційних і

управлінських змін в діяльності медичних підприємств, спрямованих на створення необхідних умов праці і професійного розвитку медпрацівників, підвищення задоволеності роботою, пов'язаною з нормалізацією робочого часу, підвищенням творчого компонента праці, посиленням соціальної підтримки та правового захисту медперсоналу. Удосконалення нормативно-правового забезпечення роботи медкадрів в умовах реалізації концепції управління взаємовідносинами з пацієнтами потребують акцентування діяльності організації і персоналу на індивідуальну результативність МП, на параметри роботи найбільш значущі для пацієнтів: оптимальність витрат часу на отримання МП, об'єктивну медичну ефективність лікування.

Нині розрізняють чотири моделі взаємодії між лікарем і пацієнтом (рис. 3.1):

- 1) патерналістська модель;
- 2) модель колегіального типу;
- 3) модель контактного типу;
- 4) модель технічного типу.

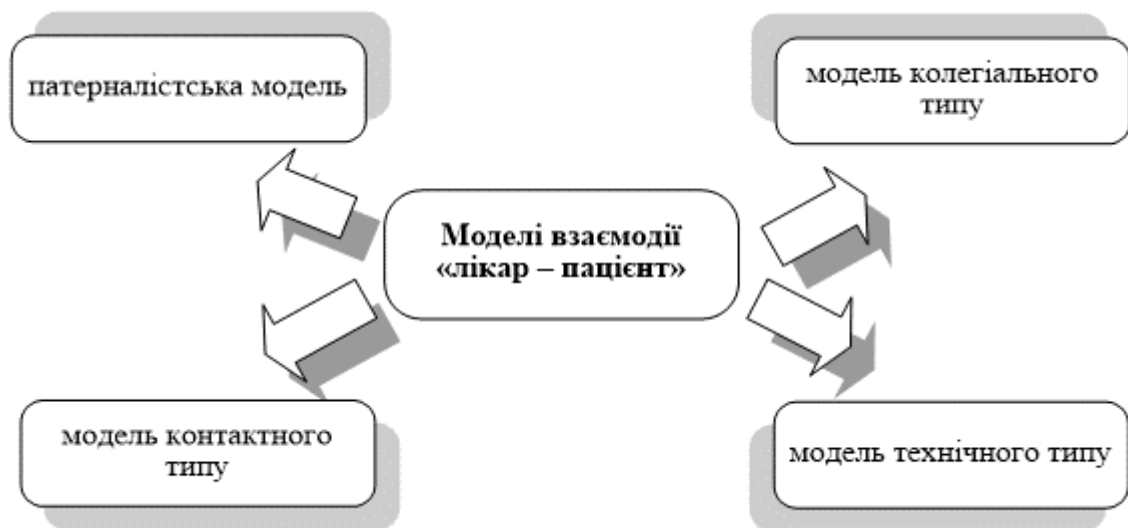


Рис. 3.1. Моделі взаємодії «лікар – пацієнт»

Примітка. Побудовано автором.

Патерналістська модель передбачає повну довіру і підпорядкування пацієнта лікарю і відсутність особистої відповідальності за стан власного

здоров'я. Зміна нормативно-правової бази, що регулює надання МП, розвиток суспільства, підвищення загального рівня освіти та медичної культури пацієнтів сприяють тому, що подібна модель втрачає свою значимість, тому що пацієнти безоглядно не підкоряються лікарю, та й авторитет медичних працівників в суспільстві невисокий.

Колегіальна модель передбачає рівність і партнерство лікаря і пацієнта при визначенні лікувально-діагностичної тактики та прийнятті рішення. Але існує об'єктивне нерівність такого партнерства, пов'язане з правами та обов'язками, відповідальністю, особистою зацікавленістю, компетенцією учасників. У чистому вигляді подібна модель виглядає утопічно.

Контактна модель базується на укладенні договору, що регламентує всі аспекти взаємин «лікар-пацієнт». Подібна модель набуває все більшого поширення як в Європі і США. Цьому сприяють розвиток страхової медицини, зміна законодавства в області ОЗ, надання платної медичної допомоги і ряд інших чинників.

Модель технічного типу заснована на відношенні до пацієнта, як до «несправного механізму», а завданням лікаря є усунення «поломки» з використанням сучасних наукових знань і медобладнання. Цей підхід реалізує тезу про лікування хвороби, а не хворого. Найбільшою мірою використання даної моделі здійснюється при наданні МП в стаціонарних умовах і особливо високотехнологічних МП.

Якщо розглядати найбільш прийнятну модель взаємодії персоналу і пацієнтів то, на нашу думку, вона повинна бути комплексною і включати переважно елементи моделі контактного типу, але враховувати умови надання (місто або село, медична організація стаціонарного або амбулаторного типу, етап надання) . А також окремі елементи патерналістської і технічної моделей. Що стосується колегіальної моделі, то внесок її елементів мінімальний, за винятком, можливо, окремих медичних організацій. Для розуміння наскільки склалася система взаємодії може сприяти формуванню довгострокових взаємин між лікарем і пацієнтом важливо знати думку кожного учасника

процесу про його значущості, раціональному розподілі ролей і існуючі проблеми.

