



ОРГАНІЗАЦІЯ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Навчальний
ПОСІБНИК

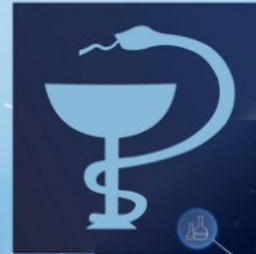


ЗАХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ОРГАНІЗАЦІЯ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Навчальний посібник



2021

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**ОРГАНІЗАЦІЯ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДУ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Навчальний посібник

Тернопіль – 2021

УДК 614.2

Організація діяльності закладу охорони здоров'я / нав. посібник за ред. Шкільняка М.М., Желюк Т.Л., Тернопіль, Крок. 2021. 516 с.

Авторський колектив

1. **Августин Руслан Ростиславович** – д.е.н., доцент, доцент, кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу ЗУНУ (розділ 9).
2. **Богач Юрій Аркадійович** – к.е.н, доцент кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу ЗУНУ (розділ 7).
3. **Васіна Алла Юріївна** – д.е.н., доцент, доцент, кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу ЗУНУ (розділ 12).
4. **Демків Ірина Олегівна** – к.е.н, доцент кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу ЗУНУ (розділ 9).
5. **Дудкіна Олена Павлівна** – к.е.н., доцент кафедри менеджменту та публічного управління та персоналу ЗУНУ (розділ 5).
6. **Желюк Тетяна Леонтіївна** – д.е.н., професор, професор кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу ЗУНУ (передмова, розділ 6).
7. **Жуковська Аліна Юріївна** – к.е.н, доцент кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу ЗУНУ (розділ 4).
8. **Кривокульська Наталя Михайлівна** – к.е.н, доцент кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу ЗУНУ (розділ 13)
9. **Круп'як Лідія Богданівна** – к.е.н, доцент кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу ЗУНУ (розділ 10).
10. **Литвинова Ольга Несторівна** – к.м.н., доцент кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України», доцент кафедри менеджменту та публічного управління ЗУНУ (розділ 11).
11. **Мельник Алла Федорівна** – д.е.н., професор, професор кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу ЗУНУ. (розділ 2).
12. **Микитюк Петро Петрович** – д.е.н., професор, професор кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу ЗУНУ. (розділ 14).
13. **Микитюк Юлія Ігорівна** – доктор філософії, викладач кафедри менеджменту та публічного управління та персоналу ЗУНУ (розділ 14).
14. **Монастирський Григорій Леонардович** – д.е.н., професор, професор кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу ЗУНУ (розділ 3).
15. **Овсянюк-Бердадіна Олександра Федорівна** – к.е.н, доцент, доцент кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу ЗУНУ (розділ 15).
16. **Попович Тамара Миколаївна** – к.е.н., доцент кафедри менеджменту та публічного управління та персоналу ЗУНУ (розділ 8).
17. **Шкільняк Михайло Михайлович** – д.е.н., професор, завідувач кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу ЗУНУ (розділ 1).

Рецензенти:

Гарафоновна Ольга Іванівна – д.е.н., професор, професор кафедри менеджменту Київського національного економічного університету імені Вадима Гетьмана.

Козирєва Олена Вадимівна – доктор економічних наук, доцент, завідувач кафедрою менеджменту і адміністрування Національного фармацевтичного університету.

Кирич Наталія Богданівна – д.е.н., професор, завідувач кафедрою менеджменту та адміністрування Тернопільського національного технічного університету імені Івана Пулюя

Рекомендовано до друку Вченою Радою Західноукраїнського національного університету (протокол № 10 від 22 червня 2021 р.)

ISBN 978-617-692-692-4

ПЕРЕДМОВА

Ефективні управлінські рішення в медицині можуть бути забезпечені лише шляхом створення організаційного, науково-методичного, функціонального підґрунтя для реалізації менеджменту в закладі охорони здоров'я, який би враховував сучасні виклики децентралізації, цифровізації, медичної реформи. Потреба підвищення рівня і якості життя населення на основі розширення доступності, підвищення якості та безпеки медичної допомоги, продуктивної зайнятості персоналу, що працює у галузі охорони здоров'я, а також підвищення, розвитку і оптимізації системи ресурсного супроводу медичних закладів зумовили написання та видання даного навчального посібника, підготовленого колективом авторів кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу Західноукраїнського національного університету за редакцією завідувача кафедри, д.е.н., професора Шкільняка Михайла Михайловича, гаранта освітньо-професійної програми «Менеджмент закладів охорони здоров'я» д.е.н., професора Желюк Тетяни Леонтіївни.

Навчальний посібник сприяє підготовці висококваліфікованого управлінського персоналу та менеджерів закладів охорони здоров'я, дозволяє посилити конкурентні переваги фахівців, менеджерів у сфері охорони здоров'я в частині побудови раціональної системи внутріорганізаційного менеджменту, адміністративно-господарської діяльності, розробки та реалізації управлінських рішень, використання інструментарію оперативного та стратегічного управління в умовах проведення медичної реформи; управління якістю надання медичних послуг; ефективного використання інструментів фінансового, кадрового, інформаційного, інноваційного менеджменту; залучення ресурсів для реалізації проєктів; проведення маркетингових досліджень на ринку медичних послуг; використання переваг ноосферизованої, цифрової, інклюзивної, інноваційної економіки.

Зміст і структура посібника побудовано логічно відповідно до робочої програми дисципліни «Організація діяльності закладу охорони здоров'я» та з врахуванням викликів та потреб, зумовлених проведенням медичної реформи в умовах децентралізації, забезпеченням якості та доступності надання медичних послуг та конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я на ринку медичних послуг.

Посібник включає в себе за кожною темою перелік питань, які є обов'язковими для вивчення; тренінговий блок, що складається з переліку питань для самоконтролю знань, тестових та практичних завдань, які дозволяють перевірити ступінь засвоєння матеріалу; список рекомендованої літератури та глосарій термінів для забезпечення більш глибокого вивчення матеріалу.

Обсяг представленого матеріалу в рамках даного навчального посібника відображає специфіку підготовки фахівців за другим магістерським рівнем вищої освіти за спеціальністю 073 «Менеджмент», освітньо-професійною програмою «Менеджмент закладів охорони здоров'я» і може бути рекомендований як до використання в навчальному процесі при вивченні дисципліни «Організація діяльності закладу охорони здоров'я», так і науковцям, аспірантам, практикам, які досліджують проблеми менеджменту закладів охорони здоров'я або займаються публічним управлінням та адмініструванням в цих закладах.

ЗМІСТ

Розділ I. Адміністрування діяльності закладу охорони здоров'я

(д.е.н., професор. Шкільняк М.М.)

1. Сфера охорони здоров'я як об'єкт адміністрування	9
2. Державна політика в сфері охорони здоров'я	13
3. Суб'єкти публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я	18
4. Принципи публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я	18
5. Адміністрування реформуванням закладів охорони здоров'я	24
6. Регламентування діяльності комунального некомерційного підприємства	27
7. Адміністрування контролю та нагляду за охороною здоров'я.	32
Тренінговий блок	35

Розділ II. Методологія та організація досліджень діяльності закладу охорони здоров'я

(д.е.н., професор Мельник А.Ф.)

1. Поняття методології наукових досліджень. Спеціальна (конкретно-наукова) методологія	40
2. Методологічні підходи в дослідженні діяльності закладу охорони здоров'я	43
3. Методи дослідження об'єктів пізнання в сфері охорони здоров'я	46
4. Деякі особливості застосування методики і техніки наукових досліджень в сфері організації діяльності та менеджменту закладу охорони здоров'я	48
5. Організація процесу наукового дослідження в закладі охорони здоров'я	55
Тренінговий блок	59

Розділ III. Наукові засади організації діяльності закладу охорони здоров'я

(д.е.н., професор Монастирський Г.А.)

1. Організація як універсальна категорія: основні підходи	67
2. Властивості закладу охорони здоров'я як організації	69
3. Принципи функціонування закладу охорони здоров'я як організації	77
4. Заклад охорони здоров'я як соціальна організація	82
5. Внутрішнє середовище закладу охорони здоров'я як організаційної системи	86
6. Зовнішнє середовище закладу охорони здоров'я як організаційної системи	94
7. Організація діяльності закладу охорони здоров'я як система процесів	100
8. Поняття структури закладу охорони здоров'я та принципи її побудови	102
Тренінговий блок	106

Розділ IV. Забезпечення конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я на ринку медичних послуг

(к.е.н., доц. Жуковська А.Ю.)

1. Медична послуга як товар на ринку	114
2. Ринок медичних послуг як соціально-економічна система	117

3. Основні елементи ринку медичних послуг та принципи їх функціонування	120
4. Конкуренція та конкурентне середовище та ринку медичних послуг	126
5. Конкурентоспроможність та конкурентні переваги на ринку медичних послуг	130
6. Оцінка конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я	134
7. Система управління конкурентоспроможністю закладу охорони здоров'я.	136
8. Напрямки підвищення конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я.	138
Тренінговий блок	146
Розділ V. Планування діяльності закладу охорони здоров'я (к.е.н., доц. Дудкіна О.П.)	155
1. Планування діяльності закладу охорони здоров'я: сутність, завдання, принципи, рівні	155
2. Основні підходи до процесу планування діяльності закладу охорони здоров'я. Методи планування в медичних закладах	158
3. Види планів діяльності закладів охорони здоров'я: стратегічні, тактичні, оперативні	163
4. Плани роботи персоналу закладу охорони здоров'я	171
Тренінговий блок	172
Розділ VI. Фінансування закладів охорони здоров'я (д.е.н., професор Желюк Т.А.)	178
1. Структура фінансових ресурсів закладу охорони здоров'я	178
2. Формування та використання фінансових ресурсів закладів охорони	183
3. Планування доходів та видатків закладу охорони здоров'я	188
4. Оцінювання результативності бюджетування витрат комунального некомерційного підприємства	196
5. Диференціація фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я	201
6. Механізм грантрайтингу	204
Тренінговий блок	206
Розділ VII. Публічні закупівлі в закладах охорони здоров'я (к.е.н., доц. Богач Ю.А.)	221
1. Політика в сфері державних закупівель та їх правове регулювання	221
2. Види договорів про закупівлю та специфіка роботи за ними	227
3. Організація публічних закупівель в закладі охорони здоров'я	233
4. Сервісні можливості системи електронних закупівель	236
Тренінговий блок	238
Розділ VIII. Управління якістю надання медичних послуг (к.е.н., доц. Попович Т.М.)	245
1. Поняття якості медичної послуги, її основні характеристики та індикатори вимірювання	245
2. Система управління якістю надання медичних послуг	253
3. Інституційні аспекти побудови системи управління якістю в закладі охорони здоров'я	262

4. Організація контролю якості надання медичних послуг. Клінічний аудит та аудит якості	272
5. Моніторинг та оцінювання якості надання медичних послуг	282
Тренінговий блок	290
Розділ ІХ. Організація комунікативно-інформаційного супроводу діяльності закладу охорони здоров'я (<i>д.е.н., професор Августин Р.Р., к.е.н., доцент Демків І.О.</i>)	301
1. Проблеми та завдання комунікативно-інформаційного супроводу діяльності закладу охорони здоров'я	301
2. Класифікація, завдання, форми та переваги забезпечення медичною інформацією діяльності закладу охорони	303
3. Зарубіжні практики організації комунікативно-інформаційного супроводу діяльності закладу охорони здоров'я	309
4. Медичні інформаційні системи для автоматизації системи управління медичною інформацією	313
5. Електронна система охорони здоров'я e-Health	321
Тренінговий блок	329
Розділ Х. Організація кадрового забезпечення закладу охорони здоров'я (<i>к.е.н., доцент Круп'як Л.Б.</i>)	336
1. Сутність та цільові орієнтири кадрового забезпечення закладу охорони здоров'я	336
2. Проблематика кадрового забезпечення закладу охорони здоров'я	338
3. Формування кадрового складу закладу охорони здоров'я	340
4. Організація професійного розвитку персоналу закладу охорони здоров'я	348
5. Оцінювання діяльності персоналу закладу охорони здоров'я	356
Тренінговий блок	364
Розділ ХІ. Ціноутворення в системі надання медичних послуг (<i>к.м.н., доц. Литвинова О.Н.</i>)	373
1. Актуальність ціни медичної послуги	373
2. Затрати виробництва та собівартість продукції, як складові ціни	375
3. Ціна, її види та функції	378
4. Механізм ціноутворення в системі медичної допомоги	383
5. Особливості ціноутворення в системі медичної допомоги	386
6. Маркетинговий підхід до ціноутворення	396
Тренінговий блок	397
Розділ ХІІ. Управління знаннями в закладі охорони здоров'я (<i>д.е.н., проф. Васіна А.Ю.</i>)	402
1. Знання як ресурс розвитку закладів охорони здоров'я	402
2. Сутність, мета і завдання управління знаннями в закладі охорони здоров'я	405
3. Моделі трансформації знань: соціалізація; екстерналізація; комбінація; інтерналізація	410

4. Побудова системи управління знаннями в закладі охорони здоров'я	413
Тренінговий блок	421
Розділ XIII. Теоретичні засади креативного менеджменту в закладах охорони здоров'я	
<i>(к.е.н, доц. Кривокульська Н.М.)</i>	428
1. Сутність креативного менеджменту: методологічні підходи до його трактування	428
2. Вимоги до формування креативного менеджменту в закладах охорони здоров'я	432
3. Можливості та бар'єри імплементації креативного менеджменту в закладах охорони здоров'я	439
4. Чинники медичної реформи як виклик для імплементації креативного менеджменту в практику роботи закладів охорони здоров'я	447
Тренінговий блок	450
Розділ XIV. Управління проектами в закладі охорони здоров'я	
<i>(д.е.н, проф. Микитюк П.П., д.ф., викл. Микитюк Ю.І.)</i>	457
1. Визначення проекту	458
2. Управління проектами	460
3. Типи проектів	462
4. Життєвий цикл проекту	463
5. Структура і оточення проекту	468
6. Учасники проекту	470
7. Формування інвестиційного задуму проекту	473
8. Оцінка життєздатності проекту	474
9. Аналіз проекту на основі комплексної експертизи. Критерії оцінки проектної ефективності	475
Тренінговий блок	480
Розділ XV. Управління змінами в закладі охорони здоров'я	
<i>(к.е.н., доц. Овсянюк-Бердадіна О.Ф.)</i>	487
1. Зміни як об'єктивна необхідність розвитку закладу охорони здоров'я	487
2. Симптоми, фактори і причини настання проблемних ситуацій в діяльності закладу охорони здоров'я	491
3. Сучасні підходи до реалізації змін в закладі охорони здоров'я	492
4. Індивідуальні зміни керівника закладу охорони здоров'я	494
5. Командні зміни в закладі охорони здоров'я	498
6. Управління опором змінам в закладі охорони здоров'я	504
Тренінговий блок	509

РОЗДІЛ I. АДМІНІСТРУВАННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Рекомендовані питання для розгляду

1. Сфера охорони здоров'я як об'єкт адміністрування.
2. Державна політика в сфері охорони здоров'я.
3. Суб'єкти публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я.
4. Принципи публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я.
5. Адміністрування реформуванням закладів охорони здоров'я.
6. Регламентування діяльності комунального некомерційного підприємства
7. Адміністрування контролю та нагляду за охороною здоров'я.

1. Сфера охорони здоров'я як об'єкт адміністрування

В умовах соціально-економічних, адміністративно-територіальних змін у сучасній Україні перед державою стоїть завдання створити умови, за яких громадяни мали б можливість забезпечувати свої права, свободи та законні інтереси. Це безпосередньо стосується і сфери охорони здоров'я. Ключове місце в питанні реалізації права громадян на отримання якісних медичних послуг займає організація управління сферою охорони здоров'я, ефективність її функціонування. Важливою складовою даного процесу є створення ефективної системи адміністрування діяльності закладів охорони здоров'я.

Адміністрування у тлумачному словнику походить (від латин. «Administro» – керую), що означає керівництво, управління, завідування. Загальне визначення терміну адміністрування наведене у економічній енциклопедії: «адміністрування – управлінська діяльність керівників і органів управління, яка здійснюється здебільшого через накази і розпорядження».[4, с. 25].

Адміністрування – це діяльність щодо керівництва установою в цілому, її функціональною діяльністю, ресурсним супроводом завдяки застосуванню адміністративних (організаційних – нормування, регламентування, інструктування, інспектування, структурування та розпорядчих) методів управління.

Адміністрування включає: планування (постановка цілей і задач); організацію (створення формальної структури підпорядкованості і розподіл функцій між підрозділами та організаційно-розпорядчу діяльність); керівництво (оперативне прийняття рішень у вигляді наказів, розпоряджень, забезпечення узгодженості взаємодії усіх підрозділів); облік; контроль; аналіз; налагодження системи документообігу; матеріально-технічне забезпечення.

Специфіка адміністрування залежить від об'єкту адміністрування. Механізм адміністрування закладів охорони здоров'я створюється і обмежується правовими інструментами, методичними інструкціями і стосується управлінської діяльності, звітності, ресурсного супроводу, надання медичних послуг, комунікаційного забезпечення, аналітичного супроводу, документообігу, базується на загальних законах та принципах соціального управління.

Забезпечення населення медичними послугами, якісною медичною допомогою залежить від адекватності матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я, професіоналізму і кваліфікації лікарів, психологічної готовності населення піклуватися про стан свого здоров'я, та побудови системи управління нею.

Історичний пріоритет у підходах до тлумачення сутності здоров'я належить грецьким філософам, які вважали найвищим благом природи. Але в цей час античні філософи ще не мислили категоріями прав людини, її правами на здоров'я, як це є в сучасних цивілізаціях. Так, Аристотель вважав, що досконала тілесність є здоров'ям, а одержання користі від тіла не повинно обтяжуватись хворобами. На той час у повсякденному житті здоров'я розглядалось як відсутність хвороб. Антична концепція здоров'я мала, скоріше, аристократичний, ніж демократичний характер, оскільки поширювалась на вибраних і була більшою мірою спрямована на поліпшення здоров'я окремої людини (аристократа), ніж усієї держави щодо суспільного здоров'я.

З часом відбулося змістовне розширення концепції здоров'я. Римляни сприйняли її грецький варіант, зробивши акцент на гігієні та помірності в харчуванні. На відміну від Аристотеля, який зробив людину відповідальною за свою долю, уявлення римлян про здоров'я почало охоплювати душевне здоров'я та соціальне благополуччя. Саме в ті часи зміст соціальної проблематики здоров'я набув боротьби (з ідеологічним присмаком) між двома іпостасями – душею і тілом, заповонивши думки мудреців і вчених упродовж останніх двох тисячоліть у вирішенні цієї дилеми, розв'язання якої, можливо, залишиться такою ж гострою у III тисячолітті.

Уперше офіційне визначення здоров'я подав Річард Сігеріст (США), у XX ст. концепції й теоретичні уявлення про здоров'я поступово розширювались, і ця модель вже включала фізичне здоров'я такою ж мірою, як і душевне. Визначення поняття "здоров'я", яке на початку 1940 р. запропонував Р. Сігеріст, виявилось набагато ширшим від античних уявлень про фізичне і душевне здоров'я: "Здоров'я – це не просто відсутність хвороб, а це щось позитивне, радість життя, бадьоре сприйняття особистістю всієї відповідальності, покладеної на людину життям". Він зазначав, що ми повинні сприймати здоров'я не тільки як

фізичний чи душевний стан людини, але й як соціальне явище. Це надихнуло експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) на визначення поняття "здоров'я" в контексті концепції Р.Сігеріста, що й було в 1946 р. прийнято як частину преамбули Статуту ВООЗ: "Здоров'я – це стан цілковитого фізичного, психічного та соціального благополуччя людини, а не лише відсутність хвороб".

В листопаді 1997 р. ВООЗ на розгорнутій дискусії прийняла рішення щодо поправки до поняття "здоров'я", погодившись на тому, що "здоров'я – це динамічний стан", залишивши решту змісту визначення практично без змін.

Створенню дієвої теорії здоров'я в пострадянській практиці тривалий час заважала відсутність системного підходу для розуміння сутності здоров'я. Навіть коли О. О. Богданов описав теорію систем (1928), вона не була прийнятою сталінськими філософами, і першість пізніше дісталася австрійцю Л. Берталанффі. Фармакологізована медицина упродовж усього ХХ ст. залишалася недосконалою, бо базувалася на частково вивчених і неповних знаннях з антропології, морфології, генетики, фізіології та біохімії людини. У науковій медицині і досі відсутня фундаментальна теорія здоров'я. Існує лише міжнародна класифікація хвороб. Теорії здоров'я, що інколи з'являються у наукових виданнях не прийняті та нерозвинені.

Здоров'я є своєрідним дзеркалом соціально-економічного, екологічного, демографічного і санітарно-гігієнічного благополуччя країни, одним із соціальних індикаторів суспільного прогресу, важливим чинником, який впливає на якість та ефективність трудових ресурсів.

До головних показників здоров'я відносять:

- а) рівень імунного захисту і стійкості;
- б) рівень і гармонійність фізичного розвитку;
- в) функціональний стан організму та його резервні можливості;
- г) нормативність статевого розвитку і сексуальної поведінки;
- г) наявність дефектів розвитку і захворювання;
- д) рівень морально-вольових і ціннісно-мотиваційних установок.

Як ми бачимо, протягом багатовікової історії людства на різних етапах розвитку суспільства вивченню проблем здоров'я завжди приділялася велика увага. Представники різних наук та фахів робили спроби проникнути в таємниці феномена здоров'я, визначити його сутність для того, щоб навчитися вміло керувати ним, економно використовувати и здоров'я протягом усього життя та знаходити засоби для його збереження.

Вивчення різних аспектів здоров'я як якісної цінності людини та суспільства, вивчення складних взаємозв'язків між чинниками навколишнього середовища та здоров'ям людей є важливим завданням суспільства.

Здоров'я людей належить до числа як локальних, так і глобальних

проблем, тобто тих, що мають життєво важливе значення як для кожної людини, кожної держави, так і для всього людства в цілому.

Здоров'я можна охарактеризувати такими ознаками:

- нормальна функція організму на всіх рівнях його органів та організму в цілому, гістологічних, клітинних та генетичних структур, нормальна поточність типових фізіологічних і біохімічних процесів, які сприяють вираженню та відтворенню;
- здатність до повноцінного виконання основних соціальних функцій, участь у соціальній діяльності та суспільно-корисній праці;
- динамічна рівновага організму і його функцій та чинників навколишнього середовища:
- здатність організму пристосовуватися до умов існування в навколишньому середовищі, що постійно змінюється (адаптація),
- здатність підтримувати нормальну і різнобічну життєдіяльність та зберігання живої основи в організмі;
- відсутність хвороби, хворобливого стану або хворобливих змін, тобто оптимальне функціонування організму за відсутності ознак захворювання або будь-якого порушення;
- повне фізичне, духовне, розумове і соціальне благополуччя, гармонійний розвиток фізичних і духовних сил організму, принцип його єдності, саморегулювання і гармонійної взаємодії всіх органів.

У світі сучасних наукових уявлень здоров'я як соціальне явище, яке має біологічну основу, є складною багатофакторною проблемою і визначається комплексом різних за своїм характером чинників, надзвичайно складно переплетених.

Здоров'я – найбільший дар природи. Людина отримала від природи надзвичайно досконалий організм, прекрасної форми з універсальною стійкістю до труднощів життя – холоду і спеки, ран і отрут, страхів і нервових потрясінь, голоду та захворювань. З роками здоров'я все слабшає, а хвороб стає все більше. Кожна людина являє собою єдність двох протилежностей – здоров'я і захворювання. Стан здоров'я і стан хвороби можуть багаторазово переходити один в один, причому в одних випадках цей перехід очевидний, в інших – прихований, і його можна виявити лише шляхом всебічного і глибокого обстеження організму.

Сучасна наука свідчить, що здоров'я людини є складним феноменом глобального значення, який має розглядатися як філософська, соціальна, економічна, біологічна, медична категорії. Взагалі "здоров'я" – це природний стан організму, який характеризується його рівновагою з навколишнім середовищем і відсутністю будь-яких хворобливих змін.

2. Державна політика в сфері охорони здоров'я

Слід зазначити, що Закон України "Основи законодавства України про охорону здоров'я", із змінами та доповненнями визначає правові, організаційні, економічні та соціальні передумови функціонування охорони здоров'я в Україні, регулює суспільні відносини у цій сфері з метою забезпечення гармонійного розвитку фізичних і духовних сил, високої працездатності і довголітнього активного життя громадян, усунення факторів, що шкідливо впливають на їх здоров'я, попередження і зниження захворюваності, інвалідності та смертності, поліпшення спадковості.

Зазначений Закон передбачає право громадян на охорону здоров'я, а саме:

- гідний життєвий рівень, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд та соціальне обслуговування і забезпечення, який є необхідним для підтримання здоров'я людини;
- безпечне для життя і здоров'я навколишнє природне середовище;
- санітарно-епідемічне благополуччя території та населеного пункту, де громадянин проживає;
- кваліфіковану медико-санітарну допомогу, включаючи вільний вибір лікаря і закладу охорони здоров'я;
- участь в обговоренні проектів законодавчих актів і внесення пропозицій! щодо формування державної політики у сфері охорони здоров'я;
- правовий захист від будь-яких незаконних форм дискримінації, пов'язаних зі станом здоров'я;
- оскарження неправомірних рішень і дій працівників закладів та органів охорони здоров'я;
- можливість проведення незалежної медичної експертизи в разі незгоди громадянина з висновками державної медичної експертизи, застосування до нього заходів примусового лікування та в інших випадках, якщо діями працівників охорони здоров'я можуть бути ущемлені загальновизнані права людини і громадянина тощо.

Слід зазначити, що здоров'я населення – показник добробуту держави, тому його збереження є завданням державного рівня. Оскільки доведено, що приблизно 50% здоров'я людини визначає спосіб життя, то політика формування здорового способу життя є соціальною політикою за своїм змістом і вона повинна узгоджуватися із сучасними загально визначеними поглядами і вимогами світової спільноти щодо формування здорового способу життя.

Охорона здоров'я – один з пріоритетних напрямів державної діяльності. Держава формує політику охорони здоров'я в Україні та забезпечує її реалізацію.

Охорона здоров'я – це система заходів публічної адміністрації, спрямованих на захист здоров'я, шляхом створення сприятливих умов, що спрямовується на попередження і лікування захворювань з метою забезпечення оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимально можливій індивідуальній тривалості життя.

Сучасна державна політика у сфері охорони здоров'я в Україні – це організована діяльність публічної адміністрації, спрямована на створення сприятливих умов, щодо збереження та розвитку фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимально можливій індивідуальній тривалості життя.

Державна політика у сфері охорони здоров'я передбачає:

- створення відповідних умов життя і праці громадян, їх відпочинку й оздоровлення, належного рівня матеріального забезпечення;
- здійснення державою заходів щодо оздоровлення довкілля, забезпечення екологічного благополуччя;
- відповідальність держави за ефективну діяльність у сфері охорони здоров'я, її профілактичну спрямованість;
- структурну перебудову системи охорони здоров'я на засадах ринкових відносин;
- задоволення потреб громадян в одержанні гарантованого рівня безоплатної медико-санітарної допомоги;
- забезпечення фінансування охорони здоров'я в обсягах, що відповідають її науково обґрунтованим потребам;
- розвиток багатокладності форм охорони здоров'я.

Державна політика у сфері охорони здоров'я базується на ряді принципів:

- визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави, одним з головних чинників виживання та розвитку народу України;
- дотримання прав і свобод людини і громадянина у сфері охорони здоров'я та забезпечення пов'язаних з ними державних гарантій;
- гуманістична спрямованість, забезпечення пріоритету загальнолюдських цінностей над класовими, національними, груповими або індивідуальними інтересами, підвищений медико-соціальний захист найбільш вразливих верств населення;
- рівноправність громадян, демократизм і загальнодоступність медичної допомоги та інших послуг у сфері охорони здоров'я;
- відповідність завданням і рівню соціально-економічного та культурного розвитку суспільства, наукова обґрунтованість, матеріально-технічна і фінансова забезпеченість;

- орієнтація на сучасні стандарти здоров'я та медичної допомоги, поєднання вітчизняних традицій і досягнень із світовим досвідом у сфері охорони здоров'я;
- попереджувально-профілактичний характер, комплексний соціальний, екологічний та медичний підхід до охорони здоров'я;
- багатоукладність економіки охорони здоров'я і багатоканальність її фінансування, поєднання державних гарантій з демонополізацією та заохоченням підприємництва і конкуренції;
- децентралізація державного управління, розвиток самоврядування закладів та самостійності працівників охорони здоров'я на правовій і договірній основі.

У період розбудови національної економіки стратегія державної політики у сфері охорони здоров'я передбачає забезпечення збалансованості та ефективності діяльності всіх секторів охорони здоров'я незалежно від форм власності. При цьому держава зберігає за собою надання громадянам необхідного рівня профілактичної, лікувально-діагностичної й реабілітаційної допомоги на основі економічно виправданого поєднання бюджетного, страхового та інших видів фінансування.

Державний сектор охорони здоров'я забезпечує населення необхідним обсягом медичних послуг і бере участь в обов'язковому медичному страхуванні. Комунальний сектор охорони здоров'я базується на комунальній формі власності, управляється органами місцевої влади на основі державних стандартів якості медичної допомоги, ліцензування медичної допомоги, ліцензування медичної діяльності, акредитації закладів охорони здоров'я. Приватна медична практика є складовою системи охорони здоров'я, набуває поширення за умов розвитку ринкових відносин в економіці країни і тісно пов'язана з добровільним медичним страхуванням. Держава регламентує частку платних медичних послуг у загальному обсязі медико-санітарної допомоги, враховуючи, що більшість населення ще тривалий час не буде спроможне сплачувати страхові внески.

У сфері охорони здоров'я держава визначає мету, головні завдання, напрями, принципи і пріоритети державної політики охорони здоров'я, встановлює нормативи й обсяги бюджетного фінансування, створює систем кредитно-фінансових, податкових, митних та інших регуляторів. Державні структури розробляють комплексні цільові програми охорони здоров'я.

Для оптимізації суспільних потреб щодо медичної допомоги необхідно застосовувати новітні підходи та методи в позиціонуванні медичних послуг, в активному впровадженні валеологічних підходів в сфері охорони здоров'я для заохочення використання відповідної медичної допомоги й запобігання зловживанню нею як пацієнтів, так і надавачів.

Україна стоїть на порозі запровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування, що вимагає удосконалення механізмів державного управління охороною здоров'я та її перебудовою в умовах обмежених ресурсів для забезпечення функціонування системи та розподілу ризиків.

Нова система загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування викличе зміни в методах оплати виробників медичних послуг, зумовлених зміною їх фінансових стимулів, зокрема на засадах фінансування лікувально-профілактичних закладів не на основі обліку показників потужності мережі за кількістю лікарняних ліжок, відвідувані, та штатних одиниць, а у фінансуванні обсягів наданих населенню медичних послуг. Однак потреби перетворень у системі охорони здоров'я можуть використовувати такі взаємодії, цілеспрямовано, тобто вплив одного механізму державного управління може бути змінено з метою посилення чи послаблення інших, що дозволить виробити додаткові або сильніші стимули для виробників медичних послуг, спрямовані на підвищення ефективності їх діяльності.

Основу державної політики охорони здоров'я формує Верховна Рада України шляхом закріплення конституційних і законодавчих засад охорони здоров'я, визначення її мети, головних завдань, напрямів, принципів і пріоритетів, встановленні нормативів і обсягів бюджетного фінансування, створення системи відповідних кредитно-фінансових, податкових, митних та інших регуляторів, затвердження загальнодержавних програм охорони здоров'я. Для вирішення питань формування державної політики охорони здоров'я при Верховній Раді України можуть створюватися дорадчі та експертні органи з провідних фахівців у сфері охорони здоров'я та представників громадськості. Порядок створення та діяльності цих органів визначається Верховною Радою України.

Реалізація державної політики охорони здоров'я покладається на органи публічної адміністрації. Особисту відповідальність з неї несе Президент України. Президент України у своїй щорічній доповіді Верховній Раді України передбачає звіт про стан реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я.

Президент України виступає гарантом права громадян на охорону здоров'я, забезпечує виконання законодавства про охорони здоров'я через систему органів виконавчої влади, проводить у життя державну політику охорони здоров'я та здійснює інші повноваження, передбачені Конституцією України.

Кабінет Міністрів України організує розробку та здійснення державних цільових програм, створює економічні, правові та організаційні механізми, що стимулюють ефективну діяльність у сфері охорони здоров'я, забезпечує розвиток мережі закладів охорони здоров'я, укладає міжурядові

угоди і координує міжнародне співробітництво з питань охорони здоров'я, а також в місвоєї компетенції здійснює інші повноваження, покладені па органи державної виконавчої влади у сфері охорони здоров'я.

Міністерства та інші центральні органи виконавчої влади в межах своєї компетенції розробляють програми і прогнози у сфері охорони здоров'я, визначають єдині науково обґрунтовані державні стандарти, критерії та вимоги, що мають сприяти охороні здоров'я населення, формують і розміщують державні замовлення з метою матеріально-технічного забезпечення, здійснюють державний контроль і нагляд та іншу виконавчо-розпорядчу діяльність у сфері охорони здоров'я.

Пріоритети державної політики у сфері охорони здоров'я визнаються:

– державними програмами економічного і соціального розвитку України та програмами діяльності Кабінету Міністрів України, в яких обов'язково враховуються аспекти розвитку охорони здоров'я;

– державними цільовими програмами у сфері охорони здоров'я, що розробляються і затверджуються згідно із чинним законодавством.

Серед актів законодавства, розроблених і прийнятих на підставі відповідних норм Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», слід також назвати закони України "Про лікарські засоби", "Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз», «Про обіг в Україні наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів», «Про охорону дитинства», «Про курорти», розпорядження Кабінету Міністрів України від 6 грудня 2010 р. "Про схвалення Концепції Державної цільової науково-технічної програми створення та проведення доклінічних випробувань вітчизняних лікарських засобів для забезпечення охорони здоров'я людини та задоволення потреб ветеринарної медицини на 2011-2015 роки". Розпорядження КМУ від 9 червня 2011 р. "Про затвердження переліку платних адміністративних послуг, які надаються Міністерством охорони здоров'я". Наказ МОЗ України від 14 березня 2011 р. "Критерії державної акредитації закладів охорони здоров'я", наказ МОЗ від 15 липня 2011 р. "Про затвердження Методичних рекомендацій щодо розрахунку потреби населення у медичній допомозі", наказ МОЗ від 29 червня 2011 р. "Про затвердження Про Центру первинної медико-санітарної допомоги", наказ МОЗ від 20 травня 2011 р. "Про внесення зміни до Переліку закладів охорони здоров'я", наказ МОЗ від 30 серпня 2010 р. "Про затвердження Примірного статуту закладу охорони здоров'я – комунального некомерційного підприємства та Примірного договору про надання медичних послуг", наказ МОЗ від 30 серпня 2010 р. "Про затвердження примірник етапів реформування первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги" тощо.

3. Суб'єкти публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я

Для успішної реалізації політики охорони здоров'я потрібно точно визначити цілі, на які вона спрямована, а також результати, яких необхідно досягнути. Тому вкрай актуальною і важливою для України є необхідність вдосконалення політики у сфері охорони здоров'я відповідно до сучасних суспільних потреб, яку здійснюють публічні органи управління.

Публічне адміністрування регламентоване законами та іншими нормативно-правовими актами діяльності суб'єктів публічного адміністрування, спрямована на здійснення законів та інших нормативно-правових актів шляхом прийняття адміністративних рішень, надання встановлених законом адміністративних послуг.

Суб'єктами публічного адміністрування в зазначеній сфері є Верховна Рада України, Президент України, вищі (Кабінет Міністрів України), центральні (Міністерство охорони здоров'я України, Державна санітарно-епідеміологічна служба, Державна служба України з лікарських засобів, Державна служба України з контролю за наркотиками та Державна служба України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань) і місцеві органи виконавчої влади, органи місцевого самоврядування, директори комунальних некомерційних підприємств закладів охорони здоров'я тощо.

Залежно від форми власності закладів охорони здоров'я, суб'єкти публічного адміністрування використовують різноманітні методи: від оперативного управління до ліцензування медичної діяльності, акредитації медичних закладів і контролю за дотриманням ліцензійних умов та чинного законодавства про охорону здоров'я.

Сферою охорони здоров'я в широкому розумінні є вся сукупність органів і закладів охорони здоров'я країни, які об'єднані в системі Міністерства охорони здоров'я України та в інших галузевих (відомчих) системах (Міністерства оборони України, Міністерства внутрішніх справ України, Міністерства інфраструктури України тощо). До сфери охорони здоров'я, крім медичних закладів державної форми власності, підпорядкованих Міністерству охорони здоров'я України, входять також медичні заклади комунальної власності, підпорядковані органам місцевого самоврядування, а також медичні заклади приватної форми власності.

4. Принципи публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я

Суб'єкти публічного адміністрування у своїй діяльності керуються наступними принципами:

– верховенство права (тобто діяльність повинна здійснюватися тільки відповідно до законів та адміністративних актів);

- об'єктивність (неупередженість виконання рішень);
- пропорційність (масштаб адміністративного рішення і засоби здійснення повинні відповідати цілям адміністрування);
- незловживання владою (тобто діяльність суб'єктів публічного адміністрування здійснюється тільки у межах, правилах та процедурах, що дозволені та чітко прописані у діючому законодавстві);
- службова співпраця (при підготовці адміністративних рішень надання допомоги різним відомствам);
- ефективність (економне використання ресурсів при прийнятті рішень щодо адміністрування, тобто з мінімальними витратами);
- субсидіарності (рішення суб'єктів публічного адміністрування повинні здійснюватися на тих рівнях, де їх виконання є найбільш ефективним);
- «Єдиного вікна» (підготовка інформації за замовленням громадян, прийом скарг, пропозицій та відповіді на них передбачається на одному робочому місці, задля уникнення незручностей, пов'язаних із бюрократизацією процесу вирішення питання).

Законодавче регулювання відносин у сфері охорони здоров'я здійснюється Верховною Радою України шляхом прийняття відповідних нормативно-правових актів.

Слід зазначити, що парламент безпосередньо не здійснює публічне адміністрування сферою охорони здоров'я, а лише впливає на неї через реалізацію функцій держави в цілому, зокрема, згідно зі ст. 85 Конституції України Верховна Рада України приймає закони (у тому числі з питань охорони здоров'я, а саме: закони України "Основи законодавства України про охорону здоров'я", "Про лікарські засоби", "Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз", "Про обіг в Україні наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів", "Про охорону дитинства", "Про курорти", затверджує Державний бюджет України та зміни до нього; визначає внутрішню та зовнішню політику; затверджує загальнодержавні програми щодо охорони здоров'я, тощо.

Верховна Рада України має профільний Комітет з питань охорони здоров'я, який є робочим органом Верховної ради України, формує відповідні проекти засад державної політики у сфері охорони здоров'я та розглядає концепції реформування системи охорони здоров'я, традиційно щорічно проводить парламентські слухання щодо стану охорони здоров'я в Україні з метою винесення відповідних резолюцій щодо покращення стану даної сфери.

Публічне адміністрування у сфері охорони здоров'я здійснює глава держави – Президент України. Згідно зі Ст. 102 Конституції України Президент України є главою держави, виступає гарантом права громадян на охорону здоров'я, забезпечує виконання законодавства про охорону

здоров'я через систему органів виконавчої влади, проводить у життя державну політику охорони здоров'я та здійснює інші повноваження, передбачені Конституцією України. Застосовуючи свої повноваження, згідно із Конституцією України та законами України видає укази й розпорядження, які є обов'язковими для виконання на всій території держави, присвоює, почесні звання, нагороджує державними нагородами, встановлює президентські відзнаки та нагороджує ними тощо.

Президент України відіграє важливу роль у суспільно-політичному житті країни та впливає на процеси публічного адміністрування. Здійснюючи свої повноваження, глава держави своїми указами, розпорядженнями врегульовує питання функціонування сфери охорони здоров'я, її окремих видів.

Президент України у своїй щорічній доповіді Верховній Раді України доводить до відома народних депутатів України стан реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я.

Здійснюючи загальне керівництво державою, Президент України разом з тим здійснює і загальне керівництво у сфері охорони здоров'я через такі повноваження:

- несе особисту відповідальність за реалізацію державної політики в цілому, та, зокрема, у сфері охорони здоров'я, основу якої формує;
- відповідно до ст. 14 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» виступає гарантом права громадян на охорону здоров'я, забезпечує виконання законодавства про охорону здоров'я через систему органів виконавчої влади, проводить у життя державну політику охорони здоров'я та здійснює інші повноваження, передбачені Конституцією. Так, реалізуючи ці повноваження, Президент України Указом від 27 січня 2010 р. "Про додаткові заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення" та від 6 грудня 2005 р. "Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення" доручив Кабінету Міністрів України розробити та подати в установленому порядку проект Плану дій з реформування системи охорони здоров'я населення, в якому передбачити, зокрема, заходи щодо підвищення якості та доступності медичного обслуговування населення, впровадження обґрунтованих державних гарантій надання населенню безоплатної медичної допомоги, ефективної та прозорої моделі фінансування галузі та інші заходи;
- від імені України укладає міжнародні договори, зокрема й ті, які стосуються питань міжнародної співпраці у сфері охорони здоров'я. Це повноваження передбачене п.3 Ст.106 Конституції України. Для того щоб такий договір набрав законної сили, він повинен бути ратифікований Верховною Радою України відповідно до п.31 Ст.85 Конституції України.

Здійснюючи свої правотворчі повноваження, призначені своїми указами врегульовує певні питання організації охорони здоров'я громадян.

Наступним суб'єктом регулювання сфери охорони здоров'я " Кабінет Міністрів України, який згідно зі Ст. 113 Конституції України є вищим органом у системі органів виконавчої влади, що забезпечує проведення державної політики у сферах охорони здоров'я, санітарно-епідемічного благополуччя, охорони материнства та дитинства, забезпечує розроблення та виконання комплексних і цільових загальнодержавних програм, створює економічні, правові та організаційні механізми, що стимулюють ефективну діяльність у сфері охорони здоров'я, забезпечує розвиток мережі закладів в охорони здоров'я, укладає угоди й координує міжнародне співробітництво а питань охорони здоров'я, а також у межах своєї компетенції здійснює інші повноваження, покладені на органи виконавчої влади у сфері охорони здоров'я.

Кабінет Міністрів України на основі вимог чинного законодавства, у тому числі й документів програмного характеру, формує урядову політику (програму діяльності уряду), у тому числі й у сфері охорони здоров'я, розроблення якої здійснює Міністерство охорони здоров'я як головний (провідний) центральний орган виконавчої влади в цій сфері.

Постійно діючим органом Кабінету Міністрів України є Секретаріат Кабінету Міністрів України, який здійснює: організаційне, експертно-аналітичне, правове, інформаційне та матеріально-технічне забезпечення діяльності Кабінету Міністрів України.

Кабінет Міністрів України здійснює виконавчу владу безпосередньо та через міністерства, інші центральні органи виконавчої влади, місцеві державні адміністрації, спрямовує та координує роботу цих органів.

Центральні органи виконавчої влади в межах своєї компетенції розробляють програми і прогнози у сфері охорони здоров'я, визначають єдині науково обґрунтовані державні стандарти, критерії та вимоги, що мають сприяти охороні здоров'я населення, формують і розміщують державні замовлення з метою матеріально-технічного забезпечення сфери, здійснюють державний контроль і нагляд та іншу виконавчо-розпорядчу діяльність у сфері охорони здоров'я,

Головним (провідним) органом у системі центральних органів виконавчої влади у сфері охорони здоров'я є Міністерство охорони здоров'я України, діяльність якого спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України.

Міністерство формує та забезпечує реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я, формує державну політику у сферах санітарного та епідемічного благополуччя населення, створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів, медичних імунобіологічних препаратів і медичних виробів, протидії інфекційним захворюванням в т.ч. COVID-19 та іншим соціально небезпечним захворюванням.

Основними завданнями МОЗ України є:

- формування та забезпечення реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я;
- формування державної політики у сферах санітарною та епідемічного благополуччя населення, створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів, медичних імунобіологічних препаратів і медичних виробів, протидії інфекційним захворюванням та іншим соціально небезпечним захворюванням.

МОЗ України відповідно до покладених на нього завдань:

1) визначає пріоритетні напрями розвитку сфер охорони здоров'я, санітарно-епідемічного благополуччя населення, створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів, медичних імунобіологічних препаратів і медичних виробів, протидії інфекційним захворюванням та іншим соціально небезпечним захворюванням;

2) узагальнює практику застосування законодавства з питань, що належать до компетенції МОЗ України, розробляє пропозиції щодо вдосконалення законодавчих актів, актів Президента України, Кабінету Міністрів України та в установленому порядку вносить їх на розгляд Президентів України та Кабінету Міністрів України;

3) бере відповідно до законодавства участь у підготовці проектів міжнародних договорів України, готує щодо укладення і денонсації таких, укладає міжнародні, забезпечує виконання зобов'язань України за міжнародними договорами а питань, то належать до компетенції МОЗ України;

4) забезпечує нормами правове регулювання у сферах охорони здоров'я, санітарно-епідемічного благополуччя населення, протидії інфекційним захворюванням та іншим соціально небезпечним захворюванням, створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів, медичних імунобіологічних препаратів і медичних виробів;

5) інформує та надає роз'яснення щодо здійснення державної політики у сферах охорони здоров'я, благополуччя населення, протидії та іншим соціально небезпечним захворюванням, створення, виробництво, контролю якості та реалізації лікарських засобів, медичних імунобіологічних і медичних виробів;

6) у сфері охорони здоров'я: забезпечує в межах своєї компетенції додержання закладами охорони здоров'я, підприємствами, установами та організаціями права громадян на охорону здоров'я; готує пропозиції стосовно визначення пріоритетних напрямів розпитку охорони здоров'я, розробляє та організовує виконання державних комплексних та цільових програм охорони здоров'я; затверджує критерії та стандарти державної акредитації закладів охорони здоров'я, стандарти, клінічні протоколи надання медичної допомоги, проводить державну акредитацію державних

і комунальних закладів охорони здоров'я для застосування трансплантації та діяльності, пов'язаної з нею, державну акредитацію закладів охорони здоров'я усіх форм власності тощо; розробляє статuti вищих медичних (фармацевтичних) навчальних закладів; здійснює контроль якості медичної допомоги; організовує разом Національною академією медичних наук України наукові дослідження з пріоритетних напрямів розвитку медичної науки; видає спеціальний дозвіл на медичну діяльність у галузі народної і нетрадиційної медицини, тощо.

Для погодженого колективного вирішення найважливіших напрямів діяльності, що належать до компетенції Міністерства охорони здоров'я України, створюється Колегія Міністерства охорони здоров'я України. Рішення про утворення Колегії та її склад приймається Міністром охорони здоров'я України.

У сфері охорони здоров'я України діють центральні органи виконавчої влади а саме: Національна служба охорони здоров'я, Державна служба України з лікарських засобів, Державна служба України з контролю за наркотиками та Державна служба України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІД та інших соціально-небезпечних захворювань.

Місцеві державні адміністрації здійснюють загальне керівництво закладами охорони здоров'я, які перебувають у сфері їх управління, їх матеріально-фінансовим забезпеченням, організують роботу медичних закладів щодо надання медичної допомоги населенню, здійснюють заходи щодо попередження інфекційних захворювань, епідемій, та їх ліквідації тощо Так, Ст. 22 Закону України "Про місцеві державні адміністрації" визначає повноваження в галузі охорони здоров'я, материнства і дитинства, сім'ї та молоді, а саме: місцева державна адміністрація реалізовує державну політику в галузі охорони здоров'я, материнства і дитинства, сім'ї та молоді; здійснює загальне керівництво закладами охорони здоров'я, що належать до сфери її управління; вживає заходів до збереження мережі закладів охорони здоров'я та розробляє прогнози її розвитку, враховує їх при розробці проектів програм соціально-економічного розвитку; вживає заходів щодо запобігання інфекційним захворюванням, епідеміям, епізоотіям та їх ліквідації; організовує роботу медичних закладів для надання допомоги населенню, надає у межах повноважень встановлені пільги і допомогу, пов'язані з охороною материнства і дитинства, поліпшенням умов життя багатодітних сімей; бере участь у вирішенні питань про визнання місцевості як курорту, встановлення зон санітарної охорони курортів і визначення їх режиму.

Державні, громадські або інші органи, підприємства, установи, організації, посадові особи та громадяни зобов'язані забезпечити пріоритетність охорони здоров'я у власній діяльності, не завдавати шкоди здоров'ю населення і окремих осіб, у межах своєї компетенції надавати допомогу хворим, інвалідам та потерпілим від нещасних випадків, сприяти

працівникам органів і закладів охорони здоров'я в їх діяльності, а також виконувати інші обов'язки, передбачені законодавством про охорону здоров'я.

Так, Ст. 32 Закону України "Про місцеве самоврядування" визначено перелік повноважень у сфері освіти, охорони здоров'я, культури, фізкультури і спорту. До відання виконавчих органів сільських, селищних, міських рад належать: а) власні (самоврядні) повноваження: управління закладами охорони здоров'я, які належать територіальним громадам або передані їм; організація медичного обслуговування та харчування у закладах освіти, культури, фізкультури і спорту, оздоровчих закладах, які належать територіальним громадам або передані їм; сприяння роботі творчих спілок, національно- культурних товариств, асоціацій, інших громадських та неприбуткових організацій, які діють у сфері охорони здоров'я; б) делеговані повноваження: забезпечення у межах наданих повноважень доступності і безоплатності медичного обслуговування на відповідній території; забезпечення відповідно до закону розвитку всіх видів медичного обслуговування, розвитку і вдосконалення мережі лікувальних закладів усіх форм власності, організація роботи щодо удосконалення кваліфікації кадрів; забезпечення відповідно до законодавства пільгових категорій населення лікарськими засобами та виробами медичного призначення відповідно до законодавства статутів (положень) розташованих на відповідній території закладів охорони здоров'я, навчально-наукових, культурно-освітніх, фізкультурно-оздоровчих закладів незалежно від форм власності; внесення пропозицій до відповідних органів про ліцензування індивідуальної підприємницької діяльності у сфері, охорони здоров'я.

5. Адміністрування реформуванням закладів охорони здоров'я

Досить актуальним для публічного адміністрування в період медичної реформи є перетворення медичних закладів в некомерційні комунальні підприємства.

Рішення про перетворення закладів охорони здоров'я, що діють у формі комунальної бюджетної установи, у комунальні некомерційні підприємства приймають ради територіальних громад сіл, селищ, міст, районів, областей, які є власниками майна відповідного закладу охорони здоров'я. Це зумовлено тим, що відповідно до п. 30 Ст. 26 та Ст. 43 Закону України «Про місцеве самоврядування» прийняття рішень про створення, ліквідацію, реорганізацію та перепрофілювання підприємств, установ та організацій комунальної власності відповідної територіальної громади є виключною компетенцією сільських, селищних, міських, районних, обласних рад.

Згідно із законодавством України перетворення закладу охорони здоров'я, як і перетворення будь-якої іншої юридичної особи, є одним із різновидів реорганізації юридичної особи і полягає у зміні її організаційно-правової форми. Для сфери охорони здоров'я саме цей вид реорганізації суб'єктів надання медичної допомоги, є доцільним. У разі застосування такого виду реорганізації як перетворення, має місце правонаступництво – до нової юридичної особи – правонаступника (комунального некомерційного підприємства) переходить усе майно, права та обов'язки юридичної особи-попередника, у даному випадку – майно закладу охорони здоров'я – комунальної бюджетної установи (Статті 104-108 ЦК України).

Як вже зазначалося, рішення про перетворення закладу охорони здоров'я, що діють у формі комунальної бюджетної установи, у комунальні некомерційні підприємства приймають ради територіальних громад сіл, селищ, міст, районів, областей, які є власниками майна відповідного закладу.

Рада приймає рішення, зокрема про: перетворення закладу охорони здоров'я-бюджетної установи в заклад охорони здоров'я – підприємство; призначення комісії з перетворення, голови комісії. Виконання функцій комісії з реорганізації може бути покладено на орган управління (керівника) відповідного закладу охорони здоров'я – бюджетної установи, що підлягає реорганізації.

Окрім того, рішенням може бути передбачено делегування повноважень виконавчому органу відповідного власника по затвердженню статуту та передавального акту.

Із завершенням терміну на пред'явлення вимог кредиторами та закінчення процедури припинення (реорганізації) закладу охорони здоров'я як бюджетної установи рада приймає рішення про: про затвердження передавального акту; про припинення закладу охорони здоров'я-бюджетної установи та створення на його базі комунального підприємства; про розмір статутного капіталу підприємства, його склад та порядок формування (обов'язково зазначається в статуті); про закріплення майна на праві оперативного управління; про затвердження статуту комунального підприємства.

За наслідком прийняття відповідних рішень радою, керівник закладу охорони здоров'я подає державному реєстратору:

- заяву про державну реєстрацію створеної юридичної особи;
- примірник оригіналу (нотаріально засвідчену копію) рішення засновників;
- установчий документ юридичної особи (статут);
- примірник оригіналу (нотаріально засвідчена копія) передавального акту;
- заяву про державну реєстрацію припинення юридичної особи в результаті її реорганізації.

Після державної реєстрації закладу охорони здоров'я у формі підприємства на нього мають бути переоформлені права щодо майна, яке підлягає державній реєстрації, зокрема нерухомості, у тому числі на користування земельною ділянкою.

Питання визначення назви юридичної особи безпосередньо врегульоване ГК України, ЦК України та наказом Міністерства юстиції України від 05.03.2012 року № 368/5 «Про затвердження Вимог до написання найменування юридичної особи, її відокремленого підрозділу, громадського формування, що не має статусу юридичної особи, крім організації профспілки».

Чинним законодавством передбачено, що комунальні заклади охорони здоров'я можуть утворюватися та функціонувати як комунальні некомерційні підприємства.

Пункт 5 Статті 78 ГК України визначає, що найменування комунального унітарного підприємства повинно містити слова «комунальне підприємство» та посилання на орган місцевого самоврядування, до сфери управління якого входить дане підприємство.

Отже, у назві комунального некомерційного підприємства необхідно також вказати орган місцевого самоврядування, до сфери управління якого входить дане підприємство.

Наказ Міністерства юстиції України дозволяє додатково викладати найменування юридичної особи англійською мовою (за необхідності). Оскільки перетворене комунальне некомерційне підприємство має отримати статус закладу охорони здоров'я, то його назва має відповідати Переліку закладів охорони здоров'я, що затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я № 385 від 28.10.2002.

Статутний капітал – це сума коштів і вартість матеріальних ресурсів, що безоплатно виділені у постійне користування підприємства на праві оперативного управління. Безпосереднім власником такого майна є відповідна територіальна громада.

Положення ГК України не визначають вимог щодо розміру та порядку формування статутного капіталу комунального некомерційного підприємства. Тому рішення про його розмір, склад (грошові кошти та\або інше майно) та порядок формування приймається безпосередньо власником. Наприклад, розмір статутного капіталу може дорівнювати залишковій балансовій вартості майна, що передається за передавальним актом комунальному некомерційному підприємству як внесок до статутного капіталу.

Відповідно до частини 3 Статті 64 ГК України підприємство самостійно визначає свою організаційну структуру, встановлює чисельність працівників і штатний розпис. Реорганізований заклад охорони здоров'я зможе отримати право самостійно затверджувати

штатний розпис і визначати чисельність найманих працівників, вживати заходи з оптимізації чисельності та штату персоналу.

Комунальні некомерційні підприємства входять до сфери управління органів місцевого самоврядування, тому для забезпечення реалізації права на формування та затвердження безпосередньо керівником комунального некомерційного підприємства структури та штатного розкладу необхідно відобразити дане положення в статуті закладу.

Лише закріплення в установчих документах права формування штатного розпису на практиці може обмежити самостійність керівника комунального некомерційного підприємства на реалізацію цього права, у зв'язку з необхідністю затвердження або погодження штатного розпису органом управління.

Щодо встановлення оплати праці в комунальному некомерційному підприємстві слід враховувати положення статті 97 КЗпП, яка надає право підприємствам самостійно встановлювати форми і системи оплати праці, норми праці, розцінки, умови запровадження та розміри надбавок, доплат, премій, винагород та інших заохочувальних, компенсаційних і гарантійних виплат у колективному договорі з дотриманням норм і гарантій, передбачених законодавством, генеральною та галузевими (регіональними) угодами.

Враховуючи вищевикладене, доцільно передбачити в статуті комунального некомерційного підприємства положення щодо визначення форм і систем оплати праці, зокрема встановлення посадових окладів, надбавок, доплат та підвищень, порядку і умов заохочення, у тому числі преміювання, розміру премій, інших винагород – здійснюється відповідно до внутрішніх актів підприємства та законодавства України, передбачивши таку можливість у колективному договорі.

6. Регламентування діяльності комунального некомерційного підприємства

Відповідно до Господарського Кодексу України комунальне некомерційне діє на основі статуту.

Обов'язковим є відображення в статуті:

- здійснення медичної практики;
- рівня надання медичної допомоги (вторинна (спеціалізована) або третинна високоспеціалізована);
- виду медичної допомоги: амбулаторна та/або стаціонарна допомога та інше;
- здійснення всіх інших видів медичної діяльності, передбачених законодавством;
- здійснення зовнішньоекономічної діяльності відповідно до законодавства України (якщо є перспектива здійснення такої діяльності);

- провадження діяльності, пов'язаної з відпуском, використанням, придбанням, зберіганням, перевезенням, знищенням наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів (при здійсненні такого виду діяльності);
- надання платних медичних послуг населенню згідно із законодавством України;
- надання будь-яких послуг іншим закладам та будь-яким юридичним особам, фізичним особам-підприємцям та фізичним особам.

Якщо для провадження певних видів діяльності, передбачених Статутом, потрібен спеціальний дозвіл, заклад отримує його в порядку, визначеному законодавством України.

Якщо в процесі перетворення власник (відповідна рада) прийняв рішення про припинення трудових відносин із керівником медичного закладу, то призначення нового керівника має відбуватися з урахуванням особливостей, визначених нормативно-правовими актами, що регулюють ці питання. Згідно чинного законодавства керівники державних та комунальних закладів охорони здоров'я призначаються на посаду уповноваженим виконавчим органом управління власника закладу охорони здоров'я на конкурсній основі шляхом укладання з ними контракту на строк від трьох до п'яти років. Порядок проведення конкурсу на зайняття посади керівника державного, комунального закладу охорони здоров'я та порядок укладання контракту з керівником державного, комунального закладу охорони здоров'я, а також типова форма такого контракту затверджуються Кабінетом Міністрів України.

Порядок проведення конкурсу визначений постановою Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку проведення конкурсу на зайняття посади керівника державного, комунального закладу охорони здоров'я» від 27.12.2017 року №1094.

Підставою для проведення конкурсу є рішення органу управління про оголошення конкурсу, яке приймається протягом трьох робочих днів з моменту виникнення вакантної посади. З цього дня і до моменту призначення керівника закладу за результатами конкурсу орган управління тимчасово покладає виконання обов'язків керівника закладу на особу з числа штатних працівників закладу.

Конкурс проводиться поетапно, а його строк не може перевищувати 30 календарних днів із дня проведення першого засідання комісії з проведення конкурсу.

Так, на першому етапі відбувається прийняття рішення органом управління про оголошення конкурсу.

На другому етапі здійснюється підготовка до проведення конкурсу (оприлюднення оголошення про проведення конкурсу, прийняття документів від осіб, які бажають взяти участь у конкурсі, перевірка поданих документів на відповідність установленим законом вимогам).

На третьому етапі проводиться конкурс (заслуховування конкурсної пропозиції та проведення співбесіди з особами, які подали необхідні документи для участі у конкурсі, проведення підрахунку результатів конкурсу та обрання переможця конкурсу). Конкурсна комісія заслуховує на засіданні конкурсні пропозиції учасників конкурсу, проводить із ними співбесіди, оцінює відповідність єдиним кваліфікаційним вимогам до керівника закладу та враховує відповідність його конкурсної пропозиції встановленим вимогам. Перевага надається кандидату, чия конкурсна пропозиція визнана найкращою.

При прийнятті рішень конкурсна комісія також враховує здатність учасників висловлювати свої думки, уміння викладати інформацію, комунікабельність, тактовність, ділові та вольові якості, готовність брати на себе відповідальність, уміння аналізувати проблеми і налагоджувати ділові зв'язки, виявляти творчий підхід до роботи, добросовісність (у тому числі академічну), емоційну врівноваженість тощо.

На четвертому етапі оприлюднюються результати конкурсу.

Результати конкурсу оприлюднюються на офіційному веб-сайті органу управління не пізніше ніж протягом п'яти календарних днів з дати його завершення. Про результати конкурсу конкурсна комісія повідомляє переможця та інших кандидатів шляхом надіслання їм письмового повідомлення на поштову та електронну адресу протягом п'яти календарних днів з дати його завершення.

Рішення про призначення на посаду та укладення контракту приймається органом управління протягом одного місяця з дня внесення конкурсною комісією відповідного подання.

Зазначений строк може бути продовжено на період проведення спеціальної перевірки стосовно осіб, які претендують на зайняття посад, що передбачають зайняття відповідального або особливо відповідального становища, та посад з підвищеним корупційним ризиком (у випадках, передбачених законодавством) (далі – спеціальна перевірка), інших процедур, передбачених законодавством.

Питання отримання ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики регламентує Закон України «Про ліцензування», постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики» від 02.03.2016 № 285.

Пункт 4 Статті 15 Закону України «Про ліцензування» передбачає, якщо заклад охорони здоров'я припиняє діяльність в результаті злиття, приєднання чи перетворення і його правонаступник (створене комунальне підприємство) продовжує здійснювати господарську діяльність з медичної практики. правонаступник має право для забезпечення завершення організаційних заходів, пов'язаних з одержанням нової ліцензії, провадити

господарську діяльність з медичної практики (в рамках попередньої ліцензії) у термін не більше трьох місяців. Після закінчення тримісячного строку правонаступник зобов'язаний отримати нову ліцензію, а раніше видана ліцензія підлягає анулюванню.

Процедура отримання ліцензії визначається відповідними Постановами КМУ. Відповідно до законодавства для отримання ліцензії на здійснення медичної практики до Міністерства охорони здоров'я подається відповідний пакет документів, а саме:

- заява про отримання ліцензії;
- відомості про стан матеріально-технічної бази та наявність персоналу із зазначенням його освітнього і кваліфікаційного рівня;
- опис документів, що подаються для одержання ліцензії, у двох примірниках;
- форми заяви, відомостей та опису.

Законом України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо управління об'єктами державної та комунальної власності» від 02.06.2016 р. до органів управління державних та комунальних унітарних підприємств включено такий орган корпоративного управління як наглядова рада. До цих змін законодавства єдиним органом управління в унітарних підприємствах був керівник (директор, генеральний директор тощо).

Чинне законодавство не встановлює вимог та критеріїв, в яких саме випадках має створюватися наглядова рада комунального некомерційного підприємства. Кожна територіальна громада має розробити свої умови створення наглядових рад у комунальних некомерційних підприємствах своєї територіальної громади.

Саме, рішенням місцевої ради мають бути затверджені критерії, відповідно до яких утворення наглядової ради комунального некомерційного підприємства є обов'язковим, та визначений порядок її утворення, та призначення членів, організації діяльності та ліквідації. Компетенція наглядової ради, її кількісний склад, порядок скликання, проведення засідання, прийняття рішень та інші питання внутрішньої організації діяльності наглядової ради можуть бути визначені в статуті підприємства та положенні про наглядову раду.

Таким чином, у закладах охорони здоров'я – комунальних некомерційних підприємствах наглядова рада буде створюватися лише в тому випадку, якщо таке підприємство буде відповідати критеріям, прийнятим відповідною місцевою радою.

Наглядова рада створюється за рішенням власника закладу охорони здоров'я вторинного та третинного рівнів. За бажанням власника, наглядова рада може бути створена у закладах, що надають первинну медичну допомогу.

Порядок утворення, права, обов'язки наглядової ради закладу охорони здоров'я і типове положення про неї затверджуються Кабінетом Міністрів України, зокрема до наглядової ради обираються не більше 15 осіб, строком на 2 роки. Наглядова рада закладу охорони здоров'я може складатися з одного представника власника закладу охорони здоров'я (уповноваженого ним органу); представників структурних підрозділів із питань охорони здоров'я та соціального захисту населення місцевої державної адміністрації та/або виконавчого органу відповідного органу місцевого самоврядування – від однієї до чотирьох осіб; депутатів місцевих рад (за згодою) – від однієї до двох осіб; представників громадськості та громадських об'єднань, діяльність яких спрямована на захист прав у сфері охорони здоров'я, організацій, що здійснюють професійне самоврядування у сфері охорони здоров'я (за згодою) – від однієї до восьми осіб (по одному представнику від кожної організації).

Метою діяльності наглядової ради є сприяння реалізації права громадян на участь в управлінні охороною здоров'я.

При закладах охорони здоров'я з метою сприяння їх діяльності можуть утворюватися опікунські ради.

Опікунська рада при закладі охорони здоров'я є громадським консультативно-дорадчим органом, створеним з метою забезпечення права громадян на участь в управлінні та здійсненні громадського нагляду в сфері охорони здоров'я.

До складу опікунської ради (за їхньою згодою) можуть включатися благодійники, представники громадськості та громадських об'єднань, благодійних, релігійних організацій, органів місцевого самоврядування, засобів масової інформації, волонтери та інші.

Рішення про створення опікунської ради при закладі охорони здоров'я та положення про неї затверджуються наказом керівника закладу охорони здоров'я або уповноваженого органу.

Порядок функціонування, права та обов'язки опікунської ради визначаються положенням про опікунську раду, Наказом Міністерства охорони здоров'я від 23.02.2014 р. № 517, примірним положенням про опікунську раду при закладі охорони здоров'я.

Під час реорганізації бюджетних закладів охорони здоров'я у комунальні некомерційні підприємства можуть здійснюватися заходи з оптимізації чисельності та штату персоналу. При цьому варто враховувати наступне.

По-перше, реорганізований заклад охорони здоров'я може отримати право самостійно затверджувати штатний розпис і визначати чисельність найманих працівників.

По-друге, реорганізований заклад охорони здоров'я з урахуванням ч. 3 Ст. 64 ГК після формування нового штатного розпису може здійснити заходи з оптимізації чисельності працівників та скоротити (звільнити)

зайвий персонал, відмова від утримання якого не спричинить погіршення якості та доступності медичної допомоги для пацієнтів.

По-третє, сам по собі факт реорганізації закладів охорони здоров'я не є підставою для звільнення працівників, якщо це не буде супроводжуватися скороченням їх чисельності або штату (ч. 3 Ст. 36 КЗпП України).

У зв'язку з цим може бути використано кілька варіантів вирішення кадрових питань щодо працівників реорганізованого закладу охорони здоров'я.

Працівників закладу, які залишаються працювати на своїх посадах, необхідно проінформувати про факт реорганізації закладу шляхом ознайомлення з відповідним наказом керівника. Цей наказ необхідно видати для внесення запису про реорганізацію закладу до трудової книжки працівника.

Перетворення закладів охорони здоров'я у комунальні некомерційні підприємства дозволяє захистити такі заклади та публічний сектор медичного обслуговування від їх приватизації за умови, якщо перетворені комунальні підприємства будуть внесені до переліку об'єктів комунальної власності відповідної територіальної громади, що не підлягають приватизації (за аналогією з казенними підприємствами). Тому територіальним громадам рекомендується включати заклади охорони здоров'я, що перетворені у комунальні некомерційні підприємства, до зазначених переліків. Також перетворення закладів охорони здоров'я у комунальні некомерційні підприємства сприяє збільшенню господарської та фінансової автономії (самостійності) та управлінської гнучкості комунальних закладів охорони здоров'я, формуванню у них стимулів для поліпшення якості медичного обслуговування населення і водночас підвищення економічної ефективності використання активів.

7. Адміністрування контролю та нагляду за охороною здоров'я

Держава через спеціально уповноважені органи виконавчої влади здійснює контроль і нагляд за додержанням законодавства про охорону здоров'я, державних стандартів, критеріїв та вимог, спрямованих на забезпечення здорового навколишнього природного середовища і санітарно-епідемічного благополуччя населення, нормативів професійної діяльності в галузі охорони здоров'я, стандартів медичного обслуговування, медичних матеріалів і технологій.

Доцільно виділити три ключових об'єкти контролю та нагляду у сфері здоров'я:

- санітарно-епідемічне благополуччя населення;
- обіг наркотиків;
- обіг лікарських засобів

Різноманітний характер охорони здоров'я, значний перелік напрямів медичної діяльності обумовлюють особливості підходу стосовно здійснення державного контролю та нагляду у зазначеній сфері. Життя та здоров'я людей є найважливішими соціальними цінностями, тому контрольно-наглядовій діяльності у сфері охорони здоров'я повинна приділятися належна увага.

Особливою сферою адміністрування є фінансування перетвореного у комунальне некомерційне підприємство закладу охорони здоров'я, планування його фінансового забезпечення, дотримання ним фіскальної дисципліни. Створене (внаслідок перетворення) комунальне некомерційне підприємство не буде платником податку на прибуток й податку на нерухомість.

Некомерційне комунальні підприємства сфери охорони здоров'я мають певні переваги до яких віднести наступні:

- керівник, що діє у статусі підприємства, отримує значно більшу, ніж це можливо в умовах статусу бюджетної установи, свободу у розпорядженні активами, фінансами та формуванні кадрової політики підприємства, визначенні внутрішньої організаційної структури закладу;
- підприємство має можливість самостійно встановлювати будь-які форми оплати праці працівників, що допускаються законодавством;
- фінансування підприємства здійснюється не за постатейним кошторисом витрат, а на основі власного фінансового плану, що дозволяє такому закладу бути більш гнучкими та самостійними у прийнятті рішень порівняно із суб'єктами, що мають статус бюджетної установи;
- право підприємства утворювати об'єднання підприємств з іншими закладами, які також діють у статусі підприємства, з метою перерозподілу функцій між ними та спільної оптимізації використання матеріальних, людських та фінансових ресурсів – членів об'єднання;
- підприємство може наймати за договорами підряду лікарів фізичних осіб – підприємців, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію;
- на здійснення господарської діяльності з медичної практики.

Після перетворення із бюджетної установи у комунальне некомерційне підприємство ліцензія на господарську діяльність з медичної практики зберігає чинність впродовж трьох місяців і протягом цього терміну має бути переоформлена.

Комунальне некомерційне підприємство не несе відповідальності за зобов'язаннями власника та органу місцевого самоврядування, до сфери управління якого воно входить.

Одним із напрямів публічного адміністрування є здійснення контрольних функцій.

Контроль якості надання медичної допомоги здійснюється шляхом застосування методів зовнішнього та внутрішнього контролю

якості медичної допомоги, самооцінки медичних працівників, експертної оцінки, клінічного аудиту, моніторингу системи індикаторів якості, атестації, сертифікації відповідно до вимог чинного законодавства України та законодавства Європейського Союзу.

Внутрішній контроль якості надання медичної допомоги здійснюється керівництвом закладів охорони здоров'я або медичними радами закладів охорони здоров'я в межах повноважень, визначених законодавством, зокрема шляхом:

- контролю за кваліфікацією лікарів, молодших спеціалістів з медичною освітою та професіоналів з вищою немедичною освітою, які працюють у закладі охорони здоров'я;
- самооцінки медичних працівників;
- організації надання медичної допомоги у закладі охорони здоров'я; моніторингу реалізації управлінських рішень;
- моніторингу дотримання структурними підрозділами закладу охорони здоров'я стандартів у сфері охорони здоров'я, клінічних протоколів;
- моніторингу системи індикаторів якості медичної допомоги; вивчення думки пацієнтів щодо наданої медичної допомоги.

Зовнішній контроль якості надання медичної допомоги здійснюється органами державної виконавчої влади в межах повноважень, визначених законодавством, зокрема **шляхом** контролю за дотриманням ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики, проведення акредитації закладів охорони здоров'я, атестації лікарів, молодших спеціалістів з медичною освітою, професіоналів з вищою немедичною освітою, які працюють у системі охорони здоров'я, проведення клініко-експертної оцінки якості та обсягів медичної допомоги.

Клініко-експертна оцінка якості та обсягів медичної допомоги здійснюється шляхом експертизи клінічних питань діагностики, лікування та реабілітації медичними радами закладів охорони здоров'я, клініко-експертними комісіями Міністерства охорони здоров'я України або управлінь охорони здоров'я протягом 30 днів з дня надходження відповідного звернення або з ініціативи Міністерства охорони здоров'я України з оформленням відповідного експертного висновку.

Контроль якості надання медичної допомоги здійснюється за такими складовими: структура, процес та результати медичної допомоги; організація надання медичної допомоги; контроль за реалізацією управлінських рішень; відповідність кваліфікаційним вимогам медичних працівників, у тому числі керівників закладів охорони здоров'я; вивчення думки пацієнтів щодо наданої медичної допомоги; забезпечення прав та безпеки пацієнтів під час надання їм медичної допомоги.

Контроль якості наданої медичної допомоги проводиться у випадках смерті пацієнтів, первинного виходу на інвалідність осіб працездатного віку, розбіжності встановлених діагнозів, недотримання закладами охорони здоров'я стандартів медичної допомоги (медичних стандартів), клінічних протоколів, табелів матеріально-технічного оснащення, а також у випадках, що супроводжувалися скаргами пацієнтів або близьких осіб, які доглядають за пацієнтами, шляхом клініко-експертної оцінки якості та обсягів медичної допомоги.

ТРЕНІНГОВИЙ БЛОК

ПРАКТИЧНІ ЗАВДАННЯ

Завдання 1

Визначте основні суб'єкти публічного адміністрування в сфері охорони здоров'я, їх рівень та перерахуйте функції. Результати занесіть в таблицю.

Таблиця

Суб'єкт публічного адміністрування	Рівень публічного адміністрування	Функції суб'єкта публічного адміністрування

Завдання 2

Охарактеризуйте основні принципи публічного адміністрування в сфері охорони здоров'я. Результати занесіть в таблицю.

Таблиця

Принципи публічного адміністрування	Характеристика принципів публічного адміністрування
верховенство права	
об'єктивність	
пропорційність	
незловживання владою	
службова співпраця	
ефективність	
субсидіарність	
принцип «Єдине вікно»	

Завдання 3

Охарактеризуйте зміст основних напрямків внутріорганізаційного адміністрування діяльності закладів охорони здоров'я. Результати занесіть в таблицю.

Таблиця

Напрямки внутріорганізаційного адміністрування діяльності закладів охорони здоров'я	
адміністрування управлінської діяльності	
адміністрування кадрового забезпечення	
адміністрування фінансового забезпечення	
адміністрування інформаційного забезпечення	

ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ

1. Відповідно до Конституції України, найвищою соціальною цінністю в державі є:

- а. людина, її життя та здоров'я;
- б. національне багатство;
- в. державна власність;
- г. народ.

2. Який показник не належить до головних показників здоров'я:

- а. рівень імунного захисту і стійкості;
- б. рівень і гармонійність фізичного розвитку;
- в. функціональний стан організму та його резервні можливості;
- г. рівень матеріального доходу.

3. Який основний закон регулює діяльність у сфері охорони здоров'я?

- а. Закон України «Про діяльність закладів охорони здоров'я»;
- б. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»;
- в. Закон України «Про організацію надання медичних послуг закладами охорони здоров'я»;
- г. Закон України «Про організацію діяльності закладів охорони здоров'я в Україні».

4. Право громадян на охорону здоров'я передбачає:

- а. санітарно-епідемічне благополуччя території та населеного пункту, де громадянин проживає;
- б. безкоштовне медичне обслуговування в закладах охорони здоров'я;
- в. надання безоплатних та платних медичних послуг;
- г. існування широкої мережі лікувально-профілактичних закладів.

5. Державна політика у сфері охорони здоров'я в Україні – це:

- а. організована діяльність публічної адміністрації, спрямована на створення сприятливих умов, щодо збереження та розвитку фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини;
- б. створення відповідних умов життя і праці громадян, їх відпочинку й оздоровлення, належного рівня матеріального забезпечення;
- в. задоволення потреб громадян в одержанні гарантованого рівня безоплатної медико-санітарної допомоги;
- г. забезпечення фінансування охорони здоров'я в обсягах, що відповідають її науково обґрунтованих потребам.

6. Державна політика у сфері охорони здоров'я не передбачає:

- а. здійснення державою заходів щодо оздоровлення довкілля, забезпечення екологічного благополуччя;
- б. відповідальність держави за ефективну діяльність у сфері охорони здоров'я, її профілактичну спрямованість;
- в. структурну перебудову системи охорони здоров'я на засадах ринкових відносин;
- г. організацію надання безкоштовної медичної допомоги громадянам незалежно від їх рівня доходу.

7. Який принцип не належить до принципів державної політики у сфері охорони здоров'я:

- а. принцип дотримання прав і свобод людини і громадянина у сфері охорони здоров'я та забезпечення пов'язаних з ними державних гарантій;
- б. принцип гуманістичної спрямованості, забезпечення пріоритету загальнолюдських цінностей над класовими, національними, груповими або індивідуальними інтересами, підвищений медико-соціальний захист найбільш вразливих верств населення;
- в. рівноправність громадян, демократизм і загальнодоступність медичної допомоги та інших послуг у сфері охорони здоров'я;
 - г. принцип надання безоплатної медичної допомоги.

8. Реалізація державної політики охорони здоров'я покладається на:

- а. органи публічної влади;
- б. органи місцевого самоврядування;
- в. комунальні заклади охорони здоров'я;
- г. приватні заклади охорони здоров'я.

9. Основними завданнями Міністерства охорони здоров'я України є:

- а. формування та забезпечення реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я;
- б. формування та забезпечення реалізації державної політики у сфері освіти;
- в. формування та забезпечення реалізації державної політики у сфері медицини;
- г. формування та забезпечення реалізації державної політики у сфері транспорту.

10. Який орган не належить до центральних органів виконавчої влади у сфері охорони здоров'я України:

- а. Національна служба охорони здоров'я;
- б. Державна служба України з лікарських засобів;
- в. Державна служба України з контролю за наркотиками;
- г. Департамент охорони здоров'я облдержадміністрації.

ГЛОСАРІЙ

Здоров'я – це природний стан організму, який характеризується його рівновагою з навколишнім середовищем і відсутністю будь-яких хворобливих змін.

Охорона здоров'я – це система заходів публічної адміністрації, спрямованих на захист здоров'я, шляхом створення сприятливих умов, що спрямовується на попередження і лікування захворювань з метою забезпечення оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимально можливій індивідуальній тривалості життя.

Державна політика у сфері охорони здоров'я в Україні – це організована діяльність публічної адміністрації, спрямована на створення сприятливих умов, щодо збереження та розвитку фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимально можливій індивідуальній тривалості життя.

Статутний капітал – це сума коштів і вартість матеріальних ресурсів, що безоплатно виділені у постійне користування підприємства на праві оперативного управління.

Опікунська рада при закладі охорони здоров'я – це громадський консультативно-дорадчий орган, створений з метою забезпечення права громадян на участь в управлінні та здійсненні громадського нагляду в сфері охорони здоров'я.

Література

1. Бойко О. Адміністрування. Політична енциклопедія / редкол.: Ю. Левенець (голова), Ю. Шаповал (заст. голови). К. : Парламентське видавництво, 2011. С. 18.
2. Економічна енциклопедія: у 3-х т. / Ред. Б.Д. Гаврилишин. К. : Академія, 2012. 951 с.
3. Желюк Т.Л. Сучасні підходи до реалізації публічної політики в сфері охорони здоров'я. Вісник ТНЕУ. 2019. № 1. С.37-50.
4. Желюк Т.Л. Фінансові аспекти функціонування ринку медичних послуг та закупівлі ліків. Регіональні аспекти розвитку продуктивних сил України. 2018. Вип. 23 С.108-112.
5. Законодавство України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/index>
6. Концепція інформатизації сфери охорони здоров'я України на 2013–2018 роки. URL: http://uacm.kharkov.ua/download/2013_10/148-154_Konzeptziya_10_sc_P.pdf.
7. Короленко В.В., Юрочко Т.П. Кадрова політика у сфері охорони здоров'я України в контексті європейської інтеграції. К., 2018. 96 с.
8. Ляховченко Л.А. Удосконалення державного управління фінансовим забезпеченням системи охорони здоров'я в Україні URL: http://www.nbuv.gov.ua/e-journals/DUTP/2009_2/zmist.htm.
9. Медреформа 2020. URL: <https://www.100lifeKyiv.org/post>.
10. Методичні рекомендації та роз'яснення з питань укладення колективних договорів комунальних некомерційних підприємств затверджено рішенням консультативно-дорадчої групи з питань удосконалення законодавства у сфері надання ПМД від 02.03.20 р. № 1.
11. Методичні рекомендації щодо запровадження погодинної оплати праці та дотримання мінімальних годинних гарантій в оплаті праці. Наказ Мінпраці від 16.04.99 р. № 69.
12. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я / кол. монографія за ред. Шкільняка М.М., Желюк Т.Л., Тернопіль, Крок. 2020. 560 с.

РОЗДІЛ II. МЕТОДОЛОГІЯ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕНЬ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Рекомендовані питання для розгляду

1. **Поняття методології наукових досліджень. Спеціальна (конкретно-наукова) методологія**
2. **Методологічні підходи в дослідженні діяльності закладу охорони здоров'я**
3. **Методи дослідження об'єктів пізнання в сфері охорони здоров'я**
4. **Деякі особливості застосування методики і техніки наукових досліджень в сфері організації діяльності та менеджменту закладу охорони здоров'я**
5. **Організація наукових досліджень в закладі охорони здоров'я**

1. Поняття методології наукових досліджень. Спеціальна (конкретно-наукова) методологія наукових досліджень

Об'єктивна необхідність внесення змін в організацію діяльності закладу охорони здоров'я, модернізації технологій прийняття управлінських рішень, з огляду на трансформацію його внутрішнього і зовнішнього середовища, вимагають досліджень теорії та чинної практики управління, оцінки ступеня адекватності менеджменту сучасним викликам.

Це досягається завдяки використанню методології наукового дослідження та організації цієї ділянки роботи в процесі забезпечення змісту робіт.

Наукове дослідження – це інтелектуальна, творча діяльність, спрямована на здобуття і використання знань. Процес наукового дослідження опирається на певну методологію. В загальному розумінні методологія – це філософське вчення про методи пізнання і перетворення дійсності. Термін «методологія» – слово грецького походження, що означає пізнання, вчення. В літературних джерелах це поняття пояснюється по-різному. Узагальнюючи різні підходи, можемо стверджувати, що **методологія – це наука про структуру, логічну організацію, принципи, засоби і методи наукового пізнання явищ і процесів в тій чи іншій сфері суспільної діяльності.** Стосовно охорони здоров'я – це може поширюватися на всю систему охорони здоров'я країни, її державний і приватний сектор, окремих заклад охорони здоров'я, його менеджмент.

Як вчення про сукупність принципів і способів дослідження менеджменту закладу охорони здоров'я, вона виконує такі **функції:**

– визначення способів отримання нових знань про процеси і явища, що мають місце в закладі охорони здоров'я і в його зовнішньому середовищі;

- визначення шляху, алгоритму, по якому досягається мета дослідження;
- забезпечення отримання достовірної і всебічної інформації щодо процесів і явищ в системі охорони здоров'я країни, регіону, досліджуваного медичного закладу;
- введення нової інформації до фонду теорії науки менеджменту;
- уточнення, збагачення, систематизація термінів і понять в науці управління.

В процесі дослідження теорії і практики менеджменту закладів охорони здоров'я синтезовано використовується три рівні методології: фундаментальна (філософська), загально-наукова, спеціальна(конкретно-наукова).

Філософський рівень методології проглядаємо через такі принципи практичного пізнання системи організації медичного закладу, як :

- принцип взаємозв'язку із зовнішнім середовищем, за яким вона (система організації) повинна динамічно змінюватися адекватно зміні зовнішнього середовища;
- принцип цілісності, за яким досліджуваний об'єкт (заклад охорони здоров'я, його менеджмент, система організації певної сфери функціональної діяльності) розглядається як щось розчленоване на певні частини, які інтегровані в єдине ціле;
- принцип розвитку – передбачає вивчення досліджуваного явища, наприклад, організації праці молодшого медичного персоналу, системи мотивації персоналу медичного закладу в розвитку;
- принцип детермінізму – за сутністю виражає об'єктивну причинну зумовленість явищ.

Загально-наукова методологія – це рівень методологічного аналізу, що опирається на загально-наукові методи дослідження, що знайшли застосування в багатьох галузях науки і на багатьох етапах аналізу. Вони використовуються, наприклад, в менеджменті закладів охорони здоров'я як на рівні теоретичних, так і на рівні емпіричних досліджень. До них слід віднести: аналіз і синтез, індукція і дедукція, аналогія і моделювання, системний аналіз, функціонально-вартісний аналіз та ін.

Спеціальна (конкретно-наукова методологія) – це рівень методологічного аналізу, який включає сукупність методів, принципів дослідження, процедур, що застосовуються в конкретній галузі науки (психіатрії, генетиці, менеджменті, економіці охорони здоров'я).

Важливо розуміти, що медицина відноситься до природничих наук, менеджмент – до економічних. В спеціальній методології дослідження менеджменту закладу охорони здоров'я поєднуються два важливих

компонента: 1) категорійний апарат медицини і менеджменту; 2) технології організації змісту робіт з позицій двох галузей знань.

В процесі дослідження проблематики закладу охорони здоров'я використовується певний категорійний апарат методології. Його представляють такі категорії як: наукова ідея, гіпотеза, судження, умовивід, поняття, наукова концепція, науковий факт, об'єкт дослідження, предмет дослідження.

Наукова ідея – це інтуїтивне пояснення явищ, що мають місце в сучасній системі організації праці в закладі охорони здоров'я.

Гіпотеза – наукове припущення, висунуте дослідником для пояснення цих явищ (процесів, причин), яке має ймовірнісний характер.

Судження – думка, в якій за допомогою зв'язку понять стверджується або заперечується що-небудь (наприклад, «через зміну характеру фінансування закладу охорони здоров'я, він отримав статус некомерційного комунального підприємства»).

Умовивід – розумова операція, за допомогою якої, наприклад, з певної кількості суджень про процеси реформування системи охорони здоров'я в Україні (збільшення кількості приватних закладів, підвищення рівня конкуренції, використання системи контрактів тощо) робиться висновок про формування повноцінних регіональних ринків медичних послуг.

Концепція – система поглядів, теоретичних положень, основних думок щодо об'єкта дослідження, наприклад, розвитку системи реабілітації інвалідів, які об'єднані певною головною ідеєю.

Науковий факт – подія, явище (наприклад, використання електронної реєстрації пацієнтів, використання електронних лікарняних) є основою для підтвердження процесів імплементації сучасних технологій в практику інформаційного забезпечення діяльності медичних закладів.

Закон – логічне, формалізоване та чітко сформульоване співвідношення між явищами об'єктивної дійсності, що характеризується як стійке, істотне, повторюване та загальне.

Принцип – це правило, що виникло в результаті осмисленого досвіду.

Теорія – вчення, система ідей, поглядів, положень, тверджень, спрямованих на тлумачення того чи іншого явища.

Використання зазначених категорій поширюється як на дослідження процесів і явищ в медицині, так і на дослідження процесів організації охорони здоров'я в світі, країні, регіоні, окремо взятому медичному закладі.

2. Методологічні підходи в дослідженні проблематики організації діяльності та менеджменту закладу охорони здоров'я

В дослідженні проблематики менеджменту закладу охорони здоров'я можуть використовуватися різні методологічні підходи, зокрема: гносеологічний, компаративний, синергетичний, комплементарний, системний.

Гносеологічний підхід передбачає виявлення загальних підстав, які дають можливість розглядати результат як знання, які виражають дійсний стан речей. Фактично за його допомогою виявляються передумови появи того чи іншого явища, зокрема в медицині, в системі її організації, а також передумови пізнання цього явища.

Компаративний підхід побудований на основі використання операцій порівняння, наприклад практики організації роботи закладу охорони здоров'я при різних моделях охорони здоров'я. Порівняння є однією з універсальних операцій і може бути використане в процесі дослідження менеджменту закладу охорони здоров'я на різних рівнях дослідження: порівняльно-теоретичному, порівняльно-емпіричному, порівняльно-структурному, порівняльно-функціональному.

Характерно, що компаративний підхід в сфері охорони здоров'я має перспективи ефективного застосування не лише в науковому пізнанні, але й в практичній роботі. Він дозволяє виявляти дискусійні моменти, отримувати інформацію для інновацій в застосуванні технологій діагностування, лікування, реабілітації.

Комплементарний підхід дозволяє встановити, наскільки один із компонентів досліджуваного об'єкта гармонізує з іншими, доповнює їх, дозволяє збалансовувати роботу закладу охорони здоров'я як організації, його функціонування. Виходячи з його основного послуху, досліднику варто будувати подальшу концепцію розвитку, визначати стратегічні пріоритети тощо. На практиці це найбільш актуально для забезпечення місії і цілей медичного закладу різними видами ресурсів, для узгодження системи організації служби первинної допомоги з роботою спеціалізованих медичних закладів другого рівня охорони здоров'я, для узгодження процесів лікування і діагностики.

Синергетичний підхід за змістом виражає гіпотезу, що процес, який протікає, має здатність до самоорганізації. Синергетика, як методологія пізнання, спрямована на розкриття універсальних механізмів, досліджує процеси мимовільного переходу складних систем із менш упорядкованого стану в більш впорядкований, розкриває такі зв'язки між елементами тієї чи іншої системи, при яких сумарна дія в рамках системи перевищує по своєму ефекту суму ефектів дій кожного елемента окремо. Прикладом досягнення синергетичного ефекту в результаті наукових

розробок є формування медичного кластеру. Аналогічно – реалізація проекту публічно-приватного партнерства в сфері надання медичних послуг.

Системний підхід є одним з головних в методології спеціального наукового пізнання теорії і практики організації діяльності закладу охорони здоров'я, системи охорони здоров'я в регіоні і країні загалом. Специфіка системного підходу в дослідженні полягає в тому, що об'єкт дослідження розглядається як складна структурована система, яка складається з окремих елементів і підсистем нижчого порядку. Тобто, має місце ієрархія систем. Так, наприклад, система охорони здоров'я регіону є підсистемою нижчого порядку в системі охорони здоров'я країни. Водночас вона є системою вищого порядку (надсистемою) по відношенню до кожного конкретного закладу охорони здоров'я, що функціонує на його території.

Вираз «системний підхід» походить від слова «**система**» – **з грецького – складене із частин**. Їй притаманні такі ознаки як: наявність сукупності елементів, наявність визначеної організації, наявність суттєвих зв'язків між елементами, наявність інтегрованих властивостей, які притаманні системі, але не притаманні жодному її елементу.

Системний підхід в дослідженні об'єктів реалізується за допомогою **системного аналізу**, який стосовно досліджень в системі охорони здоров'я слід розглядати як сукупність методів і засобів розроблення, прийняття і обґрунтування рішень в процесі досліджень, утворення систем медичних закладів та управління ними.

За системним підходом заклад охорони здоров'я розглядається як штучно створена система, що включає набір матеріальних і нематеріальних (інформаційних) підсистем. Матеріальними підсистемами є сукупності елементів, об'єднаних єдиним процесом функціонування. При взаємодії вони реалізують певну операцію, наприклад хірургічного втручання, комп'ютерної діагностики захворювань тощо. Такими підсистемами в закладах вторинного і третинного рівня надання медичної допомоги є відповідні відділення: хірургічне, кардіологічне, відділення урології, з належною їм матеріальною базою. Інформаційними, нематеріальними підсистемами є підсистеми обліку, менеджменту, навчання персоналу.

Розглядаючи заклад охорони здоров'я як систему, треба враховувати, що він функціонує в рамках певного зовнішнього середовища. Останнє, в свою чергу, поділяється на середовище прямої дії і середовище опосередкованої дії. Однією із ключових детермінант зовнішнього середовища будь-якої організації, в тому числі закладу охорони здоров'я, є невизначеність і спричинений нею ризик. Звідси, система (заклад охорони здоров'я) має реагувати на виклики зовнішнього середовища, адаптуючись до змін.

Системний аналіз, як основний метод системного підходу, передбачає оцінку поведінки об'єкта як системи з усіма факторами, що впливають на його функціонування. Як внутрішнє, так і зовнішнє середовище закладу охорони здоров'я складається з низки факторів, які впливають чи можуть впливати на його функціональну діяльність. Оскільки кількість факторів є значною, в процесі їх ідентифікації фактори необхідно класифікувати.

Найбільш поширеною є **класифікація**, що виокремлює такі групи факторів: нормативно-правові, економічні, соціальні, науково-технічні, технологічні, міжнародні.

В процесі системного аналізу проводиться не лише фіксація факторів зовнішнього та внутрішнього середовища, але й аналіз їх впливу в динаміці. При аналізі зовнішнього середовища фактори поділяють на фактори прямої та непрямой (опосередкованої) дії.

До **факторів прямої дії** на медичний заклад і організацію його діяльності можна віднести: пацієнти, споживачі медичних послуг, постачальники медичної техніки, медичних препаратів та інших засобів праці, медичні заклади- конкуренти, нормативно-правові акти, стандарти, клінічні протоколи, громадські організації, спонсори, система економічних відносин, органи державної влади та місцевого самоврядування, інвестори.

До **факторів непрямой, опосередкованої дії** належать: стабільність уряду і взаємоузгодженість його дій, стабільність (нестабільність) політичного курсу, послідовність (непослідовність) медичної реформи, зміна законодавства, технологічні тенденції в медицині, альтернативні технології комунікацій, загальний стан економіки і рівень інфляції, міграційні процеси, рівень освіти, демографічні тенденції, загальний рівень охорони здоров'я.

До **факторів внутрішнього середовища**, які впливають, або можуть вплинути на організацію діяльності закладу, відносимо: організаційні переваги (недоліки), набутий досвід діяльності, фінансові можливості, ефективність менеджменту лікарні, якість персоналу тощо.

Системний аналіз належить до сфери стратегічного аналізу. Алгоритм його проведення охоплює такі етапи:

- формулювання проблеми;
- ідентифікація і призначення системи(медичного закладу, системи менеджменту);
- ідентифікація змінних і зв'язків з ними;
- ідентифікація функцій і структури закладу охорони здоров'я;
- ідентифікація оточення медичного закладу;
- генерація та визначення альтернативних варіантів розвитку лікарні;
- визначення наявних ресурсів та їх оцінювання;

- оцінка ефективності варіантів розвитку, або варіантів вирішення проблем для вибору альтернативи;
- реалізація альтернативного варіанту та корегування.

В основі системного аналізу лежить представлення об'єкта дослідження (пацієнта, медичного закладу, його менеджменту, організації діяльності) як системи з усіма його елементами, підсистемами, внутрішніми і зовнішніми зв'язками. Наприклад, використовуючи вимоги системного аналізу, в процесі дослідження людини, як певної системи, фіксуємо: скелет дорослої людини складається з 206 кісток, вони об'єднуються за допомогою суглобів, зв'язок, сухожиллів. Характеризуючи заклад охорони здоров'я як систему, фіксуємо наявність структурних підрозділів (відділень: травматології, хірургії, урології, кардіології тощо), адміністрації лікарні, допоміжних служб, вертикальні і горизонтальні зв'язки, компоненти зовнішнього середовища і зв'язки з ними.

3. Методи дослідження об'єктів наукового пізнання в сфері охорони здоров'я

Методологія дослідження об'єктів в сфері охорони здоров'я передбачає використання спектру методів дослідження. У філософських словниках «метод» з грецького *methodos* – **шлях, сукупність прийомів і операцій теоретичного і практичного освоєння дійсності.**

Методи дослідження, які можуть бути використані при проведенні дослідження стосовно організації діяльності медичного закладу, його менеджменту, **класифікуються** наступним чином:

1) методи системного аналізу – експертні методи, PEST-аналіз, SPACE-аналіз, ABC-аналіз, SWOT-аналіз, ПАТТЕРН-аналіз, метод побудови дерева цілей, методи моделювання систем;

2) методи збору та узагальнення інформації – методи спостереження, анкетне обстеження, моніторинг, монографічний опис, методи експертних оцінок;

3) методи економічного і функціонального аналізу. До перших відносяться методи галузевого, регіонального і мікроекономічного аналізу розвитку об'єктів дослідження, що презентують сферу охорони здоров'я.

До других:

- фінансовий аналіз, що розкриває сутність фінансового механізму діяльності сучасного закладу охорони здоров'я;
- управлінський аналіз – уможливорює оцінку управлінської підсистеми медичного закладу;
- стратегічний аналіз – дозволяє визначити ключові характеристики очікуваної системи (медичного закладу загалом, його організаційної та функціональної структури, окремих структурних підрозділів);

- аналіз кадрового потенціалу – виявляє вікову і професійну структуру персоналу, показники плінності;
- інвестиційний аналіз – спрямований на виявлення доцільності, перспективності, ефективності, ризиків інвестицій в об'єкти охорони здоров'я;
- функціонально-вартісний аналіз – дозволяє комплексно співставляти функції, затрати, результати і ефективність змісту робіт в закладі охорони здоров'я;
- маркетинговий аналіз – спрямований на вивчення ринку медичних послуг, позиціонування на ньому досліджуваного закладу охорони здоров'я;
- логістичний аналіз – присвячений вивченню матеріальних, інформаційних і фінансових потоків всередині і за межами закладу охорони здоров'я та оцінці їх раціональності.

Враховуючи, що заклади охорони здоров'я тривалий час розглядалися лише як бюджетні організації і лише в період реформи набули статусу неприбуткових комунальних підприємств, зазначені методи аналізу не набули повноцінної практики використання, проте необхідність медичних закладів працювати в умовах конкуренції, обумовлює перспективність їх використання як в процесі наукового дослідження, так і в процесі реалізації функцій менеджменту;

4) методи прогнозування, до яких відносяться евристичні методи, що прийнятні в умовах невизначеності (метод експертних оцінок, метод мозкового штурму, метод Дельфі), метод ПАТТЕРН (розбивки цілі на проблеми і побудови дерева рішень), методи екстраполяції та інтерполяції (дослідження динамічного ряду), методи нормативного прогнозування, метод автокореляційних функцій, метод регресивних та кореляційних моделей, метод використання функцій з гнучкою структурою.

Розширення повноважень менеджменту закладів охорони здоров'я в статусі суб'єкта економічної діяльності обумовлює необхідність використання в процесі дослідження таких сучасних фактографічних методів аналізу як:

- методи інформаційно-логічного аналізу – методи порівнянь середніх і відносних величин (стосовно плану і факту, показників різних структурних підрозділів, в реальних і ідеальних умовах, відповідно до аналогів);
- методи детермінованого факторного аналізу – балансовий, індексний, коефіцієнтів структурних зрушень, ланцюгової підстановки, визначення показників варіації, інтервальний, логарифмування;
- методи стохастичного (кореляційно-факторного) аналізу – однофакторний і багатофакторний аналіз, кореляційний аналіз.

4. Деякі особливості застосування методики і техніки наукових досліджень в сфері організації діяльності і менеджменту закладу охорони здоров'я

В рамках системного аналізу на особливу увагу заслуговує **аналіз факторів оточення закладу охорони здоров'я**. Це зумовлено необхідністю підвищення ролі стратегічного менеджменту. Аналіз оточення лікарні дає змогу отримання інформації щодо структури факторів, які на неї впливають, створити інформаційну підтримку для формування стратегічного менеджменту.

Однією із вихідних складових аналізу середовища закладу охорони здоров'я є аналіз політики і законодавства в сфері охорони здоров'я, виявлення фактів прийняття і відміни дії законодавчих і регуляторних актів, які де-факто визначають рамкові умови функціональної діяльності в сфері охорони здоров'я. Зміни, які вносяться, інколи бувають настільки радикальними, що можуть стати стратегічною загрозою, чи стратегічною можливістю для подальшого функціонування і розвитку медичного закладу.

Аналіз зміни сили впливу економічних факторів в теперішніх умовах важливий з трьох причин: вони в кінцевому рахунку впливають на можливість бюджетного фінансування закладу охорони здоров'я, підвищення платоспроможності населення щодо споживання платних медичних послуг, активізацію інвестування в приватний сектор охорони здоров'я.

Важливою складовою аналізу середовища закладу охорони здоров'я є розгляд технологічних тенденцій на ринку медичних послуг, в сфері інформаційних технологій.

Особливий інтерес викликають аналітичні оцінки соціальних факторів, що вимагає врахування рівня демографічного навантаження, чисельності людей дошкільного і похилого віку і тенденцій в зміні співвідношень між різними віковими групами, які в кінцевому рахунку формують доволі диференційований контингент пацієнтів закладу охорони здоров'я.

Узагальнюючу інформацію за цими групами факторів можна отримати з допомогою PEST-аналізу тенденцій, що мають істотне значення для стратегії лікарні. PEST, як абревіатура чотирьох англійських слів: P – Policy – політика, E – Economy – економіка, S – Society – суспільство, T – Technology – технологія, по суті виражає основні аспекти оцінки факторів середовища організації. Форма подання результатів при використанні даного методу аналізу носить вигляд таблиці, яка містить 4 квадранти, що дозволяє сформулювати сценарії поведінки організації (закладу охорони здоров'я в нашому випадку) залежно від тенденцій в політиці, економіці, соціумі і технологіях.

Найбільш повну інформацію про об'єкт дослідження дозволяє отримати такий метод дослідження як **SWOT-аналіз**, який забезпечує в комплексі оцінку внутрішніх і зовнішніх чинників, що пливають на його розвиток. Назва методу визначається початковими літерами слів Strengths (сильні сторони), Weaknesses (слабкі сторони), Opportunities (можливості), Threats (загрози).

Методика проведення даного методу аналізу передбачає наступний алгоритм дій:

1) визначення сильних і слабких сторін об'єкта дослідження (закладу охорони здоров'я, його менеджменту, організаційної структури, структурного підрозділу тощо). В рамках цього складається перелік параметрів, по яких буде оцінюватися об'єкт дослідження, по кожному параметру визначається, що є сильною, а що слабкою стороною;

2) визначення можливостей і загроз, що є по суті розвідкою можливого впливу зовнішнього середовища;

3) зіставлення сильних і слабких сторін медичного закладу, його менеджменту тощо з можливостями і загрозами;

4) узагальнення результатів аналізу через побудову матриці SWOT.

При цьому на перетинах складових груп факторів формуються поля, які є інформаційним джерелом для розроблення стратегій розвитку лікарні або її менеджменту, зокрема: поле СіМ – передбачає розроблення стратегій підтримки та розвитку сильних сторін медичного закладу щодо реалізації можливостей його зовнішнього середовища; поле СіЗ – спрямовує на стратегію боротьби з загрозами за допомогою використання внутрішніх резервів; поле СлМ – орієнтує менеджмент медичного закладу на використання можливостей для подолання слабких сторін його внутрішнього потенціалу; поле СлЗ – вказує на розроблення такої стратегії, яка б дала змогу медичному закладу, з одного боку, зміцнити свій потенціал, з другого – відвернути можливі загрози у зовнішньому середовищі.

Для забезпечення об'єктивності оцінок за обраними параметрами при формуванні матриці можуть бути проведені експертні оцінки, наприклад, за методом колективної експертної комісії.

Для аналізу сильних і слабких сторін досліджуваного медичного закладу необхідно попередньо виконати дві передумови:

1) вибрати базу порівнянь, найкраще медичний заклад того ж типу, що певною мірою є конкурентом;

2) виділити показники за основними розділами – виробництво (надання медичних послуг), організування, кадри, фінанси, маркетинг.

Позиція як окремим дослідником, так і експертами може бути оцінена, наприклад, в п'ятибальному діапазоні: 1 – найслабша, 2 – слабка, 3 – середня, 4 – сильна, 5 – найсильніша. Отримані результати за окремими параметрами корегуються на коефіцієнт вагомості залежно від його

значимості для закладу охорони здоров'я. На завершення визначається інтегральна оцінка аналізу сильних і слабких сторін досліджуваного об'єкта.

Аналіз сильних і слабких сторін закладу охорони здоров'я дозволяє не лише визначитися з вибором стратегії свого розвитку, але й, враховуючи роботу на ринку медичних послуг, оцінити свої організаційні і функціональні переваги, або переваги, що ґрунтуються на взаємовідносинах з партнерами.

Аналіз можливостей і загроз необхідно проводити з врахуванням: по-перше, ймовірності впливу (низька – 1-3 бали, середня – 4-6 балів, висока – 7-10 балів); по-друге, важливості впливу (низька 1-3 бали, середня – 4-6 балів, висока – 7-10 балів). Проведений аналіз подається у відповідних таблицях, які служать інформаційною базою для побудови інтегрованої матриці SWOT-аналізу. Проблеми організації діяльності та менеджменту закладу охорони здоров'я часто слабо піддаються кількісним оцінкам, більше того, вимагають якісних оцінок, що в більшості випадків не піддається аналізу за допомогою фактографічних методів пізнання.

Враховуючи це, та необхідність якомога більшої об'єктивності оцінок при використанні різних методів системного аналізу, з'являється широке поле можливостей для застосування **експертних методів оцінювання**, зокрема індивідуальної експертної оцінки (методу інтерв'ю, методу аналогів, методу написання сценарію) та методів колективних експертних оцінок (колективної експертної комісії, мозкового штурму, методу Дельфі та ін.).

Для прикладу, важливість проблем управління змістом робіт в закладі охорони здоров'я (визначення змісту робіт, формування переліку та визначення послідовності робіт, визначення тривалості виконуваних робіт, оперативне управління, організація структури адміністративної служби, планування робіт і їх опис, організація роботи з персоналом, кооперація праці, ідентифікація і документування робіт, оцінювання якості робіт) може здійснити група експертів за допомогою методу колективної експертної комісії.

Його суть полягає в тому, що зазначені вище проблеми в організації діяльності закладу охорони здоров'я оцінюють на основі матриць, елементами яких є узагальнені відносні оцінки важливості кожної проблеми у роботі менеджменту лікарні. Оцінку важливості кожної проблеми розраховують за формулою:

$$A_j = \sum_{i=k}^n A_{kj} \quad (3.1)$$

де A_j – узагальнена відносна оцінка важливості j -тої проблеми;

A_{kj} – оцінка відносної важливості j -тої проблеми щодо k -того підрозділу, яку отримують у результаті опитування експертів, котрі беруть участь у оцінюванні проблеми;

k – номер виду діяльності в рамках змісту робіт;

j – номер проблеми.

Оцінку відносної важливості здійснюють наступним чином:

- на основі попереднього аналізу визначають список видів діяльності в закладі охорони здоров'я, на які вона впливає, коефіцієнту важливості при цьому надають значення у межах $> 0 \dots < 1$;
- для видів діяльності, на які означена проблема не впливає або впливає слабо, коефіцієнт важливості дорівнює нулю.

Заклад охорони здоров'я, його менеджмент, як будь-яка система, має ціленаправлений характер. В процесі розв'язання завдань його розвитку, реформування, модернізації виникає потреба формування цілей та побудови їх ієрархії. Оскільки заклад охорони здоров'я, зазвичай, є доволі складною організацією, то для нього є певний набір цілей. Відповідно для досягнення головної цілі, яка визначена, як правило, на перспективу, набір цілей необхідно проранжувати. Це досягається **методом побудови «дерева цілей»**.

Побудова «дерева цілей» складається з таких стадій:

- побудова функціонального «дерева цілей»,
- формування комплексу цілереалізуючих систем,
- попередня оцінка і відбір цілереалізуючих систем,
- розроблення цільових нормативів,
- ранжування цілей.

«Дерево» – це графі, тобто схема, що виражає підпорядкування і взаємозв'язки елементів (цілей). При побудові «дерева цілей» треба формувати граф із логікою зв'язків «І» («АБО»), тобто, розробляти альтернативні варіанти досягнення кінцевої цілі. Також необхідно керуватися такими правилами: мета і підцілі програми мають бути взаємопов'язані одна з одною; цілі необхідно формулювати у позитивній формі; не обов'язково, щоб кожна гілка «дерева цілей» налічувала однакову кількість рівнів.

Після побудови «дерева цілей» необхідно провести їх ранжування, зважити кожен ціль по відношенню до інших, встановити порядок її реалізації. Це завдання досягається шляхом визначення коефіцієнтів їх важливості (Квв) елементів. Використовуючи дану методику стосовно досліджень в кожному конкретному закладі охорони здоров'я, необхідно враховувати, що:

- 1) на основі головної цілі лікарні специфічні цілі розробляються в такій послідовності – цілі конкретних структурних підрозділів лікарні, цілі розвитку функціональних сфер (надання медичної допомоги та медичних послуг, кадри, фінанси, ресурсозабезпечення, маркетинг, дослідження та розвиток), цілі філіалів та віддалених структурних підрозділів;
- 2) формування «дерева цілей» передбачає уточнення цілей, заданих вищим керівництвом;
- 3) при декомпозиції цілей слід досягати узгодження між

довгостроковими, середньостроковими і короткостроковими цілями, а також між цілями в різних видах діяльності.