Зазначимо, що сучасною стратегією розвитку медичної організації в інтересах пацієнтів можна вважати концепцію *CRM*. Поняття *CRM* з'явилося у 90-х роках ХХ століття. Дана концепція на початку ХХІ століття стала однією з ключових в управлінні бізнесом. Вона має на увазі збір, консолідацію, аналіз і використання інформації про клієнтів з метою управління їх поведінкою. Основними інструментами є реалізація індивідуалізованого підходу і задоволення потреб. Критеріями ефективності її використання служать розширення клієнтської бази, утримання старих клієнтів, забезпечення і підвищення їх лояльності, що в підсумку дозволяє нарощувати конкурентні переваги.

Зростання конкуренції в системах ОЗ посприяло підвищенню уваги до концепції *CRM* з боку медорганізацій. З'явилася адаптована її форма – управління взаємовідносинами з пацієнтами (*patient relationship management – PRM*). Концепція *PRM* не є синонімом забезпечення задоволеності пацієнтів. Це стратегія розвитку медорганізації, спрямована на підвищення її конкурентоспроможності за рахунок формування і розвитку довгострокових партнерських взаємин з пацієнтами, заснована на динамічній комплексній оцінці їх істинних потреб і суб'єктивних очікувань і системному підході до їх задоволення.

Концепції *PRM* є подальшим розвитком принципів пацієнторієнтованого підходу в системі ОЗ, що має майже 20-річну історію використання в світі.

Суть пацієнторієнтованого підходу, проголошеного ВООЗ, «полягає в повазі до особистості пацієнта, орієнтації на індивідуальні інтереси пацієнта, його потреби, цінності, а також відкритість та залученість у процес ухвалення рішень щодо надання МП» [11]. «Ступінь розвитку даного напряму свідчить про рівень якості МП, тому що якість оцінюється з позиції її орієнтованості на об'єктивні потреби пацієнтів» [11].

Використання концепції *PRM* медорганізацією дозволяє підвищити не тільки її конкурентоспроможність і прибуток, а й, що не менш важливо, якість МП. Це пов'язано з тим, що надані МП максимально відповідають об'єктивним потребам здоров'я пацієнтів, їх очікуванням від умов надання та сервісу [43].

З точки зору розвитку медорганізації на основі концепції пацієнторієнтованого підходу та стратегії *PRM* можна виокремити чотири групи факторів, що визначають взаємодію в системі «лікар-пацієнт» (рис. 3.2).