В умовах підвищення автономності закладів охорони здоров'я, зміни умов їх діяльності, зростання ролі менеджменту лікарні в забезпеченні її фінансової, економічної стійкості та високої якості надання медичних послуг, актуалізується проблема **дослідження цілей та інтересів зацікавлених груп організації**. Основними групами (стейкхолдерами) є: пацієнти (споживачі медичних послуг), акціонери, інвестори (в разі залучення приватного капіталу), менеджмент закладу охорони здоров'я, працівники, кредитори та постачальники, органи влади, суспільство загалом. Комплексна оцінка цілей і інтересів зазначених груп, виявлення дисбалансу і толерантності дає достатньо важливу інформацію при формуванні (уточненні) місії, стратегій, цілей медичного закладу. При проведенні такого дослідження варто чітко ідентифікувати інтереси і цілі зазначених груп. Зазвичай, стосовно закладу охорони здоров'я вони представлені наступним чином:

- 1) пацієнти, споживачі медичних послуг –якість медичного обслуговування, цінність і ціна послуги, обслуговування;
- 2) акціонери, інвестори – дивіденди та зростання капіталу;
- 3) менеджмент лікарні – заробітна плата, влада, визнання, соціальні програми;
- 4) працівники, медичний та інший персонал – заробітна плата, соціальна захищеність;
- 5) органи державної влади – зайнятість, податки (приватних медичних закладів), дотримання нормативно-правових норм, сталий розвиток;
- 6) кредитори та постачальники – регулярні платежі, проценти за кредитами, гарантії платежів;
- 7) громадськість – робочі місця, добродійність, соціальна відповідальність, збереження навколишнього середовища.

Для врахування інтересів зацікавлених груп на основі отриманих результатів аналізу у стратегіях лікарень можна використати такі способи:

- 1) збалансування представництва зацікавлених груп у менеджменті організації;
- 2) врахування їх під час формування місії медичного закладу;
- 3) врахування під час формування завдань діяльності.

Аналіз витрат медичного закладу – проблема дослідження, яка стала особливо актуальною в умовах перетворення їх на неприбуткові комунальні підприємства, формування бюджету лікарні за рахунок різних джерел. Гострою є ця проблема для медичних закладів приватної форми власності. Для аналізу витрат необхідно сформулювати ланцюжок цінностей, який складається з [8] :

- 1) витрат на виробничо-господарську діяльність медичного закладу;
- 2) витрат постачальників засобів праці;
- 3) маркетингових витрат;
- 4) витрат, пов'язаних із споживанням медичних послуг.

Фактично ланцюжок цінності сучасного закладу охорони здоров'я, який має бути взятий до уваги при аналізі витрат – це система взаємозалежних видів діяльності, між якими існує зв'язок. Оскільки спосіб виконання одного виду діяльності, наприклад діагностики захворювання, впливає на витрати або ефективність іншого виду діяльності, наприклад, терапевтичного лікування, то об'єктом аналізу мають бути не лише витрати на кожен із них, але й взаємозв'язки між ними, що дасть можливість прийняти рішення щодо їх кращої координації, а відтак можливого скорочення часу на весь процес лікування.

При дослідженні проблем, пов'язаних з роботою персоналу, оцінкою психологічного клімату, якістю медичного обслуговування, результативними є різного роду методи спостереження, анкетування, інтерв'ювання, анкетного обстеження. Сутність **анкетного обстеження** полягає у зборі інформації за спеціально підготовленими анкетами від визначеного кола реципієнтів, що можуть оцінити досліджуване явище або предмет відповідно до свого фаху. Частіше всього застосовуються індивідуальні або вибіркові обстеження.

При підготовці анкети необхідно дотримуватися наступних вимог: зрозумілість, короткість і простота запитань, чітка визначеність характеру відповіді (однозначна, варіантна, відкрита, з обґрунтуванням чи без).

При формуванні анкети з однозначною відповіддю пропонується відповідь «так» – «ні», з варіантною – з попередньо заданою (2-3 відповіді), з відкритою – самостійно сформульованим опитуваною особою варіантом.

Для вивчення питання плинності кадрів в лікарні, наприклад, доцільним є використання анкети, зорієнтованої на виявлення причин звільнення, що передбачає також уточнення ініціатора звільнення:

- 1) за ініціативою працівника лікарні:
 - сімейні обставини;
 - низький рівень оплати праці;
 - незадоволеність умовами праці;
 - високий ризик захворювання;
 - незадовільні відносини з адміністрацією;
 - відсутність перспектив зростання;
 - віддаленість від місця проживання;
 - переїзд на інше місце проживання.
- 2) за ініціативою адміністрації:
 - відсутність можливості зайняти працівника за фахом;
 - порушення трудової дисципліни;
 - неякісне виконання службових обов'язків.

Анкетування зазвичай носить анонімний характер. Поряд з цим, в дослідженнях проблем організації діяльності закладу охорони здоров'я може використовуватися інтерв'ювання. Це процес виявлення відношення опитуваних стосовно того чи іншого явища, наприклад, організаційної культури закладу охорони здоров'я, що проводить безпосередньо дослідник. Як в першому, так і другому випадку лист опитування може мати, окрім запитань, орієнтовні оцінки опитуваного щодо кожного з винесених для дослідження питань. Так, зокрема, для виявлення проблем організаційної культури очима пацієнтів доцільними є такі запитання:

- 1) доступність медичної допомоги (наявність ліків, матеріально-технічне оснащення);
- 2) ставлення лікарів до пацієнтів (уважність, доброзичливість, відповідальність, сумлінність);
- 3) ставлення медичних сестер до пацієнтів (ввічливість, уважність, доброзичливість, відповідальність, сумлінність);
- 4) ставлення молодшого медичного персоналу до пацієнтів (ввічливість, уважність, доброзичливість, відповідальність);
- 5) професіоналізм та компетентність лікарів;
- 6) професіоналізм та компетентність медичних сестер;
- 7) доступність та повнота інформації про види медичних послуг та ціни на них за умови платності;
- 8) умови перебування в лікарні (комфортність, зручність, чистота);
- 9) чи доводилось довго чекати лікаря;
- 10) чи довго очікували в черзі на отримання призначених процедур?
- 11) чи мали місце корупційні дії з боку медичного персоналу?
- 12) ваші коментарі.

Для визначення підсумкового результату за визначеними позиціями пропонуються оцінки: «відмінно», «добре», «задовільно», «незадовільно». За сукупністю масиву показників, може бути запропонована шкала визначення результатів:

55-45 – «відмінно», 44-35 – «добре», 34-25 – «задовільно», < 25 – «незадовільно».

Враховуючи те, що сучасні заклади охорони здоров'я як неприбуткові комунальні, так і приватні є учасниками ринку медичних послуг, дослідники повинні володіти **методиками маркетингового аналізу** цього ринку. Для цього може використовуватися модель п'яти сил М. Портера, адаптуючи її до специфіки галузі охорони здоров'я. Вона дозволяє оцінити рівень та інтенсивність конкуренції у галузі, в тому числі на регіональному ринку медичних послуг чи сегменті ринку, наприклад в стоматології. Згідно з зазначеною моделлю до уваги мають бути взяті такі конкурентні сили: конкуренція між надавачами стоматологічних послуг, загрози медичних закладів, які надають такі послуги, загрози появи нових

конкурентів – надавачів зазначених медичних послуг на ринку, ринкові позиції постачальників медичного обладнання, інструментів, матеріалів, медичних препаратів, купівельна спроможність населення і його можливості в оплаті стоматологічних послуг. На основі отриманої інформації менеджмент закладу охорони здоров'я виробляє власну політику на ринку медичних послуг і в організації своєї діяльності (удосконалення взаємовідносин з постачальниками засобів виробництва, використання інновацій в технологіях надання стоматологічних послуг, у формуванні асортименту послуг, їх диференціація, зміна цін на послуги, покращення сервісної компоненти тощо).

5. Організація процесу наукового дослідження в закладі охорони здоров'я

В умовах реалізації медичної реформи сучасний медичний заклад має стати великою, багатопрофільною, а в багатьох випадках інноваційною, науково-дослідною організацією, призначеною не лише надавати медичну допомогу, здійснювати комплекс профілактичних заходів з оздоровлення і попередження захворювання, але й проводити дослідження, розробляти нові технології діагностики, лікування, реабілітації. Зазначені процеси мають бути обов'язковою компонентою організації діяльності закладу охорони здоров'я і належним чином організованими. Це стосується формування структурних підрозділів, врахування при побудові організаційної та функціональної структури медичного закладу такої складової змісту робіт.

Треба чітко розрізняти дві **складові організації наукових досліджень**: 1) формування організаційної структури наукової діяльності, 2) організація процесу виконання дослідження.

В сучасній практиці є різні варіанти розв'язання першої проблеми: інтеграція з науково-навчальним закладом і створення структури корпоративного типу, як от «Університетська лікарня», створення філіалів науково-дослідних інститутів, науково-дослідних центрів на базі великих клінік і лікарень, створення в складі організаційної структури закладу охорони здоров'я відповідного структурного підрозділу, введення в систему функціональних обов'язків заступників директора неприбуткового комунального підприємства охорони здоров'я функцій, пов'язаних з організацією наукових досліджень, закріплення їх у відповідних положеннях і посадових інструкціях.

Дослідження як процес – це сукупність організаційних, методичних і технічних прийомів, здійснюваних за допомогою певних процедур. Є різні підходи до структурування дослідницького процесу. Найбільш поширеним є його структурування з виділенням

наступних стадій: підготовча (організаційна), дослідницька, узагальнення, апробації і реалізації. За іншим підходом основними стадіями дослідницького процесу є: організаційна, дослідницька стадії, узагальнення, експериментальна перевірка та реалізація дослідження. З деталізацією процедур процес дослідження можна представити як наступний ланцюжок дій:

- 1) визначення проблеми та її конкретизація;
- 2) попередня розробка теоретичних положень;
- 3) вивчення стану проблеми;
- 4) уточнення об'єкта і предмета дослідження;
- 5) розробка гіпотези;
- 6) визначення мети і завдань дослідження;
- 7) визначення методологічної бази, методики і методів дослідження;
- 8) складання робочого плану;
- 9) опрацювання первинної і вторинної інформації (здійснення обрахунків, групувань, зведення в таблиці, графіки і т.п.);
- 10) формулювання висновків і пропозицій;
- 11) письмовий виклад результатів дослідження;
- 12) апробація, обговорення результатів, рецензування;
- 13) експериментальна перевірка і впровадження результатів.

Такий поділ є умовним, тому що, наприклад, експериментальна перевірка може мати місце не лише на завершальній стадії, але й на дослідницькій стадії, аналогічно – апробація та інші процедури.

На організаційній стадії особливо важливим завданням є вибір проблеми дослідження, обґрунтування теми і гіпотези дослідження. Зокрема, серед проблем в галузі організації і менеджменту охорони здоров'я такими на сьогодні є:

- реформування інституційного базису управління охороною здоров'я; становлення і модернізація менеджменту закладів охорони здоров'я;
- розвиток регіональних ринків медичних послуг; менеджмент фінансового забезпечення медичного обслуговування населення;
- формування інститутів страхової медицини;
- кадровий менеджмент в умовах медичної реформи; інноваційний менеджмент в закладі охорони здоров'я;
- управління якістю медичного обслуговування в закладі охорони здоров'я, менеджмент електронної системи охорони здоров'я.

При виборі теми наукового дослідження треба дотримуватися певних **критеріїв**, до яких слід віднести: актуальність; наукова новизна; очікувана ефективність результатів; відповідність теми профілю наукових досліджень (менеджмент закладів охорони здоров'я, публічне управління системою охорони здоров'я); перспективність теми, можливість виконання

на обраній емпіричній базі; ступінь відповідності науковій компоненті освітньо-професійної або освітньо-наукової програми (якщо виконавцем є студент); можливість виконання на обраній емпіричній базі.

В рамках обраної теми визначається об'єкт, предмет і гіпотеза дослідження, формулюється мета та завдання дослідження. **Об'єкт наукового дослідження – це процес або явище, що породжує проблемну ситуацію, яку доцільно дослідити і на концептуальному рівні вирішити.** Таким об'єктом в сфері охорони здоров'я може стати процес трансформації її системи, організація функціональної діяльності закладу охорони здоров'я загалом, або його структурних підрозділів тощо.

Предмет у науковому дослідженні – це явище або процес, що знаходиться в межах об'єкта та розглядається як елемент, частина об'єкта дослідження. Так, зокрема, в рамках об'єкта дослідження «Організація функціональної діяльності закладу охорони здоров'я» предметом дослідження можуть стати: проектування організаційної структури закладу охорони здоров'я вторинного рівня медичної допомоги; управління змістом робіт закладу охорони здоров'я в сфері профілактики захворювань; ресурсне забезпечення функціональної діяльності центральної дитячої лікарні; організація дослідницької діяльності в закладі охорони здоров'я; модернізація інформаційного забезпечення діяльності закладу охорони здоров'я; інклюзивний підхід у менеджменті закладу охорони здоров'я; сучасні форми підвищення кваліфікації персоналу в закладі охорони здоров'я; формування корпоративної культури в закладі охорони здоров'я; регламентування робіт середнього медичного персоналу в закладі охорони здоров'я та інші.

Процедура обґрунтування гіпотези передбачає: накопичення інформації і висунення припущення; формулювання гіпотез; перевірка гіпотези на практиці і її корегування.

На організаційній стадії здійснюється також робота зі створення умов, необхідних для виконання досліджень.

Це передбачає первинне ознайомлення з джерелами інформації, роботу з бібліотечними каталогами та різними базами даних. Це вимагає також створення відповідного робочого місця. При цьому враховуються вимоги ергономіки: наявність робочого приміщення (кабінету, лабораторії, кімнати, бібліотеки), робочої зони (письмовий стіл, шафа, стелаж, стілець, розміщення предметів, освітлення, температура, вологість повітря), належного звукового поля, наявність необхідної техніки.

Дослідницька стадія процесу дослідження організації діяльності закладу охорони здоров'я, охоплює низку дослідницьких робіт, пов'язаних з поглибленим вивченням друкованих і не друкованих джерел, аналізом документів.

За класифікаційними ознаками друковані джерела інформації, що використовуються в дослідженнях з організації діяльності та менеджменту

медичного закладу, можна розділити на такі :

- наукові (результати наукових досліджень в сфері медицини і менеджменту);
- науково-популярні (відомості з різних галузей науки і техніки);
- офіційні (нормативно правові акти України);
- довідкові (професійні довідники);
- виробничі (матеріали ,що представляють знання з методик лікування, організації процесів надання медичної допомоги в різних структурних підрозділах, інформацію економічної служби, служби маркетингу, служби кадрів і юридичної служби);
- патентно-ліцензійні (засвідчують право на використання інтелектуальної власності в сфері технологій діагностики, лікування, профілактики, реабілітації);
- рекламні (інформація про кращі практики лікувальної та адміністративної діяльності в медицині).

Застосування сучасних комп'ютерних технологій в отриманні і обробці необхідної для дослідження інформації, не виключає потреби аналізу документальних джерел – положень, колективних договорів, посадових інструкцій, правил внутрішнього трудового розпорядку, клінічних протоколів, методик, які є в арсеналі медичного закладу.

Збір і обробка інформації в процесі дослідження є доволі трудомістким процесом. Він охоплює: її систематизацію, оцінку придатності, перевірку достовірності і значущості, зіставлення даних з різних джерел, обробку з застосуванням електронних систем автоматизації ведення обліку медичних послуг та управління медичною інформацією. Широкі можливості для досліджень в сфері охорони здоров'я надає впровадження системи «E-Health», яка є системою інформаційних технологій, методів, інструментів, що використовуються на всіх рівнях системи охорони здоров'я, в науковій, медичній, лабораторній, фармацевтичній практиці, в задоволенні потреб пацієнтів на зручне і оперативне обслуговування. Ця система забезпечує роботу з медичними даними в електронному вигляді, надає якісну аналітику, підвищує доступність дослідників до необхідних даних.

Завершальними стадіями процесу наукового дослідження є систематизація результатів дослідження, підготовка звіту про науково-дослідну роботу, анотованого звіту, реферату. **Суть звіту полягає у викладі відомостей про об'єкт дослідження, які є необхідними і достатніми для розкриття сутності науково-дослідної роботи та її результатів.** Структурно він складається з трьох основних частин : теоретичної (огляд теоретичних положень і позицій науковців щодо теми), аналітичної (аналіз емпіричних матеріалів про об'єкт і предмет дослідження), конструктивної (розробки і пропозиції дослідника / дослідників, що виражають ступінь досягнення мети дослідження).

Реферат може бути представлений як науковий, що містить письмовий виклад висунутої гіпотези, системи доказів, результатів експерименту, отриманих здобутків, а також як інформативний, що є коротким письмовим викладом наукової праці, який висвітлює стисло її зміст. Загалом, окрім наукового звіту і реферату, результати дослідження засвідчують: монографія, наукові статті у зарубіжних і вітчизняних виданнях за профілем дослідження, включаючи тих, що індексуються в міжнародних базах даних Scopus, WoS, Index Copernicus та ін., дисертація. Захист результатів дослідження відбувається, згідно з прийнятим порядком.

Проведення наукових досліджень як складова організації діяльності закладу охорони здоров'я є джерелом нових знань і підґрунтям для імплементації інновацій в діяльність закладу. **Ефект досліджень, як складової діяльності медичного закладу – це сукупність здобутих наукових, економічних і соціальних результатів.** Відповідно, розрізняють три види ефективності наукових досліджень:

– економічна (визначається економією живої і уречевленої праці в системі надання медичної допомоги і медичних послуг, одержаної в результаті проведеного наукового дослідження, вираженої у вартісних показниках і зіставленої з затратами на виконання науково-дослідної роботи);

– науково-технічна (відображає приріст нових знань технологіях діагностики, лікування, реабілітації, в методах і формах організації виробничих (обслуговуючих) процесів);

– соціальна (виявляється в поліпшенні життєвих факторів споживачів медичних послуг, системи охорони їх здоров'я, покращенні демографічних показників, зниженні інвалідності і смертності, підвищенні тривалості життя).

ТРЕНІНГОВИЙ БЛОК

Питання для самоконтролю знань

1. Чим обумовлено введення до системи організації діяльності закладу охорони здоров'я такої компоненти як організація наукової діяльності?
2. Що таке наукове дослідження?
3. Що таке методологія наукових досліджень?
4. Які рівні методології наукових досліджень застосовуються в дослідженнях сфери охорони здоров'я?
5. Які методологічні підходи застосовуються в дослідженнях

- проблематики організації діяльності та менеджменту закладу охорони здоров'я?
6. В чому полягає суть системного аналізу як основного методу системного підходу до дослідження?
 7. Які методи можна використати в дослідженні діяльності закладу охорони здоров'я?
 8. Які методи відносяться до груп економічного і функціонального аналізу діяльності закладу охорони здоров'я?
 9. Як структурується процес організації наукових досліджень?
 10. Що є об'єктом наукових досліджень в закладі охорони здоров'я?
Що може бути предметом наукових досліджень в системі організації діяльності і менеджменту закладу охорони здоров'я?

Практичні завдання

Завдання 1

На основі діагностики проблем діяльності Вашого медичного закладу визначте тему наукового дослідження, обґрунтуйте її актуальність, мету і завдання, уточніть об'єкт, предмет і сформулюйте попередню гіпотезу дослідження.

Завдання 2

Використовуючи відомі Вам методи збору інформації, зберіть інформацію, яку Ви будете використовувати у процесі свого наукового дослідження, та здійсніть її узагальнення з використанням графічних способів.

Проаналізуйте динаміку змін показників (чисельність пролікованих пацієнтів, обсяг наданих медичних послуг, середньорічна чисельність персоналу, в тому числі за категоріями: лікарі, сестринський персонал, молодший медичний персонал, інші категорії, середньомісячна заробітна плата, в тому числі за категоріями).

Завдання 3

Використовуючи інформацію про Ваш заклад охорони здоров'я, та на основі проведення додаткового дослідження (експертного опитування) здійсніть, за технікою SWOT, аналіз внутрішнього та зовнішнього середовища досліджуваної організації та побудуйте SWOT-матрицю.

Для проведення оцінки експертами складіть анкету – питальник. Отриману на основі анкетування інформацію узагальніть на основі відомих Вам методів статистичної обробки даних експертного опитування.

Завдання 4

Використовуючи методи спостереження, зокрема анкетування проведіть оцінювання організаційної культури Вашого закладу охорони здоров'я.

Для цього розробіть дві анкети: 1) «Організаційна культура закладу охорони здоров'я очима пацієнтів», 2) «Організаційна культура закладу охорони здоров'я очима персоналу».

Проведіть опитування і узагальнення отриманих даних.

Зробіть висновок про тип організаційної культури Вашого закладу охорони здоров'я.

ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ

1. Наукове дослідження – це:

- а. інтелектуальна, творча діяльність, спрямована на здобуття і використання знань;
- б. спосіб застосування старого знання для здобуття певного знання;
- в. вчення про принципи, форми і способи науково-дослідної діяльності;
- г. цілеспрямоване пізнання, результати якого виступають як система понять, законів і теорій.

2. Дайте визначення дефініції «гіпотеза». Гіпотеза – це:

- а. припущення, висунуте для пояснення будь-яких явищ або причин, які зумовлюють даний наслідок;
- б. інтуїтивне пояснення явища без проміжної аргументації, на основі якого робиться висновок;
- в. думка, в якій за допомогою зв'язку понять стверджується або заперечується щось;
- г. система ідей, спрямованих на тлумачення того чи іншого явища.

3. Дайте визначення дефініції «судження». Судження – це:

- а. припущення, висунуте для пояснення будь-яких явищ;
- б. інтуїтивне пояснення явища без аргументації, на основі якого робиться висновок;
- в. думка, в якій за допомогою зв'язку понять стверджується або заперечується що-небудь;
- г. система ідей, спрямованих на тлумачення того чи іншого явища.

4. Методологія наукового дослідження – це :

- а. інтелектуальна творча діяльність, спрямована на здобуття і використання нових знань;
- б. спосіб застосування старого знання для здобуття нового знання;
- в. вчення про принципи, форми і способи наукової діяльності;
- г. цілеспрямоване пізнання, результати якого виступають як система понять, законів, теорій.

5. Системний підхід – це :

- а. один із головних напрямів методології спеціального наукового пізнання та соціальної практики, мета і завдання якого полягають у дослідженні певних об'єктів як складних систем;
- б. категорія, що трактується як інтеграція, синтез огляду окремих сторін явища або об'єкта;
- в. засіб дослідження і розробки будь-яких об'єктів, що доволіно називаються системою, котрі не є органічним цілим;
- г. вираження процедур подання об'єкта як непов'язаних окремих складових систем та способів їх розробки.

6. Оберіть правильне визначення системного аналізу:

- а. це загальні положення, що відображають відношення, абстраговані від конкретного змісту наукових і прикладних проблем;
- б. це процедура проведення системного дослідження, що полягає в розчленуванні проблеми на її складові, які доступні для вирішення, у використанні адекватних спеціальних методів для розв'язання окремих підпроблем і, зрештою, в об'єднанні часткових рішень таким чином, щоб проблема була вирішена загалом про природу і суспільство;
- в. це об'єктивна єдність закономірно пов'язаних один з одним предметів, явищ, а також знань;
- г. це сукупність знань, умінь, та навичок дослідження систем.

7. Вкажіть, яке із визначень характеризує поняття «синергетика»:

- а. науковий напрямок, що вивчає зв'язки між елементами системи (підсистемами), які утворюються у відкритих системах (біологічних, фізико-хімічних, економічних, соціальних і т.ін.) завдяки інтенсивному (потоківому) обміну речовинами і енергією з навколишнім середовищем з нерівноважних умов;
- б. стійка впорядкованість і зв'язки між елементами та підсистемами, відтворює найсуттєвіші зв'язки між елементами та підсистемами, що мало змінюються при змінах в системі та забезпечують

- існування як системи в цілому, так і її складових;
- в. частина системи, що виконує специфічну функцію та є неподільною з точки зору виконуваного завдання;
 - г. наявність визначеної організації, що проявляється у зменшенні ентропії (невизначеності) системи.

8. Оберіть правильне визначення поняття «система»:

- а. це загальні положення, що відображають відношення, абстраговані від конкретного змісту наукових і прикладних проблем;
- б. це процедура проведення системного дослідження, що полягає в розчленуванні проблеми на її складові;
- в. це об'єктивна єдність закономірно пов'язаних один з одним предметів, явищ і знань про природу і суспільство;
- г. це довільне поєднання окремих елементів та інституційних одиниць.

9. Дайте визначення дефініції «науковий факт». Науковий факт – це:

- а. визначення змісту, суті того, що досліджується;
- б. система поглядів, теоретичних положень, основних думок щодо об'єкта дослідження, які об'єднані певною головною метою;
- в. думка, виражена в загальній формі;
- г. подія чи явище, яке є основою для висновку.

10. Науковий результат – це:

- а. наукова і науково-технічна діяльність, спрямована на здобуття і використання знань для практичних ідей;
- б. нове знання, зафіксоване на носіях наукової інформації;
- в. наукова, теоретична та експериментальна діяльність, спрямована на здобуття нових знань про закономірності розвитку і взаємозв'язку природи, суспільства, людей;
- г. нове конструктивне чи технологічне рішення, яке впроваджується або може бути впроваджене в суспільну практику.

ГЛОСАРІЙ

Актуальність (від лат.aktualis – дійсний, сучасний) – означає необхідність, важливість вирішення в цей час.

Аналіз – це метод пізнання, в основу якого покладені різні прийоми і способи розчленування системи на складові елементи.

Аналогія – метод наукового дослідження, з допомогою якого досягається пізнання одних предметів і явищ на основі їх подібності з іншими.

Гіпотеза – це припущення, висунуте для пояснення будь-яких явищ або причин, які зумовлюють даний наслідок.

Гносеологія (від грецького – знання, вчення) – теорія пізнання, що досліджує вихідні умови та загальні основи будь-якого дослідження.

Графічний метод – систематизація та наочне подання (у виглядів графіків, діаграм, картограм, логічних схем) інформації, отриманої внаслідок збору даних, групування, проведення аналізу, синтезу нових показників, прогнозування розвитку подій та моделювання ситуації.

Економічний аналіз – науковий спосіб пізнання сутності економічних явищ через визначення їх структури, змісту та взаємозв'язків.

Маркетинговий аналіз – вид аналізу, спрямований на вивчення ринкових позицій та зовнішнього економічного (товарного) середовища.

Мета дослідження – це кінцевий результат, на досягнення якого воно спрямоване.

Метод (від гр. methdos – шлях дослідження, теорія, вчення) – спосіб досягнення конкретного завдання дослідження.

Метод експертних оцінок – спеціальним чином організований збір суджень, оцінок та пропозицій експертів певної галузі, знань, їх аналіз, зведення та формулювання отриманого результату.

Методика – сукупність методів, пов'язаних спільністю вирішення окремих проблем.

Методологія наукового дослідження – вчення про принципи, форми і способи науково-дослідної діяльності, сукупність методів, прийомів, процедур, що застосовуються в тій чи іншій галузі знань.

Моделювання – дослідження за допомогою умовних зображень об'єктів або їх аналогів.

Монографічний опис – спостереження, яке застосовується для детального вивчення типових об'єктів.

Наукове дослідження – інтелектуальна, творча діяльність, спрямована на здобуття і використання знань.

Науковий результат – нове знання, одержане у процесі фундаментальних або прикладних досліджень, зафіксоване на носіях наукової інформації. **Науковий факт** – це подія або явище, яке є основою для наукового висновку. **Об'єкт наукового дослідження** – це процес або явище, що породжує проблемну ситуацію чи вимагає отримання більш детального знання. **Предмет наукового дослідження** – явище або процес, що знаходиться в межах об'єкта та розглядається як елемент, частина об'єкта.

Принцип пізнання – те, що покладено в основу розуміння, вивчення дійсності.

Прогнозування – дослідження, що базується на всебічному аналізі ретроспективи розвитку і має на меті наукове обґрунтування можливого стану об'єкта в майбутньому.

Програмно-цільовий метод – один із способів розробки програм розвитку економічних і інших систем.

Система (від гр. – з'єднання, складання) – це об'єктивна єдність закономірно пов'язаних один з одним предметів, явищ та знань про природу і суспільство.

Системний підхід – сукупність загальнонаукових методологічних принципів і способів наукового пізнання, в основі якого лежить орієнтація на вивчення і розкриття цілісності об'єкта як системи.

Стохастичний аналіз – метод дослідження зв'язків між факторами та результативним показником, що носять вірогідний (кореляційний) характер.

Стратегічний аналіз – метод визначення ключових характеристик очікуваної економічної системи.

Умовивід – розумова операція, за допомогою якої з певної кількості заданих суджень виводиться інше.

Управлінський аналіз – дослідження теоретичних основ та практичних результатів функціонування організації з метою побудови ефективної системи управління нею.

Функціонально-вартісний аналіз – метод системного аналізу об'єкта, орієнтований на оптимізацію співвідношення витрат на виконання певних функцій і результату від виконання цих функцій.

Література

1. Мельник А.Ф. Навчально-методичний комплекс з дисципліни «Методологія наукових досліджень» для слухачів освітнього ступеня «магістр» спеціальностей 074 Публічне управління та адміністрування», 073 «Менеджмент», 2017р. 148с.
2. Мельник А.Ф., Лаврів Л.А. Методологія системного підходу та наукових досліджень : навчально-методичний посібник. Тернопіль, ТНЕУ, 2013. 244 с.
3. Методологія наукових досліджень : підручник для бакалаврів, магістрантів і асп. екон. спец. вищ. навч. закл. Освіти. К. : АБУ, 2002. 480 с.
4. Краус Н. М. Методологія та організація наукових досліджень : навч.-метод. посібник. Полтава : Оріяна, 2012. 182 с.

5. Марцин В.С. Наукознавство: підручник. К.: УБС НБУ, 2007. 579 с.
6. Радіонова І. Ф. Методологія наукових досліджень: прикладний аспект: навч. посіб. К.: КНЕУ, 2010. 106 с.
7. Юринець В. Є. Методологія наукових досліджень : навч. посіб. Л. : ЛНУ ім. І. Франка, 2011. 180 с.
8. Стеченко Д.М., Чмир О.С. Методологія наукових досліджень: Підручник. – 2-е вид., перероб. і доп. – К.: Знання, 2007. – 317 с.
9. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я / кол. Монографія за науковою ред. д.е.н. Шкільняка М.М., д.е.н. Желюк Т.Л. Тернопіль, Крок.2020. 560 с.

РОЗДІЛ III. НАУКОВІ ЗАСАДИ ОРГАНІЗАЦІЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Рекомендовані питання для розгляду:

- 1. Організація як універсальна категорія: основні підходи.**
- 2. Властивості закладу охорони здоров'я як організації.**
- 3. Принципи функціонування закладу охорони здоров'я як організації.**
- 4. Заклад охорони здоров'я як соціальна організація.**
- 5. Внутрішнє середовище закладу охорони здоров'я як організаційної системи.**
- 6. Зовнішнє середовище закладу охорони здоров'я як організаційної системи.**
- 7. Організація діяльності закладу охорони здоров'я як система процесів.**
- 8. Поняття структури закладу охорони здоров'я та принципи її побудови.**

1. Організація як універсальна категорія: основні підходи

Заклад охорони здоров'я є одним із важливих видів організації, на діяльність яких поширюються теоретичні засади організаційних систем та організаційних процесів. Тому при розгляді наукових засад його діяльності важливим є розгляд загальних підходів до функціонування організацій, що розглядаються теорією організації.

Організації оточують сучасну людину впродовж усього її життя, в організаціях – дитячих садах, школах, закладах охорони здоров'я, університетах, адміністративних установах, клубах, партіях більшість людей проводять величезну частину свого часу. Організації створюють продукцію і послуги, споживаючи які людське суспільство живе і розвивається; організації (державні установи) визначають порядок життя в суспільстві та контролюють його дотримання; організації (громадські) є засобом виразу наших поглядів і інтересів.

Поняття «організація» належить до провідних категорій організаційної науки.

Суть поняття «організація» можна визначити: по-перше, як «внутрішню впорядкованість, узгодженість, взаємодію більш-менш диференційованих та автономних частин цілого, обумовлену її будовою»; по-друге, як «сукупність процесів або дій, що призводять до утворення і вдосконалення взаємозв'язку між частинами цілого»; по-третє, як «об'єднання людей, що спільно реалізують деяку програму або ціль та діють на основі певних процедур і правил».

Якщо перші два визначення взаємодоповнюють один одне і характеризують організацію як універсальне явище, відображаючи деякий стан та процес, то останнє має вужчий, соціальний додаток стосовно людських організацій. Таким чином, в найзагальнішому випадку під організацією слід розуміти впорядкований стан елементів цілого та процес з їх впорядкування в доцільну єдність.

Як видно з наведеної схеми (рис. 1), організація може розглядатися в статичній та динамічній. У статичній – це деяке цілісне утворення (соціальне, технічне, фізичне, біологічне), що має цілком певну місію. У динамічній вона виступає у вигляді різноманітних процесів з впорядкування елементів, формування та підтримки цілісності природних об'єктів, що створюються або вже функціонують. Ці процеси можуть складатися з цілеспрямованих дій людей або з природних фізичних процесів, тобто мати самоорганізуючий початок.

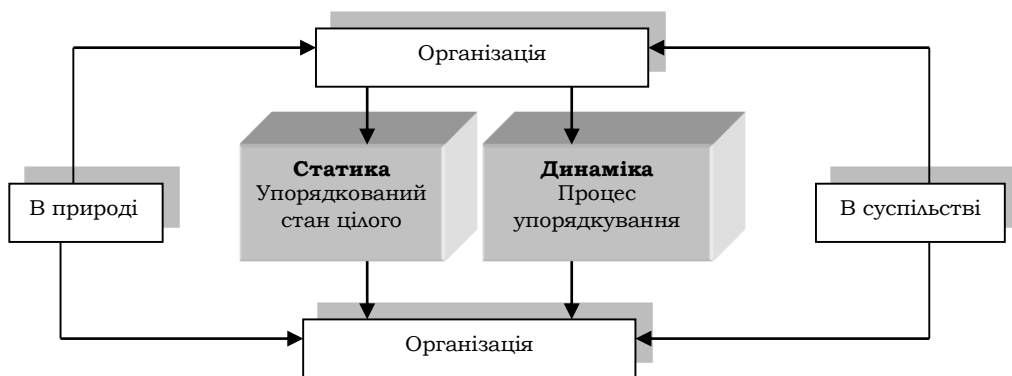


Рис. 1. Структурне уявлення поняття «організація»

Таким чином, існує два підходи до визначення організації:

1) організація як система – це внутрішня впорядкованість, узгодженість та взаємодія частин цілого, що обумовлена його побудовою та цілями.

2) організація як процес – це сукупність цілеспрямованих дій, що призводять до утворення необхідних зв'язків. Встановлення кількісних і якісних просторово-часових зв'язків є сутністю організації як процесу.

Саме організаційна творчість природи і свідомо організаційна діяльність людини, що всебічно досліджуються крізь призму організаційного досвіду, і складають суть наукових засад діяльності закладу охорони здоров'я.

2. Властивості закладу охорони здоров'я як організації

Сутність закладу охорони здоров'я як організаційного процесу або системи визначається не стільки формою його представлення, скільки внутрішнім змістом, що відображає можливості використання та розвитку його потенціалу. Основоположним виявом сутності закладу охорони здоров'я як організації є його властивості як сукупність проявів, що відображають загальні, характерні і специфічні риси організації.

Саме властивості розкривають та виражають потенціал будь-якої організації, обумовлюючи можливість її функціонального застосування та змістовної взаємодії з іншими процесами і системами.

Дослідження властивостей закладу охорони здоров'я як організації здійснюються універсально, незалежно від її природи, прояву, використання та взаємодії. Це необхідно для того, щоб виділити основоположні, дійсно організаційні, властиві як процесам, так і системам загальні властивості, що описують їх реальні прояви та перспективний потенціал функціонування і розвитку.

Перші властивості виявляються вже у визначенні організації як об'єктивних, суб'єктивних або змішаних процесів і систем. Так, визначенням суб'єктивної організації виокремлюється властивість цілеспрямованості.

Цілеспрямованість – орієнтація закладу охорони здоров'я як організації на постановку та досягнення бажаного, можливого й необхідного стану. Це обумовлено роллю суб'єкта і застосуванням принципу примату цілі, що виокремлює цілепокладання як перший крок в організації будь-якого суб'єктивного процесу. Цілеспрямованість суб'єктивної організації відображає цільову природу її виникнення, структуру дерева цілей, закладену в основі виокремлення та побудови процесів, підпроцесів і циклів відповідно до стратегічних, тактичних, оперативних, локальних й часткових цілей, їх підпорядкування загальній цілі даного циклу, оцінку ефективності його здійснення за ступенем її досягнення.

Застосування принципу перманентності визначення цілі стає одним з чинників формування, становлення і розвитку відповідної властивості суб'єктивної організації. Власне **перманентність** (властивість закладу охорони здоров'я як організації, яка характеризує безперервне, постійне, здійснення чогось, що продовжується), як одна з визначальних характеристик закладу охорони здоров'я як організації обумовлюється вже самою процесуальною природою його побудови і функціонування, визначається місцем і роллю складової розвитку в моделі його представлення та закріплюється вирішальним значенням в забезпеченні кінцевої результативності організації. Разом з тим властивість перманентності вказує на постійний розвиток як об'єктивної, так і суб'єктивної організації, що здійснюється незалежно від бажання суб'єкта.

Властивістю, що структурно формує заклад охорони здоров'я як організацію, є **дискретність** (переривчастість, виокремленість складових

організації), що відображає поелементний, поетапний підхід до її проектування, формування, функціонування, сприйняття та представлення.

Періодичне повторення об'єктивно сталої або цілеспрямовано сформованої послідовності перетворень в закладі охорони здоров'я як організації представляє таку його конструкційну особливість, як **циклічність** (періодичне повторення певної послідовності).

Саме циклічність передбачає, обумовлює та розкриває властивість **реверсивності** (повернення до повторення початкового стану) організації як процесу. Сутність її полягає у поверненні до попередніх дій. При цьому необхідно розуміти, що йдеться не про можливість «двічі увійти до однієї і тієї ж річки», а про необхідність оптимізації й повторення пройденого на основі цілеспрямованого або випадкового повернення до попереднього. Тут адекватне розуміння властивості реверсивності відкриває конструктивні можливості в підвищенні ефективності сприйняття, оцінки та управління процесом організації на основі повторення, адаптації і застосування штатних, типових, аналогічних рішень, наприклад за алгоритмом «цикл в циклі». Реверсивність спочатку використовувалася людиною в процесі аналізу того, що відбулося, виправлення допущеного, коректування того, що відбувається. Це зробило використання цієї властивості особливо важливим в організації дослідницьких та оперативних дій людини.

Функціонуючи в часі, закладу охорони здоров'я як організація перш за все характеризується такою його властивістю, як **оперативність** (швидкість, своєчасність). Причому під оперативністю як властивістю закладу охорони здоров'я як організації тут розуміється не стільки швидкість, скільки адаптація, відповідність, синхронізація ритмів, темпів, швидкості здійснення процесу організації динамічними характеристиками розвитку ситуації, оперативно необхідним умовам досягнення запланованого результату. Оперативність процесу обумовлює необхідність своєчасного та адекватного врахування організаційних змін. Таку характеристику часто називають мобільністю, м'якістю, активністю, але найточніше її суть розкриває поняття *гнучкості* (здатність закладу охорони здоров'я як організації до адаптації, модернізації, реформації). Гнучкість закладу охорони здоров'я як організації в значній мірі визначає або обумовлює її здатність до пристосування, переорієнтації, зміни. Вона відіграє важливу коректуючу роль в конкретній організації як для процесів, так і для систем. Це обумовлено адекватним сприйняттям даного терміну як в статичних, так і в динамічних ситуаціях, визначенням з його допомогою найважливішого ресурсу формування, розвитку та регулювання змін, широким діапазоном його застосування у зв'язку з необхідністю проведення оперативної корекції процесу організації, що вже здійснюється.

Одним з важливих конструктивних проявів потенціалу реверсивності та ресурсу гнучкості закладу охорони здоров'я як організації є таке його властивість, як **ротаційність** (переміщення по циклічній траєкторії), що розуміється як можливість взаємної перестановки, заміни складових процесу в ході його здійснення. Саме у ній полягає могутній ресурс регенерації, реорганізації, реформування організаційних відносин між складовими на основі аналізу їх альтернативного функціонування після проведення взаємного, послідовного або зустрічного заміщення. Цілі та умови формування і мобілізації даного ресурсу достатньо різноманітні, від необхідності зіставлення та перевірки ходу і результатів процесу до проведення експерименту або інновації, але значення властивості ротаційності в процесі організації незмінно велике. Саме ця якість організації, її всебічне дослідження та цілеспрямоване використання визначають виключно високий потенціал саморегулювання процесу, його реорганізації, регенерації. Більш того, ротаційність забезпечує широкі можливості пошуку, апробації, модернізації та застосування форм і методів інноваційної організації за аналогією або на основі вже відпрацьованих процедур, циклів, дій. Це виявляється у вдосконаленні розподілу, оцінці модернізації та закріпленні вже напрацьованих ефективних методів і засобів її побудови.

Найрізноманітніші форми відносин і взаємодії між індивідуумами властиві переважній більшості процесів та систем сучасного світу. Цю характеристику, зокрема, розкриває **корпоративність** (схильність до групової асоціації і кооперації), що відображає соціальну природу і характер відповідних організацій цивілізації. Причому навіть об'єктивна організація сьогодні так чи інакше використовується та розвивається в умовах корпоративної взаємодії соціуму, що накладає на ці процеси істотний відбиток. Властивість корпоративності знаходить широке віддзеркалення в зв'язках і залежностях законів та принципів організації, активно розкривається і реалізується в процесах і системах суб'єктивної і змішаної організації найширшим спектром неоднозначних тенденцій і наслідків, виражає суть процесів та систем соціального розвитку.

У реальному житті прагматичне розуміння та застосування терміну «організація» спочатку відповідає встановленню зв'язків між елементами або системами в процесі їх взаємодії. У цьому сенсі **комунікаційність** (здатність, схильність до взаємозв'язку) як властивість закладу охорони здоров'я як організації відображає його структурно-процедурну основу, ресурс побудови та розвитку необхідних можливостей реалізації певних схем, процедур, моделей конфігурації, її орієнтацію на встановлення взаємозв'язку. Відображаючи виняткову різноманітність навколишньої реальності, комунікаційність обумовлює варіаційний імовірнісний характер, суть та зміст палітри розвитку зв'язків організації як широке

поле формування можливих форм та процедур її здійснення. Певною мірою саме комунікація, будучи основним ресурсом, провідником організації, обумовлює необхідну різноманітність її формування, функціонування і розвитку.

Потенціал різноманітності закладу охорони здоров'я як організації значною мірою зумовлює становлення та розвиток такої його властивості, як **композиційність** (можливість побудови адекватної організації шляхом цілеспрямованого складання її з елементів). Відображаючи дію відповідного закону, композиційність обумовлює розкриття та реалізацію потенціалу різноманітності архітектоніки побудови і здійснення найширшого спектру моделей цілеспрямованої реалізації зв'язків складових організації. Композиційність дозволяє безпосередньо вносити та послідовно удосконалювати змістовну різноманітність в проектування, побудову і модернізацію організаційної структури управління. Вона забезпечує ефективне досягнення або відображення цілеспрямованості структури, формує її концепцію, домінанту, ієрархію побудовою конкретної композиції елементів і зв'язків організації.

Вивчення, тиражування, розповсюдження способів та моделей побудови закладу охорони здоров'я як організації передбачає його адаптацію до конкретних цілей, ресурсів і умов. Цей процес спирається на таку характерну та істотну властивість організації, як **комбінаторність** (потенціал, ресурс можливих способів з'єднання), що відображає потенційні можливості розробки застосування різних варіантів побудови та здійснення процесів і систем організації з вже відомих і використовуваних модулів. Разом з тим вона визначає стійку здатність складових ефективно організації формувати різноманітні комбінації взаємозв'язків залежно від реальних умов та чинників.

На практиці властивості комунікаційності, композиційності і комбінаторності закладу охорони здоров'я як організації найчастіше розглядаються та реалізуються в тісному взаємозв'язку у вигляді основних складових єдиного і комплексного інноваційного підходу та ресурсу формування, функціонування і розвитку нових організацій. Саме ними визначається перспектива організаційних змін, їх зміст, спрямованість і ефективність.

Однак визначальним інноваційним ресурсом закладу охорони здоров'я як організації є **селективність** (здатність організації до вдосконалення шляхом відбору, закріплення і розвитку необхідних якостей). Селективність закладу охорони здоров'я як організації обумовлює дослідження, вибір, освоєння, закріплення, вдосконалення і розвиток позитивного потенціалу, що забезпечує досягнення бажаного синергетичного ефекту. І якщо в суб'єктивній і змішаній організації це стає однією з її цільових якостей, то в об'єктивній організації властивість селективності є фундаментальною,

реалізуючись в процесі природного відбору, що забезпечує її поступальний розвиток. При цьому суб'єктивна реалізація потенціалу селекції багато в чому спирається на принципи розвитку об'єктивного відбору, що відображає загальність цієї властивості організації.

Наведені та розкриті вище властивості закладу охорони здоров'я як організації дозволяють представити формування і розвиток їх основних складових у вигляді наступної комплексної моделі (рис. 2).

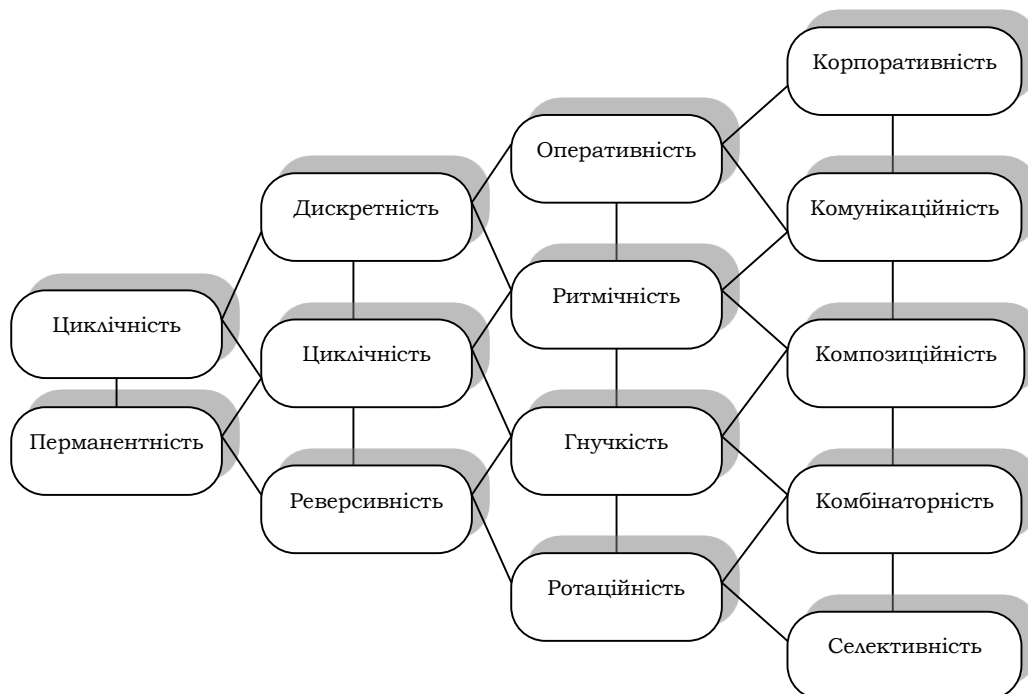


Рис. 2. Класифікація загальних властивостей закладу охорони здоров'я як організації

Запропонована класифікація властивостей закладу охорони здоров'я як організації є відкритою, розгорненою системою, орієнтованою на всебічне вдосконалення та розвиток. Більш того, вона в якомусь сенсі провокує обґрунтування та виділення нових якостей та рівнів, побудову оригінальних моделей, що розкривають і уточнюють сутність, характер і властивості організації як процесу. Разом з тим вона дозволяє визначити взаємозв'язок і залежність специфічних властивостей закладу охорони здоров'я як організації в послідовності їх виокремлення, реалізації і спадковості, визначити і сформулювати їх дефініції, що останнім часом особливо активно і різноманітно здійснюють учені і практики.

Так, властивість закладу охорони здоров'я як організації поступово формувати та закріплювати нові якості стає ресурсом самовдосконалення, що визначається як **інгресивність** (поступове формування організацією нових якостей її складових). Цей потенціал організації не просто розширює,

але істотно розвиває її селективність, оскільки ґрунтується не тільки на відборі, але і, в першу чергу, на цільовому синтезі принципово нових здатностей складових організації, обумовлених змінами зовнішніх та внутрішніх умов її формування, функціонування і розвитку.

Здатність до внутрішнього об'єднання якостей елементів в процесі самоорганізації є потенціалом, що послідовно розвивається і використовується та визначає **кон'югованість** (здатність до внутрішнього обміну та об'єднання якостей елементів і організацій). Ця властивість розкриває виключно перспективні ресурси внутрішнього вдосконалення та розвитку організацій. На її основі формуються, функціонують і розвиваються всі сучасні системи та процеси самоорганізації, кооперації, самоврядування, самовдосконалення та вільного розвитку організацій в ринкових умовах. Ця властивість стає основним конструктивним ресурсом побудови та здійснення оригінальних моделей еволюційних перетворень соціально-економічних систем.

Наростаюча здатність закладу охорони здоров'я як організацій до активної, безпосередньої та опосередкованої взаємної комутації, адаптації і пристосовності елементів та систем в рамках самоорганізації визначається як **кореляційність** (здатність до активізації взаємозв'язку). Ця властивість є необхідною основою формування широкої виробничої кооперації, інтерактивної ринкової взаємодії, вільного створення і розвитку взаємодії в рамках загального конкурентного середовища.

У закладах охорони здоров'я як організаціях широко використовується здатність елементів до активізації, адаптації та мобілізації максимального функціонального потенціалу в умовах самоорганізації, що забезпечує досягнення оперативної та локальної мети. Ця властивість називається **егресивністю** (досягнення максимального рівня реалізації якостей організації). Забезпечувана цією властивістю максимальна віддача кожного елемента та всієї організації в цілому є стратегічним орієнтиром, що визначає можливості її подальшого вдосконалення та розвитку.

Ефект блискавичного цілеспрямованого формування (запозичення) і застосування нових якостей закладу охорони здоров'я як організації, що є основним інноваційним ресурсом індивідуума, визначається як **емерджентність** (оперативна мобілізація нових якостей). Це властивість, як і егресивність, перш за все використовується соціально-економічними організаціями, що стикаються з різноманітними кризовими ситуаціями. На її використанні так чи інакше ґрунтуються більшість програм виведення організацій з кризи шляхом диверсифікації, конверсії, освоєння нових сегментів ринку. У реальних умовах розвитку кризової ситуації оперативна мобілізація прихованих, формування та використання нових якостей організації нерідко стають єдиним ресурсом реорганізації. Найчастіше він

мобілізується та використовується в процесі реструктуризації, розділення, розмежування кризової організації на низку часткових, зокрема достатньо успішних формувань. Це дозволяє виділити проблемні складові, зосередити увагу на їх подальшій долі, розробити конкретні шляхи реорганізації, застосувати достатньо широкий спектр найрізноманітніших організаційних рішень.

В цілому склад і взаємозв'язок сукупності властивостей закладу охорони здоров'я як організації, що визначають та розкривають його системний потенціал, можуть бути представлені таким чином (табл. 1).

У представленій класифікації відображені якості, що вимагають певного пояснення. Перш за все серед них виділяється група загальних якостей, що безпосередньо визначають організаційний характер будь-якого об'єднання. До них відносяться цілісність, комплексність, конструктивність, стійкість та відособленість, що визначають властивості організації та обумовлюють формування і розвиток вищенаведеного ряду її специфічних якостей.

Таблиця 1

Властивості закладу охорони здоров'я як організації

Загальні	Соціальні	Синергічні
цілісність	цілеспрямованість	місія
комплексність	концептуальність	архітектоніка
конструктивність	ієрархічність	формалізованість
стійкість	консервативність	толерантність
відособленість	корпоративність	кон'югованість
обмеженість	проблемність	інгресивність
репродуктивність	мотивованість	саморегулювання
дискретність	ротаційність	циклічність
гнучкість	оперативність	реверсивність
адаптивність	інноваційність	емерджентність
інваріантність	конкурентність	егресивність
інтегративність	комунікативність	кореляційність

У цьому переліку загальних властивостей закладу охорони здоров'я як організації виокремлюються:

- **обмеженість**, що визначає межі реалізації організації і прояву її властивостей;
- **репродуктивність**, що обумовлює найважливіший ефект відтворення організації;
- **адаптивність**, що забезпечує можливість пристосування організації;
- **інваріантність**, що розкриває палітру різноманітності реалізації організації;
- **інтегративність**, що відображає входження кожної організації у відповідну макроорганізацію.

Група цих загальних для всіх закладів охорони здоров'я як організацій властивостей багато в чому обумовлює ресурси їх функціонування та розвитку, визначає можливості вдосконалення і зміни.

Систему соціальних властивостей закладу охорони здоров'я як організації формують наступні якості:

- **концептуальності**, що відображає певні уявлення суспільства про конкретну організацію;
- **ієрархічності**, що розподіляє підпорядкованість та повноваження різних рівнів організації;
- **консервативності**, що виражає прагнення більшості індивідуумів до стабільності та передбаченості;
- **проблемності**, що реалізує порівняльні начала соціального підходу до організації;
- **мотивованості**, що розкриває внутрішню, спонукальну природу будь-якої соціальної організації;
- **інноваційності**, що формує різноманіття необхідних форм організації;
- **конкурентності**, що обумовлює висунення, закріплення та розвиток суспільством найбільш перспективних форм організації;
- **інтегративності**, що відображає стійку тенденцію соціальної організації до об'єднання учасників, складових, ресурсів, тенденцій;
- **кореляційності**, що характеризує готовність складових соціальної організації до найрізноманітнішої взаємодії.

Систему синергічних властивостей закладу охорони здоров'я як організації відкриває поняття «місія», яке застосовується, як правило, тільки до соціальних систем. Виконання місії організації багато в чому визначається рівнем розвитку такого її важливої синергічної властивості, як архітектоніка. Саме вона стратегічними можливостями розвитку, ресурсами різноманітності побудови та перетворення конфігурацій організації обумовлює потенціал її самовираження і перспективи вдосконалення. Разом з тим архітектоніка чином об'єднує складові в загальну конструкцію на основі місії.

Особливого значення набуває така важлива синергічна властивість закладу охорони здоров'я як організації, як **саморегулювання**. Його роль в забезпеченні стійкого функціонування і розвитку організації важко переоцінити, оскільки дія закону самозбереження багато в чому ґрунтується саме на цій якості. Власне саморегулювання відображає, з одного боку, абсолютно необхідний ресурс стабілізації, а з іншого – найважливіший потенціал вдосконалення кожної організації.

Наведена класифікація виділяє конструктивний взаємозв'язок між загальними, соціальними і синергічними властивостями прояву самоорганізації як системи, що забезпечує основний потенціал функціонування та вдосконалення індивідуума. Цей взаємозв'язок

виявляється та реалізується в найрізноманітніших формах закладу охорони здоров'я як організації, зміст яких стає функцією об'єктивного і суб'єктивного розвитку суспільства.