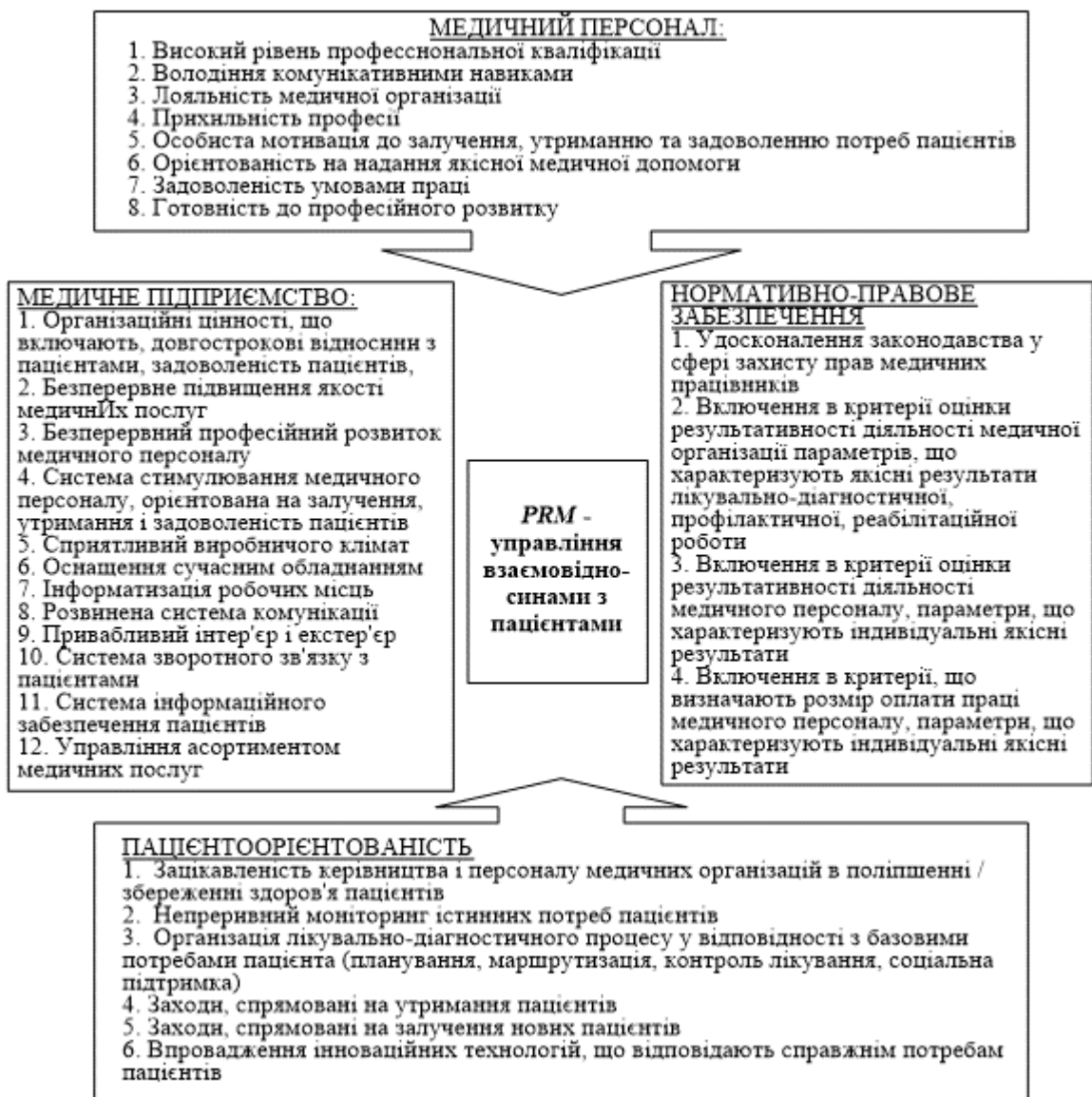


Рис. 3.2. Фактори, що визначають взаємодію в системі «лікар-пацієнт» з позиції *PRM*

Система взаємин «лікар-пацієнт» будується, перш за все, на правах пацієнта як отримувача МП і обов'язки лікаря з надання якісних МП на основі деонтологічних принципів. На жаль, ринок вносить корективи в характер цих відносин, роблячи їх формальними і жорсткими, що обумовлено цілим комплексом факторів, котрі часто не залежать ні від пацієнта, ні від лікаря. Істотну роль відіграють зовнішні чинники, які включають організаційні особливості функціонування системи ОЗ, соціально-економічні умови життя, рівень психологічної напруженості в суспільстві. Пацієнти найменше претензій висувають до міжособистісної взаємодії з лікарями.

«Задоволеність пацієнта лікуванням в значній мірі залежить від того, чи було спілкування з лікарем позитивним, що безпосередньо пов'язано з якістю комунікативного впливу; найбільш часто зустрічається скарга пацієнтів – нездатність практикуючих лікарів уважно вислухати, дати ясні і зрозумілі відповіді і, в першу чергу, виявити ті проблеми, з якими пацієнт прийшов до лікаря» [8].

Подальший розвиток відносин між лікарями та пацієнтами вимагає заміни «нозологічного, орієнтованого на хворобу принципу лікувальної практики лікаря на пацієнтоорієнтований підхід, а сформовані патерналістські відносини будуть трансформуватися в партнерські» [44]. І яким би високим ні рівень компетенції пацієнтів, задоволеність МП не може бути основним показником її якості, тому що суб'єктивна думка і очікування пацієнта не можуть відображати в повній мірі його об'єктивні потреби в діагностиці та лікуванні, а в основному відносяться до області інфраструктурного супроводу МП.

Отже, сформована в даний час в галузі і суспільстві ситуація чинить негативний вплив на взаємодію пацієнтів і медперсоналу. Але як будь-який кризове явище, вона може бути розглянута з двох сторін. З одного боку, все вказує на значні складності для впровадження *PRM*; з іншого, медорганізації, які будуть здатні закласти концепцію *PRM* в принципи свого розвитку, отримають безперечну конкурентну перевагу.

Для впровадження *PRM* в КНП «Тячівська районна лікарня» можна рекомендувати наступне:

1. Використовувати доступні технічні ресурси (електронна черга, електронна реєстратура, система СМС-повідомлення, дистанційні консультації) і організаційно-управлінських рішень (синхронізація графіків роботи фахівців, розташування кабінетів) для скорочення часу очікування прийому і черг.

2. Оптимізувати документообіг (перехід на електронний і відмова від паперового) для можливості приділяти більше уваги спілкуванню з пацієнтом.

3. Проводити навчання медпрацівників та немедичного персоналу навичкам комунікативного спілкування, вирішення конфліктів і пацієнтоорієнтованої поведінки.

4. На регулярній основі проводити моніторинг справжніх і прихованих потреб пацієнтів, враховувати отримані результати при оптимізації роботи медичних служб, а також немедичних служб.

5. Розробляти і використовувати внутрішньогалузеві протоколи ведення пацієнтів, засновані на вітчизняних стандартах меддопомоги та міжнародних клінічних рекомендаціях.

6. Переглянути нормативи часу, відведеного на прийом пацієнта, виключити жорстку вимогу слідувати цим нормативам і карати за відхилення, виключивши планування об'єму відвідувань як показника, що регулює діяльність лікаря.

7. Розвивати систему матеріального стимулювання і нематеріального стимулювання персоналу з акцентом на показники якості МП і результативність проведеного лікування, збереження прикріпленого контингенту і залучення нових пацієнтів.