Так, виділення в представленій класифікації системи синергічних властивостей не тільки акцентує увага на цільових якостях закладу охорони здоров'я як організації, але і вибудовує їх причинно-наслідкову ієрархію, аналогічну його дереву цілей. І дійсно, якщо місія ідентифікується на рівні глобальної цілі організації, то архітектоніка, формалізованість та толерантність обумовлюють її стратегічну стабільність, а подальші властивості – відповідні тактичні, оперативні, локальні та часткові рівні цілей її функціонування і розвитку.

Подібна диспозиція неминуче зумовлює дискретизацію наведених властивостей, виокремлення та розвиток їх часткових і специфічних проявів на кожному з рівнів, побудову складних конфігурацій взаємодії якостей, що розвиваються та обумовлюють, врешті-решт, появу принципово нових організацій. Саме цим шляхом формувався, еволюціонував і відпрацьовувався мережевий підхід до побудови взаємодії закладів охорони здоров'я та інших організацій на основі властивостей саморегулювання, емерджентності, егресивності та кореляційності в умовах інтенсивного розвитку ринкових відносин.

3. Принципи функціонування закладу охорони здоров'я як організації

Принципи закладу охорони здоров'я як організації безпосередньо впливають із законів та закономірностей управління. На думку більшості дослідників, *принцип* є оптимальним правилом (нормою), яке сформульоване людьми та носить об'єктивний характер.

Принципи закладу охорони здоров'я як організації є відображенням об'єктивних закономірностей практики управління. Вони визначають вимоги до конкретної системи, структури та організації. Відповідно до цих вимог утворюються органи управління, встановлюються взаємини між їх рівнями, між організаціями і державою, застосовуються певні методи управління. Не слід вважати, що принципи організації є догмою. Економічне життя суспільства не стоїть на місці, вона змінюється. Разом із зміною реалій господарювання зазнають зміни і принципи організації.

Узагальнюючи ці підходи, можна підрозділити принципи на загальні – для всіх організацій і ситуацій, часткові та ситуативні – характерні тільки для певної сфери або ситуації в діяльності організації, і, крім того, принципи, характерні для певного стану організації, – динамічного або статичного.

Окрім цього, в літературі принципи організації розподіляють на три групи:

1) структурні принципи (розподіл праці, єдність мети та управління, співвідношення централізації та децентралізації, влада і відповідальність);

2) принципи процесу (справедливість, дисципліна, винагорода персоналу, корпоративний дух, єдність команд, підпорядкування головному інтересу);

3) принципи кінцевого результату (порядок, стабільність, ініціатива).

Структурні принципи забезпечують чітку взаємодію між загальними цілями та завданнями, з одного боку, і їх розподіл на більш часткові та дрібні – з іншого, сприяючи правильному підбору та призначенню керівників підрозділів, закріпленню за ними відповідних повноважень і відповідальності, а також об'єднанню підрозділів ланцюгом цільових команд.

Принципи процесу зумовляють характер та зміст діяльності керівників, їх взаємини з підлеглими, особливо це відноситься до принципів справедливості і винагороди персоналу. Принцип дисципліни обумовлює встановлення стабільних відносин між організацією та різними групами співробітників. При порушенні останніми дисциплінарних норм і розпорядку роботи повинно бути обґрунтоване застосування санкцій та підпорядкування особистих інтересів загальним. Відповідно до принципів єдності команд підлеглий повинен мати тільки одного начальника. Такий зв'язок і взаємодію необхідно враховувати при проектуванні організаційних структур.

Принципи кінцевого результату визначають оптимальні характеристики організації. Правильно сформована і цілеспрямовано спрямована організація повинна характеризуватися порядком та стабільністю, а її співробітники повинні проявляти ініціативу і сумлінність при виконанні своїх обов'язків.

Об'єднуючи різні підходи, до загальних принципів закладу охорони здоров'я як організації можна віднести: принцип зворотного зв'язку; принцип розвитку; принцип змагальності, конкуренції; принцип додатковості; три принципи відповідності – відповідність цілей та ресурсів, відповідність розпорядництва та підпорядкування, відповідність ефективності діяльності та економічності; принцип оптимального поєднання централізації і децентралізації виробництва і управління; принцип прямого зв'язку; принцип ритмічності; принцип синхронізації (системний принцип).

Принцип зворотного зв'язку. Соціально-економічні системи є в основному відкритими та нерівноважними системами. Порушення рівноваги в них можливо унаслідок найрізноманітніших причин або

випадкових збурень. Незалежно від природи керованих об'єктів (механічних, біологічних, соціальних) їх регулювання можливе за принципом зворотного зв'язку.

Будь-яка система управління складається з двох провідних підсистем – керуючої та керованої. Між ними є різноманітні комунікаційні зв'язки, що є відповідними каналами передачі управлінської інформації від суб'єкта до об'єкту та навпаки. Циркуляція управлінської інформації між двома підсистемами – керуючою та керованою – дозволяє встановлювати співвідношення між інформацією на вході і виході керованої системи. Зіставлення рівнів інформації дає можливість оцінити стан як керованої підсистеми в цілому, так і окремих її елементів. Зворотний зв'язок може бути позитивним, таким, що підсилює дію сигналу узгодження, і негативною, при якій дія небажаного узгодження повинна бути нейтралізована.

Принцип зворотного зв'язку не можна розуміти однобоко як результат функціонування системи в одному режимі (або позитивний, або негативний зворотний зв'язок). Оцінка інформації суб'єктом управління повинна бути оперативною та достовірною – тільки в цьому випадку не відбудеться втрати якості управління.

Принцип розвитку. Це один з провідних загальних принципів організаційних систем (взагалі всіх матеріальних систем). Розвиток – необоротна спрямована зміна системи. Розрізняють дві форми розвитку: *еволюційну*, таку, що характеризується поступовими кількісними та якісними змінами; *революційну*, таку, що є стрибкоподібним неусвідомленим переходом від одного стану системи, процесу управління до іншого.

Існує прогресивний і регресивний розвиток (зміна). Прогресивний і регресивний розвиток може охоплювати спочатку не всю систему в цілому, а тільки який-небудь її компонент, і лише з часом соціально-економічна система зазнає повною мірою якісних змін.

Принцип змагальності, конкуренції. Практика підтверджує, що життєздатність соціальної системи залежить від ступеня розвитку змагальних, конкурентних начал. Конкуренція виявляє найбільш результативні, ефективні шляхи соціально-економічного розвитку. Це виражається в порівнянні, відборі та впровадженні найбільш ефективних методів господарювання та управління.

Командно-адміністративна система управління не дозволяла розвиватися конкуренції, гальмувала прояв приватної ініціативи, монополізувала виробництво різних товарів і послуг. Дана система перейшла на «млявий біг», а потім до деградації та застою. Якийсь час в економічній науці принцип конкуренції ігнорувався. Стверджувалося, що в умовах соціалістичної системи господарювання її прояв завдає економіці великої шкоди.

Конкурентні відносини суперечливі: механізм конкуренції формує соціальні пріоритети свободи вибору, активної дії на ухвалення сміливих, продуктивних управлінських рішень. Одночасно конкуренція може зробити і негативний вплив на роботу деяких організацій, привести їх до банкрутства. Особливо небезпечна так звана недобросовісна конкуренція, тобто застосування в процесі боротьби з конкурентами недозволених економічних прийомів або навіть силових акцій. Принцип здорової конкуренції – це двигун соціально-економічної системи, розвиток якої необхідно стимулювати.

Принцип додатковості. У організаційних системах поєднуються, з одного боку, об'єктивні, стійкі тенденції, запрограмовані, рівноважні, організовані, прогнозовані начала, а з іншого боку, випадкові, нестійкі, нерівноважні, стихійні, самовільні, імовірнісні, непрогнозовані начала. Вони доповнюють один одного. Їх діалектична взаємодія визначається як принцип додатковості, суть якого – амбівалентний підхід до розкриття функціонування та розвитку організаційних систем.

Принцип відповідності цілей і ресурсів. Ключові цілі, прийняті в закладі охорони здоров'я як організації, повинні своєчасно забезпечуватися ресурсами. Даному принципу відповідає програмно-цільова технологія процесу виробництва та розроблення рішень. Вона полягає у передачі на виконання завдань (цілей, задач) з вказівкою засобів, методів і часу їх виконання, з організацією зовнішнього або внутрішнього контролю проміжних станів цього виконання. Професіоналізм виконання завдання визначається кваліфікацією керівника, що видав завдання, а кваліфікація виконавця відіграє вторинну роль. Програмно-цільова технологія, як правило, гарантує досягнення поставленої мети. Використання даної технології зазвичай призводить до досягнення мети в заданий термін при прийнятних відхиленнях в забезпеченні ресурсами. Програмно-цільова технологія формує управління за попередженням, а не за результатами.

Принцип відповідності розпорядництва та підпорядкування. У кожного працівника повинні бути один лінійний керівник та будь-яка кількість функціональних при виконанні конкретної роботи. Лінійний керівник може виконувати адміністративні, технологічні та патронажні функції. Функція вважається адміністративною, якщо серед процедур, що її складають, пріоритетною є процедура «Ухвалення рішення» або «Затвердження рішення». Для технологічної функції – це наявність серед процедур, що її складають, пріоритетних процедур: «Підготовка рішення», «Узгодження» або «Організація виконання рішення». Якщо в наборі немає пріоритетних процедур, то це патронажна функція. Наявність адміністративної загальної або конкретної функції управління додає їй цього ж статусу.

Принцип відповідності ефективності діяльності і економічності. Для кожного закладу охорони здоров'я як організації повинна бути знайдена відповідність між ефективністю і витратами. Пріоритет повинен належати ефективності. У основі поняття ефективності лежить слово «ефект», що означає враження, що справляється ким-небудь на кого-небудь. Ефект може бути організаційним, економічним, психологічним, правовим, етичним, технологічним та соціальним. Зазвичай ефект (результат) порівнюють з витратами за допомогою порівняних показників. Різниця між поточними та попередніми витратами характеризує економічність. Якщо витрати зменшилися – це позитивна економічність, а якщо збільшилися, то це негативна економічність. В результаті ефективність може бути визначена як ступінь впливу різниці витрат на різницю результату, тобто економічності на різницю результату.

Принцип оптимального поєднання централізації і децентралізації. Необхідно знайти якнайкраще поєднання обсягів адміністративних, технологічних і патронажних функцій виробництва та управління. Потреба людини у владі, самовираженні і самопрояві спонукає багато керівників підсилювати централізацію виробництва та управління. Це свідчить про наявність «синдрому великої організації», за якого істотно зростають труднощі як у виробництві, так і в управлінні. Даний принцип вимагає вчасного проведення об'єднання або роз'єднання організацій або підрозділів. Зовнішніми сигналами для проведення цієї роботи є зростання витрат на управлінський апарат, зростання незапланованих звільнень персоналу.

Принцип прямого зв'язку. Цей принцип означає, що виробничі та інформаційні процеси повинні протікати найкоротшим шляхом, щоб уникнути додаткових витрат і спотворень. Якщо як приклад узяти інформацію, то її достовірність та цінність також безпосередньо залежать від вибраного шляху доставки. Так, спочатку абсолютно достовірною та дуже цінною інформацією, пройшовши довгий шлях і поступивши до користувача надто пізно, може до цього моменту виявитися недостовірною та такою, що дезорієнтує.

Принцип ритмічності. Виробничі та інформаційні процеси повинні відбуватися із заданим рівнем рівномірності протягом заданих часових інтервалів. Ритмічність забезпечує узгодженість продуктивності праці на різних ділянках єдиного технологічного процесу.

Принцип синхронізації (системний принцип). Серед виробничих та інформаційних процесів або підрозділів необхідно виділити постійний або тимчасовий центр синхронізації, під режим діяльності якого повинні підлаштовуватися інші процеси або підрозділи організації. Динаміка ринкових відносин вимагає достатньої гнучкості в організації бізнес-процесів: щось слід тимчасово або постійно підсилувати, щось ослабити,

когось виокремити та надавати йому найбільшу підтримку, а когось такої підтримки позбавити. Цей принцип сприяє реалізації іншого принципу – «пріоритету структур над функціями в організаціях, що діють». Замість того щоб змінювати склад структури, її можна переорієнтувати на нові підрозділи або процеси.

4. Заклад охорони здоров'я як соціальна організація

Існують біологічні, фізичні, технічні організації. Заклад охорони здоров'я є підвидом **соціальної організації – складної динамічної відкритої цілеспрямованої керованої системи, що створена людиною, у функціонуванні яких людина відіграє активну роль.**

Для того, щоб з'ясувати сутність закладу охорони здоров'я як соціальної організації насамперед необхідно розглянути поняття «соціальна система».

Соціальною називається система, в яку входить людина або яка призначена для людини.

Загальні системоформуючі чинники соціальних систем: загальна ціль всієї сукупності компонентів; підпорядкування цілей кожного компоненту загальній цілі системи та усвідомлення кожним елементом своїх завдань і розуміння загальної цілі; виконання кожним елементом своїх функцій, обумовлених поставленим завданням; відносини субординації і координації між компонентами системи; наявність принципу зворотного зв'язку між керуючою та керованими підсистемами.

Першим, найважливішим компонентом соціальних систем є людина – істота перш за все суспільна, свідома, пов'язана з іншими людьми різноманітними відносинами та формами взаємодії. В процесі праці люди об'єднуються в групи, артілі, соціальні прошарки, спільності та організації. Наявність людського компоненту – головна відмінність соціальної системи від інших цілісних систем.

Друга група компонентів соціальної системи – процеси (економічні, соціальні, політичні, духовні), сукупність яких є зміною станів системи в цілому або в якійсь частині її підсистем. Процеси можуть бути прогресивними та регресивними. Вони викликані діяльністю людей, соціальних і професійних груп.

Третя група компонентів соціальної системи – речі, тобто предмети, залучені до господарського і суспільного життя, так звані предмети другої природи (виробничі будівлі, знаряддя і засоби праці, комп'ютерна техніка, засоби зв'язку та управління, технологічні пристрої, створені людиною, що використовуються нею в процесі виробничої, управлінської і духовної діяльності).

Четверта група компонентів соціальної системи має духовну

природу – це суспільні ідеї, теорії, культурні, етичні цінності, звичаї, ритуали, традиції, вірування, які знову-таки обумовлені діями та вчинками різних суспільних груп і окремих індивідів.

Залежно від сутності, призначення, місця в суспільстві, типу організації, функцій, відносин з середовищем можна виділити деякі основні рівні соціальних систем.

Найширший і складний рівень – все суспільство (українське, американське, китайське та ін.), сукупність членів цього суспільства і весь комплекс суспільних відносин – економічних, політичних, власне соціальних, духовних та економічних. У цьому найширшому розумінні соціального конкретного суспільства виступає як динамічна соціальна система.

Другий рівень соціальних систем – співтовариства, об'єднання людей меншого порядку (нації, стани, соціальні та етнічні групи, еліти, поселення).

Третій рівень соціальних систем – організації, що діють в реальному секторі економіки (кредитно-фінансові установи, наукові, науково-освітні фірми, корпорації, громадські об'єднання).

Четвертий (первинний) рівень соціальних систем – цехи, бригади, ділянки, професійні групи, кафедри, відділи та інші підрозділи в рамках організації. Їх відмінна особливість полягає в безпосередніх контактах кожного з кожним.

Суспільству властиві й інші системні утворення, наприклад адміністративно-територіальні, що мають декілька рівнів: загальнодержавний, регіональний (область, район), муніципальний (місто, селище, село). Кожний з рівнів у свою чергу є складною системою з безліччю різних компонентів, специфічною структурою, функціями, органами управління. Інший вид формування систем – за сферами суспільного життя: економічна, політична, соціальна і духовна. Наприклад, економіка – це промисловість, сільське господарство, транспорт, зв'язок, будівництво. Промисловість, сільське господарство у свою чергу поділяються на галузі, підгалузі, а ті – на корпорації, фінансово-промислові групи, фірми, підприємства (малі, середні, великі), цехи, ділянки, відділи, бригади. Політична сфера – це держава (законодавчі, виконавчі та судові органи), громадські об'єднання (політичні партії, суспільно-політичні рухи). Духовна сфера – засоби масової інформації, культурні фонди, творчі союзи, наукові професійні асоціації.

Соціальні організації об'єднують діяльність людей в суспільстві. Взаємодія людей через соціалізацію створює умови і передумови для вдосконалення суспільних та виробничих відносин. Існують різні підходи до поняття «Соціальна організація» (рис. 3).

Під поняттям «соціальна організація» можна розуміти штучне об'єднання інституційного характеру, призначене для виконання певної

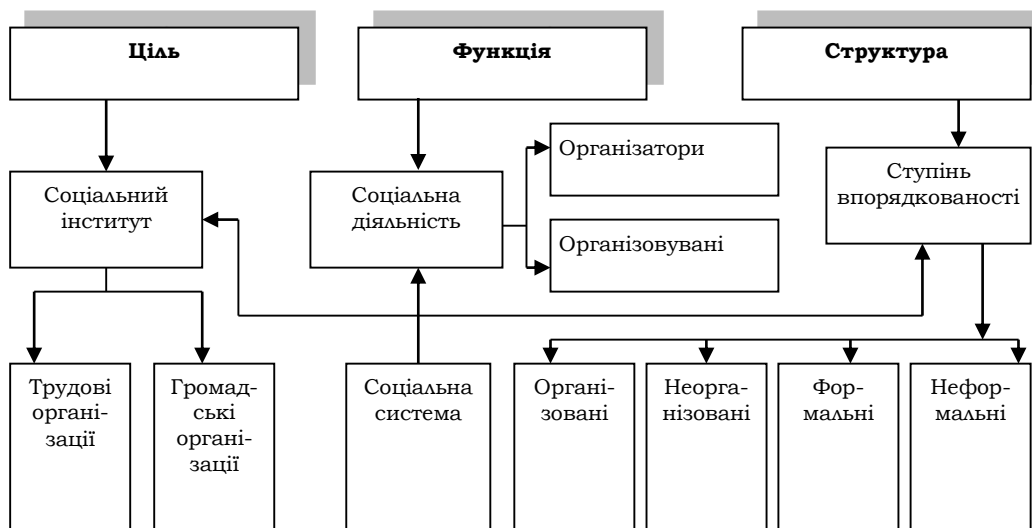


Рис. 3. Підходи до поняття «соціальна організація»

функції. У цьому сенсі соціальна організація має свій соціальний статус. В даному випадку організація виступає як цільовий об'єкт, цільова спільність, в якій досягнення загальної мети визнається за можливе тільки через досягнення індивідуальної мети, і навпаки, досягнення індивідуальної мети стає можливим тільки через висунення та досягнення загальної мети.

Термін «соціальна організація» використовується для характеристики ступеня впорядкованості об'єкту, тобто для виявлення його структури та типу зв'язків цілого та його частин. У даному сенсі цей термін зазвичай вживається для позначення організованих та неорганізованих систем, формальних і неформальних організацій.

Соціальній організації властиві соціальні властивості, до яких відносяться: організаційні цілі і функції, ефективність результатів, мотивація і стимулювання персоналу. Організація формується як соціальне середовище, що включає соціальні групи, статуси, норми, відносини лідерства. Соціальна організація є одним з найбільш розвинених видів соціальної системи.

На практиці соціальні системи реалізуються у формі організацій, компаній, фірм, установ, закладів, органів. Виділяють різні види соціальних організацій: соціально-економічні, соціально-політичні, соціально-освітні. Кожний з цих видів має пріоритет власних цілей (табл. 2).

Соціально-економічна організація характеризується наявністю соціальних і економічних зв'язків між працівниками. До **соціальних** зв'язків відносяться: міжособові, побутові відносини; відносини за рівнями управління; відносини до людини громадських організацій. До

економічних – матеріальне стимулювання і відповідальність, прожитковий мінімум, пільги та привілеї. Співвідношення цих зв'язків відіграє вирішальну роль при створенні або діагностиці стану організації.

Таблиця 2

Цілі соціальних організацій

Види соціальних організацій	Цілі
Соціально-економічні	<i>Головна ціль:</i> одержання максимального прибутку на користь засновників
Соціально-культурні	<i>Головна ціль:</i> реалізація естетичних установок; <i>вторинна ціль:</i> одержання максимального прибутку
Соціально-освітні	<i>Головна ціль:</i> задоволення потреб клієнтів в інформації та знаннях <i>вторинна ціль:</i> одержання прибутку

При організації або реорганізації організації можна скористатися таблицею впливу рівнів вказаних зв'язків на стан організації (табл. 3).

Таблиця 3

Вплив рівня зв'язків на стан організації

Соціальні зв'язки	Економічні зв'язки		
	<i>слабкі</i>	<i>середні</i>	<i>сильні</i>
Слабкі	Нестійка організація	Слабка організація	Конфліктна організація
Середні	Слабка організація	Середня організація	Середня організація
Сильні	Конфліктна формальна і сильна неформальна організація	Середня організація	Сильна організація

У організації відбуваються об'єктивні (природні – за економічними, управлінськими та організаційними законами) та суб'єктивні (штучні – за волею людини або суспільства) процеси. До об'єктивних відносяться процеси спаду і піднесення в діяльності організації, процеси, пов'язані із законами організацій. До суб'єктивних – процеси, пов'язані з реалізацією технологічних, економічних, управлінських та інших рішень суб'єктів управління.

Сутність закладу охорони здоров'я як соціальної організації можна зобразити такою залежністю:

**Заклад охорони здоров'я як соціальна організація = Колектив +
Матеріально-технічна база + Фінанси + Інформаційне
забезпечення + Трансформаційний процес.**

Трансформаційний процес характеризує перетворення ресурсів в організації, що надходять із ззовні, в певний кінцевий результат, який може виступати у формі товару в матеріально-речовій формі чи послуги. Особливим видом послуги є управлінські послуги, що виробляються органами державної влади та органами місцевого самоврядування. Заклади охорони здоров'я продукують медичні послуги.

Як видно із наведеної залежності, центральним елементом соціальної організації є колектив, проте не можна ототожнювати колектив з усією соціальною організацією. Колектив – це об'єднання всіх працівників організації, що здійснюють спільну трудову діяльність. Організація не може існувати без колективу та включає колектив як свою основу. Показники багатьох складових, що входять в організаційну систему, залежать від складу та настрою колективу. Колектив може бути повністю замінений, проте організація продовжить своє існування.

З іншого боку повністю автоматизовану структуру, що функціонує без участі людини не можна визнати соціальною організацією. Прикладом такої організації можуть бути повністю автоматизовані магазини, що набули поширення в Японії, які працюють без продавців і касирів. Приватне підприємство, в якому працює тільки одна людина, теж не можна вважати організацією, оскільки воно позбавлене основної складової організації – колективу.

5. Внутрішнє середовище закладу охорони здоров'я як організаційної системи

Заклад охорони здоров'я як організація є відкритою системою, що складається з численних взаємозалежних частин, що тісно переплітаються із зовнішнім світом. У даному питанні розкриваються найбільш істотні внутрішні змінні закладу охорони здоров'я як організації, кожна з яких відіграє важливу роль в забезпеченні його ефективного функціонування. Внутрішні змінні в більшості своїй є результатом діяльності менеджерів та знаходяться під їх впливом. **Внутрішні змінні – це частини самої організації, ситуативні чинники всередині неї, склад та взаємозв'язки складної системи – організації.**

Склад є сукупністю елементів, що створюють систему. У нього включаються тільки елементи даної системи, що є компонентами першого рівня. Проте ґрунтовне дослідження системи передбачає також і поглиблене вивчення складових її елементів. Цим пояснюється використання поняття складу в широкому сенсі, тобто в нього входять і складові самих елементів системи – компоненти другого, а потім третього та інших рівнів. У цьому сенсі склад організації може включати і відділи, й підвідділи, і цехи, й ділянки, і бригади.

Таким чином, склад містить в собі декомпозицію системи,

розчленування єдиного цілого на елементи. **Структура**, навпаки, забезпечує композицію системи, з'єднання окремих складових в єдине ціле. Вона встановлює роль, місце та призначення елементів в системі, їх розташування і взаємовідносини між собою, характер, форми та ступінь впливу на інші елементи. Встановлення ролі, місця та призначення елементів в системі забезпечується:

- через зв'язки безпосередньої взаємодії – з ким і як взаємодіють; яка дія є сильнішою, могутнішою, пріоритетнішою;
- через відносини підрядності – визначення місця в структурній ієрархії;
- через визначення ваги, впливовості, орієнтованості при зіставленні параметрів різних елементів системи та встановленні відповідних пропорцій.

Очевидно, що певний склад організації зумовлює можливі варіанти формування її структури. У свою чергу певній структурі відповідають і конкретні варіанти компонентного складу організації. Проте відповідність між складом та структурою закладу охорони здоров'я як організації не є повною, відсутня жорстка закріпленість конкретної структури за певним складом організації. За однакового складу можуть бути різні, іноді значно відмінні структури.

Організація може мати різний компонентний склад навіть в межах однієї і тієї ж цільової орієнтації, одного і того ж функціонального призначення, одних і тих же умов діяльності (підприємства, що мають тотожні цілі і що випускають ідентичну продукцію, можуть мати різний склад підрозділів). Це ще більш підсилює багатоваріантність структури організацій. Структура є однією з найважливіших, але не єдиною, характеристикою закладу охорони здоров'я як організаційної системи. Тому виділяють різні чинники внутрішнього середовища організації: структура, цілі, завдання, технології, персонал, спільні цінності, стиль організації, фінансова система, інформаційна система, стратегія, навички персоналу, бізнес-процеси, влада, культура організації та деякі інші параметри.

Одним з підходів до угруповання чинників внутрішнього середовища може бути визначення їх через певні сторони загальних характеристик, параметрів – це наявність загальних цілей, перетворення ресурсів, залежність організації від зовнішнього середовища, розподіл праці, утворення підрозділів, необхідність та наявність органу, що управляє. У цьому сенсі дані чинники можна згрупувати таким чином (табл. 4). Аналіз табл. 4 дозволяє зробити висновок, що дослідники роблять акцент в основному на одному критерії – перетворенні ресурсів. Це пов'язано з тим, що організація й створюється для перетворення ресурсів в кінцевий результат. Крім того, необхідно відзначити певний взаємозв'язок і взаємообумовленість чинників, що не дозволяє кожний з

них жорстко віднести тільки до однієї групи. Наведене в табл. 4 угруповання чинників внутрішнього середовища засноване на системному і ситуативному підходах і характеристиці організації як єдиного цілого, такого, що має свої загальні зі всіма організаціями специфічні риси.

Таблиця 4

Групування чинників внутрішнього середовища закладу охорони здоров'я як організації

Критерій класифікації	Найменування чинника
Наявність загальних цілей	Цілі, спільні цінності
Перетворення ресурсів	Персонал, технологія, фінансова система, інформаційна система, бізнес-процеси
Залежність організації від зовнішнього середовища	Стиль організації, стратегія
Розподіл праці	Навички персоналу, завдання
Утворення підрозділів	Структура
Необхідність і наявність органу, що управляє	Влада
Інші	Культура організації

Окрім цієї класифікації можна використовувати поділ чинників на об'єктивні і суб'єктивні, ґрунтуючись на тому, що заклад охорони здоров'я як організація є соціотехнічною системою. До групи **об'єктивних чинників** внутрішнього середовища відносяться структура, цілі, завдання, технологія, фінансова система, інформаційна система, стратегія, бізнес-процеси, а також персонал. До групи **суб'єктивних чинників**, що визначаються характеристиками та відносинами людей в організації, – спільні цінності, стиль організації, навички персоналу, влада, культура організації.

Крім цього, розглядаючи організацію як перетворювальну систему, можна розподілити всі чинники на три групи: входу (ресурси); виходу (результати); процесу перетворення (виробництво).

Існують різні підходи до виокремлення параметрів внутрішнього середовища закладів охорони здоров'я як організацій. Основними внутрішніми змінними організації є цілі, структура, завдання, технологія і люди.

Цілі – конкретні кінцеві стани або бажаний результат, якого прагне добитися група, працюючи разом.

У організації можуть бути різноманітні цілі. Наприклад, щоб отримати прибуток, бізнесмени та менеджери організацій повинні сформулювати цілі в таких сферах, як обсяги продажів (частка ринку), розробка нової продукції, ціни на неї, якість послуг, підготовка та відбір

персоналу. Некомерційні організації також мають різноманітні цілі, але, ймовірно, більше уваги приділяють соціальній відповідальності. Орієнтація, що визначається цілями, пронизує все подальші рішення керівництва. Підрозділи організації мають власні конкретні цілі, які повинні робити свій внесок для досягнення цілі всієї організації та не суперечити одна одній.

Всебічно обґрунтована ціль слугує початковим пунктом та організуючим чинником ухвалення рішення. Ціллю може бути намічене завдання або умова, що послужила причиною ухвалення рішення. Ціль вказує напрям. Якщо відомо, в якому напрямі потрібно йти, то шлях набагато полегшується. Через встановлення цілей можна впливати на події. Ціль повинна бути конкретною, об'єктивною, реальною, передбачати дії, мати відповідне вимірювання.

Цілі підрозділяються на короткострокові, проміжні, довгострокові, за черговістю досягнення, великі й малі (за критерієм витрат ресурсів), такі, що конкурують, незалежні та додаткові. Класифікація цілей дозволяє встановлювати пріоритети, тобто одним цілям віддавати перевагу, а інші відкладати. Залежно від зміни умов, можливостей, досягнутих результатів цілі можуть залишатися тими ж, коректуватися або мінятися. Нові цілі з'являються також в результаті аналізу інформації, рішень попередніх років, тобто на основі висновків. Розглядаються нові альтернативи: чи ведуть вони швидше до досягнення цілі, що для цього додатково потрібно. Якщо вимоги нових альтернатив високі та найближчим часом не можуть бути задоволені, то встановлюються короткострокові, але досяжні цілі. До досягнення великої і складної цілі йдуть поступово, починаючи з тих, що мають найбільший пріоритет. При цьому фіксують досягнення проміжної цілі.

Структура організації – це логічний взаємозв'язок та взаємозалежність рівнів управління і підрозділів, побудована в такій формі, яка дозволяє найефективніше досягати цілей організації. Характерною рисою організації є розподіл праці. Структура організації закріплює горизонтальний і вертикальний розподіл праці в ній. Як конкретно здійснити розподіл праці в організації? Це питання відноситься до найістотніших управлінських питань. Вибір підрозділів визначає структуру організації і, отже, можливості її успішної діяльності. Вертикальний розподіл праці створює ієрархію управлінських рівнів в організації.

Центральною характеристикою цієї ієрархії є формальна підлеглість осіб на кожному рівні. Число осіб, підлеглих одному керівникові, називається сферою контролю. Чим більше сфера контролю, тим менше (за інших рівних умов) рівнів управління створюється в організації, і навпаки. Сфера контролю в організації часто варіюється в значній мірі як за рівнями управління, так і

за підрозділами. Ідеальної сфери контролю не існує.

Як найважливіша організаційна характеристика, структура є сукупністю зв'язків і відносин, що склалися в системі між її елементами. Отже, структура – це організаційна характеристика системи, що є сукупністю стійких системоутворюючих зв'язків і відносин, що забезпечують стабільність та рівновагу системи, взаємодію, підпорядкованість та пропорційність між її елементами. Структура знаходиться в тісному взаємозв'язку з складом системи, визначається ним та, в свою чергу, сама в значній мірі його визначає.

Ще одним напрямом розподілу праці в організації є формулювання завдань. **Завдання – це доручена робота, серія робіт або частина роботи, яка повинна бути виконана наперед встановленим способом в наперед обумовлені терміни.** На основі рішення керівництва про структуру кожна посада включає низку завдань, які розглядаються як необхідний внесок в досягнення мети організації.

Завдання організації традиційно поділяться на три категорії за видами робіт: робота з людьми; робота з предметами; робота з інформацією.

Технологія є четвертою важливою внутрішньою змінною. Більшість людей розглядають технологію як щось, пов'язане з винаходами, машинами, наприклад, напівпровідниками та комп'ютерами. Проте технологія є ширшим поняттям. За визначенням відомого на Заході соціолога Ч. Перроу, **технологія – засіб перетворення сировини (праці, інформації або матеріалу) в кінцеві продукти або послуги.**

Завдання та технології тісно пов'язані між собою. Виконання завдання включає використання конкурентної технології як засобу перетворення ресурсів, що поступають на вході, у форму, що отримується на виході. Вплив цієї змінної на управління значною мірою визначався чотирма великими переворотами в технології: промисловою революцією, стандартизацією і механізацією, застосуванням конвеєрних складальних ліній та комп'ютеризацією.

Ніяка технологія не може бути корисною і ніяке завдання не може бути виконане без співпраці людей, які є п'ятою внутрішньою змінною організації. Керівництво досягає цілей організації через своїх співробітників. Отже, люди є центральним чинником в будь-якій системі управління. Якщо керівництво – окремі менеджери – не визнають, що кожен працівник є особою з її неповторними переживаннями і запитами, здатність організації досягти поставлених цілей невелика.

Існують три основні аспекти людської змінної в ситуативному підході до управління: поведінка окремих людей; поведінка людей в групах; характер поведінки керівника як лідера, його вплив на поведінку окремих людей і груп. Розуміння і успішне управління людською змінною –

складне завдання. Поведінка людини в суспільстві і на роботі є наслідком складного поєднання індивідуальних характеристик особи та зовнішнього середовища. Особливо важливими індивідуальними характеристиками є здібності людини, її потреби, очікування, характер сприйняття та соціальні установки.

Сфера, в якій люди різняться найнаочніше, – це індивідуальні здібності. Організації повинні використовувати відмінності в здібностях при вирішенні питань, яку посаду посідатиме і яку роботу виконуватиме конкретний працівник. Здібності переважно пояснюються спадковістю та вихованням. Але в основному здібності отримуються з досвідом і за допомогою освіти. Будь-яка людина використовуватиме в роботі і розвиватиме здібності, якщо це забезпечить задоволення її потреб. Потреба – це внутрішній стан психічного або фізіологічного відчуття недостатності чого-небудь. Потреби базові (фізіологічні – потреби в їжі, теплі, одязі; психологічні – потреби в приналежності до суспільства, групи людей, в друзях) повинні бути задоволені в першу чергу. З погляду управління це означає, що організація повинна прагнути до того, щоб задоволення потреб людини йшло б через реалізацію цілей організації. Наприклад, при досягненні організацією цілі – виконання плану реалізації та прибутку – працівники, що забезпечили її, отримують достатньо вагомий вигравш в оплаті або конкретні необхідні матеріальні блага (престижний автомобіль, квартира, відпочинок за рахунок фірми). Важливою потребою будь-якої людини є самоствердження, прагнення до влади та впливу. Якщо ця потреба не задоволена, то людина всіма силами прагнучиме її задовольнити, навіть врозріз з інтересами організації.

Ґрунтуючись на минулому досвіді і поточній ситуації, люди формують очікування щодо результатів своєї діяльності. Свідомо або підсвідомо вони вирішують, наскільки ймовірне або неймовірне звершення чогось значущого для них. Ці очікування роблять великий вплив на їх сьогоденну поведінку.

Дуже сильно впливає на поведінку людей їх сприйняття того, що оточує. Люди реагують не на те, що дійсно відбувається в їх оточенні, а на те, що вони сприймають як таке, що дійсно відбувається. Немає двох осіб, які сприймали б щось однаково. Ще один аспект відмінностей між людьми – це соціальні установки, ставлення до чого-небудь. Ставлення до роботи є важливим чинником, що визначає, як люди реагуватимуть на зміну умов роботи. Якщо у вас особисто або у вашій групі сформувалося негативне ставлення до якогось виду діяльності, то у будь-якому випадку передача цієї справи вам сприйматиметься вами різко негативно.

Окрім цього на поведінку людини істотно впливає її оточення. Психолог У. Мішель довів, що всі особисті характеристики, навіть такі базові риси особи, як чесність і здатність викликати довіру, залежать від

ситуації. Майже всі поводяться чесно в одних ситуаціях і нечесно – в інших. Ці висновки мають дуже велике значення, тому що вказують на важливість створення такої обстановки на роботі, яка підтримувала б тип поведінки, бажаний для організації.

Таким чином, однією з найбільш відомих в Україні і за кордоном точок зору на виокремлення чинників внутрішнього середовища, є розроблена М. Месконом, М. Альбергом і Ф. Хедоурі теорія, згідно якої основними змінними внутрішнього середовища виступають цілі, завдання, структура, технологія, а також люди (персонал організації). На наш погляд, ця точка зору – розвиток відомої теорії «діаманту» Г. Лівітта, який виділив чотири змінні організації: завдання або місія; структура; технологія; індивіди. Дослідник підкреслював значення кожного елементу та взаємозв'язків, що існували між ними, – зміна в одному з них обумовлює трансформації в інших (рис. 4).

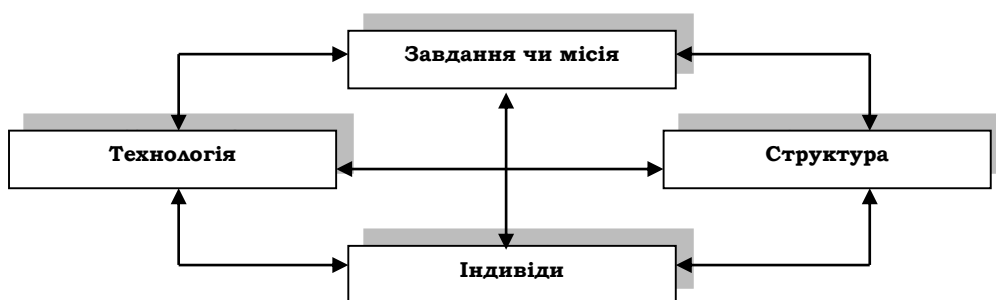


Рис. 4. «Діамант» Г. Лівітта

Ми пропонуємо як синтезуючий підхід використовувати наступну систему внутрішніх змінних закладу охорони здоров'я як організації:

- ресурси (об'єктивні – фінансові, інформаційні, техніко-технологічні, організаційні; суб'єктивні – здібності персоналу, культура організації, її імідж);
- процес трансформації (об'єктивні – стратегії, структура, завдання, технології; суб'єктивні – стиль управління, владні відносини);
- результати (об'єктивні – місія, цілі; суб'єктивні – соціальні цінності організації).

Взаємопов'язані внутрішні змінні, які складають тільки частину сукупності чинників, що впливають на організацію, називають соціотехнічними підсистемами. Вони отримали цю назву, оскільки мають соціальний компонент (людей) та технічний компонент (інші внутрішні змінні). Зміна в одній з них певною мірою впливає на всі інші. Вдосконалення однієї змінної, наприклад технологій, необов'язково може привести до підвищення продуктивності праці, якщо ці зміни позначаються негативно на іншій змінній – людях.

Враховуючи вищевикладене, можемо стверджувати, що **внутрішнє середовище закладу охорони здоров'я організації – це все те, що**

знаходиться всередині організації, сформоване матеріально-технологічною, фінансово-економічною та соціально-психологічною підсистемами. Інтегруючу та спрямовуючу роль в процесі їх функціонування та розвитку відіграє управлінська підсистема (рис. 5).

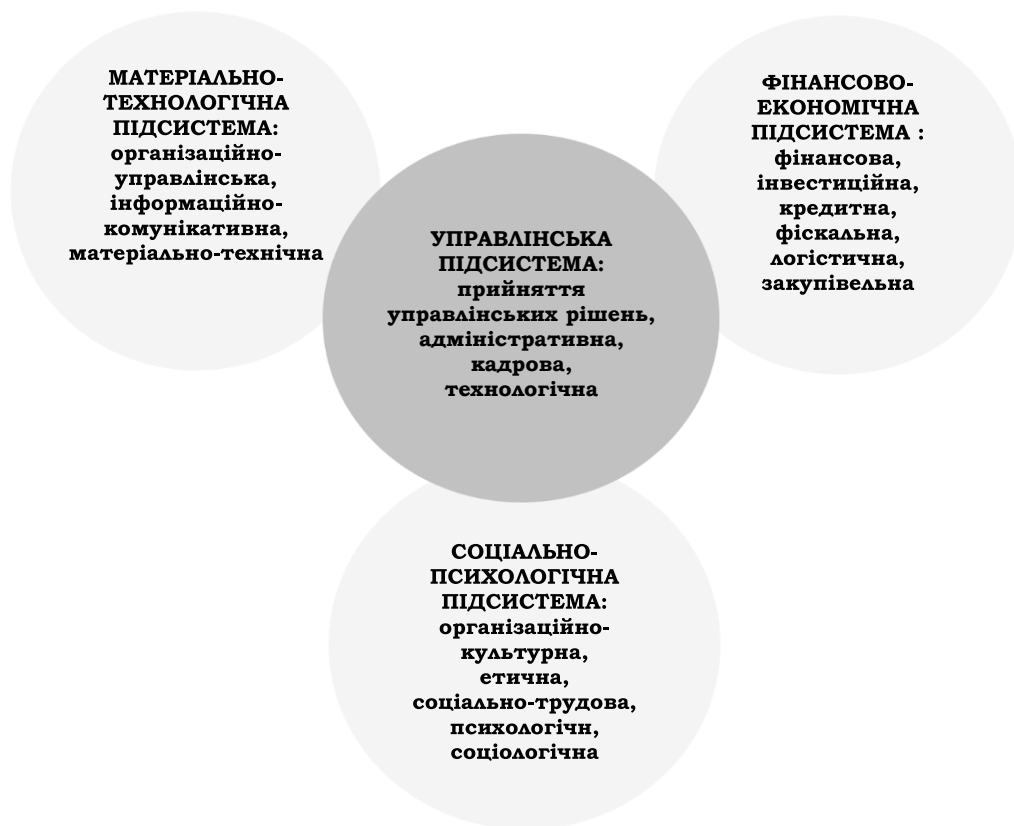


Рис. 5. Підсистеми внутрішнього середовища організації

Матеріально-технологічна підсистема закладу охорони здоров'я організації також є системою. Її доцільно поділити на матеріально-технічну, інформаційно-комунікативну та організаційно-управлінську підсистеми. Організаційно-управлінська підсистема, використовуючи певні управлінські важелі справляє безпосередній вплив на матеріально-технічну та інформаційно-комунікативну підсистеми. До складових матеріально-технічної підсистеми організації можна віднести: основні фонди організації; малоцінні швидкозношувані предмети; водо-, тепло- та енергозабезпечення. До складу інформаційно-комунікативної підсистеми потрібно включити наступні складові: комунікаційні мережі; інформаційні технології (технології обробки, передачі та зберігання інформації, програмне забезпечення); інформаційні системи; діловодство та документообіг.

Основу інформаційно-комунікативної підсистеми складає управлінська інформація та комунікації, що виникають під час її надходження, обробки та зберігання. Організаційно-управлінська складова матеріально-технологічної підсистеми включає: організаційне, комунікативне та нормативно-правове забезпечення процесу управління матеріально-технічною та інформаційно-комунікативною підсистемами організації.

Особливе місце у функціонуванні будь-якої організації, особливо закладу охорони здоров'я, становить **фінансово-економічна підсистема**, яка є комплексом економічних відносин в середині організації, що опосередковують рух фінансових ресурсів, спрямованих на реалізацію функцій і завдань організаційної системи в умовах нестабільності та мінливості зовнішнього середовища. Особливістю фінансово-економічної підсистеми закладу охорони здоров'я є те, що її формування і межі чітко регламентовані законодавством та регулюються з боку держави. Фінансово-економічна підсистема організації характеризує систему фінансово-економічних відносин щодо надходження, формування, розподілу і використання фінансово-економічних ресурсів для забезпечення ефективного функціонування організації в цілому. Розглядаючи систему фінансово-економічних відносин організації, їх, перш за все, слід поділяти на зовнішні і внутрішні (які формуються в системі самої організації). У свою чергу, в системі зовнішніх фінансово-економічних відносин організації слід виділяти фінансово-економічні відносини з державою (державними органами) та фінансово-економічні відносини з іншими суб'єктами господарювання.

Соціально-психологічна підсистема закладу охорони здоров'я як організації включає колектив, формальні та неформальні групи, організаційну культуру, соціально-психологічний клімат та імідж організації.

Внутрішнє середовище організації залежить від зовнішнього, будучи його органічною складовою, отримуючи від нього все необхідне для реалізації своєї місії та передаючи йому результати своїх трансформаційних зусиль.

6. Зовнішнє середовище закладу охорони здоров'я як організаційної системи

Розглянуті раніше питання характеризують в основному зміст самого закладу охорони здоров'я як організації, його внутрішнє середовище. Звичайно, в першу чергу керівник повинен добре знати свій об'єкт управління – свою організацію. Адже внутрішнє середовище організації, формуючись під впливом ухвалюваних керівництвом рішень, визначає рівень ефективної діяльності організації. Проте успіх її діяльності залежить також від сил зовнішнього оточення, які визначають «загальні правила гри», тому їх необхідно враховувати та використовувати.

Для ефективного виконання управлінських функцій необхідно розуміти дію зовнішніх сил та приймати заходи з нейтралізації їх негативної дії на організацію.

У зарубіжній управлінській думці уявлення про значення зовнішнього оточення та необхідність враховувати сили, зовнішні стосовно організації, з'явилося в кінці 50-х років ХХ століття. Це розуміння стало найважливішим внеском системного підходу в науку управління. Підкреслювалася необхідність для керівника розглядати свою організацію як систему, що складається з взаємопов'язаних частин, які в свою чергу зв'язані із зовнішнім світом. Ситуативний підхід розширив це розуміння. Він вимагає від керівника не просто знати ці взаємозв'язки з навколишнім середовищем, але і в кожній конкретній ситуації враховувати, як впливають зовнішні чинники: глибоко або поверхнево, прямо або побічно, позитивно або негативно.

Для вітчизняних організацій необхідність враховувати всі чинники зовнішнього середовища особливо гострою стала останнім часом. Це пов'язано з швидкими змінами в економічних умовах діяльності організацій, особливо закладів охорони здоров'я. Зовнішнє середовище включає ширший спектр чинників: економічні умови, споживачів, профспілки, конкуруючі організації, природні чинники, чинне законодавство та інші складові. Ці взаємопов'язані чинники роблять вплив на функціонування організації, на її виробничу, інноваційну, комерційну, фінансову діяльність. Зовнішнє середовище та організація не просто співіснують, вони взаємодіють найактивнішим чином та взаємопроникають.

Чинники зовнішнього середовища підрозділяються на дві основні групи – мікросередовище і макросередовище, або прямої і непрямой дії (рис. 6).

На рис. 6 зображена узагальнена схема функціонування закладу охорони здоров'я як організації, що розглядається з позицій її реальної або можливої взаємодії з основними економічними суб'єктами і середовищами.

Чинники прямої дії представлені у вигляді прямокутників з прямими та зворотними зв'язками. Вони безпосередньо впливають на функціонування організації та випробовують на собі вплив її операцій. До даної групи відносять постачальників трудових, фінансових, інформаційних, матеріальних та інших ресурсів, споживачів, органи державної влади та органи місцевого самоврядування, конкурентів, контактні аудиторії засобів масової інформації. Чинники непрямой дії представлені на схемі у вигляді широких стрілок односторонньої дії. До даної групи відносяться економічні, природні, соціально-політичні, нормативно-правові та інші чинники.

При проведенні операцій організація вимушена в першу чергу враховувати вимоги зовнішнього середовища прямої дії. Окрім чинників прямої дії керівник повинен враховувати також зовнішнє середовище непрямой дії. Воно не робить прямого впливу на операції організації, оскільки при цьому не стикаються інтереси двох сторін, немає вибору альтернативи.

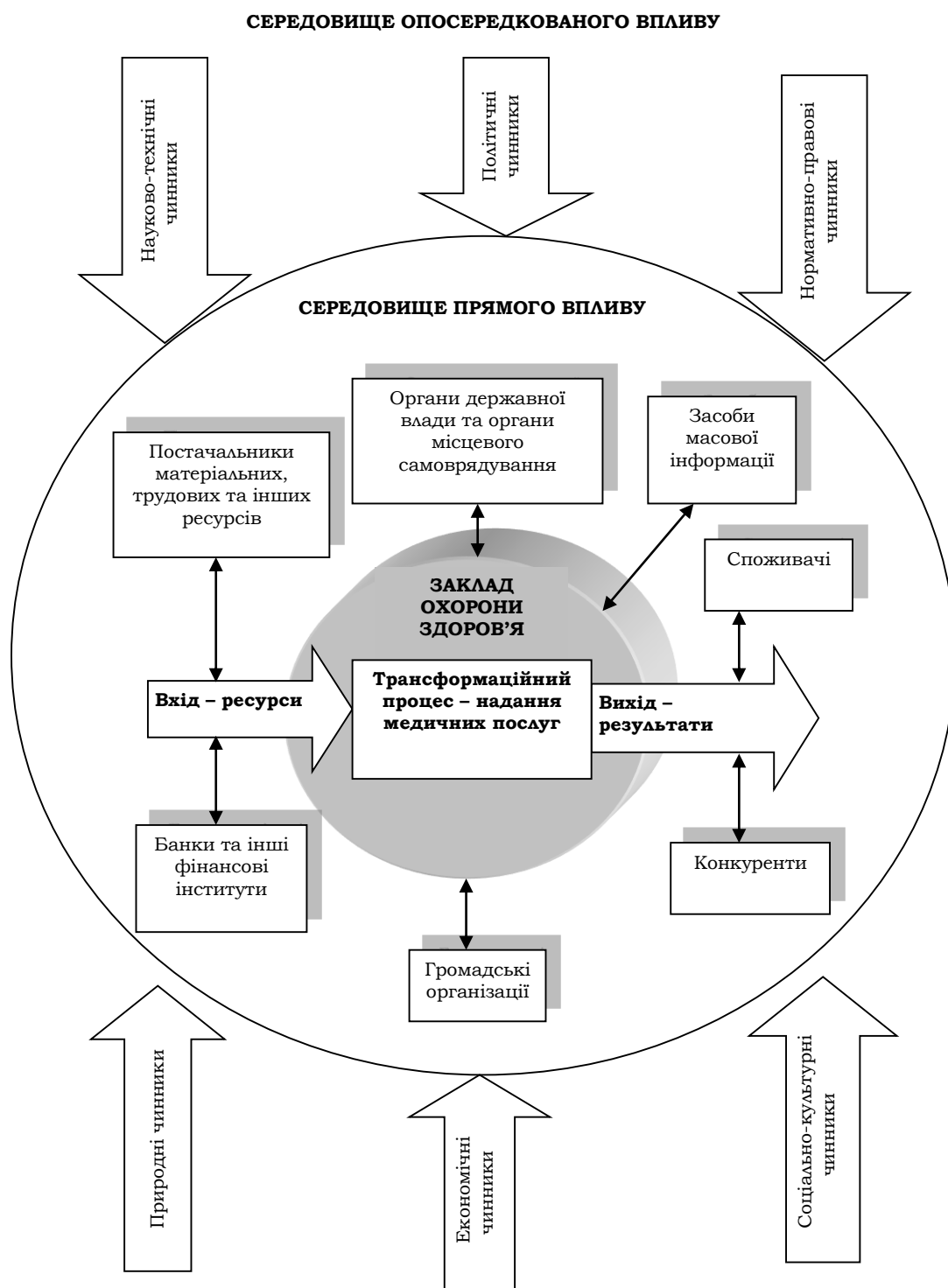


Рис. 6. Зовнішнє середовище закладу охорони здоров'я як організації

Середовище непрямої дії не впливає на стан організації в даний момент. В той же час такі чинники, як нові технології, економічний спад, інфляція, політичні зміни в сусідній державі позначаються на діяльності організації в майбутньому та можуть навіть виявитися вирішальними. Вплив чинників непрямої дії опосередкований через зміну чинників середовища прямої дії. Тому менеджер зобов'язаний передбачати вплив чинників середовища непрямої дії і реагувати на них своєчасно.

Таким чином, реакція організації на чинники прямої і непрямої дії різна. На зміни в чинниках прямої дії організація може реагувати двоюко: перебудувати внутрішнє середовище та почати політику активного пристосування або політику протидії. До чинників непрямої дії організація вимушена максимально пристосовувати свої внутрішні змінні: цілі, завдання, структуру, технологію, персонал.

Невід'ємними характеристиками розвиненості зовнішнього середовища закладу охорони здоров'я є його в'язкість, взаємопов'язаність, складність, рухливість та невизначеність.

Під **в'язкістю** зовнішнього середовища розуміється кількісна міра зусиль, необхідних для цілеспрямованого переміщення, концентрації та освоєння у виробництві одиниці матеріальних, фінансових і інформаційно-технологічних ресурсів. Чим вона вища, тим важче сконцентрувати ресурси в потрібний час у визначеному місці, щоб адекватно реагувати на зміни, що відбуваються, і тим важче здійснювати стратегічне управління.

Всі чинники зовнішнього середовища взаємопов'язані. Ступінь **взаємопов'язаності** чинників – це рівень сили, з якою зміна одного чинника впливає на інші. Особливо сильна взаємопов'язаність цінових чинників. Підвищення цін на ресурси, що поставляються, призводить до зростання цін на послуги. Зміна постачальників, якості ресурсів, що поставляються, також впливає на результати роботи організації, використовувані трудові ресурси. Взаємопов'язаність чинників середовища особливо важлива для світового ринку, який поступово стає єдиним.

Під **складністю** зовнішнього середовища розуміється число чинників, на які організація зобов'язана реагувати, а також рівень варіативності кожного чинника. Кількість чинників залежить від складності виробництва: числа використовуваних початкових компонентів, технологій, рівня кваліфікації кадрів, асортименту та якості продукції, що випускається. Рівень варіантності або зміни чинників визначається зростанням та розвитком самого виробництва і навколишнього середовища.

Рухливість зовнішнього середовища – це швидкість, з якою відбуваються зміни в оточенні організації. Багато дослідників указують, що оточення сучасних організацій змінюється з наростаючою швидкістю. Але навколо одних організацій зовнішнє середовище змінюється повільніше

(виробництво меблів, тари, харчових продуктів), навколо інших середовище особливо рухоме (виробництво комп'ютерів, телекомунікації, фармацевтична промисловість).

Невизначеність зовнішнього середовища залежить від наявності необхідної інформації, яку має в своєму розпорядженні організація, по конкретному чиннику, а також від її точності. Якщо інформації мало або є сумніви в її точності, середовище стає більш невизначеним, ніж за ситуації, коли є достатня кількість надійної інформації.

В умовах підвищеної в'язкості, складності та рухливості для того, щоб успішно протистояти середовищу, складність і швидкість ухвалення рішень повинні відповідати складності і швидкості змін, що відбуваються в середовищі.

Після ознайомлення із загальною будовою організаційного середовища організація повинна виділити з сукупності її елементів ті, які для неї найбільш важливі, тобто критичні точки. Іншими словами, вже на початковому етапі організації слід встановити межі аналізу середовища. Тобто для характеристики чинників зовнішнього середовища спочатку необхідно зробити їх відбір на основі логічного аналізу або експертного опитування керівників та фахівців організації, для чого треба дати по можливості повніший перелік цих чинників, а потім зробити їх відбір. Після розгляду чинників прямої дії доцільно виконати аналіз чинників непрямої дії в такому ж порядку: дати повний набір чинників, логічно або експертним шляхом відібрати найбільш значимі з них і охарактеризувати їх. В даний час найбільш важливими, як правило, є: рівень політичної стабільності (нестабільності), науково-технічний прогрес в галузі. Характеристика цих чинників дається в якісній або кількісній формі.

Аналіз зовнішнього середовища передбачає інтерпретацію статистичних показників та даних різних зовнішніх або внутрішніх досліджень. Зазвичай інформація розглядається на двох рівнях. По-перше, аналізуються дані, що характеризують стан макросередовища (чинники зовнішнього середовища непрямої дії, що знаходяться поза контролем організації, але роблять вагомий вплив на її діяльність). По-друге, досліджується інформація про мікросередовище організації (про операційне зовнішнє середовище прямої дії, споживачів, постачальників і конкурентів). Організації мають можливість певною мірою контролювати чинники мікросередовища.

Вельми популярним методом дослідження подій, що відбуваються в макросередовищі, є ПЕСТ-аналіз (політичний/правовий, економічний, соціокультурний та технологічний) (рис. 7). Перший його крок – ідентифікація основних зовнішніх чинників, що впливають на діяльність організації.

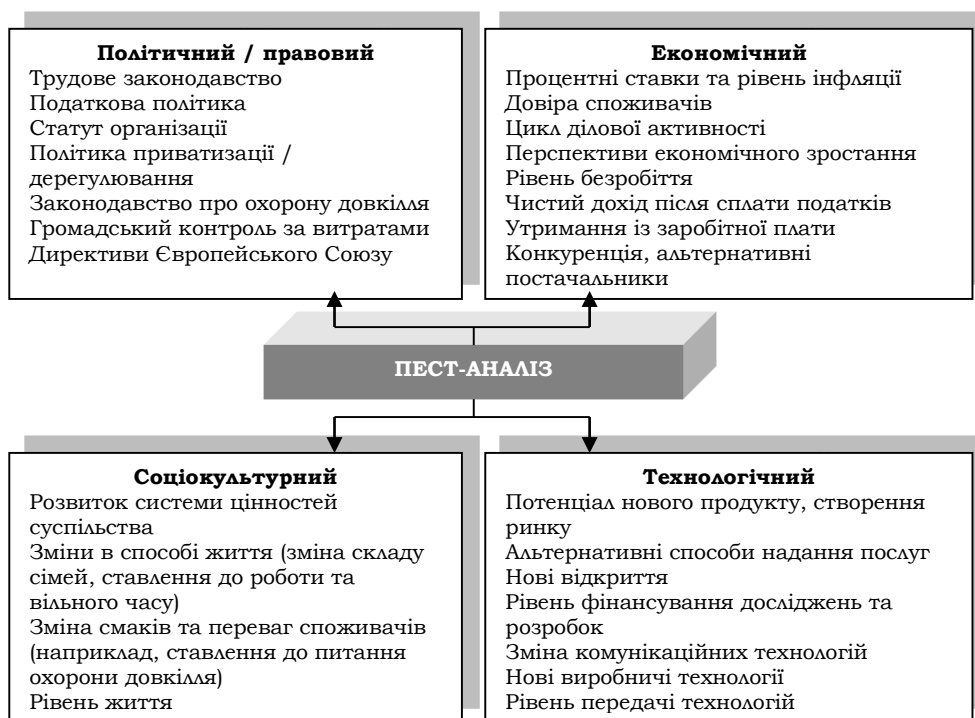


Рис. 7. Система чинників макросередовища для проведення ПЕСТ-аналізу

Чинники макросередовища по-різному впливають (залежно від розміру, форми і стадії зростання організації), на стратегію бізнесу. Причини і наслідки цих змін необхідно розглядати у зв'язку з їх впливом на конкурентне позиціонування.

Мета ПЕСТ-аналізу полягає не просто в складанні переліку чинників зовнішнього середовища, але і у використанні схеми для:

- виявлення змін або тенденцій розвитку чинників зовнішнього середовища;
- концентрації уваги на тенденціях, які мають найбільше значення для організації;
- врахування змін, що відбуваються, при розробці стратегій організації.

ПЕСТ-аналіз покликаний полегшити менеджерам оцінку впливу чинників зовнішнього середовища на стратегію. Він привертає увагу до динамічної природи ділового середовища та підкреслює необхідність періодичного перегляду планів.

Статичний аналіз чинників зовнішнього середовища необхідно доповнювати динамічним, що дозволяє виявити тенденції його розвитку і визначити рівень можливих змін.

Вивчення економічних, політичних і соціокультурних чинників, що формують операційне середовище організації, – перший крок в аналізі

навколишнього середовища. Особливу увагу слід звертати на чинники конкурентного середовища (мікросередовища), що впливають на здатність організації ефективно конкурувати на цільових ринках.

Значення чинників зовнішнього середовища підвищується в зв'язку з ускладненням всієї системи суспільних зв'язків та відносин. Їх вплив на організацію може проявляється у вигляді можливостей чи загроз для розвитку організації.

7. Організація діяльності закладу охорони здоров'я як система процесів

Для розгляду діяльності закладу охорони здоров'я як процесу використовують поняття, запозичені з механіки:

– **статика – врівноважений стан організаційної системи, в якому вона знаходиться незалежно від змін (як позитивних, так і негативних), що відбуваються в зовнішньому середовищі.** Організація, в якій немає змін, тобто тривалий час параметри її функціонування залишаються незмінними, приречена на деградацію та поступове руйнування, оскільки вона не має перспективи розвитку;

– **динаміка – розвиток організації та її рух до нових цілей під впливом, як внутрішнього, так і зовнішнього середовища.** Для організації, що розвивається, характерними є намагання постійно нарощувати темпи свого розвитку, освоювати нові технології та розширювати коло завдань, що вирішуються.

Говорячи про статику та динаміку організації, доречно буде пригадати закони механіки, сформульовані Ньютоном. Згідно першого закону Ньютона – закону інерції, об'єкт, на який не діють сили, знаходиться в стані спокою або рівномірного руху; змінити цей стан може тільки дія сили. Це твердження можна аналогічно перенести на діяльність організації, якій, як і будь-якій матеріальній системі, властива інерція. Для подолання інерційності потрібні значні зусилля з боку керуючої частини організаційної системи.

Статичний і динамічний стан організації визначається етапами життєвого циклу організації. Будь-яка організація проходить частину етапів або всі етапи життєвого циклу. Етапи можна об'єднати в дві групи – статичну і динамічну. Статичний стан характеризується нечутливістю. До статичних відноситься етап ліквідації (утилізації), коли організації займаються вирішенням внутрішніх проблем, причому внутрішні і зовнішні відносини розглядаються окремо. Динамічна група включає етапи народження, зростання, зрілості, старіння і відродження. Вони характеризуються вирішенням зовнішніх та внутрішніх проблем організації у взаємозв'язку.

Процес є послідовністю певних явищ та подій. Явища за своєю природою є об'єктивними, а події мають суб'єктивне забарвлення. Таке розуміння визначає об'єктивну, змішану та суб'єктивну природу організації.

Динамічну (процесуальну) організацію як процес можна визначити як послідовність змін, що відбуваються. Іншими словами динамічна організація є послідовністю, яка об'єднує дії, операції, стадії, етапи, фази, цикли в загальний процес. Теорія організації визначає, що елементи процесу характеризуються такими критеріями: **дія** – первинність, однозначність, завершеність; **операція** – орієнтація та спеціалізація; **стадія** – функціональна однорідність та послідовність; **етап** – проміжна результативність та керованість; **фаза** – період в розвитку організації та виокремленість за характерними ознаками; **цикл** – послідовність та періодична повторюваність.

Організацію як процес поділяють на:

- випадкову та цілеспрямовану;
- послідовну та паралельну;
- орієнтовану та програмовану;
- тимчасову та постійну;
- спонтанну та очікувану;
- загальну та часткову.

У закладі охорони здоров'я як організації одночасно протікає велика кількість процесів, що вирізняються як за своїм призначенням, так і за основними характеристиками.

Найбільш узагальнено всі процеси, які відбуваються в закладі охорони здоров'я як організації можна поділити на дві групи:

- **процеси, що мають матеріально-речовий характер;**
- **інформаційні процеси.**

За іншим підходом до класифікації процесів в закладі охорони здоров'я як критерій використовується роль процесу в створенні нових цінностей. Відповідно до цього всі процеси, що відбуваються в організації, поділяються на три групи:

– **первинні (основні).** Вони включають всі види робіт, безпосередньо пов'язаних з наданням медичних послуг, та забезпечують життєдіяльність організації;

– **вторинні (допоміжні).** Їх завдання – забезпечення безперебійного ефективного перебігу та підтримки основних процесів в організації;

– **управлінські.** Включають діяльність з визначення цілей та напрямків перебігу двох перших груп процесів. Вони формують умови та використовують фактори для досягнення цілей організації.

Розгляд організації як системи процесів відповідає двоїстому підходу до визначення її сутності, що дозволяє забезпечити формування ефективної системи управління її розвитком.

8. Поняття структури закладу охорони здоров'я та принципи її побудови

Заклад охорони здоров'я як система може бути представлений у вигляді сукупності певним чином взаємозв'язаних підсистем (елементів), що створюють єдине ціле. Склад, розташування і характер відносин між ними визначають структуру організації.

Організації створюють структури для того, щоб забезпечувати координацію та контроль діяльності своїх підрозділів і працівників. Структури організацій відрізняються один від одного складністю (тобто рівнем поділу діяльності на різні функції), формалізацією (тобто ступенем використання наперед встановлених правил та процедур), співвідношенням централізації та децентралізації (тобто рівнями, на яких ухвалюються управлінські рішення).

У рамках структури організації протікають різні процеси (управління, виробництва), між учасниками яких розподіляються відповідні завдання і функції, а отже, і відповідальність за їх виконання. З цих позицій **структуру закладу охорони здоров'я можна розглядати як форму розподілу різних видів діяльності між її компонентами і координації діяльності цих компонентів, направленої на досягнення мети організації**. Одна й та сама структура не може підходити для всіх типів організацій, але кожна організація володіє тією або іншою структурою, яка пристосована до досягнення її конкретної мети.

Структура дозволяє працівникам усвідомити своє місце в організації і одночасно забезпечує координацію функцій, що ними виконуються. Основними характеристиками структури організації є розподіл на відділи, підзвітність відповідно до норми управління та підлеглість, що відображаються на організаційній схемі.

Організаційна схема (органіграма), показує, як влаштована організація. Графічно така система може бути представлена шляхом зображення горизонтальних і вертикальних ліній та блоків (рис. 8). Блоки визначають види діяльності людей, лінії указують на зв'язку між ними. Число горизонтальних блоків вказує, скільки рівнів має організація.

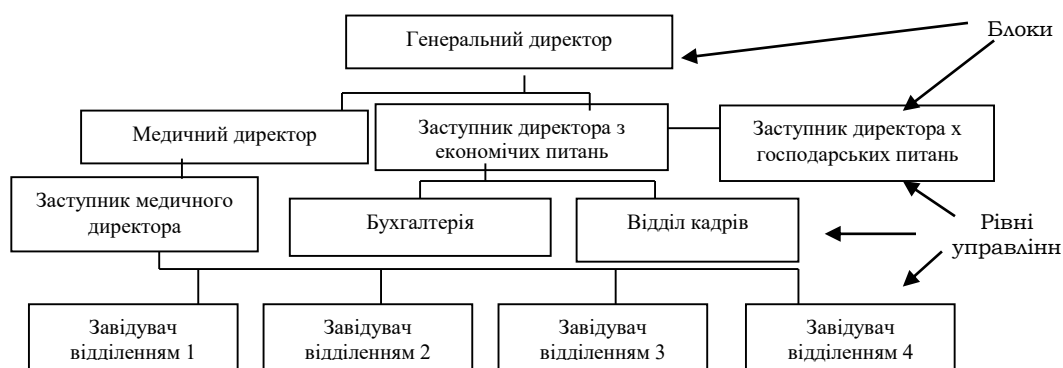


Рис. 8. Приклад організаційної схеми (органіграми)

Ефективна організаційна структура повинна відповідати таким принципам: **економічності** (витрати на утримання організаційної структури повинні бути мінімальними); **оптимальності** (забезпечення раціонального зв'язку між рівнями та ланками управління); **оперативності** (зв'язки в організації не повинні бути бар'єром при передачі інформації); **надійності** (інформація, яка проходить через певні рівні та ланки управління повинна бути чіткою, правильною та достовірною).

Організаційна схема відображає заплановані, формальні зв'язки, необхідні для роботи організації, тобто її формальну структуру. Термін «формальний» означає, що організаційна структура спеціально розробляється менеджерами для досягнення стратегічної мети.

Можна сказати, що **формальна структура** – це офіційний план виконання завдань, що призводять до досягнення мети організації. Формальна структура включає стійку систему формальних прав і обов'язків, посадові інструкції, положення про організацію, процедури виконання робіт. Іншими словами, формальна структура організації характеризує ті стандарти поведінки в організації, які поволі змінюються і відносно стійкі. Саме наявність формальної структури в організації робить поведінку в ній людини певною мірою відмінною від її поведінки в інших умовах.

Проте виконання робіт часто вимагає незапланованих, нестандартних дій і рішень та покладається на неформальні зв'язки серед членів організації. Ці незаплановані зв'язки і види діяльності, що прискорюють роботу організації, визначаються неформальною структурою організації.

Неформальна структура – це організаційні характеристики та відносини, що не є складовою частиною формальної структури організації, але впливають на її успіхи в досягненні мети. Неформальна структура організації може виникати спонтанно або бути результатом певної політики її членів. Для неформальної структури не характерна ієрархія влади, оскільки зв'язки в ній – громадські. Така структура не спирається на формальні правила, вона управляється вільно за допомогою суспільних норм. Комунікаційна схема, характерна для неформальної організації, отримала назву «виноградний кетяг» (рис. 9). Така аналогія використовується тому, що канали неформальних зв'язків прокладають свій шлях вгору, вниз та через формальну структуру організації.

Неформальні групи, об'єднуючі людей різних підрозділів часто з'являються усередині формальних організацій. Це природний процес, що виникає тоді, коли штатний розвиток комунікацій відстає від розвитку технологій, професіоналізму персоналу в організації. Відносини між членами такої групи формуються на основі особистих симпатій. Члени групи пов'язані спільністю поглядів, схильностей та інтересів.

Неформальні групи існують в кожній організації. Вони незмінно «виростають» з дружніх відносин та відносин, що не визначаються

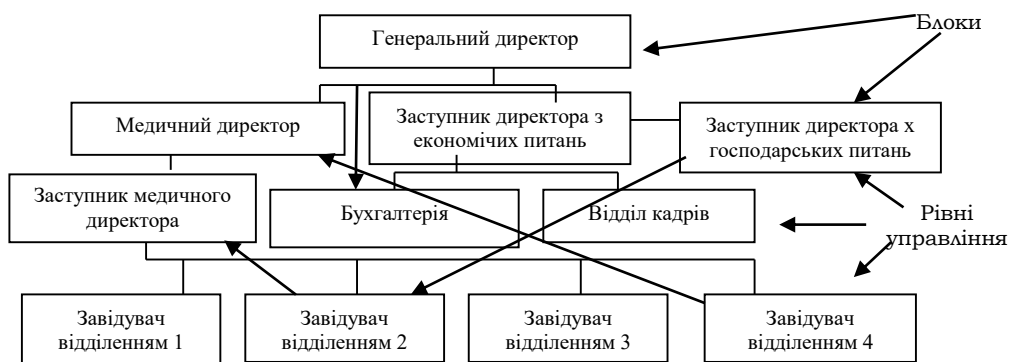


Рис. 9. Приклад неформальної структури організації

організаційною схемою. Для організації важливо, щоб неформальні групи не домінували. Неформальні організації одночасно можуть бути схожими і несхожими на формальні організації. Тому можна виділити ознаки, що характеризують неформальні організації.

Соціальний контроль. Неформальні організації здійснюють соціальний контроль за своїми членами. Йдеться про встановлення та зміцнення норм – групових еталонів прийнятної та неприйнятної поведінки. Природно, тих, хто порушує ці норми, чекає відчуження. Менеджерові слід знати, що соціальний контроль, здійснюваний неформальною організацією, може зробити позитивний вплив на досягнення мети формальної організації.

Опір змін. У неформальних організаціях завжди спостерігається тенденція до опору змін. Частково це пояснюється тим, що зміни можуть нести в собі загрозу подальшому існуванню неформальної організації.

Неформальні лідери. Неформальні організації також мають своїх лідерів. Їх відмінність від формальних полягає в тому, що лідер формальної організації має підтримку у вигляді делегованих йому офіційних повноважень та діє у відведеній йому конкретній функціональній сфері. Опора неформального лідера – визнання його групою. Сфера впливу неформального лідера може виходити за адміністративні рамки формальної організації. Неформальний лідер виконує дві першорядні функції: допомагає групі в досягненні її мети, підтримує та зміцнює її існування.

Вплив неформальних відносин можна контролювати, але, щоб досягти цього, менеджер повинен мати чітке уявлення про те, як і чому функціонує неформальна організація. Коли у менеджера виникає базова мотивація функціонування неформальної групи, тоді у нього з'являється можливість розробки відповідної стратегії поведінки. Існування неформальних груп в організації – цілком нормальне явище. Такі групи найчастіше зміцнюють трудовий колектив, і формальний керівник організації повинен їх підтримувати.

Елементами структури закладу охорони здоров'я є окремі працівники, функціональні підрозділи, а також служби та інші ланки апарату управління організацією.

Структура закладу охорони здоров'я в контексті його базових елементів може бути представлена у вигляді системи, що включає п'ять компонентів:

1) **операційний центр**. Операційний центр утворюють працівники, діяльність яких безпосередньо пов'язана з наданням медичних послуг;

2) **стратегічний центр**. Він включає працівників і підрозділи, які відповідальні за розробку і реалізацію довгострокових цілей організації та розподіл ресурсів в коротко- і довгостроковій перспективі;

3) **проміжна середня ланка**. Середня ланка передає рішення стратегічного центру та забезпечує їх реалізацію, а також служить для підтримки інформаційних потоків обох центрів;

4) **техноструктура**. До неї відноситься діяльність аналітиків (плановиків), що полягає в реалізації впливу на роботу інших членів організації. Вони знаходяться поза безпосереднім процесом праці та несуть відповідальність за стандартизацію діяльності;

5) **персонал підтримки**. Персонал підтримки виконує функції, пов'язані з непрямою підтримкою функціонування основної діяльності. Прикладами таких підрозділів є юридичний відділ, канцелярія, відділ досліджень. Існування цих підрозділів в структурі відображає прагнення організацій до інтеграції всіх аспектів їх життєдіяльності та зменшення невизначеності зовнішнього оточення.

Відносини між елементами структури здійснюються завдяки встановленню стійких зв'язків, які прийнято розділяти на горизонтальні і вертикальні. **Горизонтальні зв'язки** носять характер узгодження і виражають відносини між рівними по положенню в ієрархії компонентами організації, тому їх відносять до однорівневих. Їх головне призначення – сприяти найбільш ефективній взаємодії частин організації при рішенні проблем, що виникають між ними. **Вертикальні зв'язки** – це зв'язки підпорядкування, вони сполучають ієрархічні рівні та слугують каналами передачі розпорядчої й звітної інформації.

Зв'язки, що встановлюються, можуть носити лінійний або функціональний характер. **Лінійні зв'язки** відображають рух управлінських рішень і інформації між керівниками, тобто особами, що повністю відповідають за діяльність організації або її структурних підрозділів. **Функціональні зв'язки**, їх часто називають штабними, мають місце по лінії руху інформації між окремими частинами організації та виконують роль інформаційного забезпечення координації.

ТРЕНІНГОВИЙ БЛОК

Питання для самоконтролю

1. У чому полягає роль закладу охорони здоров'я як організації в розвитку суспільства?
2. Дайте визначення поняття «організація». Які підходи існують до розуміння організації?
3. Що таке властивості організації? Назвіть основні властивості закладу охорони здоров'я як організації.
4. Як проявляється принцип відповідності цілей та ресурсів в діяльності закладу охорони здоров'я як організації?
5. Зобразіть залежність, яка характеризує сутність закладу охорони здоров'я як соціальної організації. Чи можна ототожнювати соціальну організацію та колектив організації?
6. Що таке внутрішнє середовище закладу охорони здоров'я як організації. Назвіть його елементи.
7. Назвіть підсистеми внутрішнього середовища закладу охорони здоров'я як організації. Яку роль в їх функціонуванні відіграє управлінська підсистема?
8. Які чинники зовнішнього середовища впливають на заклад охорони здоров'я?
9. Яка відмінність між чинниками прямого та опосередкованого впливу на діяльність закладу охорони здоров'я?
10. Охарактеризуйте сутність ПЕСТ-аналізу для оцінки чинників макросередовища організації.

Практичні завдання

Завдання 1

Для конкретного закладу охорони здоров'я:

1. Визначте прояв основних властивостей організації.
2. У табличній формі визначте, які елементи закладу охорони здоров'я відносяться до систем, а які до процесів.
3. Побудуйте дерево цілей закладу охорони здоров'я.
4. Побудуйте органіграму закладу охорони здоров'я.
5. Визначте з якими організаціями зовнішнього середовища взаємодіє заклад охорони здоров'я.

Завдання 2

Ви заступник директора закладу охорони здоров'я. Директор доручив вам розробити систему заходів щодо залучення молоді до роботи в закладі охорони здоров'я та підвищення освітньо-кваліфікаційного рівня працівників закладу. Станом на 1 січня 2021 року частка працівників віком до 35 років у загальній чисельності працівників становила 6 %. За інформацією відділу кадрів фахівці, віком до 35 років, в середньому працюють в певному підрозділі закладу охорони здоров'я не більше 5 років, звільняються та переходять на роботу в інші організації.

Використовуючи алгоритм формування ефективної соціально-психологічної підсистеми організації, обґрунтуйте систему заходів щодо залучення молоді до роботи в закладі охорони здоров'я та підвищення освітньо-кваліфікаційного рівня працівників. Пропозиції узагальніть у формі доповідної записки на ім'я директора закладу охорони здоров'я.

Завдання 3

Ви – радник директора закладу охорони здоров'я.

Один із його заступників запропонував «шестикутник» підвищення ефективності функціонування та розвитку закладу охорони здоров'я (рис. 1).



Рис. 1. Шестикутник підвищення ефективності функціонування закладу охорони здоров'я

З метою формування доповіді директора на загальних зборах трудового колективу закладу охорони здоров'я, у формі доповідної записки розшифруйте для директора «шестикутник» підвищення ефективності функціонування та розвитку організації.

Завдання 4

В закладі охорони здоров'я існує постійна плінність кадрів, причиною якої є низька заробітна плата, великий обсяг обов'язків працівників, значна кількість підпорядкувань функціональним керівникам для окремого працівника. Багато працівників залишає роботу в організації після закінчення випробувального терміну. Однак враховуючи кон'юнктуру ситуацію на ринку праці, браку робочої сили заклад охорони здоров'я не відчуває, тим більше, що за рахунок такої ситуації є значна економія фонду заробітної плати.

Визначте діючі принципи побудови структури організації та запропонуйте оптимізовану модель структури організації.

Завдання 5

Нижче наведені оперативні дії в діяльності певного закладу охорони здоров'я. Визначте для виконання яких з них є необхідним переважаючи централізований, а для яких децентралізований підхід.

Прийняття на роботу; проведення закупівлі сировини та матеріалів; зв'язки з громадськістю; пошук постачальників; розробка і прийняття планів поточної діяльності; атестація та оцінка персоналу; розробка правил внутрішнього трудового розпорядку; створення бренду організації; проведення маркетингових заходів.

Завдання 6

Оберіть будь-який заклад охорони здоров'я.

Для цього закладу охорони здоров'я:

1. Схематично зобразіть будь-який організаційний процес, що протікає у ньому.
2. Назвіть основні та допоміжні процеси в закладі охорони здоров'я.

ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ

1. Виберіть визначення, що характеризує організацію як систему:

- а. організація – внутрішня впорядкованість, узгодженість, взаємодія частин цілого, що обумовлена його будовою;
- б. організація – об'єднання людей для досягнення спільних цілей;
- в. організація – сукупність цілеспрямованих процесів чи дій, що призводить до утворення необхідних зв'язків;
- г. організація – установа, яка виконує певні функції у визначеній сфері.

2. Цілеспрямованість закладу охорони здоров'я як організації – це:

- а. перервність, виокремленість складових організації;
- б. неперервна, постійна дія, що триває;
- в. періодичне повторення певної послідовності;
- г. орієнтація організації на визначення та досягнення бажаного, можливого та необхідного стану.

3. До організаційних підсистем закладу охорони здоров'я належать такі підсистеми:

- а. матеріально-технологічна, фінансово-економічна, соціально-психологічна;
- б. організаційна, фінансова, економічна;
- в. технологічна, технічна, інформаційно-аналітична;
- г. зовнішня, внутрішня.

4. Чинники, які формують зовнішнє середовище закладу охорони здоров'я як організації поділяються на чинники:

- а. внутрішні і зовнішні;
- б. слабкі й сильні;
- в. прямого і непрямого впливу;
- г. мобільні та динамічні.

5. До соціальних організацій відносять:

- а. школу, університет, заклад охорони здоров'я;
- б. годинник, комп'ютер;
- в. біогеоценоз;
- г. всесвіт, молекулу.

6. До чинників зовнішнього середовища прямої дії відносять:

- а. постачальників ресурсів;
- б. природні чинники;
- в. соціально-політичні чинники;
- г. стан економіки.

7. Які чинники зовнішнього середовища впливають на заклад охорони здоров'я опосередковано:

- а. непрямі;
- б. прямі;
- в. слабкі;
- г. динамічні.

8. Виберіть визначення, що характеризує організацію як процес:

- а. організація – установа, яка виконує певні функції у визначеній сфері;
- б. організація – сукупність цілеспрямованих процесів чи дій, що призводить до утворення необхідних зв'язків;
- в. організація – внутрішня впорядкованість, узгодженість, взаємодія частин цілого, що обумовлена його будовою;
- г. організація – об'єднання людей для досягнення спільних цілей.

9. В закладі закладу охорони здоров'я як організації виділяють такі процеси:

- а. основні, неосновні;
- б. динамічні, статичні;
- в. реальні, ідеальні;
- г. первинні, вторинні, управлінські.

10. Структура організації – це:

- а. декомпозиція системи за допомогою розчленовування цілого на складові елементи;
- б. певна сукупність взаємопов'язаних і взаємодіючих елементів, що володіє властивостями цілісності, емерджентності та стійкості;
- в. логічний взаємозв'язок і взаємозалежність рівнів управління та підрозділів, побудована в такій формі, яка дозволяє найефективніше досягати цілей організації;
- г. комунікативні зв'язки із зовнішнім середовищем.

ГЛОСАРІЙ

Внутрішнє середовище організації – все те, що знаходиться всередині організації, сформоване матеріально-технологічною, фінансово-економічною та соціально-психологічною підсистемами.

Динаміка – розвиток організації та її рух до нових цілей під впливом, як внутрішнього, так і зовнішнього середовища.

Дискретність – переривчастість, виокремленість складових організації.

Егресивність – досягнення максимального рівня реалізації якостей організації.

Емерджентність – оперативна мобілізація нових якостей організації, наявність якісно нових властивостей цілого, що відсутні в його складових частин.

Інгресивність – поступове формування організацією нових якостей її складових.

Комбінаторність – властивість організації, що відображає потенційні можливості розробки застосування різних варіантів побудови та здійснення процесів і систем організації з вже відомих і використовуваних модулів.

Комунікаційність – властивість організації, що відображає її структурно-процедурну основу, ресурс побудови та розвитку необхідних можливостей реалізації певних схем, процедур, моделей конфігурації, її орієнтацію на встановлення взаємозв'язку.

Композиційність – можливість побудови адекватної організації шляхом цілеспрямованого складання її з елементів.

Кон'югованість – здатність до внутрішнього обміну та об'єднання якостей елементів і організацій.

Кореляційність – здатність до активізації взаємозв'язку.

Корпоративність – схильність до групової асоціації і кооперації.

Неформальна структура— це організаційні характеристики та відносини, що не є складовою частиною формальної структури організації, але впливають на її успіхи в досягненні мети.

Оперативність – властивість організації, що передбачає адаптацію, відповідність, синхронізацію ритмів, темпів, швидкості здійснення процесу організації динамічним характеристикам розвитку ситуації, оперативно необхідним умовам досягнення запланованого результату.

Організація – впорядкований стан елементів цілого та процес з їх впорядкування в доцільну єдність.

Організація як процес – сукупність цілеспрямованих дій, що призводять до утворення необхідних зв'язків.

Організація як система – внутрішня впорядкованість, узгодженість та взаємодія частин цілого, що обумовлена його побудовою та цілями.

Перманентність – властивість організації, яка характеризує безперервне, постійне, здійснення чогось, що продовжується.

Реверсивність – повернення до повторення початкового стану.

Ротаційність – переміщення по циклічній траєкторії, що розуміється як можливість взаємної перестановки, заміни складових процесу в ході його здійснення.

Селективність – здатність організації до вдосконалення шляхом відбору, закріплення і розвитку необхідних якостей.

Соціальні організації – складні динамічні відкриті цілеспрямовані керовані системи, що створені людиною, у функціонуванні яких людина відіграє активну роль.

Статика – врівноважений стан організаційної системи, в якому вона знаходиться незалежно від змін (як позитивних, так і негативних), що відбуваються в зовнішньому середовищі.

Структура організації— логічний взаємозв'язок та взаємозалежність рівнів управління і підрозділів, побудована в такій формі, яка дозволяє найефективніше досягати цілей організації.

Формальна структура— офіційний план виконання завдань, що призводять до досягнення мети організації.

Циклічність – періодичне повторення певної послідовності.

Цілеспрямованість – орієнтація організації на постановку та досягнення бажаного, можливого й необхідного стану.

Цілі— конкретні кінцеві стани або бажаний результат, якого прагне добитися група, працюючи разом.

Література

1. Баценко А.М., Галенін Р.В., Ксенофонтова М.М. Теорія організації: навч. посіб. Сум. нац. аграр. ун-т. Суми: Мрія, 2016. 362 с.
2. Ващенко О.П. Теорія та практика побудови організаційних систем управління: навч. посіб.; Держ. ун-т телекомунікацій. Київ: ДУТ, 2017. 112 с
3. Кожушко А.Ф., Кузнецова Т.О. Менеджмент організацій: теорія та практика: навч. посіб.; Нац. ун-т вод. госп-ва та природокористування. Рівне : НУВГП, 2016. 396 с.
4. Марченко О.М., Томаневич А.М. Теорія організації: навч. посіб.; Львів. держ. ун-т внутр. справ. Львів : ЛьвДУВС, 2015. 359 с.
5. Монастирський Г.А. Теорія організації: навч. посіб. К. : Знання, 2008. 319 с.
6. Монастирський Г.А. Теорія організації: підручник. Тернопіль: ТНЕУ, 2014. 288 с.
7. Монастирський Г.А. Теорія організації: підручник. 2-е видання, доповнене й перероблене. Тернопіль: ЗУНУ, 2020. 328 с.
8. Осовська Г.В., Осовський О.А. Менеджмент організацій: підручник. К.: Кондор, 2009. 680 с.
9. Петков В. П. Теорія та менеджмент організації : підручник. Л.: Новий світ-2000, 2015. 488с.
10. Терещенко Т.В. Теорія організації: навч. посіб.; Хмельниц. ун-т упр. та права. Хмельницький: Хмельниц. ун-т упр. та права, 2015. 335 с.
11. Czarniawska B. Trochę inna teoria organizacji. Organizowaniej a kokonstrukcja sieci działań. Warszawa: Poltext, 2013. 212 s.
12. Daft R.L. Organization Theoryand Design. 9th ed. Mason, OH: Thomson South-Western, 2007.
13. Daft R.L., Armstrong A. Organization Theoryand Design. Toronto: Nelson, 2009.
14. Jones G.R. Organizational Theory, Design, and Change: Textand Cases. 6th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall, 2010.

15. Pugh D.S. and Hickson D.J. *Writers on Organizations*. 6th ed. Thousand Oaks, CA: SAGE, 2007.
16. Sapru R.K. *Administrative Theories and Management Thought*. New Delhi: Prentice-Hall of India Private Limited, 2008.
17. Scott W.R., Davis G.F. *Organizations and Organizing: Rational, Natural, and Open System Perspectives*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall, 2007.
18. Shafritz J., Ott J.S. *Classical Organization Theory*. (5 ed.). Orlando: Harcourt, 2001.
19. Tolbert P.S., Hall R.H.. *Organizations: Structures, Processes, and Outcomes*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall, 2009.

РОЗДІЛ IV. КОНКУРЕНТОСПРОМОЖНІСТЬ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА РИНКУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

Рекомендовані питання для розгляду

1. Медична послуга як товар на ринку.
2. Ринок медичних послуг як соціально-економічна система.
3. Основні елементи ринку медичних послуг та принципи їх функціонування.
4. Конкуренція та ринку медичних послуг.
5. Конкурентоспроможність та конкурентні переваги на ринку медичних послуг.
6. Оцінка конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я.
7. Система управління конкурентоспроможністю закладу охорони здоров'я.
8. Напрямки підвищення конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я.

1. Медична послуга як товар на ринку

Медична послуга – це послуга, що надається пацієнту закладом охорони здоров'я або фізичною особою – підприємцем, яка зареєстрована та одержала в установленому законом порядку ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, та оплачується її замовником. Замовником послуги з медичного обслуговування населення можуть бути держава, відповідні органи місцевого самоврядування, юридичні та фізичні особи, у тому числі пацієнт.

При цьому, **заклад охорони здоров'я – це юридична особа будь-якої форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, що забезпечує медичне обслуговування населення на основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних працівників.**

Медичні послуги характеризуються рядом особливостей, що відрізняють їх від інших послуг, що пов'язано як з їх призначенням, так і з властивостями і параметрами надання. Для медичних послуг характерними є традиційні властивості, які притаманні всім видам послуг, це: нематеріальність, невіддільність від виробника, неможливість транспортування та збереження, мінливість тощо. Окрім традиційних властивостей, медичним послугам притаманний ще й ряд специфічних властивостей, до яких належать:

– тривалість періоду надання медичних послуг (наприклад, після отримання складних травм медичні послуги з лікування та відновлення пацієнта можуть надаватись роками; у випадку хронічного захворювання медичні послуги надаються протягом усього життя пацієнта);

– непостійність якості медичних послуг, яка залежить від постачальників і місця надання послуги (наприклад, відомий фахівець надасть більш кваліфіковану медичну послугу, ніж молодий спеціаліст; один і той же фахівець може надавати медичні послуги по-різному в різні періоди часу залежно від свого настрою та фізичного стану);

– відсутність гарантій отримання бажаного результату в результаті надання медичних послуг (по-перше, медична послуга має комплексний характер та включає не лише односторонні дії виконавця (лікаря), а й зустрічні дії з боку отримувача (пацієнта); по-друге, в кожного пацієнта існують індивідуальні особливості організму, які по-різному впливають на результат надання медичних послуг) тощо (рис. 1).



Рис. 1. Специфічні характеристики медичних послуг

Заклади охорони здоров'я надають пацієнтам широкий спектр послуг, які класифікують за різними ознаками: за функціональним призначенням, за рівнями надання медичної допомоги, за джерелами фінансування, за умовами надання, за складом елементів, за часом надання, за кількістю учасників тощо. Розширена класифікація медичних послуг представлена на рис. 2.

За функціональним призначенням медичні послуги поділяють на:

- **діагностичні**, які спрямовані на встановлення діагнозу пацієнта;
- **лікувальні**, які спрямовані на лікування захворювання пацієнта;
- **консультаційні**, які передбачають проведення консультацій повідних медичних фахівців;
- **профілактичні**, які спрямовані на попередження та недопущення виникнення захворювань у пацієнтів (диспансеризація, вакцинація, фізкультурно-оздоровчі послуги);
- **реабілітаційні**, які пов'язані із соціальною та медичною реабілітацією та відновленням пацієнтів після складних захворювань;

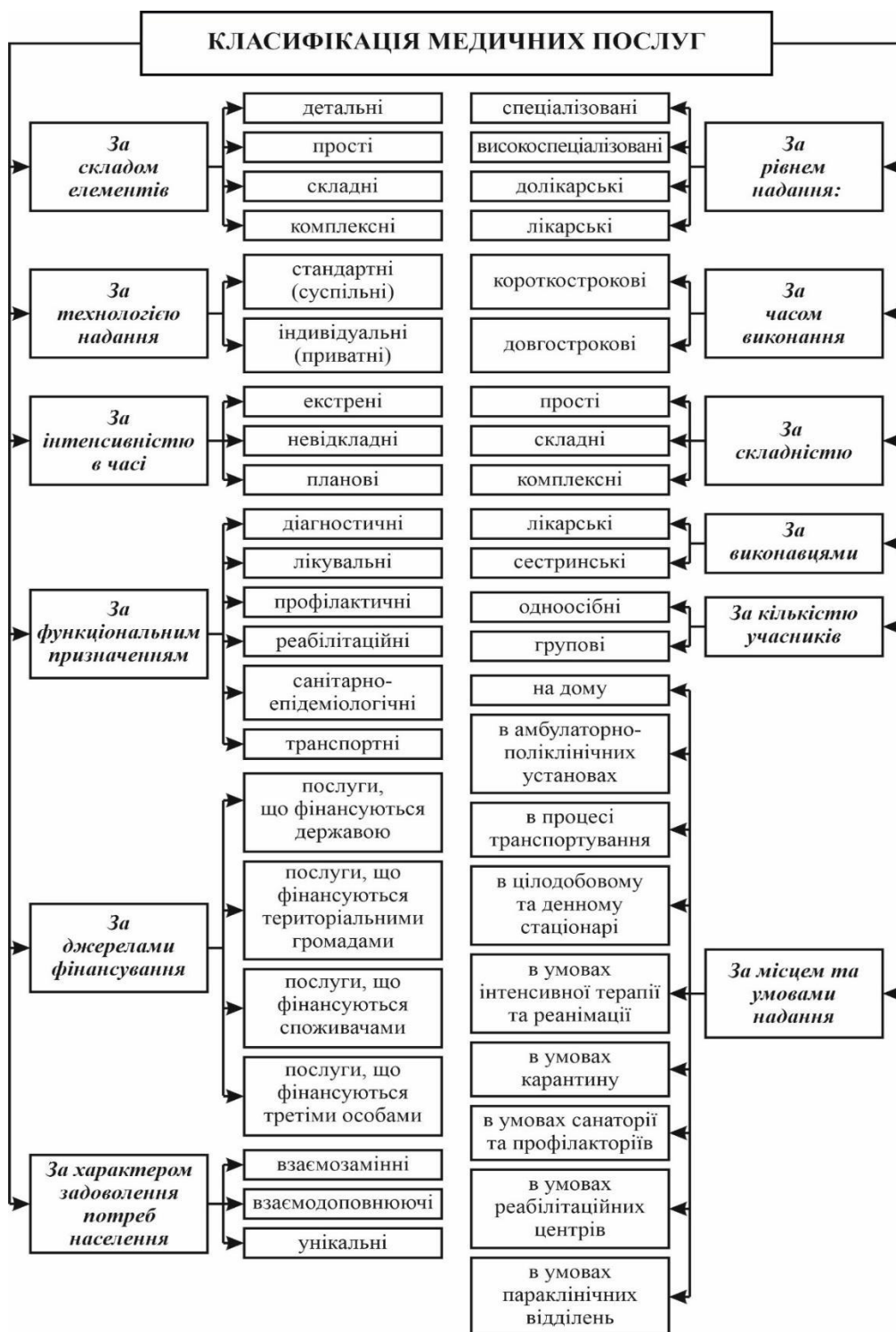


Рис.2. Розширена класифікація медичних послуг

- **санітарно-епідеміологічні**, які спрямовані на реалізацією комплексу санітарно-гігієнічних, інженерно-технічних та протиепідемічних заходів;
- **транспортні**, які передбачають транспортування пацієнтів, які потребують медичного супроводу до медичного закладу або між ними, за допомогою бригад екстреної допомоги та санавіації.

За складом елементів медичні послуги поділяють на:

- **детальна медична послуга** – елементарна та неподільна медична послуга, яка не виступає окремим об'єктом ціноутворення (ін'єкція, ведення історії хвороби);
- **проста медична послуга** – частина комплексу лікувально-діагностичних заходів, яка не має самостійного значення і дійсна лише в сукупності з іншими елементами цього комплексу (хірургічна операція, консультація спеціаліста);
- **складна медична послуга** – сукупність простих медичних послуг, які в комплексі утворюють технологічний процес надання медичної допомоги, характерний для конкретної медичної установи (для стаціонарів – це пролікований хворий, для амбулаторно-поліклінічних закладів – завершений випадок лікування);
- **комплексна медична послуга** – це сукупність різних видів медичних послуг, спрямованих на отримання будь-якого результату, якій не може бути отриманий за допомогою інших послуг (профілактичні огляди, ведення вагітності).

За технологією надання медичні послуги поділяють на:

- **стандартні (суспільні)**, які надаються переважній більшості пацієнтів на основі уніфікованої технології;
- **індивідуальні (приватні)**, для яких характерне широке коло діагностичних маніпуляцій, лікувальних процедур, ширший набір лікувальних засобів та виробів медичного призначення.

2. Ринок медичних послуг як соціально-економічна система

Ринок медичних послуг за своїм характером та змістом елементів, що входять до його складу, є складною соціально-економічною системою. Ринку медичних послуг як системі характерна різнотипність та багатоманітність елементів, які виконують різноманітні функції. Так, заклади охорони здоров'я, які безпосередньо надають медичні послуги населення, і пацієнти є основними елементами системи, які безпосередньо пов'язані між собою. До опосередкованих елементів ринку медичних послуг як системи належать: органи державної влади, які здійснюють ліцензування та сертифікацію закладів охорони здоров'я, які надають медичні послуги; громадські організації, які проводять моніторинг ринку медичних послуг та приймають участь у контролі якості медичних послуг;

організації, які надають посередницькі послуги споживачам і виробникам на ринку медичних послуг (рис. 3).

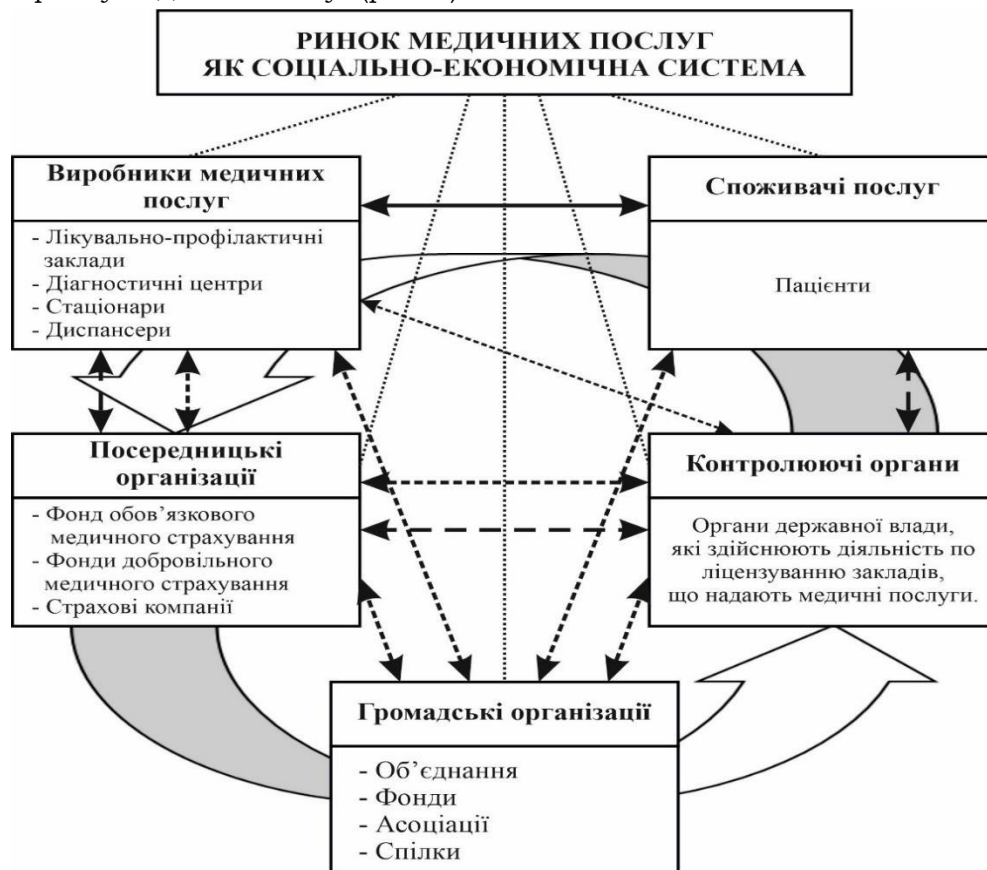


Рис. 3. Ринку медичних послуг як складна соціально-економічна система

Ринку медичних послуг як соціально-економічна системі притаманний ряд загальних та специфічних ознак:

1. Цілісність. Всі елементи системи є єдиним цілим, оскільки об'єднані: по перше, спільною метою (підтримкою та зміцнення здоров'я населення); по друге, розміщенням (територіальна ознака), тобто система обмежена певною територією, в якості якої може виступати як окрема територіальна громада, як і країна в цілому; по третє, управлінням (організаційна ознака).

2. Взаємообумовленість. Всі елементи систем взаємопов'язані і взаємозалежні між собою. Виключення із системи хоча б одного елемента (наприклад, пацієнтів чи заклади охорони здоров'я) стане загрозою не лише функціонування системи, але і самого її існування.

3. Багатофункціональність системи, яка проявляється в тому, що всі елементи системи відрізняються своїми функціями: 1) пацієнти виконують в основному споживчу функцію; 2) заклади охорони здоров'я виконують функції надання медичних послуг, функції по підтримці здоров'я

населення та профілактиці соціально небезпечних захворювань; 3) страхові організації виконують посередницькі функції при фінансуванні надання медичних послуг; 4) органи державної влади виконують функції контролю на ринку медичних послуг; 5) громадські організації виконують функції моніторингу та громадського контролю ринку медичних послуг, а також функцію інформування про організації, які функціонують на ринку медичних послуг.

4. Адаптивність, тобто здатність пристосовуватись до зміни умов динамічного зовнішнього середовища. Вплив глобалізації на всі сфери суспільного життя, інтеграція країн у єдиний світовий простір, швидке поширення різних видів захворювань активізує розвиток ринку медичних технологій, що сприяє розробці та впровадженню нових, більш технологічних, методів лікування. Ринок медичних послуг адаптується до нових викликів шляхом зміни структури та функцій окремих елементів, а також залучення в цей процес резервних частин, ресурсів та взаємозамінних елементів.

5. Стохастичність, тобто імовірний характер функціонування, наявність елементів випадковості в дії системи, зумовлених невизначеністю ситуації у зовнішньому середовищі і випадковим характером процесів всередині самої системи. На функціонування ринку медичних послуг впливає ряд випадкових факторів, таких як: епідемії, катастрофи, природні катаклізми, конфлікти тощо.

6. Динамізм, тобто залежність параметрів функціонування в часі. Оскільки зміни як всередині ринку медичних послуг, так і у його зовнішньому середовищі відбуваються постійно, то даний ринок, як і будь-яка інша система, реагує на ці виклики шляхом внесення змін в систему, що дозволяють регулювати функції системи в часі.

7. Здатність до розвитку – наявність потенціалу розвитку системи, який дозволяє удосконалити її структуру, зміни функції та покращити систему в цілому. Активний розвиток галузі виробництва високотехнологічного обладнання для закладів охорони здоров'я, що надають медичні послуги, запровадження нових методів діагностики та лікування змушують ринок медичних послуг реагувати на виклики шляхом зміни системи управління та складу функцій окремих елементів.

Окрім загальносистемних, ринок медичних послуг має ще й деякі специфічні ознаки, до яких належать:

1) на ринку медичних послуг домінуючий вплив має особистий чинник, що знаходить своє відображення у позитивному ефекті від взаємодії виробника та споживача медичних послуг. Позитивним ефектом у даному випадку є зміна стану пацієнта;

2) фаза виробництва медичної послуги переважно визначає її споживання. Це пов'язано з необхідністю організації підготовчого етапу при окремих видах захворювань, який передбачає проведення

лабораторно-діагностичних досліджень та постановкою діагнозу. При цьому процес виробництва та процес споживання медичної послуги співпадають в часі;

3) існує значний часовий між моментом надання медичної послуги і зміною стану пацієнта, що є кінцевим результатом надання медичної послуги;

4) неможливо визначити точну вартість кінцевих результатів функціонування ринку медичних послуг.

Таким чином, можна констатувати, що ринок медичних послуг є складною соціально-економічною системою, що володіє рядом загальних і специфічних ознак, діяльність якої спрямована, головним чином, на задоволення потреб виробників (організацій, що надають медичні послуги) та споживачів (пацієнтів) медичних послуг з метою підтримки і зміцнення здоров'я населення, а також зниження рівня смертності для ефективного соціально-економічного розвитку і національної безпеки країни.

3. Основні елементи ринку медичних послуг та принципи їх функціонування

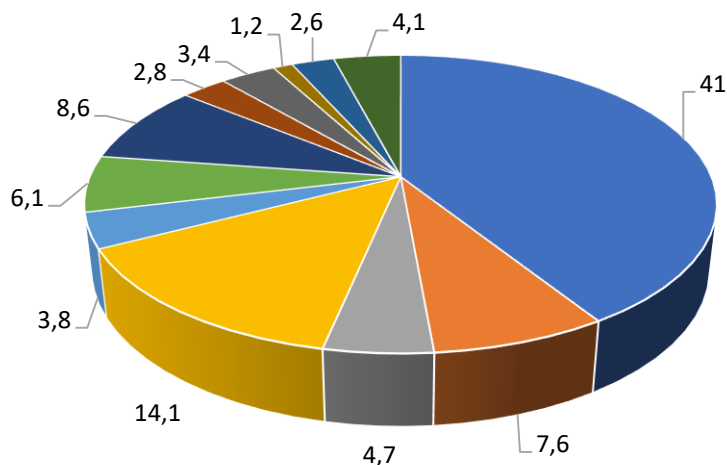
Функціонування ринкових відносин в сфері охорони здоров'я має визначальне значення для забезпечення надання якісних, висококваліфікованих, доступних та своєчасних медичних послуг.

Ринок охорони здоров'я України займає значну частку в структурі національної економіки. Так, за даними Державної служби статистики, витрати на товари та послуги сфери охорони здоров'я складають 6,1 % від загальних витрат українських домогосподарств (рис. 4).

Ринок охорони здоров'я складається із сукупності взаємопов'язаних ринків, таких як: ринок медичних послуг, фармацевтичний ринок, ринок медичного обладнання та медичних технологій, ринок медичного страхування, фінансовий ринок, ринок праці медичних працівників, ринок освітніх послуг для медичних працівників, ринок медичних інновацій тощо (рис. 5).

Ринок медичних послуг – це відносини, які виникають з приводу купівлі продажу медичних послуг між постачальниками (лікувально-профілактичними установами, діагностичними центрами, санаторно-курортними закладами тощо) та споживачами (пацієнтами) медичних послуг.

На ринку медичних послуг споживач, в якості якого виступає пацієнт, купує медичні послуги за ринковою ціною у любого виробника, представленого на ринку. В якості виробників на ринку медичних послуг виступають заклади охорони здоров'я, що надають медичні послуги: лікувально-профілактичні установи, диспансери, амбулаторії тощо. Вибір пацієнта визначається, головним чином, ціною на медичну послугу.



- Продукти харчування та безалкогольні напої
- Алкогольні напої, тютюнові вироби та наркотики
- Одяг і взуття
- Житло, вода, електроенергія, газ та інші види палива
- Предмети домашнього вжитку, побутова техніка та поточне утримання житла
- Охорона здоров'я
- Транспорт
- Зв'язок
- Відпочинок і культура
- Освіта
- Ресторани та готелі
- Інші товари та послуги

Рис.4. Загальні витрати українських домогосподарств у 2020 році, за даними Державної служби статистики України

Таким чином, кількість медичних послуг, які пацієнт буде готовий придбати, прямо пропорційна ціні, за якою їх пропонує виробник. Іншими словами, чим нижча ціна на медичні послуги, тим більше цих послуг він буде готовий оплатити. Виробник, в свою чергу, збільшує кількість медичних послуг та цін на них.

Однак, при збільшенні ціни на медичні послуги попит на них у споживача змінюється, що призводить до зниження попиту, а це, в свою чергу, призводить до зниженням цін виробниками. Рівновага на ринку медичних послуг складається в тому випадку, коли ціна та кількість на медичні послуги, що надають та що пропонуються співпадає, але така

рівновага не стійка. Зазначена ситуація можлива лише на ідеальних ринках, на яких дотримується ряд умов: функціонування на ринку більшої кількості дрібних виробників, визначеність, доступність інформації, свобода споживачів від порад лікарів, які мають власні інтереси, а ринок медичних послуг функціонує в умовах вільної конкуренції.

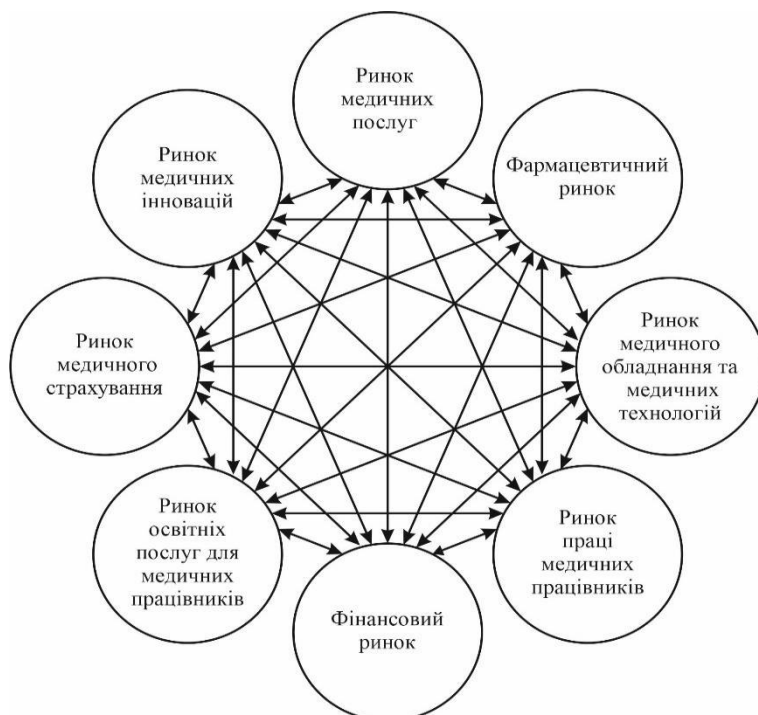


Рис. 5. Види ринків у галузі охорони здоров'я та їх взаємозв'язок

Визначальною специфічною рисою ринку медичних послуг є його соціальна спрямованість, за якої максимізація прибутку в жодному разі не може бути пріоритетом при наданні кваліфікованих медичних послуг. Сама по собі медична послуга є специфічною формою виробничої діяльності, результат якої спрямований не на створення матеріального блага, а на отримання певного (конкретного) корисного ефекту, що стосується безпосередньо людини. При цьому ціна на медичні послуги не може встановлюватися на основі існуючого попиту та пропозиції. Оскільки вона складається, головним чином, на основі пропозиції, лікар є суб'єктом, який безпосередньо надає медичні послуги, і він зацікавлений в тому, щоб його праця була оцінена високо.