3.2. Впровадження *lean*-технологій для створення пацієнтоорієнтованої системи надання медичних послуг

Зазначимо, що нині більшість медорганізацій звертаються до концепції надання послуг, орієнтованого на пацієнта. Галузеві фахівці очікують, що в найближчі кілька років відбудуться значні зміни, які торкнуться як практикуючих лікарів, так і їх пацієнтів. Багато з цих змін є результатом переходу до ціннісно-орієнтованого медобслуговування, переходу до того, щоб ставити пацієнтів в центр кадрової стратегії в галузі ОЗ для всебічного поліпшення якості МП.

Останнім часом пандемія вірусу *COVID-19* змусила системи ОЗ швидко змінюватися, а медпрацівників проходити спеціальну підготовку з питань підвищення якості МП, щоб допомогти в розробленні нових систем в майбутньому. При цьому, вибір пацієнта, його думка і задоволеність МП стали ключовими моментами. Таке розширення прав і можливостей дозволяє пацієнтам краще вибирати де, коли і від кого вони отримують МП. Коли пацієнти мають справу з проблемами зі здоров'ям, вони знаходяться в найбільш уразливому становищі, і їх очікування щодо безболісного, чуйного лікування зростають. Як бачимо, реальною міркою хорошого лікування часто є досвід пацієнта. Для того щоб цей досвід був позитивним, медорганізаціям необхідно розвивати культуру, яка ставить людей в центр процесу надання МП. Поліпшення організаційної гнучкості, ефективності даних і раціоналізувати комунікація з пацієнтами можуть безпосередньо привести до покращення якості МП.

Послуги, орієнтовані на пацієнта – це відносно нова концепція в секторі ОЗ, яка, однак, в останнє десятиліття почала отримувати все більше визнання. Одним з важливих змін стала поступова еволюція способів надання МП, що зробило їх більш персоналізованими і інтегрованими. Медпрацівники є невід'ємною частиною досвіду пацієнта: вони відстежують і реагують на фізіологічні зміни в здоров'ї пацієнта, розробляють плани догляду за ним,

надають лікування і МП, запобігають несприятливим подіям, управляють ризиками, інформують пацієнтів про догляд за межами медорганізації.

Зазначимо, що медперсонал відіграє надзвичайно важливу роль в керівництві стійким поліпшенням і підтримки безперервності догляду. Підхід, орієнтований на пацієнта, допомагає пом'якшувати негативні наслідки, особливо в тих випадках, коли нестача персоналу впливає на результати лікування. Стандарт *ISO 22956* забезпечує керівництво для адміністраторів і директорів лікарень, осіб, які приймають рішення, ризик-менеджерів і політиків з підтримки адекватного рівня укомплектування персоналом та прищеплення культури, орієнтованої на пацієнта. З цією метою стандарт охоплює всі області кадрового забезпечення. Сюди входить кадрове планування, оцінка методологій укомплектування персоналом, розподіл і управління трудовими ресурсами, а також очікування і задоволеність пацієнтів, на основі зібраних даних.

Пацієнтоорієнтоване надання МП – модель планування, здійснення та оцінки МП, яка ґрунтується на взаємовигідних партнерських відносинах між медпрацівниками, пацієнтами та членами їх сімей.

Передумовами розвитку концепції виявилися як зростання технологічного рівня медицини, так і істотне збільшення пов'язаних з нею фінансових витрат. Закономірною відповіддю вітчизняної медсистеми з'явилися заходи, спрямовані на розвиток первинної амбулаторної ланки медицини, профілактики захворювань та зміцнення здоров'я. «Реалізація ефективної профілактики є одним із завдань пацієнтоорієнтованої медицини, оскільки вона передбачає створення тривалих довірчих відносин між лікарем і пацієнтом та передбачає активне залучення хворого в процес прийняття рішень» [44].

Зауважимо, що концепцію пацієнтоорієнтованої моделі надання МП необхідно відрізнити від персоніфікованої медицини. Незважаючи на ідейну спільність (прагнення забезпечити індивідуалізацію та кастомізацію МП), концепції мають принципово різний філософський характер і науковий

характер. Можемо говорити про те, що вони доповнюють один одного, будучи змістовно неоднаковими за суттю.

Процес надання МП є непростим механізмом, який спрямований на задоволення потреби в здоров'ї. Принципи ощадливості передбачають реалізацію комплексу заходів за напрямками дбайливого ставлення до пацієнтів, персоналу та ресурсів.

Впровадження *lean*-технологій (технологій бережливого виробництва) в ОЗ сприяють створенню міцного фундаменту пацієнтоорієнтованої системи надання МП та сприятливого середовища за напрямками забезпечення безпеки і якості, усунення втрат і скорочення витрат, створення корпоративної культури.

Нині, коли світ зіткнувся віч-на-віч з новим вірусом, піднімається питання надання МП пацієнтам із застосуванням інструментів бережливого виробництва, охорони та зміцнення здоров'я в умовах епідемічної ситуації. «Коронавірус дав потужний імпульс розвитку телемедицини, проведення лікарських онлайн-консультацій і оглядів» [63]. Як показала практика, такий спосіб надання МП виявився більш ніж затребуваним і життєво необхідним. У довгостроковій перспективі розвиток дистанційних консультацій призведе до зміни організації надання амбулаторної допомоги і зниження вартості амбулаторних МП.