Ринок медичних послуг має свої **особливості**, що відрізняють його від інших видів ринків. До них належать:

- обмежене число продавців, яке регулюється певними правилами входження на ринок;

- неоднорідність медичних послуг, їх індивідуальність та унікальність;
- низький рівень поінформованості потенційних покупців про види медичних послуг на ринку;
- відсутність дієвої методики порівняння ціни та якості медичних послуг;
- велика кількість державних та комунальних закладів охорони здоров'я, які встановлюють ціну на медичні послуги нижчу за собівартість за рахунок бюджетного фінансування, що дозволяє частково покрити необхідні витрати.

Основними **функціями** ринку медичних послуг є:

- **відтворювальна**, яка забезпечує безперервність процесу виробництва і відтворення, розширення різноманіття медичних послуг та лікарських засобів;
- **регулююча**, яка забезпечує збереження керованості галузі охорони здоров'я при одночасному функціонуванні в ній державного та приватного секторів;
- **ціноутворююча**, яка полягає в тому, що об'єднуючи та співставляючи попит і пропозицію товарів та послуг, ринок врівноважує їх і одночасно формує ринкову ціну як результат торгу між продавцями та покупцями;
- **стимулююча**, яка виконує роль ефективного інструмента зниження питомих виробничих витрат, сприяє економії суспільної праці і підвищенню продуктивної зайнятості працівників медичної сфери;
- **сануюча**, яка змушує надавачів медичних послуг та виробників товарів медичного призначення удосконалювати технології виробництва та надання медичних послуг, займатись інформаційно-рекламною діяльністю, раціонально використовувати матеріальні, фінансові, трудові та часові ресурси, займатись санітарно-просвітницькою діяльністю;
- **конкурентна**, яка виражається у професійному і соціально-економічному ринковому суперництві між закладами охорони здоров'я за досягнення високих результатів у діагностиці, лікуванні та реабілітації хворих, в сервісному обслуговуванні пацієнтів тощо.

Успішна реалізація цих функцій можлива лише в умовах розвинутих, законодавчо підкріплених, цивілізованих ринкових відносин, гармонійно поєднаних з надійним державним регулюванням комерційної діяльності в сфері охорони здоров'я і доповнених високою культурою суб'єктів такої діяльності.

Ринок медичних послуг можна умовно поділити на три сегменти:

- 1) **профілактичний сегмент** – частина ринку, на якому переважає попит та пропозиція на профілактичні медичні послуги. Для споживачів на цьому ринку характерний високий рівень якості життя та бажання його підвищувати;
- 2) **лікувальний сегмент** – частина ринку, на якому переважає

попит та пропозиція на лікувально-діагностичні медичні послуги. Цей ринок знаходить у взаємозалежності із рівнем захворюваності населення і підлягає специфічній сегментації. Частка попиту і пропозиції на такому ринку досить висока;

3) **соціальний сегмент** – ринок, на якому пропозиція медико-соціальних послуг спрямована на підтримку такого стану споживачів медичних послуг, за яких об'єктивно не можливе підвищення рівня якості їх життя.

Розрізняють наступні **елементи ринку медичних послуг**:

- 1) медична послуга;
- 2) попит;
- 3) пропозиція;
- 4) ціна;
- 5) конкуренція;

Механізм ринку медичних послуг, як і будь-якого іншого ринку, функціонує завдяки взаємодії трьох основних параметрів: попиту, пропозиції, ціні.

Попит на ринку медичних послуг – це кількість медичних послуг, які бажає та може придбати населення (окремі пацієнти) в даний період часу по певній ціні.

Попит на медичні послуги за інших рівних умов змінюється в оберненій залежності від ціни. Зниження ціни на медичні послуги спонукає покупців купувати більшу кількість здешевлених послуг (ефект доходу), особливо, якщо деякі з них є заміниками майже аналогічних, але дорожчих послуг (ефект заміщення).

Окрім ціни попит на медичні послуги залежить ще й від:

- рівня доходів населення (чим вищий дохід, тим більше можливостей отримувати медичні послуги);
- демографічної ситуації (чисельність населення – кількість потенційних пацієнтів, зміни в структурі населення – старіння населення зумовлює зростання попиту на медичне обслуговування та ліки);
- «форсування» попиту на медичні послуги зі сторони лікарів (їх діагнози та рекомендації здатні змінювати попит);
- зміна вподобань пацієнтів (мода на пластичні операції збільшила попит на цей вид медичних послуг) тощо.

Розрізняють наступні **види попиту** на ринку медичних товарів та послуг:

- **від'ємний попит**: попит на щеплення, попит на прийом до лікарів окремих спеціальностей, попит на болючі та дорогі процедури;
- **прихований попит**: окремі пацієнти можуть відчувати потребу, яку неможливо задовольнити за допомогою наявних на ринку медичних товарів і послуг, наприклад, одноразові вироби медичного призначення, сервісні послуги, індивідуальне харчування в стаціонарі тощо;

- **падаючий попит:** попит на шприци та системи переливання крові багаторазового використання;
- **нерегулярний попит:** попит, який обумовлений сезонними тимчасовими коливаннями (наприклад, попит на прийом до окремих лікарів-спеціалістів залежать від сезонності деяких захворювань (грип, виразкова хвороба, вірусний гепатит тощо);
- **надмірний попит:** попит на ургентну медичну допомогу, який зростає у святкові і післясвяткові дні, коли зростає рівень травматизму та хворі, які страждають на хронічні захворювання, порушують дієту, режим та зловживають алкоголем.

Пропозиція на ринку медичних послуг – це кількість медичних послуг, які виробники можуть надати часу населенню (окремим пацієнтам) у визначений період.

Пропозиція медичних послуг при інших рівних умовах змінюється в залежності від зміни ціни: у міру зростання цін виробники (продавці) пропонують пацієнтам більшу кількість послуг. При зниженні ціни їх зацікавленість зменшується і, відповідно, зменшується обсяг вироблених ними медичних послуг.

Окрім ціни пропозиція медичних послуг залежить ще й від:

- удосконалення медичного обладнання та техніки (удосконалення медичного обладнання знижує витрати, що призводить до зростання кількості наданих медичних послуг);
- поява на ринку нових медичних послуг, що надаються конкурентами, також збільшує їх пропозицію;
- кількість медичних працівників (чим більша їх кількість, тим більша пропозиція медичних послуг);
- підвищення податкових ставок зумовляє зниження пропозиції медичних послуг тощо.

Головним фактором, який визначає величину попиту та пропозиції на ринку медичних послуг, є ціна.

Ціна медичної послуги – це грошовий вираз вартості медичної послуги, який формується в наслідок взаємодії на ринку пацієнта та виробника послуг (лікаря).

Ціни на медичні послуги формуються не на основі попиту і пропозиції, а відображають витрати медичної установи на організацію надання медичної послуги. Ціна – це вартість праці, вкладеної в процес надання медичної послуги визначеної якості. При цьому процес надання медичної послуги співпадає в процесом її реалізації.

Система цін на медичні послуги включає в себе наступні групи:

- 1) **бюджетні ціни** – розрахункова вартість медичних послуг, яка не відображає реальних витрат медичної установи на організацію їх надання. Бюджетні оцінки використовуються при визначенні обсягу бюджетного фінансування закладів охорони здоров'я, для здійснення

взаємних розрахунків між різними закладами, які розташовані на одній території, чи між структурними підрозділами одного закладу;

2) **ціни на платні медичні послуги (прейскурантні ціни)** – відображають практичні витрати закладу охорони здоров'я на організацію надання медичних послуг і включають в себе прибуток. Такі ціни використовуються для розрахунку з фізичними особами, а також з підприємствами, установами та організаціями, які оплачують медичні послуги для своїх співробітників;

3) **договірні ціни** – затверджуються у прямих договорах між закладами охорони здоров'я та споживачами платних послуг. В цьому випадку прибуток нічим не обмежується;

4) **тарифи на медичні послуги за загальнообов'язковим медичним страхуванням** – відображають грошові суми, які визначають рівень відшкодування витрат закладу охорони здоров'я на надання медичних послуг в рамках загальнообов'язкового медичного страхування.

4. Конкуренція та конкурентне середовище та ринку медичних послуг

Конкуренція на ринку медичних послуг – це стан та процес взаємовідносин суб'єктів надання медичних послуг (державних, комунальних, приватних закладів охорони здоров'я та фізичних осіб, які здійснюють приватну медичну практику) та споживачів медичних послуг (пацієнтів) на основі цивілізованого суперництва між суб'єктами надання якісних медичних послуг з метою задоволення потреб пацієнта.

Конкуренція на ринку медичних послуг визначається такими особливостями:

- специфічність медичної послуги;
- високий рівень державного регулювання та контролю за діяльністю закладів охорони здоров'я та медичними послугами, які вони надають;
- невідповідність інформації, яка знаходиться у лікаря, та інформації, яка доступна пацієнту (наприклад, стан здоров'я, необхідне лікування, його форма та ефективність).

Ринок медичних послуг доволі віддалений від ринку досконалої конкуренції (табл. 1), більше того, йому притаманні риси монополістичної конкуренції, навіть монополії.

Конкуренція виступає об'єктивною та необхідною умовою функціонування та розвитку ринку медичних послуг. При цьому залежно від кінцевого результату її поділяють на:

1) **конструктивну**, яка передбачає позитивний результат, зокрема, розширення вибору медичних послуг для пацієнта, зниження цін на медичні послуги без втрати їх якості;

Таблиця 1

Порівняльна характеристика ринку медичних послуг та ринку досконалої конкуренції

Критерії порівняння	Ринок досконалої конкуренції	Ринок медичних послуг
Кількість продавців на ринку	Велика кількість продавців	Кількість продавців обмежена, існують суттєві обмеження (переважно адміністративного характеру), можливі навіть ситуації, наближені до природньої монополії
Однорідність товару	Однорідність товарів	Неоднорідність медичних послуг, її індивідуальність та унікальність
Рівень поінформованості покупців	Високий рівень поінформованості покупців	Недосконала інформація, професійна некомпетентність споживачів (пацієнтів), відсутність та неактивна діяльність спеціалізованих організацій споживачів (пацієнтів)
Можливість порівняння ціни товару та її якості	В покупців існує можливість порівняння ціни товару та його якості	В покупців (пацієнтів) відсутня чи ускладнена можливість порівняння ціни медичної послуги та її якості, відсутність чітких критеріїв якості медичних послуг
Ставлення до прибутку	Виробники прагнуть до максимізації прибутку	Велика кількість державних медичних закладів, не прийняття населенням комерційного підходу до охорони здоров'я
Спосіб реалізації продукції	Реалізація продукції здійснюється напряму	У більшості випадків потрібна участь посередника, який оплачує частину медичних послуг
Ступінь державного втручання	Втручання держави мінімально, на рівні визначення загальних умов діяльності	Безпосередній вплив держави на даний ринок, жорстко регламентовані правила роботи для всіх суб'єктів ринку, держава є одним із суб'єктів ринку
Існування товарів взаємозамінників	Велика кількість товарів взаємозамінників	Відсутність товарів взаємозамінників безпосередньо в сфері охорони здоров'я
Спосіб ціноутворення	Вільне ринкове ціноутворення	Ціна встановлюється як вільно, так і регульовано (для окремих видів медичних послуг)

Критерії порівняння	Ринок досконалої конкуренції	Ринок медичних послуг
Характер ринку	Ринок покупця	Переважно ринок продавця
Цінова еластичність попиту	Еластичний попит за ціною	Нееластичний попит за ціною
Наявність «тіньового ринку»	Відсутність «тіньового ринку»	Значна частка тіньових платежів в державних і муніципальних органах
Правила входження на ринок	Правила входження на ринок єдині для всіх	Правила входження на ринок визначаються органами влади

2) **деструктивну**, яка націлена саме на підвищення фінансового благополуччя суб'єктів надання медичних послуг за рахунок втрати їх якості.

Конкуренція на ринку медичних послуг відбувається на наступних рівнях: рівень пацієнта; рівень лікаря; рівень закладу охорони здоров'я; рівень міста; рівень регіону; рівень держави (рис. 6).



Рис. 6. Рівні конкуренції на ринку медичних послуг

Варто окреслити деякі протиріччя, які виникають в процесі функціонування системи конкуренції в сфері охорони здоров'я:

- протиріччя між системою стимулів в сфері охорони здоров'я та фундаментальними законами конкуренції (високі ціни на медичні послуги залишають навіть при надмірному попиті);
- протиріччя між дорогими медичними технологіями та загальною доступністю в отриманні медичних послуг;
- протиріччя між реальною наявністю пацієнтів та високою вартістю медичної послуги (без підвищення її якості);

– протиріччя, в якому полягає сутність того, що діюча система стимулювання праці медичних працівників стимулює впровадження інновацій, збільшує витрати чи підвищує якість без відповідного зниження вартості медичної послуги.

Повноцінне функціонування ринку медичних послуг неможливе без створення конкурентного середовища в сфері охорони здоров'я.

Конкурентне середовище на ринку медичних послуг – це сукупність ринкових чинників, які визначають функціонування (державних, комунальних, приватних закладів охорони здоров'я та фізичних осіб, які здійснюють приватну медичну практику) та споживачів медичних послуг (пацієнтів), а також їх взаємозв'язків в процесі конкуренції.

Формування конкурентного середовища на ринку медичних послуг відбувається лише при виконанні певних обов'язкових умов різних видів управління на різних рівнях. До них належать:

1) **рівень пацієнта**, який передбачає: право вільного вибору лікаря; вільний доступ пацієнтів до медичних установ та лікарських практик; рівний гарантований доступ до вільного вибору суб'єктів надання медичних послуг; захист прав пацієнтів; систему медичного страхування; систему контролю якості медичних послуг та медичної допомоги;

2) **рівень лікарів**, який передбачає: ліцензування лікарів; стандартизацію медичної діяльності; право закладів охорони здоров'я та приватних лікарів заробляти та мати прибуток; систему фіксованих контрактних гонорарів з попередньою оплатою; партнерські права медичного персоналу; прозору система прийняття на роботу медичних працівників; визначення професійних етичних норм;

3) **рівень закладу охорони здоров'я**, який передбачає: акредитацію медичних установ; підвищення якості стратегічних управлінських рішень; вільну, незалежну адаптацію організаційної структури та функцій медичних закладів до вимог динамічного ринку медичних послуг; створення умов для самофінансування та незалежної діяльності закладів охорони здоров'я; систему безперервного навчання медичних працівників;

4) **наукові, економічні та інформаційні завдання**, які передбачають наукове обґрунтування моделей конкуренції в сфері надання медичних послуг; економічні методи управління закладами охорони здоров'я; можливість вільного, незалежного комерційного інвестування в сферу охорони здоров'я; інформаційна відкритість ринку медичних послуг;

5) **адміністративно-управлінські та організаційні заходи**, які передбачають: демонополізацію системи надання медичних послуг; ліквідацію адміністративного поділу та вертикальної інтеграції медичних

закладів; приватизацію закладів охорони здоров'я; інтеграцію закладів первинної медико-санітарної допомоги; прийняття та реалізацію оптимальних та функціональних рішень в сфері реструктуризації закладів первинної медико-санітарної допомоги; відкриття доступу до відомчих медичних закладів для всіх громадян;

б) **заходи державного регулювання**, які передбачають: розробку законодавства, яке створює умови, гарантії та стимули для підприємництва, конкуренції та структурної перебудови системи охорони здоров'я; переорієнтацію нових програм і проектів в сфері охорони здоров'я вертикально координованих закладів на рівень закладів первинної медико-санітарної допомоги; регулювання конкурентного середовища на ринку медичних послуг; систему адресних соціальних гарантій отримання медичної допомоги окремими категоріями громадян.

5. Конкурентоспроможність та конкурентні переваги на ринку медичних послуг

Внаслідок реформування сфери охорони здоров'я, запровадження страхової медицини і появи великої кількості приватних медичних закладів виникла конкуренція на ринку медичних послуг, яка актуалізувала необхідність формування та управління конкурентоспроможністю як окремих медичних послуг, так і закладів охорони здоров'я в цілому.

Конкурентоспроможність медичної послуги – це комплекс споживчих та виробничих характеристик, який дозволяє якісно задовільнити потреби населення у зміцненні, підтримці та відновленні здоров'я відповідно до сформованих вимог ринку і законодавства в умовах існування широкого вибору на ринку конкуруючих послуг-аналогів.

Конкурентоспроможність закладу охорони здоров'я – це реальна та потенційна здатність на основі наявних можливостей надавати медичні послуги, які за своїми ринковими характеристиками переважають послуги конкурентів і дозволяють утримувати бажану частку ринку, гарантуючи при цьому розвиток та фінансове благополуччя закладу.

Рівень конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я в окремі моменти часу визначається впливом ряду чинників.

Чинники конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я – це явища та процеси, які формують конкурентні переваги закладу охорони здоров'я та можуть бути використані в процесі конкурентної боротьби на ринку медичних послуг.

Основні чинники, які впливають на конкурентоспроможність закладу охорони здоров'я, можна поділити за такими критеріями:

- **за місцем виникнення** на: зовнішні та внутрішні;
- **за сферою походження** на: нормативно-правові, організаційні, медичні, ресурсні, інформаційно-комунікативні, технологічні, комерційні та інноваційні;
- **за тривалістю дії** на: постійні та тимчасові (рис.7).



Рис. 7. Узагальнена класифікація чинників конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я

Залежно від місця виникнення чинники конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я поділяють на дві основні групи:

1) **зовнішні:** нормативно-правова база діяльності закладів охорони здоров'я; вітчизняні та міжнародні стандарти; урядові рішення та інституційні механізми; технологічний уклад; наявність конкуренції; постачальники ресурсів тощо;

2) **внутрішні:** система управління закладом охорони здоров'я; порядок надання медичних послуг; якість медичних послуг; інноваційний характер діяльності; стратегічне планування; реалізація маркетингової концепції; задоволення додаткових потреб пацієнтів тощо.

Внутрішні чинники є найбільш значущими для забезпечення стійких конкурентних позицій закладу охорони здоров'я, оскільки вони характеризують умови внутрішнього середовища та є об'єктом активного впливу з боку самого медичного закладу. Виникнення та інтенсивність прояву внутрішніх чинників безпосередньо залежать від діяльності закладу охорони здоров'я, організації надання медичних послуг, стану його ресурсної бази, системи стратегічного управління тощо.

Чинники зовнішнього середовища є досить неоднорідними й визначають функціонування галузі охорони здоров'я як системи,

відображають умови функціонування національної та світової економік.

Залежно від сфери походження чинники конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я поділяють на дев'ять основних груп:

1) **нормативно-правові:** нормативно-правові акти, вітчизняні та міжнародні стандарти, технічні умови, вимоги сертифікації тощо;

2) **організаційні:** місце розташування та наявність конкурентів, система та методи управління закладом охорони здоров'я; модель організації надання медичних послуг; система управління якістю

3) **медичні:** асортимент та номенклатура послуг, що надають закладом охорони здоров'я; якість послуг, що надають закладом охорони здоров'я; рівень кваліфікації працівників закладу охорони здоров'я

4) **ресурсні:** фінансування закладу охорони здоров'я; рівень матеріально-технічного забезпечення закладу охорони здоров'я; рівень кваліфікації медичних працівників;

5) **інформаційно-комунікативні:** електронний запис на прийом; ведення медичної документації в електронному вигляді; надання телемедичних послуг; дистанційний супровід пацієнтів; налагодження зворотнього зв'язку із пацієнтами; наявність загальнодоступних електронних медичних ресурсів;

6) **технологічні:** технології лікування та діагностики; біотехнології, нанотехнології, технології генної інженерії; хіміко-фармацевтичні технології; управлінські технології;

7) **комерційні:** кон'юнктура ринку медичних послуг; активність конкурентів; вартість послуг; імідж та ділова репутація закладу охорони здоров'я; ресурсоемність медичних послуг; використання маркетингових технологій просування медичних послуг;

8) **інноваційні:** новітні технології медицини та фармацевтики, новітнє медичне та діагностичне обладнання, передові інформаційні технології тощо.

Залежно від тривалості дії розмежовують такі групи чинників конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я:

1) **постійні:** їх переважна більшість, і вони визначають загальний рівень конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я;

2) **тимчасові:** їх кількість є відносно невеликою, але вони змінюють рівень конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я внаслідок тих чи інших подій.

Чинники конкурентоспроможності підприємства діють не ізольовано, кожен сам по собі, а системно, що посилює наслідки дії кожного окремо взятого чинника.

Для того, щоб успішно витримувати конкуренцію на ринку медичних послуг, потрібно мати певні переваги відносно конкурентів і постійно нарощувати ці переваги.

Конкурентна перевага закладу охорони здоров'я – це перевага одного закладу охорони здоров'я над іншими відносно тих ознак, властивостей, якостей, пропонованих до продажу медичних послуг, умов їх надання й споживання, у яких найбільш зацікавлений покупець (пацієнт).

Знання конкурентних переваг будь-якого учасника ринку медичних послуг лежить в основі розробки ним форм і методів ведення конкурентної боротьби, адекватних реальній ринковій ситуації й власним можливостям.

Основними конкурентними перевагами закладу охорони здоров'я є:

1) **медична ефективність**, тобто здатність якнайповніше задовольняти потреби споживачів шляхом надання повного спектру високоякісних медичних послуг;

2) **адміністративна ефективність**, тобто ефективність адміністративного, фінансового, кадрового, інформаційного, комунікаційного менеджменту в управлінні медичною установою, її підрозділами та ресурсами;

3) **економічна ефективність**, тобто надання медичних послуг за принципами мінімізації використання ресурсів та уникнення марних витрат;

4) **безпечність**, тобто надання медичної допомоги, яка мінімізує ризики завдати шкоду пацієнтам, у тому числі пошкоджень, яким можна запобігти, а також зменшує можливість медичних помилок;

5) **результативність**, тобто досягнення найкращих результатів через надання послуг на основі наукових знань та принципів доказової медицини;

6) **своєчасність**, тобто короткий час очікування та затримки як для тих, хто надає, так і для тих, хто отримує медичну допомогу;

7) **інклюзивність**, тобто надання медичної допомоги, яка не відрізняється за якістю відповідно до особистих характеристик пацієнтів: статі, раси, національності, місця проживання або соціально-економічного статусу;

8) **людиноцентричність**, тобто надання медичних послуг з урахуванням індивідуальних цінностей, вподобань і очікувань пацієнтів та культури їх громади.

Знання конкурентних переваг будь-якого учасника ринку медичних товарів і послуг лежить в основі розробки ним форм і методів ведення конкурентної боротьби, адекватних реальній ринковій ситуації й власним можливостям.

6. Оцінка конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я

Дослідити конкурентоспроможність закладу охорони здоров'я та виявити його потенційні конкурентні переваги на ринку медичних послуг можна за допомогою оцінки конкурентоспроможності та визначення її рівня.

Оцінка конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я – це визначення її рівня, що дає певну відносну характеристику здатності закладу охорони здоров'я конкурувати на ринку медичних послуг.

Конкурентоспроможність закладу охорони здоров'я виступає агрегованим показником його конкурентних можливостей та здатності оперативно реагувати та пристосовуватися до чинників мінливого зовнішнього середовища.

Оцінюючи конкурентоспроможність закладу охорони здоров'я, можна вирішити низку завдань, серед яких:

- визначити рівень конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я у конкретний момент часу;
- простежити тенденції зміни конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я у досліджуваному періоді;
- виявити «вузькі» місця та резерви підвищення конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я.

Для оцінки конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я використовуються різні методи, узагальнена класифікація яких представлена в табл. 2.

Таблиця 2

Методи оцінювання конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я

Критерій класифікації	Вид методів	Методи
За способом оцінювання	Кількісні	Диференційований метод, інтегральний метод, метод різниць, метод балів
	Якісні	SWOT-аналіз, метод експертних оцінок, евристичні методи
За формою представлення результатів	Матричні	Матриця БКГ, матриця Мак Кінсі, матриця Shell/DPM, метод PIMS, матриця Ансоффа
	Індексні (аналітичні)	Інтегральні методи, метод конкурентних переваг, теорія ефективною конкуренції, конкурентоспроможність продукції

Критерій класифікації	Вид методів	Методи
	Графічні	Радіальна діаграма, багатокутник конкурентоспроможності, метод профілів
За показниками і змінними, що використовують під час аналізу	Методи, що характеризують ринкові позиції	Матриця БКГ, матриця Мак Кінсі, матриця Shell/DPM, метод PIMS, модель Портера
	Методи, що характеризують рівень менеджменту	Метод LOTS, метод експертної оцінки, ситуаційний аналіз, карти стратегічних груп, бенчмаркінг
	Методи, що характеризують фінансово-економічну діяльність	Методи фінансово-економічного аналізу, методи прогнозування фінансового стану
За ступенем охоплення аспектів функціонування закладу охорони здоров'я	Спеціальні	Конкурентоспроможність медичних послуг, матричні методи
	Комплексні	Індексні, інтегральні методи, метод балів
За рівнем ухвалення рішень	Стратегічні	Матриця БКГ, матриця Мак Кінсі, матриця Shell/DPM тощо
	Тактичні	Інтегральні методи, аналіз конкурентних переваг, теорія ефективної конкуренції, конкурентоспроможність медичних послуг, самооцінка

За способом оцінки методи оцінки конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я поділяються на:

1) **якісні методи оцінювання**, які мають невисокий ступінь математичної формалізації, їм властива трудомісткість реалізації та дискретність оцінки; вони не дають можливості використовувати оцінку конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я в процесі прийняття управлінських рішень;

2) **кількісні методи оцінювання**, які дають змогу оцінювати реальні шанси закладу охорони здоров'я у конкурентній боротьбі за привабливі стратегічні зони господарювання і приймати виважені тактичні та стратегічні управлінські рішення.

Важливо, щоб процес вивчення конкурентного середовища, кола конкурентів і конкурентного ринку був безперервним, інформація про стан ринків і поведінку конкурентів необхідна для розробки оперативних рішень, усунення помилок, формування стратегії й тактики дій.

7. Система управління конкурентоспроможністю закладу охорони здоров'я

Досягнення та утримання високого рівня конкурентоспроможності закладів охорони здоров'я є одним з найважливіших завдань системи їх управління.

Управління конкурентоспроможністю закладу охорони здоров'я – це елемент загальної системи управління, спрямований на формування, розвиток і реалізацію конкурентних переваг, забезпечення життєздатності закладу охорони здоров'я як суб'єкта конкуренції. Разом з тим управління конкурентоспроможністю закладу охорони здоров'я також є окремою системою, яка складається із взаємопов'язаних та взаємозалежних елементів, зокрема: мети, об'єкта, суб'єкта, методології, принципів, процесу та функцій управління. За цим підходом на рис. 8 подано елементи системи управління конкурентоспроможністю закладу охорони здоров'я та їх взаємозв'язок.

Метою управління конкурентоспроможністю закладу охорони здоров'я є забезпечення довгострокового успіху на ринку медичних послуг шляхом розробки та реалізації дієвих конкурентних стратегій.

Управління конкурентоспроможністю закладу охорони здоров'я спрямоване на:

- нейтралізацію (подолання) або обмеження кількості негативних (деструктивних) чинників впливу на рівень конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я формуванням захисту проти них;
- використання позитивних зовнішніх чинників впливу для нарощування та реалізації конкурентних переваг закладу охорони здоров'я;
- забезпечення гнучкості управлінських дій і рішень – їх синхронізації з динамікою дії негативних і позитивних чинників конкуренції на ринку медичних послуг.

Об'єктом управління конкурентоспроможністю закладу охорони здоров'я є рівень конкурентоспроможності, необхідний і достатній для забезпечення його життєздатності як суб'єкта конкуренції, підвищення рівня доступності та якості медичних послуг.

Суб'єктами управління конкурентоспроможністю закладу охорони здоров'я є певне коло осіб, які реалізують його (управління) мету:

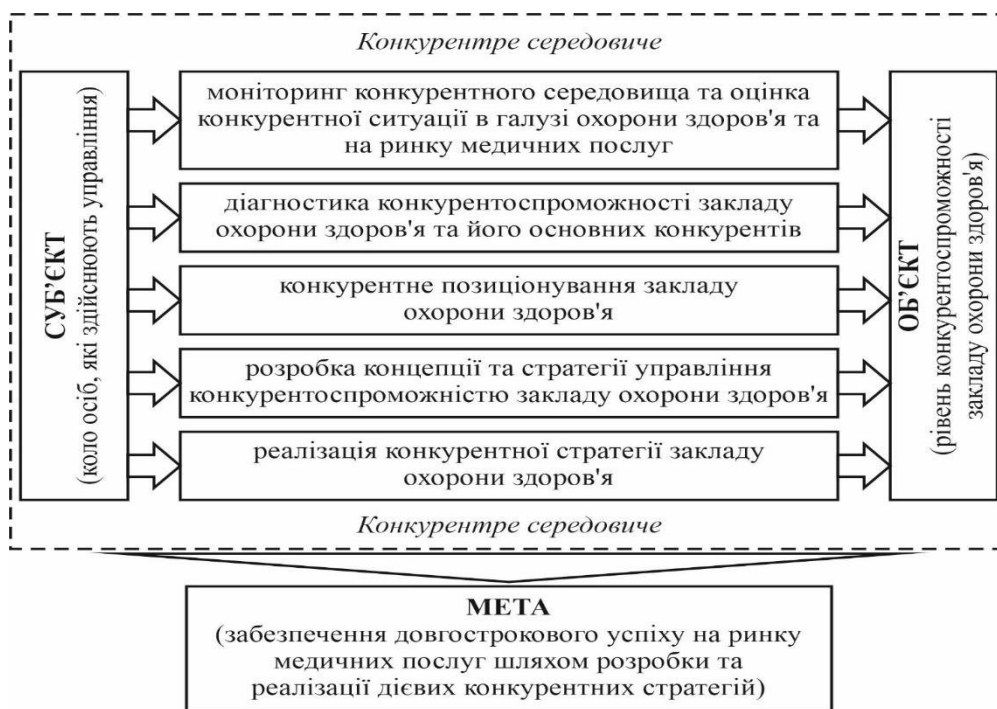


Рис. 8. Система управління конкурентоспроможністю закладу охорони здоров'я

керівництво закладу охорони здоров'я (директор та його заступники, керівники структурних підрозділів), яке за будь-яких умов повинно брати безпосередню участь у формуванні стратегічних цілей і завдань діяльності закладу охорони здоров'я, пов'язаних із реалізацією його соціальної мети та економічних інтересів; лінійні керівники окремих структурних підрозділів закладу охорони здоров'я, державні та муніципальні управлінські структури та органи влади.

З позиції процесного підходу управління конкурентоспроможністю закладу охорони здоров'я розглядається як процес реалізації певної сукупності управлінських функцій – цілепокладання, планування, організації, мотивації, координації та контролю діяльності щодо формування конкурентних переваг та забезпечення життєдіяльності закладу охорони здоров'я, пов'язаної із реалізацією його соціальної мети та економічних інтересів.

До базових **принципів** управління конкурентоспроможністю закладу охорони здоров'я, належать: принцип єдності теорії та практики управління; принцип системності управління; принцип наукової обґрунтованості управління; принцип ранжування об'єктів управління за їх важливістю; принцип багатоваріантності; принцип зіставленості управлінських рішень за аналізом їх варіантів; принцип збереження та розвитку конкурентних переваг

Конкуентоспроможність закладу охорони здоров'я на ринку медичних послуг

закладу; принцип ринкової орієнтації; принцип цільової спрямованості; принцип соціальної спрямованості; принцип комплексності; принцип гнучкості та принцип етапності.

Процес управління конкурентоспроможністю закладу охорони здоров'я включає ряд дій:

- моніторинг конкурентного середовища та оцінку конкурентної ситуації в галузі охорони здоров'я та на ринку медичних послуг;
- діагностику конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я та його основних конкурентів;
- конкурентне позиціонування закладу охорони здоров'я;
- розробка концепції та стратегії управління конкурентоспроможністю закладу охорони здоров'я;
- реалізація конкурентної стратегії закладу охорони здоров'я.

Система управління конкурентоспроможністю закладу охорони здоров'я дозволяє вирішити такі завдання:

- виокремлення залежно від цілей планування і управління рівнів забезпечення конкурентоспроможності;
- формування для кожного рівня управління частинних та інтегральних показників оцінки конкурентоспроможності;
- розробка підходів до розрахунку та інтерпретації результатів оцінки конкурентоспроможності;
- визначення для відповідних процесів завдань з управління конкурентоспроможністю закладу охорони здоров'я;
- формування функціональної структури системи управління конкурентоспроможністю закладу охорони здоров'я;
- розробка організаційного механізму функціонування системи управління конкурентоспроможністю.

8. Напрямки підвищення конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я

Державно-приватне партнерство в сфері охорони здоров'я

Підвищення конкурентоспроможності закладів охорони здоров'я невід'ємно залежать від інвестицій в медичну галузь: матеріально-технічну базу закладів охорони здоров'я, сучасне обладнання та його якісне й своєчасне обслуговування, інфраструктурні зміни щодо вдосконалення регіональних мереж надання медичної допомоги тощо. Очевидно, що коштів лише місцевих бюджетів для цього не достатньо. За таких умов одним із можливих шляхів підвищення рівня конкурентоспроможності закладів охорони здоров'я виступає державно-приватного партнерство.

Державно-приватне партнерство в сфері охорони здоров'я – це співробітництво між державним партнером (державою,

територіальними громадами в особі відповідних державних органів та органів місцевого самоврядування) та приватним партнером (юридичними особами, крім державних та комунальних підприємств, або фізичними особами-підприємцями), що здійснюється на основі договору та відповідає ознакам державно-приватного партнерства, визначених законодавством.

Специфічними особливостями проектів державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я є наступні:

– **заборона скорочення мережі** державних та комунальних закладів охорони здоров'я (наслідком передачі відповідного об'єкта приватному партнеру не повинна стати втрата можливості надання медичних послуг державним чи комунальним закладом охорони здоров'я);

– **особлива структура суб'єктів відносин**, адже сторона державного партнера має бути представлена або на рівні центральних органів виконавчої влади (для об'єктів державної власності, що знаходяться в їх управлінні) або органів місцевого самоврядування (для об'єктів комунальної власності);

– **необхідність збалансування соціальної та комерційної складової проекту** (повернення інвестицій приватного партнера здійснюється, як правило, за рахунок надання платних послуг);

– **конституційні обмеження щодо платності послуг у державних і комунальних закладах охорони здоров'я**, вичерпність переліку платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних навчальних закладах.

Державно-приватне партнерство в сфері охорони здоров'я реалізується у наступних формах:

1) **концесія** – надання концесієдавцем (органом державної влади або органом місцевого самоврядування) на платній та строковій основі (10-50 років) концесіонеру (переможцю концесійного конкурсу) права на управління (експлуатацію) об'єкта концесії (цілісний майновий комплекс, об'єкт незавершеного будівництва, спеціально збудований об'єкт), за умови взяття суб'єктом підприємницької діяльності (концесіонером) на себе зобов'язань по створенню (будівництву) та (або) управлінню об'єктом концесії, майнової відповідальності та можливого підприємницького ризику. Передбачає використання спеціальної процедури, визначеної концесійним законодавством;

2) **управління майном** – за договором управління майном державний партнер, який є установником управління, передає приватному партнеру (управителеві) на певний строк державне майно в управління, а приватний партнер зобов'язується за плату здійснювати від свого імені управління цим майном в інтересах установника управління (вигодонабувача);

3) **спільна діяльність** – за договором про спільну діяльність публічний та приватний партнери зобов'язуються діяти спільно; без створення юридичної особи; для досягнення певної мети, що не суперечить законові. Найпоширенішим варіантом є передача у спільну діяльність з боку публічного партнера майна (об'єкти нерухомості, обладнання тощо), а з боку приватного – інвестицій (наприклад, у формі будівництва нових об'єктів, їхньої реконструкції тощо). Разом з тим, хоча форма спільної діяльності вимагає спільного ведення справ, на практиці управлінська функція делегується приватному партнеру;

4) **оренда** – орендою є засноване на договорі строкове платне користування майном, необхідним орендареві для здійснення підприємницької та іншої діяльності. За загальним правилом об'єктом оренди може бути єдиний майновий комплекс підприємства, його структурні підрозділи (філії, цехи, дільниці), нерухоме майно (будівлі, споруди, нежитлові приміщення) та інше окреме індивідуально визначене майно підприємств.

Світовий досвід запровадження державно-приватного партнерства в сфері охорони здоров'я дозволяє чітко виокремити основні його напрямки:

- безпосереднє надання медичних послуг;
- управління медичними активами;
- розробка і виробництво фармацевтичних препаратів;
- покращення доступу до послуг і продукції в медицині тощо.

Серед зарубіжних країн державно-приватне партнерство в сфері охорони здоров'я найбільш успішно реалізовано у Великобританії, де воно розвивається у двох напрямках: будівництві та реконструкції основних фондів галузі та надання медичних послуг. За допомогою проектів державно-приватного партнерства в країні побудовано більше 130 лікарень. При цьому 91% населення задоволений якістю медичних послуг, які надаються приватним сектором.

Державно-приватне партнерство активно впроваджується і в інших країнах Європейського Союзу. Так, у 2003 році у Франції започаткована амбіційна програма будівництва і реконструкції лікарень на основі механізму державно-приватного партнерства, на реалізацію якої із державного бюджету виділено 1,4 млрд. євро, а протягом 5 років загальний обсяг інвестицій склав 6 млрд. євро.

За аналогічною моделлю розвивається державно-приватне партнерство в Австралії, але при цьому має свою специфіку: функції управління державно-приватним партнерством передані на рівень штатів, на відміну від Великобританії, де діє більш централізована система управління проектами в цій сфері.

В Швеції практикується укладання договорів з приватними

інвесторами на управління державними лікарнями, здійснення швидкої допомоги, послуги з проведення лабораторних досліджень та інших медичних послуг. З моменту запровадження практики партнерства влади та бізнесу вартість рентгенівських послуг знизилась на 50%, тривалість очікування діагностики та лікування – на 30%, вартість швидкої допомоги – на 10%, вартість лабораторних послуг знизилась на 40%.

Перший вітчизняний проект державно-приватного партнерства в сфері охорони здоров'я не був успішним. Йдеться про проект реконструкції та управління комунального закладу «Міська клінічна лікарня №3» (м. Запоріжжя), який був підписаний у вересні 2012 року. Через конфлікт інтересів (зацікавленість приватного сектора у проекті і супротив органу місцевого самоврядування) не вдалося перебороти інституційний бар'єр імплементації визначеної форми партнерства, що викликало призупинення договору концесії.

В якості більш успішних прикладів реалізації вітчизняних проектів державно-приватного партнерства в соціальній сфері можна навести:

- 1) створення на базі лікарні швидкої допомоги відкритого діагностичного центру для обслуговування мешканців міста Вінниця;
- 2) відкриття Українського центру томотерапії (м. Кіровоград) в якому вперше в державі реалізовано європейську модель державно-приватного партнерства в онкологічній галузі;
- 3) відкриття Міжнародної клініки відновного лікування (м. Трускавець), яка завдяки новітнім методам терапії дитячого церебрального паралічу відома не тільки в Україні, але й у багатьох країнах світу.

Загалом слід констатувати, що практичне застосування державно-приватного партнерства в соціальній сфері не набуло достатнього розвитку в Україні, прикладів успішних інвестиційних проектів на принципах партнерства влади та бізнесу в соціальній сфері дуже мало. Незважаючи на це вітчизняна соціальна сфера має значний потенціал щодо запровадження таких проектів.

Успішне партнерство влади та бізнесу дозволить:

- знизити потребу в бюджетному фінансуванні на реалізацію проектів модернізації інфраструктури;
- отримати можливість використовувати необхідні об'єкти в короткі строки не зважаючи на дефіцит бюджетного фінансування;
- підвищити доступність та покращити якість медичних послуг, гарантованих державою;
- знизити капітальні витрати на 20-30 % за рахунок використання передових інжинірингових рішень і жорсткої системи фінансового контролю;
- суттєво скоротити строки створення і модернізації об'єктів;

- привести інфраструктурні об'єкти у відповідність до санітарних норм і міжнародних стандартів;
- знизити собівартість надання медичних послуг і збільшити «продуктивність» інфраструктурних об'єктів;
- знизити експлуатаційні витрати за рахунок використання сучасних енергозберігаючих технологій; зберегти сферу діяльності існуючих інфраструктурних об'єктів охорони здоров'я;
- знизити навантаження на виконавчий апарат влади за рахунок передачі частини функцій приватному сектору.

Електронна медицина

Електронна медицина (е-медицина) – це діяльністю з використанням електронних інформаційних ресурсів у сфері охорони здоров'я та забезпечення оперативного доступу медичних працівників та пацієнтів до них.

Основними напрямками діяльності в галузі розвитку е-медицини є:

- впровадження автоматизованих інформаційних галузевих систем, які, зокрема, дають змогу перейти до ведення медичної документації в електронному вигляді;
- розвиток телемедицини;
- удосконалення розвитку системи моніторингу стану здоров'я населення;
- створення та впровадження нових комп'ютерних технологій профілактики захворювань, діагностики, забезпечення лікувальних процесів;
- створення загальнодоступних електронних медичних ресурсів.

Перспективним напрямком розвитку е-медицини є телемедицина (рис. 9).

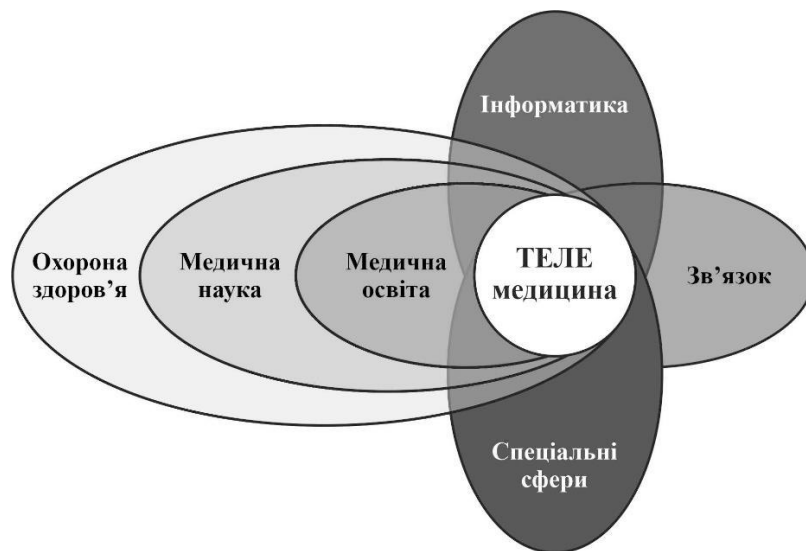


Рис. 9. Модель телемедицини [39, с. 137]

Телемедицина – це сучасний напрям розвитку інформатизації медицини, який передбачає використання сучасних інформаційних та телекомунікаційних технологій для дистанційної діагностики та лікування захворювань, надання допомоги в надзвичайних та екстрених ситуаціях, підвищення кваліфікації медичних працівників

Основними завданнями телемедицини є:

- забезпечення надання медичної допомоги пацієнту, коли відстань є критичним чинником її надання;
- збереження медичної таємниці та конфіденційності, цілісності медичної інформації про стан здоров'я пацієнта;
- створення єдиного медичного простору;
- сприяння підвищенню якості допомоги та оптимізації процесів організації та управління охороною здоров'я;
- формування системних підходів до впровадження та розвитку телемедицини в системі охорони здоров'я.

Телемедицина не замінює лікаря і є не альтернативою йому, але є потужним інструментом, який підвищує ефективність роботи лікаря первинної ланки та реалізує право кожного пацієнта, у якому віддаленому куточку б він не проживав, на спеціалізовану та високоспеціалізовану медичну допомогу.

Телемедицина реалізовується за допомогою надання телемедичних послуг.

Телемедичні послуги – це дистанційні медичні послуги з використанням телемедичного устаткування і засобів зв'язку, зокрема: дистанційні медичні консультації, консилиуми, контроль фізіологічних параметрів організму пацієнта, проведення діагностичних і лікувальних маніпуляцій, обмін результатами обстеження пацієнта, інші медичні послуги, а також медичні відео-конференції, медичні відео-семінари, медичні відео-лекції, що здійснюються у вигляді обміну електронними повідомленнями з використанням телекомунікацій.

Види телемедичних послуг та їх характеристика представлені в табл. 3.

Таблиця 3

Основні види телеметричних послуг

Вид послуг телемедицини	Сутність послуги
Телеконсультування (синхронне та асинхронне)	процес дистанційного обговорення конкретного клінічного випадку з метою підтримки в прийнятті якісного і оптимального клінічного рішення для надання невідкладної або планової медичної допомоги
Телеінструктаж	забезпечення фізичної особи (санітара, парамедика й т.д.) відео- й голосовим зв'язком з

Вид послуг телемедицини	Сутність послуги
	експертом для одержання рекомендацій з надання першої медичної допомоги
Телемоніторинг	тривале спостереження, оцінка й прогнозування перебігу патологічних процесів на основі даних постійної біотелеметрії, яка забезпечує дистанційне дослідження біологічних явищ і вимір біологічних показників
Телепатронаж	різновид медичного догляду, реалізований дистанційно, за допомогою телекомунікаційних і комп'ютерних технологій
Телехоспіс	забезпечення паліативної допомоги й гідного завершення життя в домашніх умовах шляхом застосування систем телемедицини
Телескринінг	дистанційне виявлення й формування груп ризику, профілактичні заходи
Телеприсутність	забезпечення повної дистанційної участі експерта в лікувально-діагностичному процесі шляхом застосування роботизованих та інших телекомунікаційно-комп'ютерних засобів
Телеасистування(дистанційне маніпулювання)	дистанційний синхронний супровід медичних маніпуляцій або дистанційне керування лікувальною й діагностичною апаратурою
Телехірургія	виконання інвазійних маніпуляцій роботизованою системою, дистанційно керованою лікарем-хірургом
Теленаставництво (телементорство)	дистанційна взаємодія (безпосереднє керування діями) між викладачем і учнем з метою надання допомоги в процесі навчання
Телемедичний консилиум	метод консультування на відстані, під час якого до процесу залучають одночасно кількох (двох або більше) фахівців-консультантів
Телесестринство	використання телемедичних систем для надання медсестринської допомоги й координованої роботи медсестер у тих випадках, коли фізична відстань є критичним чинником
Телереабілітація	комплекс реабілітаційних, асистувальних заходів і навчальних програм, які надаються пацієнтові дистанційно за допомогою телекомунікаційних і комп'ютерних технологій (переважно на амбулаторному етапі лікування)
Домашня (індивідуальна) телемедицина	цілодобове надання медичної допомоги, медичних і суміжних послуг, постійний медичний супровід за допомогою спеціалізованих індивідуальних телекомунікаційних пристроїв у точці необхідності

Вид послуг телемедицини	Сутність послуги
Телефармація	продаж фармацевтичних препаратів в Інтернеті та інших інформаційно-комунікаційні системах
Дистанційне навчання	різновид навчального процесу, при якому або викладач і аудиторія, або учень і джерело інформації розділені географічно

Переваги від запровадження телемедицини для пацієнтів полягають у:

- підвищенні ефективності та якості лікування;
- прискорення передачі інформації про результати обстежень між різними спеціалізованими клініками без транспортування хворого (особливо у критичних випадках);
- проведення дистанційних (телемедичних) консультацій вузькими спеціалістами у територіально віддалених медичних установах;
- проведення лікарських консиліумів (телеконференцій) із спеціалістами медичних установ незалежно від їх місцезосташування;
- виключення помилок, спричинених нерозбірливим почерком лікарів;
- зменшення термінів обстеження пацієнтів.

Переваги від запровадження телемедицини для медичних працівників полягають у:

- економії часу за рахунок використання засобів електронного документообігу;
- отримання інформації про динаміку стану пацієнта;
- можливість дистанційної участі в обговоренні клінічних випадків, проводити консиліуми та приймати рішення стосовно лікування у мовах територіальної віддаленості один від одного і від пацієнта;
- цілодобовий доступ до архівів у текстовому, аудіо та відео форматах (знімки, записи, результати обстежень та оглядів);
- навчання та обмін досвідом між лікарями різних вітчизняних і зарубіжних медичних закладів шляхом проведення web-конференцій.

Переваги від запровадження телемедицини для закладів охорони здоров'я полягають у:

- підвищенні ефективності роботи медичного персоналу;
- оптимізація взаємодії різних структурних підрозділів медичних установ;
- оптимізація кількості медичних працівників та моніторинг їх роботи;
- зберігання інформації в електронному вигляді в сучасних, компактних формах у відповідності до міжнародних і вітчизняних стандартів.

Переваги від запровадження телемедицини для системи охорони здоров'я в цілому полягають у:

- оптимізації роботи медичних закладів і працівників;
- підвищення ефективності системи охорони здоров'я;
- зменшення соціальної напруги за рахунок підвищення якості медичної допомоги населенню.

ТРЕНІНГОВИЙ БЛОК

Питання для самоконтролю

1. Охарактеризуйте особливості, що відрізняють медичні послуги від інших видів послуг.
2. Перерахуйте види медичних послуг, які виділяють залежно від різних критеріїв класифікації.
3. Охарактеризуйте особливості функціонування ринку медичних послуг як складної соціально-економічної системи.
4. Перерахуйте загальні та специфічні особливості ринку медичних послуг як соціально-економічної системи.
5. Назвіть види ринків сфери охорони здоров'я.
6. Охарактеризуйте основні елементи ринку медичних послуг.
7. Обґрунтуйте особливості конкуренції на ринку медичних послуг.
8. Проведіть порівняльну характеристику ринку медичних послуг та ринку досконалої конкуренції.
9. Охарактеризуйте рівні конкуренції на ринку медичних послуг.
10. Проведіть порівняльну характеристику конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я та конкурентоспроможності медичної послуги.
11. Перерахуйте чинники конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я.
12. Охарактеризуйте основні конкурентні переваги закладу охорони здоров'я.
13. Назвіть основні методи оцінювання конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я.
14. Перерахуйте основні елементи системи управління конкурентоспроможністю закладу охорони здоров'я.
15. Визначте переваги від запровадження механізму державно-приватного партнерства в сфері охорони здоров'я.

Практичні завдання

Завдання 1

На основі даних, наведених у таблиці, здійснити оцінювання конкурентного середовища медичного закладу КНП «Тернопільська комунальна міська лікарня № 2» за методом бального оцінювання з врахуванням вагомості показників та побудувати профіль галузі охорони здоров'я.

Таблиця 1

Показники конкурентного середовища підприємства

	Показник	Вагомість показника	КНП «ТМКЛ № 3»	КНП «ТМКЛ № 2»	КНП «ТМКЛ № 1
			Бал	Бал	Бал
1.	Зміна цін на медичні послуги	0,3	4	3	3
2.	Асортимент медичних послуг	0,6	9	7	8
3.	Якість медичних послуг	0,3	8	8	7
4.	Імідж закладу	0,25	8	6	7
5.	Маркетингова концепція	0,2	7	5	6
6.	Мобільність в задоволенні потреб пацієнтів	0,15	6	5	5
7.	Наявність розгалуженої дистрибуторської мережі	0,2	7	8	8
8.	Ділова репутація закладу	0,15	7	6	7
	Організаційна ефективність	0,15	6	5	6
	Виконання індивідуальних побажань пацієнтів	0,15	5	5	4

Завдання 2

Методом експертних оцінок відібраний і проранжований перелік чинників зовнішнього середовища закладу охорони здоров'я, які найбільшою мірою впливають на перспективи його розвитку – позитивно чи негативно (табл. 1). Кожний з цих факторів, згідно з його вагомістю для галузі охорони здоров'я, може мати оцінку в балах від 1 до 3, а також, згідно з його впливом на заклад охорони здоров'я, – від 1 до 3 балів.

Таблиця 1

Фактори зовнішнього середовища закладу охорони здоров'я

Чинники зовнішнього середовища	Важливість для галузі охорони здоров'я	Вплив на заклад охорони здоров'я	Позитивний чи негативний вплив (+/-)
Органи влади	3	1	-
Конкуренти	2	2	+
Постачальники	1	3	-
Споживачі	2	1	-
Кон'юнктура ринку	2	2	+

Обчисліть комплексний показник впливу кожного з цих чинників на заклад охорони здоров'я з урахуванням його позитивного чи негативного впливу. Зобразіть графічно профіль середовища для всього переліку чинників.

Завдання 3

Проведіть діагностику галузі охорони здоров'я, використавши модель конкурентної переваги М. Портера з дотриманням діагностичних процедур, а саме:

1. Визначте профіль галузі, проведіть її загальну характеристику.
2. Оцініть рушійні сили розвитку галузі.
3. Оцініть силу конкуренції.
4. Проведіть діагностику конкурентних позицій конкурентів.
5. Здійсніть аналіз діяльності найближчих конкурентів
6. Визначте провідні фактори успіху, проведіть їх оцінювання.
7. Окресліть перспективи розвитку галузі.

ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ

1. За складом елементів медичні послуги поділяються на:

- а. діагностичні, лікувальні, консультаційні, профілактичні, реабілітаційні, санітарно-гігієнічні та транспортні;
- б. детальні, прості, складні та комплексні;
- в. стандартні (суспільні) та індивідуальні (приватні);
- г. лікарські та сестринські.

2. Проста медична послуга – це:

- а. елементарна та неподільна медична послуга, яка не виступає окремим об'єктом ціноутворення;
- б. сукупність простих медичних послуг, які в комплексі утворюють технологічний процес надання медичної допомоги, характерний для конкретної медичної установи

в. частина комплексу лікувально-діагностичних заходів, яка не має самостійного значення і дійсна лише в сукупності з іншими елементами цього комплексу;

г. сукупність різних видів медичних послуг, спрямованих на отримання будь-якого результату, якій не може бути отриманий за допомогою інших послуг.