Отже, новою моделлю медорганізації варто вважати медорганізацію, що орієнтована на потреби пацієнта, дбайливе ставлення до тимчасового ресурсу як основної цінності за рахунок оптимальної логістики процесів, що реалізуються, організована з урахуванням принципів ергономіки та дотримання обсягу робочого простору, що створює позитивний імідж медпрацівника. Крім того, організація надання МП в такій медорганізації засноване на впровадженні принципів бережливого виробництва з метою підвищення задоволеності пацієнтів доступністю і якістю надання МП, ефективного використання ресурсів системи ОЗ.

Створення нової моделі медорганізації включає комплекс заходів,

спрямованих на дотримання пріоритету інтересів пацієнта, організацію надання МП пацієнту з урахуванням раціонального використання його часу, підвищення якості і доступності, забезпечення комфортності умов надання МП, підвищення задоволеності рівнем наданих МП, скорочення навантаження на медперсонал за рахунок підвищення ефективності діяльності медичного підприємства, переходом на електронний документообіг, скороченням обсягу паперової документації.

Бережливе виробництво є концепцією управління, що «засноване на усуненні всіх видів втрат шляхом формування безперервного потоку створення цінності з охопленням всіх процесів організації та їх постійного вдосконалення через залучення персоналу» [59].

Впровадження *lean*-технологій (технологій бережливого виробництва) в роботу Тячівської районної лікарні дозволить досягнути певні цілі (рис. 3.3):

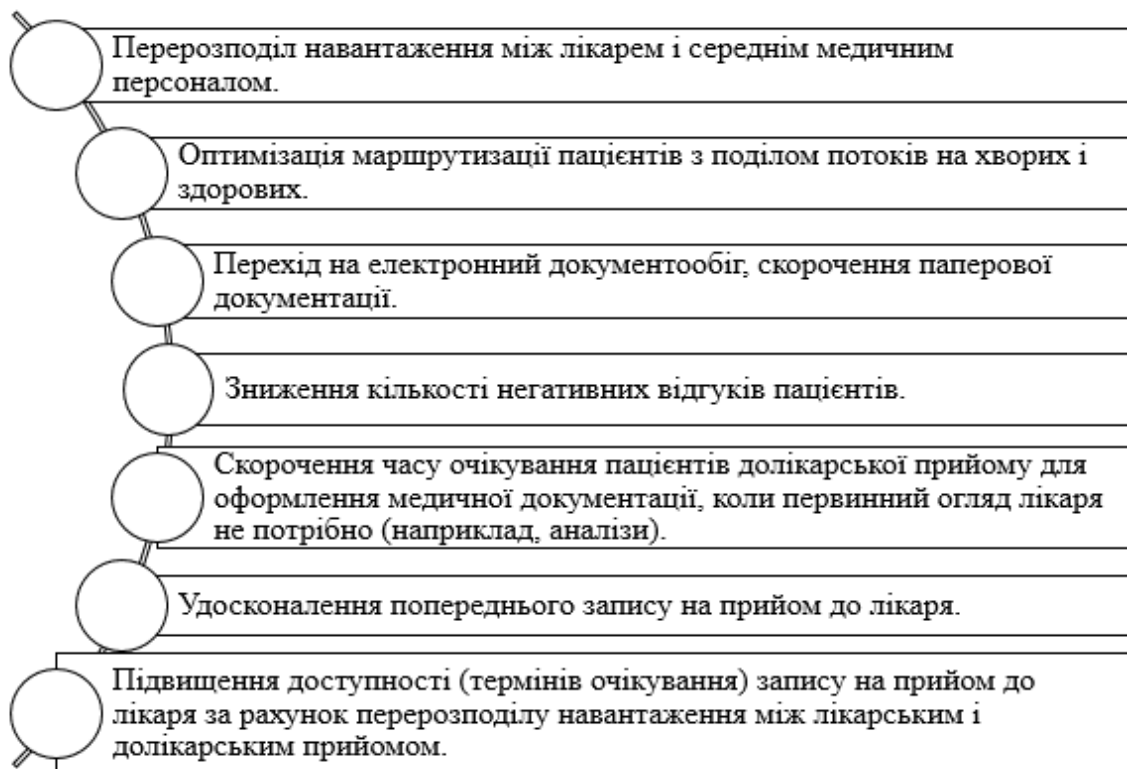


Рис. 3.3. Цілі впровадження *lean*-технологій в роботу КНП «Тячівська районна лікарня»

Примітка. Побудовано автором.

Отже, у роботі Тячівської районної лікарні однією із найбільш важливих

складових є лікувально-діагностична діяльність, основою якої є конструктивна співпраця та взаєморозуміння між пацієнтом і лікарем. Тому успіх лікування залежатиме від того, як відбуваються взаємини між лікарем і отримувачем МП, як медперсонал їх побудує.

Висновки до розділу 3

Забезпечення суб'єктивних очікувань і базових потреб пацієнтів дозволяє здійснювати управління медичною організацією на основі розвитку пацієнторієнтованого підходу і концепції управління взаємовідносинами з пацієнтами. Використання концепції *PRM* медичним підприємством дозволяє підвищити не тільки її конкурентоспроможність і прибуток, а й, що не менш важливо, якість МП.