3. Ринку медичних послуг як соціально-економічна системі притаманний ряд ознак, які поділяються на:

- а. загальні та конкретні;
- б. ознаки прямого та непрямого впливу;
- в. загальні та специфічні;
- г. універсальні та конкретні.

4. Який чинник має домінуючий вплив на ринку медичних послуг?

- а. внутрішній;
- б. зовнішній;
- в. колективний;
- г. особистий.

5. До елементів ринку медичних послуг належать:

- а. попит, пропозиція, ціна, конкуренція;
- б. органи публічної влади;
- в. державні та приватні заклади охорони здоров'я;
- г. пацієнти та лікарі.

6. Попит на ринку медичних послуг – це:

- а. кількість медичних послуг, які бажає та може придбати населення (окремі пацієнти) в даний період часу по певній ціні;
- б. кількість медичних послуг, які виробники можуть надати часу населенню (окремим пацієнтам) у визначений період;
- в. грошовий вираз вартості медичної послуги, який формується в наслідок взаємодії на ринку пацієнта та виробника послуг (лікаря);
- г. стан та процес взаємовідносин суб'єктів надання медичних послуг та споживачів медичних послуг (пацієнтів) на основі цивілізованого суперництва між суб'єктами.

7. Пропозиція на ринку медичних послуг – це:

- а. грошовий вираз вартості медичної послуги, який формується в наслідок взаємодії на ринку пацієнта та виробника послуг (лікаря).
- б. стан та процес взаємовідносин суб'єктів надання медичних послуг та споживачів медичних послуг (пацієнтів) на основі цивілізованого суперництва між суб'єктами;

- в. кількість медичних послуг, які бажає та може придбати населення (окремі пацієнти) в даний період часу по певній ціні;
- г. кількість медичних послуг, які виробники можуть надати часу населенню (окремим пацієнтам) у визначений період.

8. Які риси притаманні ринку медичних послуг:

- а. ринку досконалої конкуренції;
- б. ринку монополістичної конкуренції;
- в. ринку олігополістичної конкуренції;
- г. ринку міжгалузевої конкуренції.

9. На ринку медичних послуг конкуренція буває:

- а. прогнозовано та не прогнозованою;
- б. позитивною та негативною;
- в. конструктивною та деструктивною;
- г. досконалою та недосконалою.

10. За місцем виникнення чинники конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я поділяються на:

- а. внутрішні та зовнішні;
- б. постійні та тимчасові;
- в. національні та міжнародні;
- г. об'єктивні та суб'єктивні.

ГЛОСАРІЙ

Медична послуга– це послуга, що надається пацієнту закладом охорони здоров'я або фізичною особою – підприємцем, яка зареєстрована та одержала в установленому законом порядку ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, та оплачується її замовником.

Заклад охорони здоров'я – це юридична особа будь-якої форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, що забезпечує медичне обслуговування населення на основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних працівників.

Ринок медичних послуг – це відносини, які виникають з приводу купівлі продажу медичних послуг між постачальниками (лікувально-профілактичними установами, діагностичними центрами, санаторно-курортними закладами тощо) та споживачами (пацієнтами) медичних послуг.

Попит на ринку медичних послуг – це кількість медичних послуг, які бажає та може придбати населення (окремі пацієнти) в даний період часу по певній ціні.

Пропозиція на ринку медичних послуг – це кількість медичних послуг, які виробники можуть надати часу населенню (окремим пацієнтам) у визначений період.

Ціна медичної послуги – це грошовий вираз вартості медичної послуги, який формується в наслідок взаємодії на ринку пацієнта та виробника послуг (лікаря).

Конкуренція на ринку медичних послуг – це стан та процес взаємовідносин суб'єктів надання медичних послуг (державних, комунальних, приватних закладів охорони здоров'я та фізичних осіб, які здійснюють приватну медичну практику) та споживачів медичних послуг (пацієнтів) на основі цивілізованого суперництва між суб'єктами надання якісних медичних послуг з метою задоволення потреб пацієнта.

Конкурентне середовище на ринку медичних послуг – це сукупність ринкових чинників, які визначають функціонування (державних, комунальних, приватних закладів охорони здоров'я та фізичних осіб, які здійснюють приватну медичну практику) та споживачів медичних послуг (пацієнтів), а також їх взаємозв'язків в процесі конкуренції.

Конкурентоспроможність медичної послуги – це комплекс споживчих та виробничих характеристик, який дозволяє якісно задовільнити потреби населення у зміцненні, підтримці та відновленні здоров'я відповідно до сформованих вимог ринку і законодавства в умовах існування широкого вибору на ринку конкуруючих послуг-аналогів.

Конкурентоспроможність закладу охорони здоров'я – це реальна та потенційна здатність на основі наявних можливостей надавати медичні послуги, які за своїми ринковими характеристиками переважають послуги конкурентів і дозволяють утримувати бажану частку ринку, гарантуючи при цьому розвиток та фінансове благополуччя закладу.

Чинники конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я – це явища та процеси, які формують конкурентні переваги закладу охорони здоров'я та можуть бути використані в процесі конкурентної боротьби на ринку медичних послуг.

Конкурентна перевага закладу охорони здоров'я – це перевага одного закладу охорони здоров'я над іншими відносно тих ознак, властивостей, якостей, пропонованих до продажу медичних послуг, умов їх надання й споживання, у яких найбільш зацікавлений покупець (пацієнт).

Оцінка конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я – це визначення її рівня, що дає певну відносну характеристику здатності закладу охорони здоров'я конкурувати на ринку медичних послуг.

Управління конкурентоспроможністю закладу охорони здоров'я – це елемент загальної системи управління, спрямований на

формування, розвиток і реалізацію конкурентних переваг, забезпечення життєздатності закладу охорони здоров'я як суб'єкта конкуренції.

Державно-приватне партнерство в сфері охорони здоров'я – це співробітництво між державним партнером (державою, територіальними громадами в особі відповідних державних органів та органів місцевого самоврядування) та приватним партнером (юридичними особами, крім державних та комунальних підприємств, або фізичними особами-підприємцями), що здійснюється на основі договору та відповідає ознакам державно-приватного партнерства, визначених законодавством.

Електронна медицина (е-медицина) – це діяльністю з використанням електронних інформаційних ресурсів у сфері охорони здоров'я та забезпечення оперативного доступу медичних працівників та пацієнтів до них.

Телемедицина – це сучасний напрям розвитку інформатизації медицини, який передбачає використання сучасних інформаційних та телекомунікаційних технологій для дистанційної діагностики та лікування захворювань, надання допомоги в надзвичайних та екстрених ситуаціях, підвищення кваліфікації медичних працівників

Телемедичні послуги – це дистанційні медичні послуги з використанням телемедичного устаткування і засобів зв'язку, зокрема: дистанційні медичні консультації, консилиуми, контроль фізіологічних параметрів організму пацієнта, проведення діагностичних і лікувальних маніпуляцій, обмін результатами обстеження пацієнта, інші медичні послуги, а також медичні відео-конференції, медичні відео-семінари, медичні відео-лекції, що здійснюються у вигляді обміну електронними повідомленнями з використанням телекомунікацій.

Література

1. Ждан В.М., Голованова І.А., Краснова О.І. Економіка охорони здоров'я: навчальний посібник. Полтава, 2017. 114 с.
2. Ахламов А.Г., Кусик Н.Л. Економіка та фінансування галузі охорони здоров'я: навчально-методичний посібник. Одеса, ОРІДУ НАДУ при Президентіві України, 2011.111 с.
3. Титова А.О. Рынок медицинских услуг как социально-экономическая система. *Вестник Саратовского государственного технического университета*. Вып. 3, № 1, 2009, с. 239-245.
4. Методичні рекомендації для державних та комунальних закладів охорони здоров'я для працівників органів управління у сфері охорони здоров'я для впровадження проєктів державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я. URL: <https://moz.gov.ua/uploads/1/7840-1234567890.pdf>
5. Жуковська А.Ю. Інноваційні технології інклюзивної медицини. *Інноваційна економіка*. 2020. № 3-4 (83). С. 19-30.

6. Жуковська А.Ю. Державно-приватне партнерство в соціальній сфері: зарубіжний досвід та перспективи запровадження в Україні. *Вісник Тернопільського національного економічного університету*. 2017. № 3. С. 21-37.
7. Длугопольський О.В., Жуковська А.Ю. Державно-приватні партнерства: зарубіжний досвід і уроки для України. *Актуальні проблеми економіки*. 2012. № 3 (129). С. 43-49.
8. Dluhopolskyi O., Dluhopolska T., Farion A., Karp I., Zhukovska A., Kryvokulska N. The implementation of the E Health System And Anti Corruption Reforms (case of EU countries for Ukraine), 9th International Conference on Advanced Computer Information Technologies (5-7 June, 2019). CeskeBudejovice, CzechRepublic, 2019, pp.346-349
9. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я: кол. монографія за науковою ред. д.е.н. Шкільняка М.М., д.е.н. Желяк Т.Л. Тернопіль, Крок, 2020. 560 с.
10. Омеляненко Т. В., Барабась Д. О., Вакуленко А. В. Управління конкурентоспроможністю підприємства: навч.-метод. посіб. для самост. вивч. дисц. К.: КНЕУ, 2006. 272 с.
11. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку : кол. моногр. за заг. ред. проф. М. М. Білінської, проф. Я. Ф. Радиша. К. : НАДУ, 2013. 424 с.
12. Святненко В.Ю. Чинники підвищення конкурентоспроможності промислових підприємств в умовах глобалізації. *Теоретичні та прикладні питання економіки*. 2010. Вип. 23. С. 131-141.
13. Павлова В.А. Система управління конкурентоспроможністю підприємства. *Європейський вектор економічного розвитку. Економічні науки*. 2014. № 2. С. 168-176.
14. Кваско А.В. Аналіз методів оцінки конкурентоспроможності підприємства. *Наукові записки Української академії друкарства*. 2017. № 1. С. 111-118.
15. Баєва О.В., Чебан В.І. Економіка та підприємництво в охороні здоров'я. Навч. посібник. Видавництво БДМУ, 2013. 360 с.
16. Баєва О.В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я. Навч. посібник. К.: Центр учбової літератури, 2008. 640 с.
17. Вороненка Ю. В. Менеджмент в охороні здоров'я: навчально методичний посібник. К.: НМАПО, 2014. 367 с.
18. Вороненко Ю. В., Пащенко В. М. Бізнес-планування в охороні здоров'я. Кив: «Генеза», 2016. 336 с.
19. Вороненко Ю.В., Гойда Н.Г., Латишев Є.Є. та ін. Сучасні напрями менеджменту в охороні здоров'я: Навчально-методичний посібник. Київ: Медицина України, 2015. 335 с.

20. Управління підприємницькою діяльністю в галузі охорони здоров'я: Кол. моногр. / О. В. Баєва, М. М. Білинська, Л. І. Жаліло та ін.; За ред. О. В. Баєвої, І. М. Солоненка. К.: МАУП, 2007. 376 с.
21. Літвінов О. Визначення факторів конкурентоспроможності закладів охорони здоров'я в умовах інноваційного розвитку. *Науковий вісник Одеського національного економічного університету*. 2017. № 4. С. 58-69.

РОЗДІЛ V. ПЛАНУВАННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Рекомендовані питання для розгляду:

1. **Планування діяльності закладу охорони здоров'я: сутність, завдання, принципи, рівні.**
2. **Основні підходи до процесу планування діяльності закладу охорони здоров'я. Методи планування в медичних закладах.**
3. **Види планів діяльності закладів охорони здоров'я: стратегічні, тактичні, оперативні.**
4. **Плани роботи персоналу закладу охорони здоров'я.**

1. Планування діяльності закладу охорони здоров'я: сутність, принципи, рівні

У системі управління закладом охорони здоров'я використання інструментарію планування дозволяє керівництву організації узгодити пріоритети, цілі та методи діяльності; використовуючи наявний потенціал організації, обґрунтувати потребу в ресурсах та засобах, визначити методи та способи здійснення намічених заходів, та досягнути визначених цілей.

Результатом процесу планування в організації є система планів – спеціальних організаційно-економічних документів, в яких за допомогою економічних, кількісних, якісних, обсягових, відносних та інших показників, фіксується бажаний напрям та рівень розвитку організації, її ресурсний, фінансовий, економічний, кадровий потенціал, а також рівень результативності та ефективності діяльності організації на визначений прогнозно-плановий період.

У найбільш загальному розумінні, план – це модель майбутнього стану та розвитку організації, що відображається кількісними та якісними параметрами її діяльності та способами і засобами, необхідними для їх досягнення.

Планування діяльності медичного закладу – це управлінська функція, яка полягає у визначенні й систематизації цілей організації і її структурних підрозділів та конкретизації завдань, засобів і послідовності їх досягнення, з деталізацією матеріальних, трудових, фінансових та інших ресурсів, необхідних для розв'язання поставлених завдань. [3]

Планування як функція управлінської діяльності реалізовується в межах організації медичної сфери, її структур, спирається на нормативно-правову базу, а також на контроль за формуванням і використанням бюджетних коштів та інших ресурсів.

Основними завданнями планування діяльності закладу охорони здоров'я є:

– всебічний аналіз функціонування медичного закладу в цілому та його структурних підрозділів задля найбільш раціонального вибору напрямів діяльності;

- ідентифікація проблем розвитку, можливих загроз зовнішнього та внутрішнього середовища організації в плановому періоді, визначення системи очікуваних небезпек або передбачуваних можливостей розвитку організації;
- обґрунтування бачення, висунутих стратегій, цілей і задач, що планує здійснити організація в прогностно-плановому періоді, проектування бажаного майбутнього стану організації;
- визначення системи цілей та завдань діяльності закладу охорони здоров'я; обґрунтування цілеорієнтирів діяльності на довго- та короткостроковий періоди;
- складання стратегій, програм і планів розвитку закладу охорони здоров'я / його структурних підрозділів;
- узгодження діяльності структурних підрозділів організації при формуванні та реалізації системи планів;
- прогнозування джерел і обсягів фінансування запланованих заходів та напрямів ефективного використання обмежених ресурсів;
- планування основних траєкторій та параметрів досягнення поставлених цілей і задач, з урахуванням конкурентних переваг та інноваційних можливостей, вибір або створення необхідних засобів для їх реалізації;
- визначення потреби ресурсів – планування обсягів, структури, джерел необхідних ресурсів і термінів їх надходження;
- проектування впровадження розроблених планів і контроль за їх виконанням;
- систематичний моніторинг та відслідковування рівня досягнення поставлених стратегічних, тактичних та оперативних цілей, очікуваних результатів, ефективності та результативності діяльності медичного закладу.

Результативність процесу планування діяльності закладів охорони здоров'я досягається на основі дотримання **методологічних принципів планування**, таких як:

- системність – передбачає системний підхід до процесу планування діяльності організації медичної сфери як складної відкритої динамічної та полієрархічної системи;
- комплексність – планування повинно охоплювати усі напрями та підсистеми діяльності організації, а також усі етапи, дії та операції управлінських та інших процесів;
- гнучкість та адаптивність – полягає у наданні планам і процесу планування здатності змінювати свою спрямованість під впливом змін зовнішнього та внутрішнього середовища організації, у зв'язку з виникненням непередбачених обставин, що вимагає врахування відповідних резервів в структурі планових параметрів розвитку організації;

– наукова обґрунтованість – що досягається максимальним застосуванням спеціального інструментарію та новітніх методів наукових досліджень при обґрунтуванні, виборі варіанту та формуванні планів розвитку організації;

– узгодженість – у процесі планування дії суб'єктів планування та виконавців планів мають бути взаємоузгоджені у рамках виконання спільних внутріорганізаційних цілей, та одночасно – реалізації зовнішніх функцій організації медичної сфери;

– збалансованість – вимагає обґрунтованості, деталізації і конкретизації планів відповідно до зовнішніх і внутрішніх умов; узгодження системи планів в організації повинне здійснюватися шляхом інтеграції і диференціації по вертикалі і шляхом координації по горизонталі;

– конкретність – обґрунтованість кількісних та якісних параметрів плану повинна передбачати їх відповідність наявним ресурсам та можливостям розвитку організації;

– безперервність – визначає процес планування як безперервний процес у рамках встановленого циклу, коли розроблені плани приходять на зміну один одному; для забезпечення дієвості планових документів їх потрібно реалізувати не епізодично, а системно й безперервно;

– варіативність (альтернативність) – в ході планування в сучасних динамічних умовах ринкового середовища доцільно розробляти портфель стратегій («стратегічний набір»), альтернативне використання яких наблизить до досягнення загальноорганізаційних цілей;

– принцип взаємозв'язку – вивчення організації буде неповним без дослідження елементів її внутрішнього і зовнішнього середовища, що обумовлює необхідність аналізу та оцінки впливу на організацію взаємопов'язаних із нею систем та підсистем.

– принцип участі – для найповнішого охоплення усіх проблем діяльності організації та стимулювання працівників щодо виконання планових завдань до процесів планування необхідно залучити не лише керівництво, а якнайширше коло працівників організації; в розробку планів повинні включатися усі посадові особи та фахівці організації, а за необхідності – експерти, партнери та інші стейкхолдери.

Дієвість функції планування закладу охорони здоров'я досягається на основі дотримання таких **вимог до процесу планування** як:

– цільова орієнтація на забезпечення соціальних гарантій отримання населенням необхідної медико-соціальної допомоги;

– узгодженість цілей функціонування закладів охорони здоров'я, медичних установ та організацій на національному, регіональному та місцевому (локальному) рівнях управління, відповідно до концептуальних вимог медичної реформи в Україні; поєднання прогнозів та програм розвитку на поточний і перспективний періоди;

- наукова обґрунтованість розвитку галузі охорони здоров'я (в т.ч. різних секторів сфери охорони здоров'я);
- поєднання прогнозів розвитку на перспективний період із тактичними та оперативними плановими показниками діяльності,
- забезпечення ефективного використання матеріальних, фінансових, трудових та інших ресурсів в процесі забезпечення управлінської та функціональної діяльності;
- дотримання нормативної (визначеної чинним законодавством та вимогами ВООЗ та кращої зарубіжної практики) відповідності засобів та ресурсів, що виділені на потреби охорони здоров'я, потребам населення в отриманні медичної допомоги та якісних медичних послуг.

Планування в медичній установі розглядається як сукупність управлінських елементів, взаємодія між якими забезпечує формування і досягнення цілей; це процес, націлений на досягнення відповідних взаємодій між закладом та зовнішнім середовищем; галузь наукових знань, яка вивчає прийоми та інструменти, методологію прийняття планових управлінських рішень і способи їх практичної реалізації.

Заклад охорони здоров'я – це складна система з багатьма цілями, до яких, перед усім, відносять функціональні та економічні цілі досягнення ефективності та результативності медичної допомоги, підвищення якості, розширення асортименту медичних послуг, забезпечення фінансовими ресурсами, зміни в структурі закладу, поліпшення компетентності кадрових ресурсів та ін.

Відповідно, система планування діяльності медичних закладів реалізується на таких **рівнях**:

- планування розвитку системи охорони здоров'я на державному, регіональному та локальному (місцевому) рівнях;
- планування діяльності окремого медичного закладу та його структурних підрозділів;
- планування роботи персоналу медичного закладу.

2. Основні підходи до процесу планування діяльності закладу охорони здоров'я. Методи планування в медичних закладах

Планування діяльності закладів охорони здоров'я в умовах динамічних трансформаційних суспільних змін ґрунтується на **основних методологічних підходах**: системному, ситуаційному (адаптивному) та процесному підходах.

При плануванні діяльності організації важливе застосування *системного підходу*, в основі якого – об'єктивна необхідність врахування проблематики, системи цілей та функцій, організаційної структури, усіх зовнішніх та внутрішніх зв'язків організації як складної динамічної відкритої

та поліструктурної системи. При цьому необхідно акцентувати на таких вимогах до функції планування в управлінській діяльності закладу охорони здоров'я: 1) цілі, що реалізуються у процесі планування, можуть мати різновекторний характер (економічні, технологічні, виробничі, маркетингові, організаційні та ін. цілі), але в сукупності повинні працювати на розв'язання множини взаємопов'язаних проблем і завдань організації та отримання очікуваного результату; 2) в процесі діяльності організації медичної сфери плани з розв'язання окремих завдань чи реалізації окремих функцій не повинні суперечити одні одним і мають взаємоузгоджуватись та взаємодоповнюватись; 3) діяльність організації підвладна впливу чинників динамічного зовнішнього середовища, тому ефективне планування вимагає всестороннього вивчення та оцінювання впливу цих чинників, що, у свою чергу, потребує розгляду організації як системи, на яку чинять безпосередній та опосередкований вплив фактори зовнішнього середовища. [3]

Планування діяльності медичного закладу на основі *ситуаційного (адаптивного) підходу* ґрунтується на тому, що у процесі реалізації планів діяльність організації зазнає впливу зовнішнього та внутрішнього середовища, що, у свою чергу, вимагає від суб'єктів планування володіння умінням вчасно передбачати їх, а також максимально використати сприятливі можливості та мінімізувати або взагалі усунути вплив загроз.

Розв'язання означених завдань ґрунтується на засадах ситуаційного (адаптивного) підходу, на основі якого плани організації та цілі її діяльності переглядаються і пристосовуються до змін, забезпечуючи адекватність системи адміністрування існуючим умовам діяльності організації. Виникнення ситуацій різнопланового характеру нерозривно супроводжує процеси планування на усіх стадіях та етапах. Проблемними ці ситуації вважаються тоді, коли: 1) призводять до відхилень від запланованих цілей і показників, а тому потребують їх перегляду і корегування; 2) несуть загрозу руйнування усєї організаційної системи, тому вимагають зміни тактики і навіть стратегії управління нею. [4]

Основне завдання планування медичної установи на засадах ситуаційного підходу полягає в розробці заходів активного та пасивного адаптивного характеру, обґрунтуванні необхідності застосування в подальшому спеціального інструментарію антикризового управління, стратегічного управління, ризик-менеджменту тощо.

Для досягнення результативності та ефективності в системі планування, необхідно цілеспрямовано застосовувати *процесний підхід*.

Процес планування – це сукупність послідовних дій, спрямованих на досягнення очікуваного від нього результату.

Виокремлюється відповідна система та послідовність **стадій та етапів процесу планування в діяльності медичної організації:**

- підготовча стадія: ініціювання організації планувального процесу; розподіл обов'язків між суб'єктами планування; аналіз середовища функціонування організації, виявлення проблем; обґрунтування необхідності використання того чи іншого виду плану (або видів планів) для розв'язання виявлених проблем;
- планування методики розроблення плану: визначення цілей здійснення планування; формування робочої гіпотези та вибір методів планування (або використання затвердженої методики);
- розроблення проекту плану: прогнозування (передбачення) можливих напрямів розвитку проблемної ситуації; визначення альтернативних напрямів розв'язання проблеми, проведення розрахунків для вибору найкращої із них;
- визначення цілей і завдань діяльності організації у рамках ідентифікованої проблеми;
- розрахунок необхідної кількості ресурсів для розв'язання поставлених завдань;
- визначення відповідальних виконавців;
- ухвалення (погодження) і затвердження проекту плану;
- виконання плану, у розрізі запланованих цілей і завдань;
- моніторинг і контроль за реалізацією цілей і завдань, визначених планом;
- адаптація та коригування плану відповідно до проведених аналітичних та експертних процедур оцінки результативності функції планування в системі менеджменту закладу охорони здоров'я.

Процеси планування в закладах охорони здоров'я необхідно здійснювати в рамках визначених управлінських циклів – таким чином, щоб розроблені плани продовжували та доповнювали одні одних, забезпечуючи наступність та безперервність планувального процесу.

Загальна схема організації планування діяльності медичного закладу представлена в таблиці 1.

Таблиця 1

Процес організації планування діяльності закладу охорони здоров'я

Фаза процесу планування	Етапи планування та їх зміст
1. Прийняття управлінського рішення щодо розробки плану	<i>Перший етап</i> – вивчення інформації, підбір виконавців для підготовки проекту рішення і поставлення перед ними відповідного завдання; <i>Другий етап</i> – прийняття управлінського рішення, підготовка проекту рішення та його узгодження; <i>Третій етап</i> – оформлення управлінського рішення, визначення форми організаційно-розпорядчого документу (наказ, розпорядження, усна вказівка), затвердження його та доведення до виконавців.

Фаза процесу планування	Етапи планування та їх зміст
<p>2. Розробка планових документів, їх управлінське, організаційно-функціональне та нормативне забезпечення</p>	<p>Перший етап – визначення мети діяльності медичного закладу, постановка завдань перед колективом, планування завдань, визначення виконавців та термінів виконання, прийняття наказу щодо організації процесу планування;</p> <p>Другий етап – складання проекту плану, узгодження його з вище стоячими структурами, формування параметрів плану, кількісної та якісної інформації, затвердження термінів, виконавців</p> <p>Третій етап – оформлення та затвердження плану, розгляд його керівником, коригування, затвердження, доведення до виконавців.</p>
<p>3. Організація виконання плану</p>	<p>Перший етап – організація системи управління, визначення необхідних завдань, напрямків, форм роботи працівників організації, необхідних для успішного виконання плану;</p> <p>Другий етап – мобілізація колективу на виконання плану, організація праці, ознайомлення виконавців з завданнями та забезпечення засобами щодо його організації;</p> <p>Третій етап – регулювання виконання плану, корекція плану при труднощах його виконання та усунення недоліків, підготовка плану та представлення його на розгляд вище стоячим органам, підготовка проектів додаткових рішень</p>
<p>4. Організація контролю за виконанням плану</p>	<p>Перший етап – узагальнення усіх організаційно-розпорядчих та аналітично-планових документів щодо виконання плану;</p> <p>Другий етап – контроль за поступленням оперативної інформації про хід виконання плану, контроль перевірок ходу виконання плану у відділеннях медичного закладу (щомісячний, щоквартальний),</p> <p>Третій етап – оцінка виконання плану, збір інформації, ступінь його виконання, оцінка колективу та окремих працівників щодо участі в його виконанні. Здійснення статистичного та економіко-аналітичного моніторингу результатів виконання плану. Розробка проектів управлінських рішень за результатами прогнозно-планової діяльності</p> <p>Прийняття рішення про наступний цикл здійснення функції планування</p>

Організація функції планування в системі менеджменту закладів охорони здоров'я передбачає **дві форми планування**: централізовану та децентралізовану.

В практиці організацій сфери охорони здоров'я виокремлюють такі **способи організації процесів планування у медичній установі**:

– синхронне планування, згідно з яким здійснюються одночасно: процеси зі складання усіх видів планів в організації, їх затвердження та паралельна реалізація; цей спосіб вважається найбільш трудомістким;

– послідовне планування – передбачає певну послідовність формування планів і, вирізняється за напрямом планування: а) побудова процесів з планування в організації здійснюється способом «зверху-вниз», тобто плани складаються спочатку на вищому рівні управління організацією, а тоді цілі та показники щодо їх виконання деталізуються зверху вниз по ієрархії. Структурні підрозділи медичної установи отримують плани та приймають їх до виконання; б) побудова процесів планування та складання планів в організації здійснюється способом «знизу вверх», тобто плани і показники надходять від нижчих ієрархічних ланок та узагальнюються вищими;

– комбіноване планування (планування на «зустрічних потоках») – передбачає здійснення процесів з планування у два етапи: на першому етапі способом «зверху вниз» розробляються поточні плани за основними цілями; на другому етапі «знизу вверх» на основі деталізованих планів узагальнюється кінцевий план. Згідно з цим способом процедури планування передбачають багаторазовість процесів узгодження планів та показників на кількох рівнях управління. [3]

Розробку планових документів і розрахунок відповідних показників, сукупності кількісних та якісних, прогнозних та аналітичних параметрів, що формують змістову основу планів діяльності закладу охорони здоров'я здійснюють на основі застосування сукупності методів планування та поєднання спеціальних процедур, способів та прийомів формування прогнозно-планових документів.

До основних методів планування в системі менеджменту закладів охорони здоров'я відносять:

– метод системного аналізу (обумовлює взаємопов'язаний процес планування всіх елементів організації медичної сфери як системи та підсистеми вищого порядку);

– балансовий метод (спрямований на узгодження суспільних потреб та ресурсів, необхідних для їх забезпечення);

– нормативний метод (передбачає використання раціональних, технологічних, економічних та соціальних норм і нормативів для обрахунку планових параметрів);

– програмно-цільовий метод (припускає розробку цільових програм для забезпечення обґрунтованих управлінських рішень та точного досягнення мети з урахуванням поетапного та всеохоплюючого вирішення управлінських проблем);

– економіко-статистичні методи (передбачають застосування спеціального інструментарію макроекономічного аналізу, економіко-

математичного прогнозування та моделювання; економіко-статистичного аналізу, моделювання суспільних процесів та мереж);

– методи експертних оцінок (аналізу кон'юнктури, маркетингових досліджень, індивідуальних та колективних методів експертних оцінок, соціологічних досліджень, опитувань, вивчення громадської думки тощо);

– спеціальні методи аналізу (SWOT-аналізу, PEST-аналізу, SMART-аналізу, ABC-аналізу, результати яких дають можливість врахувати впливи зовнішнього та внутрішнього середовища на діяльність конкретного медичного закладу, і на цій основі виробити параметри стратегічних, тактичних та інших планів) та ін.

Покрокова процедура планування діяльності закладів охорони здоров'я виписуються згідно чинного нормативно-правового та методично-інструктивного забезпечення функціонування сфери охорони здоров'я. Відповідно формуються спеціальні методичні підходи до системи планування, які визначаються специфікою функціональної діяльності організацій охорони здоров'я.

Методика планування – це порядок використання у рамках процесу планування сукупності методів і прийомів розроблення, обґрунтування та виконання планових документів організації для ефективної реалізації цілей та завдань плану. Сучасні процеси планування функціональної діяльності закладів охорони здоров'я обґрунтовуються спеціальними організаційно-розпорядчими, регламентуючими, нормативними документами, інструкціями, методичними рекомендаціями, розробленими вище стоячими організаціями тощо.

3. Види планів діяльності закладів охорони здоров'я: стратегічні, тактичні, оперативні

Сучасна система управління закладами охорони здоров'я з орієнтацією на результат та якість передбачає активне застосування функції планування, що дозволяє забезпечити цілеорієнтацію діяльності організації в цілому, та системи її управління та адміністрування, зокрема. Система планування організацій медичної сфери охоплює всі напрями їх функціональної діяльності на різні прогнозно-планові періоди, створює можливості для взаємоузгодження бачення, цілей, планів розвитку та конкретних завдань їх реалізації.

У залежності від спрямованості і характеру управлінських завдань в організаціях медичної сфери розрізняють такі **види планування**:

- перспективне;
- поточне;
- стратегічне (довгострокове);
- тактичне (середньострокове);
- оперативне (короткострокове) планування.

В узагальненому вигляді *перспективне планування* в менеджменті закладів охорони здоров'я розглядається як система планів та заходів для забезпечення ефективного довгострокового функціонування і розвитку організації. В рамках перспективного планування створюються можливості для реалізації таких управлінських технологій як: прогнозування, стратегування, програмування та проектування.

Ефективність діяльності медичних закладів та забезпечення цілеорієнтації їх управлінської діяльності зростає у результаті забезпечення тісного взаємозв'язку перспективних планів із поточними, формування поточних планів в напрямку досягнення стратегічних цілей організації.

Поточне планування – це система процесів з обґрунтування показників розвитку структурних елементів організації, формування взаємоузгоджених внутріорганізаційних цілей і планів діяльності організації на відповідний прогнозно-плановий період, а також визначення засобів їх реалізації. Важливо, що структура та змістове наповнення поточних планів діяльності організацій публічної сфери в основному регламентується відповідними нормативно-правовими, інструктивними матеріалами чи методичними рекомендаціями.

На сучасному етапі реформування медичної галузі актуалізуються завдання підвищення конкурентоспроможності закладів охорони здоров'я, ефективного використання їх ресурсного потенціалу, адекватного реагування на виклики змінюваного зовнішнього середовища. Вирішенню цих завдань сприяє відповідним чином організована система стратегічного планування розвитку організації, яка включає підсистеми: тактичного та оперативного планування.

Стратегічне планування полягає у визначенні стратегічних цілей діяльності організації, орієнтоване на досягнення результатів діяльності у довгостроковій перспективі (5-10 років) з урахуванням конкурентних переваг, можливих засобів і способів досягнення поставлених цілей та їх забезпечення необхідними ресурсами.

В цілому **стратегічне планування** визначається як побудований на основі детального аналізу внутрішнього та зовнішнього середовища організації процес формування стратегії, формування стратегічного бачення, місії організації, визначення стратегічних цілей та розробки параметрів стратегічного плану, програм та проектів, що конкретизують засоби їх реалізації.

Стратегічне планування розвитку закладу охорони здоров'я передбачає розв'язання таких **основних завдань управлінської діяльності**:

– формування пріоритетів; розподіл ресурсів (трудових, матеріальних, фінансових) за пріоритетними напрямками діяльності та видами медичної допомоги;

- пристосування до факторів зовнішнього середовища, що змінюються (дії, які покращують взаємовідносини з споживачами медичних послуг, громадськістю, органами влади, іншими організаціями);
- внутрішня координація роботи всіх структурних підрозділів, можливість реорганізації та структурного перегрупування всіх економічних засобів для найбільш ефективного досягнення поставлених цілей;
- розробка узагальненого стратегічного бачення, формування стратегічних перспектив через визначення місії організації та системного поєднання та взаємоузгодження стратегічних, тактичних та оперативних цілей, і на цій основі – розробки конкретних проєктів за напрямками діяльності. В процесі стратегічного планування діяльності закладів охорони здоров'я доцільним є дотримання спеціальних етапів та процедур прогнозно-планової та управлінської діяльності, що створюють підґрунтя для реалізації підходів стратегічного управління в організаціях сфери охорони здоров'я (рис.1.)

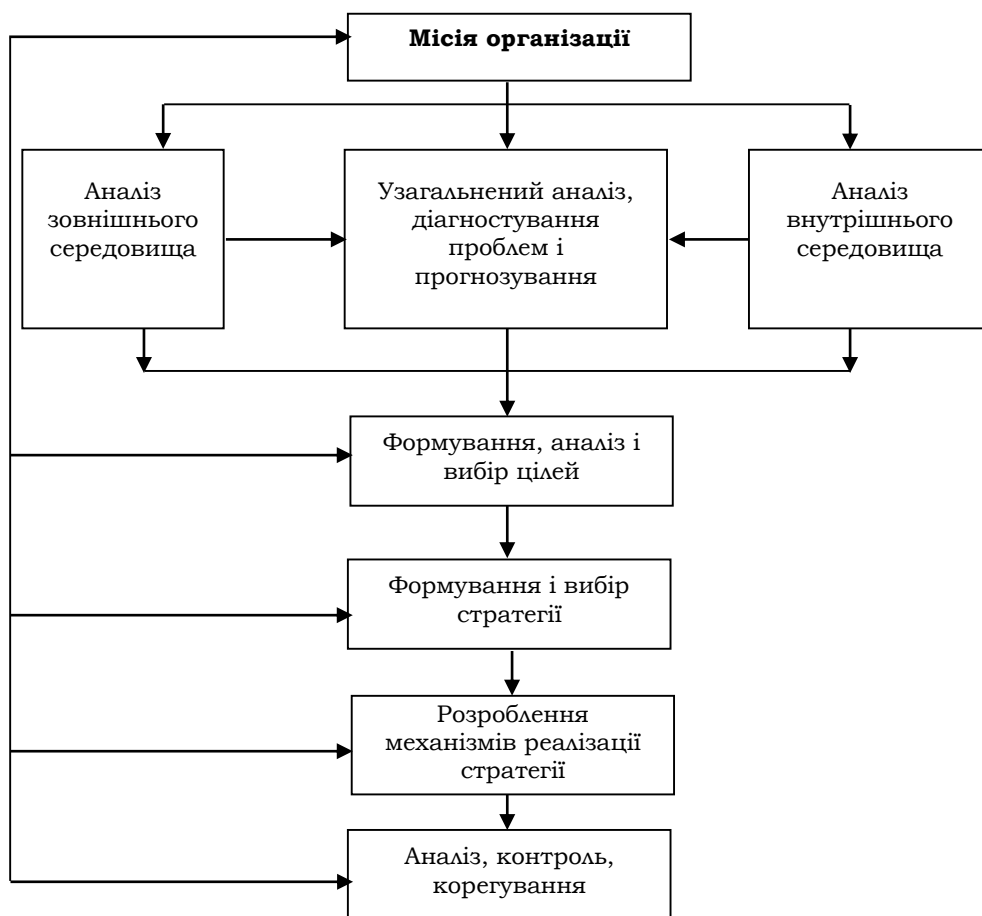


Рис. 1. Процес управління закладом охорони здоров'я в умовах реалізації стратегічного планування

Процес стратегічного планування діяльності закладу охорони здоров'я містить певні управлінські дії, зокрема: визначення стратегічного бачення та місії організації в системі більш високого рівня; аналіз зовнішнього і внутрішнього середовища організації медичної сфери; ідентифікація проблем розвитку та їх пріоритезація; прогнозування параметрів розвитку організації; розробка та ранжування цілей розвитку; формування і вибір стратегії розвитку (із декількох альтернативних – песимістичних, оптимістичних, реалістичних); реалізація системи цілей та завдань стратегії розвитку закладу охорони здоров'я; моніторинг, контроль за реалізацією параметрів стратегічного плану, корегування і регулювання управлінської діяльності за результатами стратегічного планування.

Стратегія розвитку закладу охорони здоров'я – це спеціальний організаційно-економічний та інформаційно-аналітичний документ, що формується за певною структурою і містить такі елементи: 1) вступ; 2) описово-аналітична частина; 3) бачення майбутнього; 4) місія; 5) характеристика конкурентних переваг та обмежень перспективного розвитку; 6) стратегічні цілі (напрями) та поетапні плани дій; 7) механізм реалізації стратегії; 8) розробники та учасники реалізації стратегії; 9) система моніторингу за реалізацією стратегії.

В основі визначення проблем і постановки цілей стратегічного планування, розробки системи стратегій розвитку організацій лежить спеціальний інструментарій SWOT-аналізу, який дає можливість обґрунтувати та досягнути стратегічних цілей розвитку з урахуванням сильних сторін та можливостей внутрішнього і зовнішнього середовища закладу охорони здоров'я.

При розробці розділу стратегії, що визначає конкурентні переваги та обмеження перспективного розвитку медичного закладу, здійснюється ідентифікація соціально-економічних проблем та вибір стратегічних напрямів розвитку. При цьому розробляється декілька сценаріїв розвитку медичного закладу, як описи подій від існуючого до майбутнього стану його розвитку на основі різних комбінацій сильних і слабких сторін, а також можливостей і загроз розвитку. На основі опрацювання сценаріїв, вибирається один базовий та декілька оптимальних (які в подальшому можуть використовуватись для корекції цілей стратегії та стратегічного вибору).

Технології стратегічного планування включають також сукупність інноваційних методів стратегічного аналізу, зокрема: PEST-аналізу; STEP-аналізу; SWOT-аналізу; побудови SMART-матриць, геоінформаційних систем; багатофакторного прогнозування, методів експертних оцінок тощо.

Враховуючи специфіку сфери охорони здоров'я, **тактичне планування діяльності медичних закладів** розглядається як система

способів та засобів реалізації загальної стратегії організації через вироблення та виконання тактичних (середньострокових) цілей. На рівні тактичного планування переважно реалізуються функціональні та ресурсні стратегії розвитку організацій.

Тактичне планування полягає у визначенні проміжних цілей на шляху досягнення стратегічних цілей і задач. При цьому детально розробляються засоби і способи вирішення управлінських завдань, використання ресурсів, впровадження інновацій, удосконалення організаційної структури тощо. Ці плани мають середньостроковий характер і передбачають розробку таких планових документів:

- програми основної діяльності: спрямованої на досягнення головної мети медичного закладу – інтеграції та ефективного використання ресурсів для досягнення найкращих кінцевих результатів в наданні населенню первинної, вторинної, спеціалізованої медичної допомоги; забезпечення потреб населення у кваліфікованій і доступній медичній допомозі;
- плану щодо забезпечення надання медико-соціальної допомоги з урахуванням підвищення якості та ринкових можливостей;
- маркетингової програми для основних та допоміжних, супутніх видів послуг, що надаються медичним закладом;
- плану інноваційної діяльності: щодо впровадження нових підходів до медичного обслуговування та медичних технологій;
- плану з організації праці та кадрових ресурсів;
- плану матеріально-технічного забезпечення: визначення потреб у матеріально-технічних ресурсах та джерел їх забезпечення;
- системи узагальнюючих економічних показників діяльності;
- фінансового плану: потреби у власних оборотних коштах; кошторису; взаємовідносин з бюджетом, кредитних відносин тощо.

Основною формою поточного планування діяльності закладів охорони здоров'я є розробка річного плану діяльності – спеціального управлінського документу, що містить параметри розвитку закладу та його структурних підрозділів на визначений прогнозно-плановий період, формує цілі та завдання функціонування медичного закладу, обґрунтовує ресурсне, кадрове та організаційне забезпечення реалізації плану. Моніторинг та контроль за реалізацією плану дозволяють визначати ефективність та результативність функціонування закладу охорони здоров'я; ступінь врахування конкурентних переваг, ринкових можливостей та запобігання ризикам впливу зовнішнього середовища організації; дієвість механізмів управління персоналом медичного закладу та підвищення якості надання медичних послуг [6]

Згідно чинної нормативно-правової бази зміст та структура плану діяльності медичного закладу регламентується «Типовою формою плану розвитку закладу охорони здоров'я», затвердженої наказом МОЗ України.

Даний документ містить систему показників функціональної та управлінської діяльності закладу охорони здоров'я, що згруповані за основними розділами: 1) програма організаційно-управлінських змін; 2) програма фінансово-економічної діяльності; 3) програма управління якістю надання медичної допомоги; 4) інші програми діяльності закладу охорони здоров'я; 5) форма звіту за результатами моніторингової оцінки виконання плану розвитку закладу охорони здоров'я.

Типова структура плану розвитку закладу охорони здоров'я представлена в таблиці 2.

Таблиця 2

Структура плану розвитку закладу охорони здоров'я

№ з/п	Розділ плану	Зміст розділу
1	Програма організаційно-управлінських змін	1. Заходи з впровадження ефективної структури управління закладом охорони здоров'я (ЗОЗ). 2. Розроблення та впровадження заходів зі зменшення тривалості середнього строку госпіталізації. 3. Розроблення та впровадження заходів із збільшення частки амбулаторної медичної допомоги у структурі медичної допомоги, що надається ЗОЗ.
2	Програма фінансово-економічної діяльності	1. Оцінка стану фінансування закладу охорони здоров'я (ЗОЗ) за попередній період. 2. Аналіз реалізації програми медичних гарантій: перелік пакетів медичних послуг та суми фінансування, на які укладено договори з Національною службою здоров'я України. 3. Очікуваний обсяг коштів, що можуть бути спрямовані на фінансування ЗОЗ, заходів за рахунок місцевих бюджетів. 4. Очікуваний обсяг коштів, що можуть бути спрямовані на фінансування ЗОЗ за рахунок недержавних інвестицій, спонсорських внесків, благодійних пожертв та грантів, коштів міжнародної технічної допомоги, страхових компаній та інших джерел. 5. Обґрунтування необхідності капітальних інвестицій у ЗОЗ (закупівля обладнання, будівництва, ремонт приміщень тощо). 6. Розроблення моделі впровадження платних послуг. 7. Оцінка рівня енергоспоживання будівель ЗОЗ та планування заходів щодо підвищення їх енергетичної ефективності.

№ з/п	Розділ плану	Зміст розділу
3	Програма управління якістю надання медичної допомоги	1. Впровадження критеріїв та індикаторів якості надання медичної допомоги. 2. Розроблення стандартів сервісного обслуговування пацієнтів при наданні медичної допомоги. 3. Річний план дій з впровадження програми профілактики інфекцій та інфекційного контролю із зазначенням обчислювальних індикаторів його виконання.
4.	Інші програми діяльності закладу охорони здоров'я	1. Заходи з реалізації «Державної стратегії розвитку протитуберкульозної медичної допомоги населенню» 2. Заходи з реалізації «Концепції розвитку психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року» 3. Заходи з підвищення доступності та якості паліативної допомоги 4. Інші заходи, визначені власником ЗОЗ або госпітальною радою відповідного госпітального округу.

Примітка. Сформовано за «Типовою формою плану розвитку закладу охорони здоров'я» [7]

За результатами виконання плану готується звіт з моніторинговою оцінкою виконання плану розвитку закладу охорони здоров'я, в якому вказується деталізований опис завдання плану розвитку закладу охорони здоров'я, індикатори (параметри) виконання завдання, терміни виконання завдання, відповідальні особи та підтверджуючі документи. Підсумки моніторингової оцінки слугують аналітичною базою для прийняття керівництвом закладу охорони здоров'я управлінських рішень в наступному прогнозно-плановому періоді.

З огляду на складність та багатоаспектність функціональної діяльності медичного закладу, особливо зростає роль організації дієвого планування управлінських, економічних та технологічних процесів, процесів управління кадрами та ресурсами. Відповідно, виокремлюють систему завдань планування у закладі охорони здоров'я. До прикладу, план діяльності фармацевтичного закладу містить таку систему завдань: визначення перспектив розвитку на основі розроблених стратегічних та поточних планів розвитку; прогнозування поточної і перспективної потреб у лікарських засобах, фармацевтичній та інших видах продукції; формування замовлень та укладання угод з постачальниками фармацевтичної та інших видів продукції; укладення договорів з закладами охорони здоров'я для роздрібної реалізації лікарських засобів та

виробів медичного призначення відповідно до вимог чинного законодавства; планування та створення оперативного резерву лікарських засобів та іншої медичної продукції спеціального призначення; складання планів роботи персоналу та організації основної (забезпечення фармацевтичного обслуговування) та інших видів діяльності; розробка планів фінансово-господарської діяльності, матеріально-технічного та ресурсного забезпечення та ін.

Оперативне планування діяльності закладу охорони здоров'я – це система операційних завдань, узгоджених із стратегічними і тактичними цілями, швидка реалізація яких у короткостроковому періоді забезпечує налагодження безперебійної діяльності організації. Оперативні плани розробляються на підставі стратегічного і тактичного планів діяльності організації та залежать від стратегій її розвитку, організаційної структури, системи управління, потенціалу тощо.

Оперативне планування здійснюється шляхом детальної покрокової розробки оперативних планів для організації у цілому та його окремих підрозділів на короткострокову перспективу, зокрема, планів діяльності за окремими напрямками та галузями медичного обслуговування, планів впровадження інноваційних технологій, планів інформатизації функціональної діяльності медичної установи, планів з матеріально-технічного постачання та логістики тощо.

Для формування параметрів оперативних планів діяльності закладів охорони здоров'я окрім основних методів планування використовуються також спеціальні, а саме: метод послідовного опису робіт; графіки виконання робіт; методи сіткового планування; метод робочого календаря та інші методи, які дозволяють керівництву організації забезпечувати ефективне управління змістом робіт за окремими напрямками та видами надання медичних послуг та медичного обслуговування.

В закладах охорони здоров'я основними ланками оперативних планів є *календарні плани* (місячні, квартальні, піврічні), що передбачають детальну конкретизацію цілей і задач, встановлених стратегічними і тактичними планами.

Календарне планування діяльності закладу охорони здоров'я – це процес складання та корегування розпису, в якому роботи, що виконуються різними структурними підрозділами організації, взаємоузгоджуються між собою за строками, засобами, виконавцями та, перед усім, ресурсами (кадровими, фінансовими, матеріально-технічними та ін.).

В організаціях медичної сфери календарні плани розробляються для планування роботи з реалізації програм та проведення окремих заходів, якими визначається їх перелік, обсяги витрат, зазначаються терміни

виконання й відповідальні за їх організацію та проведення. Зокрема, в медичних закладах розробляються: календарний план проведення медичних рад, оперативних нарад у головного лікаря, календарний план консультацій лікарів-спеціалістів, календарний план інспекторських виїздів, календарний план науково-практичних конференцій та наукових семінарів тощо.

Сучасний медичний заклад в умовах реалізації медичної реформи функціонує як комунальне підприємство, відповідно в системі планування його діяльності особливе місце займає бізнес-планування. **Бізнес-план** діяльності закладу охорони здоров'я – це документ, що призначений, у першу чергу, для залучення інвестицій. Він включає всі основні аспекти діяльності організації: її конкурентні переваги, потенційні можливості, очікувані ризики, організацію надання послуг, структуру управління, способи вирішення фінансових та господарських завдань, очікувані результати діяльності та шанси в сфері маркетингу.[1]

В системі організаційного забезпечення процесів планування розвитку закладів охорони здоров'я виділяються спеціальні організаційні форми управлінської діяльності, зокрема: правові, організаційні та організаційно-правові. До організаційних форм управлінської діяльності в медичному закладі в першу чергу, відносять – наради, конференції, семінари тощо. Зокрема, хід виконання помісячних планів закладу охорони здоров'я розглядається на нарадах у головного лікаря, хід виконання річного плану роботи – у терміни, визначені керівництвом закладу, звіт про виконання плану розвитку закладу охорони здоров'я – затверджується власником (органом управління закладу охорони здоров'я). Підготовка зазначених питань до розгляду покладається на відповідальних осіб адміністративного апарату закладу охорони здоров'я.

4. Плани роботи персоналу закладу охорони здоров'я

Планування діяльності закладу охорони здоров'я передбачає складання перспективного плану роботи, плану на календарний рік та відповідних помісячних планів роботи, а також індивідуальних планів роботи персоналу.

Важливим елементом системи прогнозно-планових документів закладу охорони здоров'я є **оперативний план роботи з персоналом**, який включає комплекс взаємопов'язаних заходів з управління кадрами, охоплює планування усіх видів робіт з персоналом і спрямований на досягнення цілей медичного закладу та його працівників, зокрема. Комплексний план роботи закладу охорони здоров'я з персоналом включає такі розділи: завдання та пріоритети кадрової політики закладу; план з питань комплектування та використання персоналу; план підготовки

кадрів; планування ділової кар'єри, службово-професійного переміщення; плани в сфері оплати праці, мотивування та стимулювання працівників; плани витрат на персонал; плани підвищення кваліфікації, підготовки та перепідготовки працівників.

Керівники структурних підрозділів, фахівці та працівники медичного закладу організують роботу відповідно до своїх, узгоджених з планом роботи лікарні, планів роботи, що затверджуються головним лікарем. Зокрема, розробляються індивідуальні плани роботи лікарів-спеціалістів. В структурі цих планів – заходи з лікувально-діагностичної роботи, науково-практичної, санітарно-просвітницької роботи, організаційної роботи та строки їх виконання

Розробляються також оперативні плани роботи середнього та молодшого медичного персоналу. До прикладу, щотижневий план роботи старшої медичної сестри відділення лікарні містить заходи щодо організації діяльності середнього та молодшого персоналу; заходи по підвищенню кваліфікації медперсоналу; роботу з персоналом щодо техніки безпеки; документування діяльності; контроль за дотриманням правил внутрішнього трудового розпорядку; контроль за використанням та зберіганням медичних препаратів; заходи з санітарно-просвітницької роботи, а також терміни та періодичність проведення запланованих заходів.

В умовах реформування медичної галузі посилюються суспільні вимоги до фахового рівня медичних працівників. Саме на забезпечення розвитку персоналу спрямована розробка індивідуальних планів працівників.

Індивідуальний план працівника містить докладний перелік заходів з розвитку необхідних компетентностей, знань, умінь та навичок співробітника, професійних якостей, які у підсумку підвищать особисту ефективність працівника та його вклад в результати діяльності закладу охорони здоров'я. Важливо, щоб індивідуальний план розроблявся як елемент комплексної системи добору, адаптації, мотивації, навчання та оцінки персоналу закладу охорони здоров'я.

ТРЕНІНГОВИЙ БЛОК

Питання для самоконтролю

1. Охарактеризуйте сутність та особливості планування діяльності закладу охорони здоров'я.
2. Визначте систему завдань планування діяльності закладів охорони здоров'я в умовах медичної реформи в Україні.
3. Прокласифікуйте принципи планування діяльності закладу охорони здоров'я.
4. В чому полягають особливості системного та ситуативного підходів до планування діяльності медичного закладу?

5. Як ви розумієте застосування процесного підходу в плануванні діяльності закладу охорони здоров'я?
6. Охарактеризуйте методи розробки планів діяльності закладів охорони здоров'я.
7. Дайте загальну характеристику видів планів розвитку закладів охорони здоров'я.
8. Опишіть процес розробки та реалізації стратегічного плану розвитку закладу охорони здоров'я.
9. Які основні завдання розробки та реалізації поточних планів розвитку закладів охорони здоров'я?
10. Охарактеризуйте специфіку оперативного планування в організаціях медичної сфери.
11. Визначте місце та роль планів роботи персоналу в загальній системі планування медичного закладу.

Практичні завдання

Завдання 1

Охарактеризуйте процес планування в системі менеджменту обраного вами закладу охорони здоров'я.

Визначте місію закладу та систему цілей його функціонування (побудувавши «дерево цілей»).

Представте структуру та вкажіть особливості основних видів планування в вашому закладі охорони здоров'я в розрізі:

- стратегічного планування;
- тактичного планування;
- оперативного планування.

ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ

1. Планування діяльності закладу охорони здоров'я є:

- а. процесом, який охоплює здійснення спостережень за організацією, її функціонуванням, показниками діяльності;
- б. процесом визначення завдань організації та відстеження стану їх досягнення;
- в. процесом визначення цілей, яких організація прагне досягти за певний період часу, а також засобів, шляхів та умов їх досягнення;
- г. процесом коригування перспективних і поточних завдань роботи організації у разі зміни зовнішніх і внутрішніх умов.

2. Вкажіть на систему економіко-математичних методів, які використовують для розроблення показників плану діяльності закладу охорони здоров'я:

- а. математичної статистики, багатофакторного моделювання, лінійного, динамічного програмування;
- б. техніко-економічних розрахунків, аналогій;
- в. лише техніко-економічних розрахунків;
- г. статистики, аналогій, опитувань.

3. Користуючись відповідями, виберіть методи, які використовуються для розроблення річного плану розвитку закладу охорони здоров'я:

- а. експертних оцінок, якісні, адміністративні;
- б. економіко-математичні, нормативні, балансові, системного аналізу, програмно-цільові;
- в. індексні, експертні, статистичні, прогнозні, кількісні;
- г. експертні, комбіновані, дослідницькі.

4. На основі запропонованих відповідей визначте суть балансового методу планування, який полягає у:

- а. застосуванні системи розрахунків, які кількісно пов'язують потреби організації з ресурсами, попит та пропозицію надання послуг;
- б. розробленні таблиць-балансів з метою збалансування кон'юнктури ринку;
- в. вивченні розвитку економічних ситуацій у минулому, визначенні загальних тенденцій та їх перенесенні на майбутнє;
- г. використанні норм і нормативів для здійснення планових розрахунків та їхнього обґрунтування.