Встановлено, що нині більшість медичних підприємств звертаються до концепції надання послуг, орієнтованого на пацієнта. Тому новою моделлю медичного підприємства варто вважати медичне підприємство, що орієнтоване на потреби пацієнта, дбайливе ставлення до тимчасового ресурсу як основної цінності за рахунок оптимальної логістики процесів, організована з урахуванням принципів ергономіки та дотримання обсягу робочого простору, що створює позитивний імідж медичного працівника. Крім того, організація надання МП в такому підприємстві засноване на впровадженні принципів бережливого виробництва з метою підвищення задоволеності пацієнтів доступністю і якістю МП, ефективного використання ресурсів системи ОЗ.

ВИСНОВКИ

Доведено, що при наданні МП процес є важливим так само, як і результат, і вони знаходяться в нерозривному взаємозв'язку. Медпослугам притаманні ексклюзивність, синхронність її надання та отримання, а також неконкурентність.

Визначено ключові характеристики медпослуги, що визначають кінцевий результат їх надання: «якість» і «доступність».

Врахування організаційних особливостей і фінансових особливостей дозволило виокремити три основні системи ОЗ, що побудовані за принципом моделей безкоштовної, страхової і платної медицини.

Виявлено джерела фінансування сфери ОЗ, а саме: надходження коштів від оподаткування; внески в системи добровільного медстрахування і в системи обов'язкового медстрахування; готівкові кошти отримувачів послуг.

Процеси, котрі відбуваються у системі ОЗ, дозволяють констатувати про встановлення ринку МП. Незважаючи на диверсифікацію форм власності, ринок МП залишився не високо конкурентним, що обумовлено проблемою стартового капіталу для започаткування приватного бізнесу

В нинішніх умовах, коли відбувається постійна інфляція і зміна у платоспроможності громадян спостерігається обмеження у зростанні ринку приватних МП. Крім того, ускладнено процес виходу нових гравців на ринок.

Об'єктом дослідження є КНП «Тячівська районна лікарня» що надає послуги вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. Упродовж 2020 року у Тячівській районній лікарні відновлювали стан свого здоров'я 7566 пацієнтів, у тому числі 6,4 тис. дорослих осіб 18 років та старші і 1131 дітей (віком 0-17 років), було проведено 2,4 тис. операцій, у тому числі 275 операцій дітям 0-17 років.

У 2020 році укомплектованість медперсоналом Тячівської районної лікарні складала 0,94, тобто фактично зайнято менше посад. Коефіцієнт сумісництва медпрацівників Тячівської районної лікарні склав 1,0346, що

засвідчує укомплектованість медкадрів в Тячівській районній лікарні за рахунок сумісництва.

Проведено опитування пацієнтів та лікарів щодо якості та результативності надання МП виявило, що сприйняття пацієнтами МП має цілісний характер, бо вони оцінюють не лише фактичний медичний результат, а й взаємодія з лікувальною установою, доступність МП, умови перебування.

Забезпечення суб'єктивних очікувань і базових потреб пацієнтів дозволяє здійснювати управління медичною організацією на основі розвитку пацієнторієнтованого підходу і концепції управління взаємовідносинами з пацієнтами. Використання концепції *PRM* медичним підприємством дозволяє підвищити не тільки її конкурентоспроможність і прибуток, а й, що не менш важливо, якість МП.

Встановлено, що нині більшість медичних підприємств звертаються до концепції надання послуг, орієнтованого на пацієнта. Тому новою моделлю медичного підприємства варто вважати медичне підприємство, що орієнтоване на потреби пацієнта, дбайливе ставлення до тимчасового ресурсу як основної цінності за рахунок оптимальної логістики процесів, організована з урахуванням принципів ергономіки та дотримання обсягу робочого простору, що створює позитивний імідж медичного працівника. Крім того, організація надання МП в такому підприємстві засноване на впровадженні принципів бережливого виробництва з метою підвищення задоволеності пацієнтів доступністю і якістю МП, ефективного використання ресурсів системи ОЗ.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Баєва О. В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я. URL: http://pidruchniki.com/1781040937372/meditsina/menedzhment_u_galuzi_ohoro_ni_zdorovya.
2. Беденко-Зваридчук О. Правовий статус медичних закладів. URL: <http://103-law.org.ua/Docs/9irfo6oq6vБеденко.pdf>.
3. Бурцева О. С., Стукен Т. Ю. Клієнтоорієнтованість медичних закладів: очікування населення і готовність медичних організацій. URL: <https://econpapers.repec.org/article/scn025682/16679173.htm>.
4. Вимоги Програми медичних гарантій 2020. URL: <https://nszu.gov.ua/likar-2020>.
5. Вуори Х.В. Обеспечение качества медицинского обслуживания. Концепция и методология. Копенгаген: ЕРБ ВОЗ. 179 с. /008
6. Гапонова Е. О. Особливості формування ринку медичних послуг в Україні на сучасному етапі. URL: <http://international-relations-tourism.karazin.ua/themes/irtb/resources/a9939806ac2f46d44dab5a12050cb4d4.pdf>.
7. Гомілевська Г. А. Організація підприємницької діяльності в медицині: навч. посіб. К. : Професіонал, 2018. 551 с.
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.nbu.gov.ua/old_jrn/chem_biol/sped/2012_1/015-18.pdf.
9. Господарський Кодекс України : Закон України від 16.01.2003 № 436-IV. Дата оновлення: 06.10.2021. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/436-15>.
10. Грабовський В.А., Клименко П.М.. Системний підхід до управління закладами охорони здоров'я. URL: <http://visnyk.academy.gov.ua/wp-content/uploads/2014/10/2014-10-20.pdf>.
11. Декларація про політику в галузі забезпечення прав пацієнта у Європі,

- ВООЗ; 1994 р. URL: http://samlib.ru/s/stonogin_s_w/europe.shtml. (дата звернення: 01.09.2020)./0016
12. Державна політика у сфері охорони здоров'я : монографія: у 2 ч. / упоряд. Я. Радиш ; передм. та заг. ред. М. Білинської, Я. Радиша. К. : НАДУ, 2013. Ч. 1. 2013. 396 с.
 13. Донабедян А. Моделі забезпечення якості. URL: https://ru.qaz.wiki/wiki/Donabedian_model. (дата звернення: 01.09.2020).
 14. Досвід використання анкетування пацієнтів для оцінки якості медичної допомоги / В. К. Юрьев, Н. Е. Арефьева, Т. А. Волкова та ін. *Соціологія медицини*. 2017. № 2. С. 28-30.
 15. ДСТУ *ISO 9001–2001*. Системи управління якістю. Вимоги. К.: Держстандарт України. 23 с.
 16. Економіка охорони здоров'я : підручник / В. Ф. Москаленко, О. П. Гульчій, В. В. Таран та ін. Вінниця: Нова Книга, 2010. 288 с.
 17. Звіт про роботу КНП «Тячівська районна лікарня» Тячівської міської ради Закарпатської області. Тячів. 2021. 22 с.
 18. Зеленевиц В. О. Шляхи вдосконалення фінансування охорони здоров'я в Україні. URL: <http://intkonf.org/zelenevich>.
 19. Келнер С., Левицький В. Впровадження концепції *TQM* для удосконалення надання медичних послуг. *Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах інноваційного розвитку економіки: матеріали доп. Всеукр. наук.-практ. інтернет-конф. з між нар. участю, Ч. 2.* (м. Тернопіль, 28 травня 2021 р.). Тернопіль : ЗУНУ, 2021. С. 181-184.
 20. Келнер С.О. Концепція управління взаємовідносинами з пацієнтами. *Інноваційні технології в менеджменті та публічному управлінні: матеріали доп. науково інтернет-конференції студентів та молодих вчених кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу* (м. Тернопіль, 25 листопада 2021 р.). Тернопіль : ЗУНУ, 2021.
 21. Конституція України : офіц. текст. Київ : КМ, 2013. 96 с. /0026
 22. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я. URL:

- <https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/249626689>.
23. Крисько Ж. Реформування закладів охорони здоров'я в Україні в контексті децентралізації. *Розвиток регіонів та громад в умовах адміністративно-територіальної реформи : перспективи та загрози : Дев'ять регіональні та муніципальні читання : зб. матеріалів доп. Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Тернопіль-Вишнівець, 20-21 жовт. 2015 р.)*. Тернопіль : ТНЕУ, 2015. С. 199-202.
 24. Куш Н.П. Директ-маркетинг: необхідність активізації в сучасних умовах. URL: www.kntu.kr.ua/doc/zb_10_2/stat_10_2/51.doc. (дата звернення: 01.09.2020).
 25. Лехан В. М., Слабкий Г. О., Шевченко М. В. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір. К. : Укр. Інститут стратегічних досліджень МОЗ України, 2009. 34 с.
 26. Литвиненко М. В. Принципи національної системи охорони здоров'я в Україні. *Теорія та практика державного управління*. 2015. Вип. 2 (49). С. 198-206.
 27. Лікарі, пацієнти, суспільство. Права людини і професійна відповідальність лікаря в документах міжнародних організацій. К., 2015.
 28. Марчук О. В. Сутність та характеристики медичних послуг у маркетинговій товарній політиці медичних закладів. URL: <http://ena.lp.edu.ua:8080/bitstream/ntb/16807/1/165-Marchuk-269-271.pdf>.
 29. 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.
 30. Миронова Г. Право пацієнта на вибір методів лікування: «білі плями» українського законодавства. *Право України*. 2015. № 3. С. 59-64.
 31. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я / кол. монографія за ред. д.е.н. М. М. Шкільняка, д.е.н. Т. Л. Желюк. Тернопіль, Крок. 2020. 560 с.
 32. МОЗ: ціни на медичні послуги будуть встановлюватися за єдиною

- методикою. URL: <http://pravda.press/news/society/moz-tsiny-na-medichni-poslugi-budut-vstanovlyuvatisya-za-dinoyu-metodikoyu--23352/>.
- 33.Набережна Ж. Б., Сердюков А. Г. Аналіз задоволеності хворих медичною допомогою в стаціонарах. *Управління якістю*. 2018. № 3. С. 49-54.
- 34.Набухотний Т. К., Павлюк В. П., Макієнко Т. С., Скалецький Ю. М. Права людини в системі взаємовідносин «лікар – пацієнт» у відкритому суспільстві. К. : Телеоптик. 2016. 219 с.
- 35.Науковий менеджмент в медицині. URL: <http://angio-veritas.com/innovatsiji/naukovo-innovatsijnyj-menedzhment/naukovyj-menedzhment-v-medytsyni/>.
- 36.Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 років/ URL: <http://uoz.cn.ua/strategiya.pdf>.
- 37.Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 № 2801-ХІІ. Дата оновлення: 20.10.2021. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>.
- 38.Офіційний сайт Державної служби статистики України. URL: www.ukrstat.gov.ua.
39. Офіційний сайт КНП «Тячівська районна лікарня» Тячівської міської ради Закарпатської області. URL: <http://тячів-рл1.укр/index.php/kontakti>.
- 40.Офіційний сайт Міністерства охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua>.
- 41.Офіційний сайт Національної служби охорони здоров'я України. URL: <https://nszu.gov.ua/pro-nszu>.
- 42.Офіційний сайт Центру медичної статистики МОЗ України. URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/main.html>.
- 43.Палмер Р.Х. Оцінка якості медичних послуг і побудова рейтингів медичних організацій: досвід програми Medicare в США. URL: <https://doi.org/10.12737/23394>.
- 44.Пацієнтоорієнтований підхід: аналіз взаємозв'язку оцінки пацієнтами результативності медичної допомоги та умов її надання / Бразовська Н.Г.,

- Деєв І.А., Кобякова О.С., Богайчук П.М. та ін. *Соціальні аспекти здоров'я населення*. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1097/30/lang.ru/> DOI: 10.21045/2071-5021-2019-65-5-1
- 45.Петрашик Ю.М. Якість медичних послуг: особливості, роль, фактори. URL: irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis.../cgiirbis_64.exe?...
- 46.Попович Т. М., Крисько Ж. Л. Гарантії держави у наданні якісних медичних послуг. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я / кол. монографія за ред. Желюк Т. Л., Шкільняка М. М. Тернопіль, Крок. 2020. С.261-293. /0055
- 47.Портер М., Тайсберг Е. Переосмислення системи охорони здоров'я. Видавництво Олексія Капусти, 2007. 620 с.
- 48.Порядок контролю якості медичної допомоги : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28.09.2012 № 752. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1996-12>.
- 49.Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII. Дата оновлення: 01.01.2021. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>.
- 50.Про затвердження Єдиного термінологічного словника (Глосарій) з питань управління якістю медичної допомоги: Наказ МОЗ України від 20.07.2011 № 427. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0427282-11>.
- 51.Про захист прав споживачів : Закон України від 12.05.1991 р. № 1023-XII. Дата оновлення: 10.06.2017 р. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1023-12>.
52. Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості: Закон від 14.11.2011 р. № 2206-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2206-19>.
- 53.Реформа медичного обслуговування. URL: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/ms_reform/.
- 54.Самофал М. М. Підстави виникнення правовідносин з надання медичних послуг. URL: http://www.vru.gov.ua/content/article/visnik13_13.pdf.

55. Система управління якістю. Основні положення та словник. ДСТУ ISO 9000 – 2001. К.: Держстандарт України. 40 с.
56. Статут «Тячівська районна лікарня» Тячівської міської ради Закарпатської області. Тячів. 2021. 14 с.
57. Стеценко С. Г. Медичне право: посібник. Київ : Центр, 2016. 572 с.
58. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / [В. Лехан, Г. Слабкий, М. Шевченко]. *Україна. Здоров'я нації*. 2015. № 1. С. 5-23.
59. Управління медичним закладом в сучасних умовах: проблеми та шляхи вирішення. URL: <https://ideas.repec.org/a/scn/015052/16687691.html>.
60. Управління якістю медичної допомоги в період модернізації здорового забезпечення. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/upravlenie-kachestvom-meditainskoj-pomoschi-v-period-modernizatsii-zdravoohraneniya>.
61. Чехун О. В. Надання платних медичних послуг: цивільно-правові аспекти. URL: kul.kiev.ua/images/chasop/2010_2/213.pdf.
62. Шкільняк М. М., Овсянюк-Бердадіна О. Ф., Крисько Ж. Л., Демків І. О. Менеджмент: навчальний посібник. Тернопіль: Крок. 2017. 252 с.
63. Шомникова А. В. Сутність та особливості функціонування ринку медичних послуг. URL: http://tppe.econom.univ.kiev.ua/data/2010_23/Zb23_28.pdf.
64. Gokhale J. Medicaid's Soaring Costs: Time to Step on the Brakes. Cato Institute Policy Analysis. 2007. No. 597, July 19.
65. National Health Expenditure Projections 2015-2025 Forecast Summary. URL: <https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/NationalHealthExpendData/Downloads/Proj2015.pdf>.