5. Основні види планування розвитку закладів охорони здоров'я:

- а. екологічне, ретроспективне, ресурсне планування;
- б. тактичне, перспективне, директивне планування;
- в. тактичне, стратегічне, оперативне, бізнес-планування;
- г. інфраструктурне, забезпечуюче планування.

6. Основні завдання стратегічного планування розвитку закладу охорони здоров'я:

- а. створення стратегічної відповідності між цілями розвитку закладу охорони здоров'я, його ресурсними можливостями та шансами в сфері маркетингу послуг охорони здоров'я;
- б. розробка системи поточних показників розвитку медичної галузі та закладів охорони здоров'я;

- в. визначення завдань розвитку закладу охорони здоров'я на основі результатів функціонально-вартісного аналізу;
- г. розробка системи оціночних показників розвитку закладів охорони здоров'я та їх структурних підрозділів.

7. Охарактеризуйте сутність бізнес-планування в закладах охорони здоров'я:

- а. це спеціальний інструмент управлінського впливу органів публічної влади щодо регламентації діяльності закладів охорони здоров'я;
- б. це система взаємовідносин медичних закладів з бізнес-структурами;
- в. це система планування діяльності суб'єктів підприємництва в сфері надання медичних послуг;
- г. це спеціальний інструмент менеджменту, який використовується для прийняття адекватних управлінських рішень щодо залучення інвестицій в розвиток медичного закладу та підтримки його конкурентних переваг.

8. Типова структура плану розвитку закладу охорони здоров'я на рік включає такі розділи:

- а. програма організаційно-управлінських змін; програма фінансово-кредитної діяльності; інші програми розвитку системи охорони здоров'я;
- б. програма організаційно-управлінських змін; програма фінансово-економічної діяльності; програма управління якістю надання медичної допомоги; інші програми діяльності закладу охорони здоров'я;
- в. програма лікувально-профілактичної допомоги; програма фінансової діяльності; інші програми діяльності закладу охорони здоров'я;
- г. програма фінансово-економічної діяльності; програма управління якістю надання медичної допомоги; інші програми соціально-екологічного спрямування.

9. Планування діяльності закладів охорони здоров'я ґрунтується на таких методологічних підходах:

- а. процесному, аналітичному, звітному;
- б. системному, ситуаційному (адаптивному) та процесному підходах;
- в. ситуаційному, антикризовому, аналітичному;
- г. адаптивному, кон'юнктурному, звітному.

10. Календарне планування діяльності закладу охорони здоров'я – це:

- а. процес складання документу, в якому роботи, що виконуються різними структурними підрозділами організації, узгоджуються між собою за ресурсами (кадровими, фінансовими, матеріально-технічними та ін.);

б. процес складання та корегування розпису, в якому роботи, що виконуються різними структурними підрозділами організації, взаємоузгоджуються між собою за строками, засобами, виконавцями та ресурсами;

в. процес, що забезпечує узгодження дій адміністративного апарату медичного закладу;

г. процес, що забезпечує взаємодію структурних підрозділів організації на довготривалу перспективу.

ГЛОСАРІЙ

Бізнес-план діяльності закладу охорони здоров'я – це документ, що призначений, у першу чергу, для залучення інвестицій. Він включає всі основні аспекти діяльності організації: її конкурентні переваги, потенційні можливості, очікувані ризики, організацію надання послуг, структуру управління, способи вирішення фінансових та господарських завдань, очікувані результати діяльності та шанси в сфері маркетингу.

Індивідуальний план працівника закладу охорони здоров'я – це план, що містить докладний перелік заходів з розвитку необхідних компетентностей, знань, умінь та навичок співробітника, професійних якостей, які у підсумку підвищать особисту ефективність працівника та його вклад в результати діяльності закладу охорони здоров'я.

Оперативне планування діяльності закладу охорони здоров'я – це система операційних завдань, узгоджених із стратегічними і тактичними цілями, швидка реалізація яких у короткостроковому періоді забезпечує налагодження безперервної діяльності організації. Оперативні плани розробляються на підставі стратегічного і тактичного планів діяльності організації та залежать від стратегій її розвитку, організаційної структури, системи управління, потенціалу тощо.

Перспективне планування в менеджменті закладів охорони здоров'я розглядається як система планів та заходів для забезпечення ефективного довгострокового функціонування і розвитку організації. В рамках перспективного планування створюються можливості для реалізації таких управлінських технологій як: прогнозування, стратегування, програмування та проєктування.

Планування діяльності медичного закладу – це управлінська функція, яка полягає у визначенні й систематизації цілей організації і її структурних підрозділів та конкретизації завдань, засобів і послідовності їх досягнення, з деталізацією матеріальних, трудових, фінансових та інших ресурсів, необхідних для розв'язання поставлених завдань.

Поточне планування закладів охорони здоров'я – це система процесів з обґрунтування показників розвитку структурних елементів

організації, формування взаємоузгоджених внутріорганізаційних цілей і планів діяльності організації на відповідний прогностно-плановий період, а також визначення засобів їх реалізації.

Процес планування – це сукупність послідовних дій, спрямованих на досягнення очікуваного від нього результату.

Стратегічне планування полягає у визначенні стратегічних цілей діяльності організації, орієнтоване на досягнення результатів діяльності у довгостроковій перспективі (5-10 років) з урахуванням конкурентних переваг, можливих засобів і способів досягнення поставлених цілей та їх забезпечення необхідними ресурсами.

Тактичне планування діяльності закладів охорони здоров'я – це система способів та засобів реалізації загальної стратегії організації через вироблення та виконання тактичних (середньострокових) цілей. На рівні тактичного планування переважно реалізуються функціональні та ресурсні стратегії розвитку організацій.

Література

1. Бізнес-планування в охороні здоров'я : навчально-методичний посібник для керівників закладів охорони здоров'я / Ю. В. Вороненко, В. М. Пашенко. Київ: Генеза, 2016. 334 с.
2. Дудкіна О.П., Кривокульська Н.М. Опорний конспект лекцій з дисципліни «Адміністративний менеджмент». Тернопіль: ФОП Паляниця В.А., 2018. 101 с.
3. Лаврів Л.А. Планування діяльності організації : навч.посібник. Тернопіль: Крок, 2013. 320 с.
4. Лепський. В. В. Стратегічне управління сучасними медичними закладами. *Вісник Черкаського державного технологічного університету*. Серія: технічні науки, 2016. № 4. С.62-67.
5. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я: кол. монографія за наук. ред. Шкільняка М.М., Желюк Т.Л. Тернопіль, Крок. 2020. 560 с.
6. План роботи – орієнтир для управління в галузі охорони здоров'я. URL.: <https://www.medsprava.com.ua/article/1152-planuvannya-v-medzaklad>
7. Типова форма плану розвитку закладу охорони здоров'я затверджена наказом МОЗ України від 31.07.2020 р., зареєстрованим у Міністерстві Юстиції України 17.08.2020 р. за № 789/35072.
8. Проект Національної стратегії побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2025 від 04.12.2014. URL : <http://www.apteka.ua/article/315522>

РОЗДІЛ VI. ФІНАНСУВАННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Рекомендовані питання для розгляду:

- 1. Структура фінансових ресурсів закладу охорони здоров'я.**
- 2. Формування та використання фінансових ресурсів закладів охорони.**
- 3. Планування доходів та видатків закладу охорони здоров'я.**
- 4. Оцінювання результативності бюджетування витрат комунального некомерційного підприємства.**
- 5. Диференціація фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я.**
- 6. Механізм грантрайтингу.**

1. Структура фінансових ресурсів закладу охорони здоров'я

В процесі трансформації системи охорони здоров'я формуються нові підходи до ефективного управління фінансами галузі, відбувається синергетика бюджетної та приватної медицини, запроваджуються механізми грантрайтингу для фінансування новітніх розробок галузі.

Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) визначено п'ять джерел фінансування медичних послуг: кошти платників податків (бюджет), добровільне медичне страхування громадян, програми добровільного страхування роботодавців (витрати приватних компаній), кошти донорів або неурядових організацій, безпосередні витрати громадян (або домогосподарств).

Державне фінансування системи охорони здоров'я України є значно нижчим, ніж у сусідніх країнах Центральної Європи і знаходиться на рівні 3,2% внутрішнього валового продукту. На даний час розширення «бюджетного простору» – для системи охорони здоров'я може здійснюватися трьома шляхами:

1. Покращенням макроекономічних показників країни для додаткових державних видатків.
2. Збільшенням частки бюджету на охорону здоров'я шляхом її перерозподілу з інших секторів.
3. Покращенням технології планування бюджету охорони.

Фінансові ресурси закладу охорони здоров'я – це сукупність грошових фондів, які утворюються для виконання покладених на заклад охорони здоров'я функцій. Формування фінансових ресурсів здійснюється в процесі фінансової діяльності, яка полягає у плануванні необхідних витрат та доходів для їх фінансового забезпечення.

Фінансові ресурси закладу охорони здоров'я класифікуються за наступними критеріями.

1) За джерелами формування виокремлюють:

- кошти загального фонду державного бюджету;

- кошти спеціального фонду державного бюджету;
- власні надходження: кошти від надання платних послуг;
- залучені кошти: благодійні внески, гранти, кошти, що надходять для виконання певних проектів.

2) За формами фінансового забезпечення виокремлюють:

- бюджетні кошти;
- кошти медичного страхування;
- кошти від надання платних послуг;
- благодійні внески.

Фінансове забезпечення діяльності комунальних некомерційних підприємств охорони здоров'я здійснюється в Україні у таких формах: коштів в рамках договорів укладених між надавачами медичних послуг і Національною службою здоров'я України в рамках програми медичних гарантій, бюджетного фінансування (кошти місцевих бюджетів), некомерційного самофінансування через надання платних послуг, добровільного медичного страхування, благодійництва, коштів, отриманих в рамках грантового фінансування, кошти краудфандингових платформ (рис. 1).



Рис. 1. Джерела фінансування закладів охорони здоров'я

Основним джерелом формування бюджету комунальних некомерційних підприємств (КНП) є:

- комунальне майно, передане Підприємству відповідно до рішення про його створення;
- кошти місцевого бюджету (бюджетні кошти);
- власні надходження Підприємства: кошти від здачі в оренду майна,

закріпленого на праві оперативного управління; кошти та інше майно, одержані від реалізації продукції (робіт, послуг);

- цільові кошти;
- кошти, отримані за договорами з центральним органом виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення в рамках програми медичних гарантій;
- майно, що надходить безоплатно або у вигляді безповоротної фінансової допомоги чи добровільних благодійних внесків, пожертвувань юридичних і фізичних осіб;
- надходження коштів на виконання програм соціально-економічного розвитку регіону, програм розвитку медичної галузі;
- майно та кошти, отримані з інших джерел, не заборонених чинним законодавством України.

Програма медичних гарантій (ПМГ) включає пакети медичних послуг, пов'язаних з наданням за принципом екстериторіальності і охоплює первинну, спеціалізовану (вторинну) та високоспеціалізовану (третинну), екстрену, паліативну допомогу, реабілітацію, медичну допомогу дітям до 16 років; допомогу при вагітності і пологах, а також вакцинацію від Covid-19.

Загалом держава оплачує практично всі важливі медичні послуги, на які в пацієнта є направлення і які може надати медичний заклад, що має договір з НСЗУ. У 2021 році ПМГ передбачено 35 пакетів медичних послуг, три з яких – повністю нові, а ще п'ять – виокремлені з існуючих раніше. Перший повністю новий пакет – це вакцинація від коронавірусу, другий – мобільні психіатричні бригади, третій – лікування туберкульозу на первинному рівні. Один з ключових акцентів в ПМГ – наближення медичної допомоги до пацієнта, зокрема, розвиток амбулаторної допомоги [3].

Специфікації та умови закупівлі медичних послуг, які надаватимуться за Програмою медичних гарантій у 2021 році, розроблені для надавачів медичних послуг, які бажають укласти договір з НСЗУ. Формування вимог здійснюється на основі чинних галузевих стандартів, уніфікованих протоколів надання медичної допомоги, примірних табелів матеріально-технічного оснащення, інших нормативно-правових актів та міжнародних рекомендацій, які регулюють сферу надання медичних послуг.

Впровадження механізмів некомерційного самофінансування як форми фінансового забезпечення в діяльність закладів охорони здоров'я стало вимушеним кроком через дефіцит бюджетних ресурсів і неспроможність держави повноцінно утримувати даний сектор. Некомерційна діяльність бюджетних установ не має на меті отримання прибутку, здійснюється з метою залучення додаткових фінансових ресурсів від надання платних послуг та іншої некомерційної діяльності, дозволеної законодавством.

Практика функціонування закладів охорони здоров'я впродовж 2021 року свідчить, що державного ресурсу не вистачає на оплату витрат на всі медичні послуги, яких потребують пацієнти. У розвинених країнах світу дієвим механізмом фінансування видатків на охорону здоров'я є добровільне медичне страхування (ДМС). Проте в Україні частка ДМС у структурі витрат на охорону здоров'я складає менше 1%. Натомість "основним джерелом" фінансування української медицини є приватні кошти громадян (витрати домогосподарств).

Добровільне медичне страхування передбачає надходження від юридичних і фізичних осіб страхових внесків та оплату за їх рахунок медичних послуг, які надаються закладами охорони здоров'я різних форм власності чи приватно практикуючими лікарями.

Медичне страхування дозволяє гарантувати громадянину безкоштовне надання певного обсягу медичних послуг, при виникненні страхового випадку (порушення здоров'я), за наявності договору зі страховою медичною організацією (страховиком). Остання несе витрати з оплати випадку надання медичної допомоги (ризик), з моменту сплати громадянином першого внеску до відповідного фонду. Забезпечує право громадян які працюють, і членів їхніх сімей на кваліфіковане медичне обслуговування та матеріальне забезпечення, у випадку захворювання та в інших випадках.

На даний час в Україні розвиваються різні види страхування: страхування автомобілів, страхування нерухомого майна, ризикове страхування, медичне страхування (life-програми). Якщо говорити про програми страхування життя, то серед них можна виділити наступні:

1) ризикове страхування життя, тобто страхування на випадок смерті, страхування від нещасних випадків, захворювань та інвалідності;

2) змішане страхування життя: накопичувальне страхування з одночасним страховим захистом на випадок смерті з метою забезпечення накопичення певного капіталу на відповідні потреби (наприклад, для придбання будинку, навчання у вузі, весілля або забезпечення людини на період непрацездатності тощо);

3) пенсійне страхування: накопичувальне страхування для забезпечення додаткового періодичного (наприклад, щомісячного) доходу протягом певного терміну чи довічно, після виходу на пенсію або досягнення певного віку (ануїтет).

Перспективи розвитку ринку страхування в Україні залежать від подальшого удосконалення законодавчої бази, що регулює не тільки сферу страхування, а і загалом всі види діяльності, зокрема розвитку недержавного пенсійного страхування, страхування життя, медичного страхування, іпотечного кредитування, діяльності банків та їх впливу на страхування, а також від створення сприятливої системи функціонування

інституту страхових посередників, покращення страхової культури та підвищення довіри до страховиків через широке впровадження в страховий сектор максимально ефективних стандартів цифровізації бізнес-процесів.

Система фінансування закладів охорони здоров'я, яка полягає у їхньому фактичному утриманні державою та органами місцевого самоврядування, трансформується в систему державних закупівель послуг з медичного обслуговування населення. Правовою основою такої трансформації стали Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [19], Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» [12], постанова Кабінету Міністрів України від 18.12.2018 р. № 1117 «Деякі питання реалізації програми медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2020 рік» [12], постанова Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 р. № 410 «Деякі питання щодо договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій» [12], наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.03.2018 № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» [12] тощо.

Отже, фінансове забезпечення закладів охорони здоров'я здійснюється в Україні у таких формах: коштів в рамках договорів укладених між надавачами медичних послуг і Національною службою здоров'я України, бюджетного фінансування (кошти місцевих бюджетів), некомерційного самофінансування через надання платних послуг, добровільного медичного страхування, благодійництва, коштів, отриманих в рамках грантового фінансування, коштів краудфандингових платформ.

Система фінансування закладів охорони здоров'я, що полягала у їхньому фактичному утриманні державою та органами місцевого самоврядування, трансформується в систему державних закупівель послуг з медичного обслуговування населення: для первинного рівня на основі укладених декларацій із сімейними лікарями, а для вторинного та третинного рівня – на основі пакету послуг з установами, які уклали договір і центральним органом державної влади, який реалізує політику в сфері охорони здоров'я та фінансує програму медичних гарантій.

2. Формування та використання фінансових ресурсів закладів охорони здоров'я

Основним документом на підставі якого здійснюється бюджетування КНП є фінансовий план.

Фінансовий план – це основний плановий документ, відповідно до якого підприємство отримує доходи і здійснює видатки, визначає обсяг та спрямування коштів для виконання своїх функцій протягом року відповідно до установчих документів.

Це базовий документ на підставі якого підприємство отримує доходи і здійснює видатки, визначає обсяг та спрямування коштів для виконання своїх функцій протягом року відповідно до установчих документів.

Терміни та порядок розробки фінансових планів та контролю їх виконання державними підприємствами врегульовано Статтею 75 Господарського кодексу та Порядком складання, затвердження та контролю виконання фінансового плану суб'єкта господарювання державного сектору економіки, затвердженим наказом Міністерства економічного розвитку і торгівлі України 02.03.2015 № 2054. Останній документ можна брати за основу, але з урахуванням певних особливостей, які притаманні КНП.

Затверджувати фінансовий план КНП може його власник. Водночас, відповідно до Статті 27 Закону України від 21.05.97 № 280/97-ВР «Про місцеве самоврядування в Україні» власник може делегувати виконавчому органу функції щодо затвердження та контролю виконання. Фінансовий план підлягає затвердженню до 1 вересня року, що передує плановому року. План складають на календарний рік із поквартальною розбивкою.

Оскільки управління господарською діяльністю у комунальному секторі економіки здійснюють органи місцевого самоврядування щодо суб'єктів господарювання, які належать до комунального сектору економіки, у тому числі КНП (Ст. 24 ГК), необхідно розробити власний локальний нормативний акт, в якому будуть врегульовані питання форми, строків та порядку розробки та затвердження фінансових планів, контролю за їх виконанням КНП.

Якщо розробляти такий нормативний акт недоцільно, наприклад, у громади незначна кількість підприємств, всі ці питання можуть бути врегульовані у статуті конкретного КНП. Фінансовий план може мати такі розділи (рис.2).

У розділі «Основні фінансові показники» фінансового плану, крім інформації щодо очікуваних фінансових результатів у запланованому році, зазначається також інформація згідно із стратегічним планом розвитку підприємства.

Очікувані доходи з поквартальним зазначенням їх обсягу і розподілом за джерелами надходження (наприклад, доходи за договором із Національною службою здоров'я України, доходи за місцевою програмою, від оренди майна, надання платних послуг тощо)

Очікувані витрати, на які буде витрачено дохід, постатейно (заробітна плата, витратні матеріали, капітальні витрати, закупівля обладнання тощо) з деталізацією інформації (наприклад, зарплата медичного персоналу, адміністративно-господарського персоналу, керівників тощо) або без неї, що залежить від рішення власника

Фінансові результати діяльності: валовий дохід, результат від операційної діяльності, фінансовий результат від діяльності (прибуток чи збиток), який визначається співвідношенням доходу та витрат

Обов'язкові платежі КНП до бюджету (розділ показує, які додаткові податки з дохідної частини має сплатити КНП)

індикатори та коефіцієнти для аналізу фінансового плану та звіту про його виконання, за допомогою яких власник має змогу відстежити діяльність КНП.

Рис.2. Структура фінансового плану КНП

Фінансовий план містить інформацію щодо прогнозних показників на поточний рік, яка складається виходячи з фактичної проміжної інформації та очікувань стосовно господарської діяльності підприємства в поточному році.

У звіті про виконання фінансового плану відображаються фактично отримані доходи і витрати та фактичне надходження і використання фінансових ресурсів за звітний період.

Фінансовий план КНП та звіт про його виконання складаються на методологічних засадах, визначених національними положеннями (стандартами) бухгалтерського обліку, міжнародними стандартами фінансової звітності та відповідною обліковою політикою, згідно з якими підприємство складає свою фінансову звітність. Фінансова інформація, яка не є складовою фінансової звітності, формується на методологічних засадах, які застосовуються підприємством відповідно до законодавства, податкової та статистичної звітності.

Консолідований фінансовий план формується відповідно до порядку складання консолідованої фінансової звітності та загальних вимог до розкриття інформації щодо складання консолідованої фінансової звітності.

Особливо важливою для фінансового плану є формування дохідної частини. Розділ містить інформацію щодо особливостей формування дохідної частини фінансового плану, а саме:

- узгодження цінової політики КНП з кон'юктурою ринку медичних засобів;
- назви актів законодавства, відповідно до яких затверджено ціни (тарифи) на медичні послуги;
- розрахунки формування чистого доходу від надання медичних послуг.

Формування витратної частини фінансового плану передбачає розрахунок собівартості медичних послуг; обґрунтування доцільності планових витрат, розрахунок витрат на оплату праці та інших статей витрат, наприклад аутсорсингових послуг.

В розділі «Очікувані фінансові результати», необхідно подати інформацію щодо основних доходів та витрат, які впливають на формування результатів фінансово-господарської діяльності підприємства.

При фінансовому плануванні важливо скласти пояснювальну записку, де наводяться дані факторного аналізу як фактичних показників минулого року, так і запланованих показників, який повинен передбачати розрахунок внеску у фінансовий результат макро- та мезочинників (рис 3.).

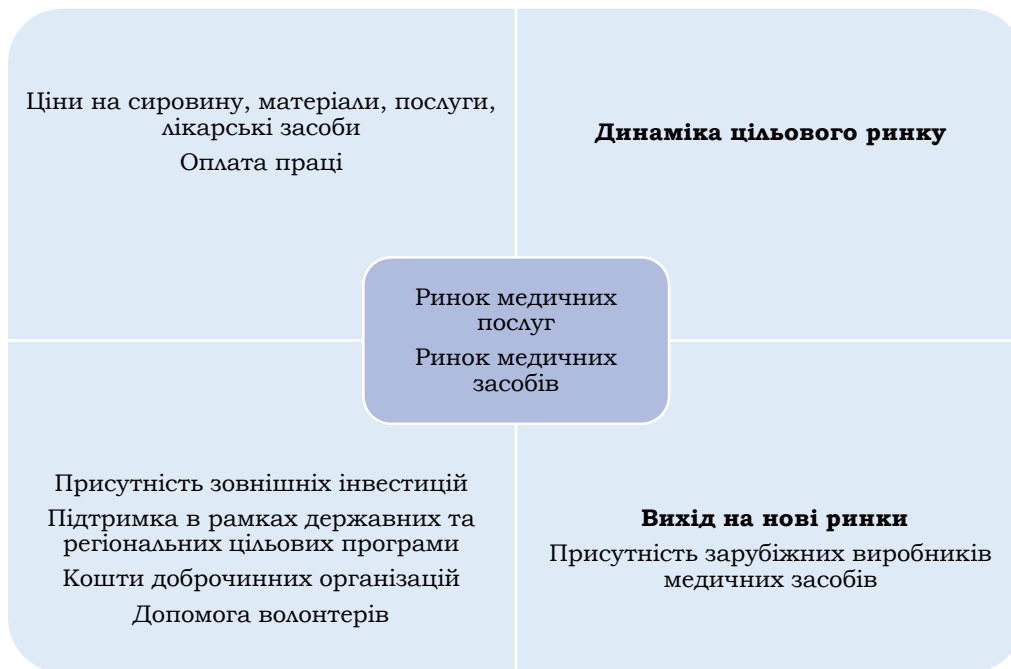


Рис. 3. Чинники, що впливають на фінансове планування КНП

У розділі чистого прибутку відображається інформація, щодо

відрахування частини чистого прибутку комунальними підприємствами до обласного бюджету здійснюються за нормативами, встановленими рішенням обласної ради та в порядку, визначеному законодавством України. Підприємство може спрямовувати кошти до спеціальних (цільових) фондів, утворених відповідно до законодавства, та інших фондів, передбачених його статутними документами.

У розділі «Капітальні інвестиції, усього» відображаються обсяги інвестицій, які підприємство планує спрямувати протягом планового періоду на капітальне будівництво, придбання (виготовлення) основних засобів, придбання (виготовлення) інших необоротних матеріальних активів, придбання (створення) нематеріальних активів та модернізацію, модифікацію (добудову, дообладнання, реконструкцію) основних засобів. Зазначені обсяги інвестицій повинні відповідати інвестиційному плану підприємства на середньострокову перспективу (3-5 років) на відповідний період.

У фінансовому плануванні є таблиця «Інформація до фінансового плану», в якій додатково уточнюється інформація по організаційному та матеріально-технічному супроводі діяльності закладу охорони здоров'я. Вона складається із дев'яти пунктів:

1) пункт 1 «Дані про підприємство, персонал та фонд оплати праці» містить інформацію про підприємство, відомості щодо середньооблікової чисельності осіб, фонду оплати праці та витрат на оплату праці, передбачених у плановому році. Окремо зазначається інформація щодо керівника підприємства, адміністративно-управлінського персоналу та інших категорій працівників (наводяться фактичні дані минулого року, а також планові показники минулого, поточного та планового років). У разі збільшення витрат на оплату праці в плановому році порівняно з попереднім роком обов'язково подаються відповідні обґрунтування;

2) пункт 2 «Перелік підприємств, які включені до консолідованого (зведеного) фінансового плану» містить інформацію щодо: переліку підприємств, які включаються до консолідованої фінансової звітності підприємства. У разі наявності підприємств, які не включені до консолідованого (зведеного) фінансового плану, надаються обґрунтовані пояснення;

3) пункт 3 «Інформація про бізнес підприємства» відображає всі види фінансово-господарської діяльності підприємства. Плановий показник чистого доходу (виручки) від реалізації продукції (товарів, робіт, послуг) повинен відповідати показнику рядка 1000 «Чистий дохід від реалізації продукції (товарів, робіт, послуг)» фінансового плану підприємства.

Фактичний показник чистого доходу від реалізації продукції (товарів, робіт, послуг) повинен відповідати показнику рядка 1000 «Чистий

дохід від реалізації продукції (товарів, робіт, послуг)» звіту про виконання фінансового плану підприємства;

4) пункт 4 «Діючі фінансові зобов'язання підприємства» містить інформацію щодо кредиторів, перед якими в підприємства є фінансові зобов'язання, виду кредитного продукту, суми одержаних кредитів, відсоткової ставки та графіка повернення кредитів;

5) пункт 5 «Інформація щодо отримання та повернення залучених коштів» містить інформацію про залучені та повернені кошти (короткострокові, довгострокові або інші фінансові зобов'язання), у тому числі за кредиторами;

6) пункт 6 «Витрати, пов'язані з використанням власних службових автомобілів» (у складі адміністративних витрат, рядок 1041) містить інформацію щодо витрат, пов'язаних з утриманням службових автомобілів комунального підприємства;

7) пункт 7 «Витрати на оренду службових автомобілів» (у складі адміністративних витрат, рядок 1042) містить інформацію щодо витрат на оренду службових автомобілів, наявності договорів оренди, марки автомобіля, мети використання та дати початку оренди.

Загальна сума планованих витрат на оренду легкових автомобілів дорівнює показнику рядка 1042 фінансового плану. Загальна сума фактичних витрат на оренду легкових автомобілів дорівнює показнику рядка 1042 звіту про виконання фінансового плану підприємства;

8) пункт 8 «Джерела капітальних інвестицій» заповнюється відповідно до таблиці 4 «Капітальні інвестиції» з обов'язковим пооб'єктним розшифруванням статей і джерел капітальних інвестицій.

Показники щодо придбання (виготовлення) інших необоротних матеріальних активів та придбання (створення) нематеріальних активів наводяться без пооб'єктного розшифрування, але із зазначенням джерел інвестування. У разі здійснення витрат на ліцензійне програмне забезпечення та легалізацію комп'ютерних програм зазначені витрати потребують обов'язкового розшифрування у статті «Придбання (створення) нематеріальних активів».

Загальний обсяг капітальних інвестицій, зазначений у пункті 8 таблиці 6, повинен відповідати показнику рядка 4000 «Капітальні інвестиції, усього» таблиці 4 фінансового плану підприємства та звіту про його виконання;

9) пункт 9 «Капітальне будівництво». Загальна сума фінансування капітальних інвестицій, що спрямовується на капітальне будівництво, зазначена у графі 8 пункту 9 таблиці 6, повинна відповідати показнику рядка 4010 «Капітальне будівництво» таблиці 4 «Капітальні інвестиції» фінансового плану підприємства та звіту про його виконання

Обов'язково треба наводити очікуваний/фактичний обсяг надходжень податків, зборів, платежів до бюджетів та єдиного внеску на

загальнообов'язкове державне соціальне страхування. Тобто навести інформацію щодо очікуваних/фактичних обсягів надходжень податків, зборів, платежів до бюджетів та єдиного внеску на загальнообов'язкове державне соціальне страхування до бюджетів Пенсійного фонду України та фондів загальнообов'язкового державного соціального страхування; погашення податкової заборгованості, реструктуризованих, відстрочених та розстрочених сум платежів до бюджетів.

Окрему увагу треба приділити інвестиційній діяльності підприємства. Зокрема, щодо цього питання у пояснювальній записці до фінансового плану наводять: інформацію щодо запланованих капітальних інвестицій з розшифруванням їх джерел, у тому числі щодо заходів, спрямованих на підвищення технічного рівня, модернізацію та реконструкцію підприємства.

Органи управління та відповідальні органи управління протягом двох тижнів здійснюють аналіз та приймають рішення щодо затвердження або повернення на доопрацювання фінансового плану КНП. До розгляду та аналізу фінансових планів підприємств можуть залучатись спеціалісти чи експерти за потребою.

У разі повернення проекту підприємство подає допрацьований проект на повторне затвердження у термін, установлений органом управління або відповідальним органом управління, але у строк, що становить не більше як 10 робочих днів.

Після затвердження фінансовий план вважається погодженим і чинним. Зміни до фінансового плану підприємства можуть уноситись один раз на рік, у якому затверджувався такий фінансовий план, та не більше двох разів протягом планового року, якщо інше не передбачено Статутом підприємства або локальним порядком складання та затвердження фінансових планів.

Хоча й КНП отримав статус неприбуткового суб'єкта господарювання, на нього все одно поширюється дія Закону України від 11.02.2015 № 183-VIII «Про відкритість використання публічних коштів» (ср. 025069200). Отже, КНП зобов'язані оприлюднювати інформацію про свою діяльність як комунальні підприємства.

3. Планування доходів та видатків закладу охорони здоров'я

Фінансовий план КНП складається у відповідності до Порядку складання, затвердження та контролю виконання фінансового плану суб'єкта господарювання державного сектору економіки, затвердженого наказом Міністерства економічного розвитку і торгівлі України 02.03.2015 року № 205 та Рекомендацій щодо складання фінансового плану підприємства та звіту про його виконання, підготовки пояснювальних записок до них.

Розділи фінансового плану включають:

- I. Формування фінансових результатів
- II. Розрахунки з бюджетом
- III. Інвестиційна діяльність
- IV. Фінансова діяльність
- V. Коефіцієнтний аналіз
- VI. Звіт про фінансовий стан
- VII. Дані про персонал та оплату праці

Пакет документів для затвердження фінансового плану включає:

1. Проект фінансового плану відповідно до затвердженої форми.
2. Пояснювальну записку, яка включає результати аналізу фінансового господарської діяльності за попередній рік, а також показники господарської діяльності та розвитку підприємства в поточному році та на плановий рік.
3. Фінансова звітність на останню звітну дату:
 - баланс (форма №1);
 - звіт про фінансові результати (форма №2);
 - звіт про рух грошових коштів (форма №3);
 - звіт про власний капітал (форма №4);
 - штатний розпис та тарифікаційний список;
 - відомості про судові справи та рішення (у разі наявності).

Фінансовий план відображає очікувані результати діяльності КНП, обсяги доходних надходжень та витрат на забезпечення потреб діяльності та розвитку підприємства і складається на середньостроковий період (табл. 1).

Планова сума доходу від реалізації основних послуг формується з урахуванням очікуваних обсягів надходжень від надання медичних послуг населенню первинною та вторинною ланкою медицини, надходжень від оренди нерухомого майна, доходу від отриманого цільового фінансування з місцевого бюджету.

Формування витратної частини фінансового плану повинно включати визначення основних витрат в частині собівартості послуг в т.ч.: витрати на оплату праці; відрахування на соціальні заходи; витрати на сировину та основні матеріали (канцтовари, деззасоби, бензин, миючі засоби), без поточних ремонтів; витрати на комунальні послуги (кошти місцевого бюджету); витрати на паливо; витрати, що здійснюються для підтримання об'єкта в робочому стані (проведення ремонту, технічного огляду, нагляду, обслуговування тощо); послуги з вивозу сміття; технічне обслуговування ліфтів; обслуговування офісної та комп'ютерної техніки; послуги з охорони об'єктів; послуги зв'язку; амортизація основних засобів і нематеріальних активів.

**Планування бюджету лікарні з врахуванням стратегічних
перспектив на 2020-2023 роки**

Найменування показника, в тис. грн	Код рядка	Факт минулого року	Фінансовий план поточного року	Прогноз на поточний рік	Плановий рік	Інформація згідно із стратегічним планом розвитку			
						Плановий рік +1 рік	плановий рік +2 роки	плановий рік +3 роки	Плановий рік +4 роки
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
I. Формування фінансових результатів									
Чистий дохід від реалізації продукції (товарів, робіт, послуг)	1000								
Собівартість реалізованої продукції (товарів, робіт, послуг)	1010								
Валовий прибуток/збиток	1020								
Адміністративні витрати	1030								
Витрати на збут	1060								
Інші операційні доходи	1070								
Інші операційні доходи, (розшифрувати)	1073								
Цільове фінансування (субсидії та поточні трансферти підприємствам)	1073/1								
Доходи від реалізації послуг первинної ланки медицини (кошти НСЗУ)	1073/2								
Доходи від оренди	1073/3								
Інші операційні витрати	1080								
Фінансовий результат від операційної діяльності	1100								

Також при плануванні витрат слід враховувати адміністративні витрати і інші операційні витрати : відшкодування витрат податку на землю та податку на нерухомість; податок на землю та нерухомість. Сума поточних податків та обов'язкових платежів до бюджетів має включати: податок на доходи фізичних осіб; податок на землю та нерухомість; єдиний внесок на загальнообов'язкове державне соціальне страхування; військовий збір.

Отже основі розділи витрат включають в себе:

I. Формування фінансових результатів: видатки

1.1. Нарухування на оплату праці ЄСВ (22% та 8,41%).

1.2. Оплата комунальних послуг та енергоносіїв:

- теплопостачання;
- водопостачання та водовідведення;
- електроенергія, природний газ;
- інші енергоносії;
- енергосервіс.

1.3. Інші видатки:

- видатки на охорону праці;
- видатки майбутніх періодів;
- ремонт та технічний огляд основних засобів;
- оренда та утримання автомобілів.

II. Розрахунки з бюджетом.

2.1. Сплата податків та зборів до Державного бюджету України (податкові платежі).

Загальнодержавні податки (ст. 9 ПКУ):

2.1.1. Податок на прибуток підприємств. Отримання КНП статусу неприбуткової організації звільняє такого суб'єкта від сплати податку на прибуток.

2.1.2. Податок на доходи фізичних осіб.

Якщо КНП буде використовувати працю найманих працівників, таке підприємство буде вважатися податковим агентом, який відповідає за утримання та перерахування податку до бюджету (Підпункт 162.1.3, 168.1. Податкового Кодексу України, ПКУ) за ставкою 18% від бази оподаткування.

2.1.3. Податок на додану вартість.

Ст. 197.1. ПКУ – Звільняються від оподаткування операції з постачання послуг з охорони здоров'я закладами охорони здоров'я, що мають ліцензію на постачання таких послуг, а також постачання послуг реабілітаційними установами для інвалідів та дітей-інвалідів, що мають ліцензію на постачання таких послуг відповідно до законодавства, окрім винятків передбачених статтею 197.1.5 ПКУ.

2.1.4. Акцизний податок.

2.1.5. Екологічний податок.

2.1.6. Рентна плата.

2.1.7. Мито.

2.2. Сплата податків та зборів до місцевих бюджетів (податкові платежі)

2.2.1. Місцеві податки (ст. 10 ПКУ):

1. Податок на майно:

– У ході перетворення ЗОЗ у КНП власник (територіальна громада) передає такому суб'єкту об'єкти житлової та нежитлової нерухомості, які закріплюються за КНП на праві оперативного управління, тобто без набуття права власності на таке майно.

– Відповідно до норм чинного податкового законодавства КНП не входить до кола платників податку на нерухоме майно (п. 266.1.1 ПКУ), оскільки таке майно отримане від органу місцевого самоврядування на праві оперативного управління.

– КНП може набути права користування земельною ділянкою із земель державної або комунальної власності за відповідним рішенням органів виконавчої влади або органів місцевого самоврядування (ст. 116 Земельного кодексу України).

– Відповідно, об'єктом оподаткування земельного податку є земельні ділянки, які перебувають у користуванні юридичної особи (пп. 270.1.1 ПКУ).

– Від сплати земельного податку звільняються, зокрема, заклади охорони здоров'я, які повністю утримуються за рахунок коштів державного або місцевих бюджетів (пп. 282.1.4 ПКУ).

2.2.2. Єдиний податок.

2.2.3. Місцеві збори (ст. 10 ПКУ):

1) збір за місця для паркування транспортних засобів;

2) туристичний збір.

III. Інвестиційна діяльність, яка включає:

3.1. Доходи від інвестиційної діяльності, у т.ч.:

– доходи з місцевого бюджету;

– цільового фінансування по капітальних видатках;

3.2. Капітальні інвестиції, у т.ч.:

– капітальне будівництво;

– придбання (виготовлення) основних засобів;

– придбання (виготовлення) інших необоротних матеріальних активів;

– придбання (створення) нематеріальних активів;

– модернізація, модифікація (добудова, дообладнання, реконструкція) основних засобів;

– капітальний ремонт

3.3.Вартість основних засобів

IV. Фінансова діяльність

4.1.Доходи від фінансової діяльності за зобов'язаннями, у т. ч.: кредити, позики, депозити;

4.2.Витрати від фінансової діяльності за зобов'язаннями, у т. ч.: кредити, позики, депозити.

При плануванні витрат важливою складовою є планування витрат на персонал. Для цього беруться до уваги наступні групи показників:

1) Середня кількість працівників: середня кількість працівників (штатних працівників, зовнішніх сумісників та працівників, які працюють за цивільно-правовими договорами) заповнюється з урахуванням Інструкції зі статистики кількості працівників (Наказ Державної служби статистики від 28.09.2005 №286).

2) Фонд оплати праці: мінімальна заробітна плата працівників не може бути нижчою від встановленого законодавством мінімального розміру заробітної плати.

У визначенні розміру заробітної плати (відповідно і фонду оплати праці персоналу) КНП має виходити з показників господарської діяльності, розміру відповідних доходів, а також показників фінансового плану, затвердженого власником у встановленому порядку.

Фонд оплати праці заповнюється з урахуванням Інструкції зі статистики заробітної плати, (Наказ Державної служби статистики від 13.01.2004 №5).

3) Середньомісячні витрати на оплату праці одного працівника:

– середньомісячні витрати на оплату праці одного працівника визначаються діленням суми витрат на оплату праці на середню кількість працівників (штатних працівників, зовнішніх сумісників та працівників, які працюють за цивільно-правовими договорами) за відповідний період (місяць, квартал, півріччя, рік) та на кількість місяців у цьому періоді.

4) Заборгованість за заробітною платою: даний показник не планується. Заповнюється в звіті про виконання фінансового плану

Важливо відмітити, що в плануванні витрат на 2021-2023 роки передбачено аутсорсингові послуги, пов'язані із логістичним, інформаційним, кейтерінговим супроводом: зокрема: послуги з вивозу сміття, технічне обслуговування ліфтів, обслуговування офісної та комп'ютерної техніки, послуги з охорони об'єктів, послуги зв'язку. З метою забезпечення концепції харчування за принципом «здорової тарілки» запропонованої Міністерством охорони здоров'я, варто заключити угоди аутсорсингу на харчування клієнтів лікарні та відвідувачів на засадах здорового харчування.

У лікарнях послуги з харчування громадян зазвичай надають: безпосередньо лікарні, зокрема на базі власних блоків харчування;

підприємства громадського харчування, з якими лікарні уклали договір (п. 2, 3 Порядку надання послуг з харчування громадян у закладах охорони здоров'я, операції з надання яких звільняються від оподаткування на додану вартість, затвердженого постановою КМУ від 05.09.2012 № 818).

До послуг з харчування громадян у ЗОЗ, операції з надання яких звільняються від оподаткування податком на додану вартість, належать:

- послуги з харчування громадян, що провадять ЗОЗ державної та комунальної форм власності під час надання медичної допомоги за рахунок бюджетного фінансування. А також у складі платних послуг, які можуть надавати державні й комунальні ЗОЗ, зазначені в розділі I Переліку № 1138;
- послуги з харчування громадян, що надаються в складі послуг з охорони здоров'я у приватних ЗОЗ.

Зміни до фінансового плану можуть вноситися: два рази на рік, у якому затверджувався ФП; не частіше 11 разів на рік у разі отримання додаткових доходів; один раз на місяць у поточному році для новоствореного підприємства.

Для врахування інтересів всіх працівників медичного закладу у складанні бюджету необхідно застосовувати гендерно-орієнтоване бюджетування. Цей підхід зараз реалізується у всіх сферах бюджетування для скорочення гендерних розривів. Методологічний супровід впровадження гендерно-чутливого бюджетування в Україні реалізується відповідно до проекту «Гендерне бюджетування в Україні» (2013-2021 рр.) за фінансової підтримки Уряду Королівства Швеції через Шведське агентство міжнародного розвитку (SIDA).

Нині це найбільший проект у світі із впровадження гендерно-орієнтованого підходу в бюджетному процесі (ГОб), метою якого є підвищення економічної ефективності і результативності видатків бюджету, що враховують потреби чоловіків і жінок та їх соціальних груп. Для виявлення гендерних розривів, гендерної дискримінації та причин їх виникнення проводять гендерний аналіз бюджетних програм.

Використання гендерного підходу в бюджетуванні закладу охорони здоров'я дозволить при фінансуванні враховувати можливості фінансової мотивації медичного персоналу закладу, преміювання, оплати коштів на оздоровлення як чоловіків, так і жінок. Цей підхід передбачає можливості фінансування модернізації матеріально-технічного забезпечення закладу охорони здоров'я і роботу різних категорій медичних працівників на новому медичному обладнанні з дотриманням гендерного паритету.

Ефективність гендерного бюджетування корелює із визначенням правильної грошової компенсації лікарям за витрачені знання, зусилля, високого професіоналізму для забезпечення високої якості медичних послуг.

Гендерно-чутливий моніторинг сприяє зменшенню гендерних розривів, усуненню гендерної дискримінації, забезпечення потреб,

задоволення інтересів чоловіків та жінок (їх груп). Пропонована модель гендерного аналізу може мати вигляд (рис.4).

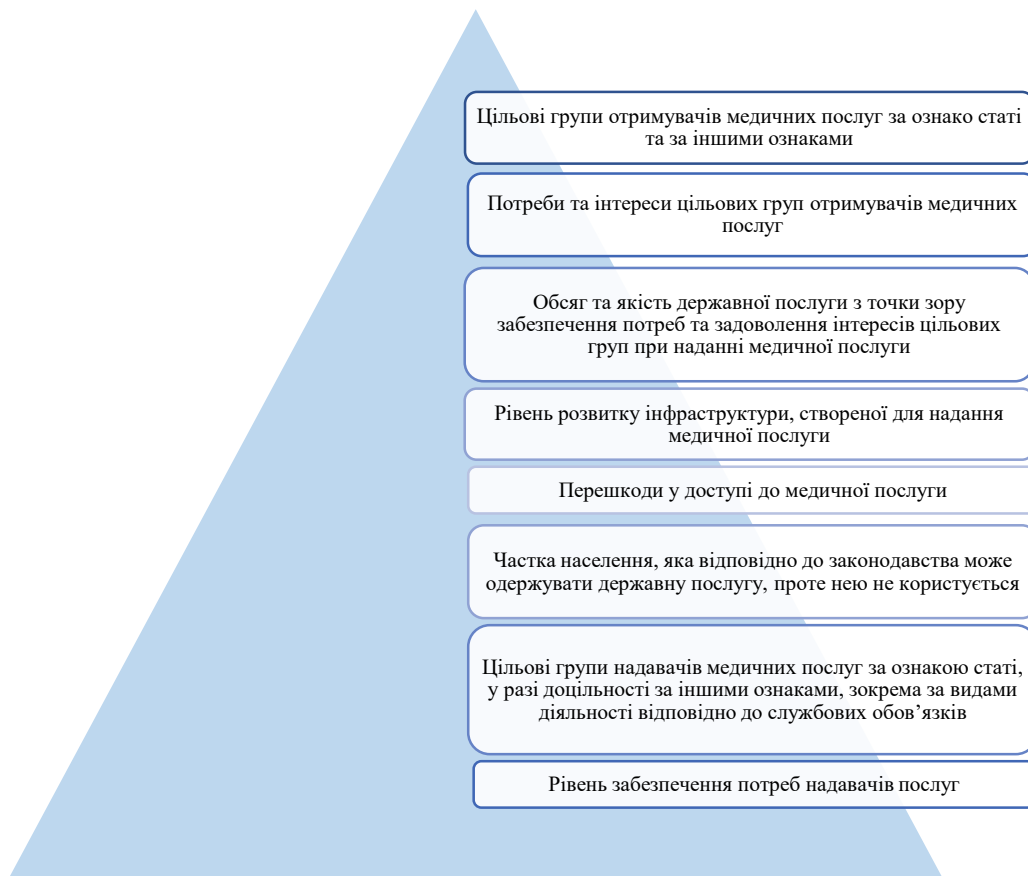


Рис.4. Модель гендерного аналізу надання медичних послуг для КНП

Гендерно-орієнтований підхід в бюджетуванні є одним із засобів отримання коштів в рамках міжнародного грантрайтингу. Рада Європи визначає гендерно чутливе бюджетування як «гендерно орієнтовану оцінку бюджету з урахуванням гендерної концепції на всіх рівнях бюджетного процесу та реструктуризації доходів і витрат для пропагування гендерної рівності. Цього можна досягнути шляхом: визначення та поширення добрих практик держав-членів, Ради Європи й інших регіональних і міжнародних організацій щодо гендерної рівності, зокрема гендерно орієнтованого бюджетування (Стратегія Ради Європи на 2018-2023 роки). Міжнародний валютний фонд розглядає гендерне бюджетування не як спеціальний підхід до складання бюджету або навіть доповнення до бюджету, а як інструмент досягнення рівності між чоловіками й жінками через механізм фіскальної політики та адміністрування.

Врахування гендерного підходу в бюджетуванні – це діяльність, яка забезпечує інтеграцію інтересів і досвіду жінок та чоловіків як невід'ємної частини планування, реалізації, моніторингу й оцінки стратегій, політик, програм, заходів та бюджетів у всіх сферах, так, щоб жінки та чоловіки отримували рівні блага.

4. Оцінювання результативності бюджетування витрат комунального некомерційного підприємства

Оцінювання результативності бюджетування необхідно проводити за такими напрямками:

- 1) дотримання чинного законодавства щодо формування фінансових результатів та відображення інформації про витрати у фінансовій звітності підприємства;
- 2) встановлення повноти відображення фінансових результатів підприємства на рахунках бухгалтерського обліку та у фінансовій звітності;
- 3) законність і правильність формування фінансових результатів підприємства;
- 4) відповідність визначення фінансових результатів прийнятій на підприємстві обліковій політиці;
- 5) правильність оцінки у бухгалтерському обліку доходів і витрат для визначення фінансових результатів;
- 6) правильність обліку операцій, які привели до виникнення фінансових результатів;
- 7) відображення в обліку списання збитків минулих періодів, довгострокової дебіторської заборгованості тощо;
- 8) дотримання підприємством межі звітного періоду.

Аналіз організації обліку фінансових результатів на КНП повинен здійснюватися шляхом встановлення відповідності нормативним вимогам рахунків бухгалтерського обліку, що використовуються підприємством для відображення інформації про фінансові результати, відповідності обліковим регістрам тощо.

Правильність узагальнення інформації про фінансові результати підприємства від звичайної діяльності та надзвичайних подій перевіряється за допомогою рахунку 79 "Фінансові результати". За кредитом даного рахунку відображаються суми порядку закриття рахунків обліку доходів, за дебетом – сум закриття рахунків обліку витрат, а також нарахованого податку на прибуток.

Фінансові результати перевіряються у розрізі субрахунків до рахунку 79:

- 791 "Результат операційної діяльності";
- 792 "Результат фінансових операцій";

- 793 "Результат іншої звичайної діяльності";
- 794 "Результат надзвичайних подій".

Для оцінювання ефективності бюджетування варто використати коефіцієнти рентабельності, фінансової стійкості та ліквідності, коефіцієнти ефективності інвестування і обмежуючі коефіцієнти, ковенанти. Розрахунок даних коефіцієнтів представлений в таблиці 2.

Таблиця 2

Оцінювання результативності бюджетування в КНП

Найменування показника	Код рядка	Оптимальне значення	Факт минулого року	Фінансовий план поточного року	Прогноз на поточний рік	Плановий рік	Примітки
Коефіцієнти рентабельності та прибутковості							
Валова рентабельність (валовий прибуток, рядок 1020 / чистий дохід від реалізації продукції (товарів, робіт, послуг), рядок 1000) x 100, %	5000	Збільшення					
Рентабельність ЕВІТДА (ЕВІТДА, рядок 1310 / чистий дохід від реалізації продукції (товарів, робіт, послуг), рядок 1000) x 100, %	5010	Збільшення					
Рентабельність активів (чистий фінансовий результат, рядок 1200 / вартість активів, рядок 6020) x 100, %	5020	Збільшення					Характеризує ефективність використання активів підприємства
Рентабельність власного капіталу (чистий фінансовий результат, рядок 1200 / власний капітал, рядок 6080) x 100, %	5030	Збільшення					
Рентабельність діяльності (чистий фінансовий результат, рядок 1200 / чистий дохід від реалізації продукції (товарів, робіт, послуг), рядок 1000) x 100, %	5040	Збільшення					Характеризує ефективність господарської діяльності підприємства
Коефіцієнти фінансової стійкості та ліквідності							
Коефіцієнт відношення боргу до ЕВІТДА (довгострокові зобов'язання, рядок 6030 + поточні зобов'язання, рядок 6040) / ЕВІТДА, рядок 1310	5100						

Найменування показника	Код рядка	Оптимальне значення	Факт минулого року	Фінансовий план поточного року	Прогноз на поточний рік	Плановий рік	Примітки
Коефіцієнт фінансової стійкості (власний капітал, рядок 6080 / (довгострокові зобов'язання, рядок 6030 + поточні зобов'язання, рядок 6040))	5110	> 1					Характеризує співвідношення власних та позикових коштів і залежність підприємства від зовнішніх фінансових джерел
Коефіцієнт поточної ліквідності (покриття) (оборотні активи, рядок 6010 / поточні зобов'язання, рядок 6040)	5120	> 1					Показує достатність ресурсів підприємства, які може бути використано для погашення його поточних зобов'язань. Нормативним значенням для цього показника є > 1 – 1,5
Аналіз капітальних інвестицій							
Коефіцієнт відношення капітальних інвестицій до амортизації (капітальні інвестиції, рядок 4000 / амортизація, рядок 1430)	5200						
Коефіцієнт відношення капітальних інвестицій до чистого доходу від реалізації продукції (товарів, робіт, послуг) (капітальні інвестиції, рядок 4000 / чистий дохід від реалізації продукції (товарів, робіт, послуг), рядок 1000)	5210						
Коефіцієнт зносу основних засобів (сума зносу, рядок 6003 / первісна вартість основних засобів, рядок 6002)	5220	Зменшення					Характеризує інвестиційну політику підприємства

Найменування показника	Код рядка	Оптимальне значення	Факт минулого року	Фінансовий план поточного року	Прогноз на поточний рік	Плановий рік	Примітки
Ковенанти/обмежувальні коефіцієнти							
Інші коефіцієнти/ковенанти,	5300						

Коефіцієнтом фінансової стійкості є показник, який вказує на домінування власних коштів над позиковими і низьку залежність підприємства від зовнішніх фінансових джерел.

Коефіцієнт фінансової ліквідності показує достатність ресурсів підприємства, які може бути використано для погашення його поточних зобов'язань.

В оцінювання коефіцієнтів використання основних засобів слід звертати увагу на коефіцієнти амортизаційних витрат. Якщо вони збільшуються, то це вказує на збільшення термінів експлуатації основних засобів і низькі відрахування на їх відновлення, що негативно впливає на можливості оновлення матеріально-технічного забезпечення, і навпаки.

Для підвищення ефективності бюджетування в сучасних умовах КНП слід покращити методику обрахунку витрат шляхом впровадження нових форм організації праці медичних працівників та надання медичної допомоги (відділення сестринського догляду, стаціонар одного дня, стаціонар на дому, денний стаціонар), що сприяє економії ліжкового фонду. Застосування більш дешевих та ефективних методів діагностики та лікування дає змогу знизити вартість лікування хворого та вартість одного ліжка-дня.

Непрямий економічний ефект є наслідком медичного та соціального ефекту, тобто це результат поліпшення профілактики та лікування, що, зрештою, посприяв би зменшенню витрат за рахунок економії коштів на боротьбу із захворюваннями і до зниження економічних збитків через втрату працездатності та смертність. Розрізняють фактичний та очікуваний економічний ефект. При плануванні певного заходу обчислюють очікуваний ефект. При ретроспективному оцінюванні результатів визначають фактичний ефект.

Результативність бюджетування залежить від чітко поставлених цілей та завдань КНП і їх досягнення за допомогою розробленого фінансового плану, який регулює збалансованість надходжень та витрат підприємства, визначаються пріоритетні напрямки діяльності та очікувані результати фінансово-господарської діяльності. Тому важливим

інструментом підвищення результативність бюджетування є визначення факторів ризику, які можуть негативно вплинути на очікуваний кінцевий результат діяльності підприємства. Саме запобігання можливим негативним наслідкам настання ризику шляхом попереджувальних заходів дозволяє знизити їх вплив на результати діяльності підприємства та прийняти правильне управлінське рішення.

Для підвищення ефективності бюджетування витрат доцільно проводити оптимізацію витрат за такими напрямками:

- облік завантаженості персоналу. Використання для управлінських цілей правильної управлінської статистики щодо кожного лікаря (персоніфікований облік);

- покращення якості медичних послуг;

- оптимізація забезпечення медикаментами – скорочення витрат на медикаменти та виробу медичного призначення, що досягається правильним плануванням потреби в ліках, з метою уникнення накопичення їх залишків або списання зіпсованих чи прострочених медикаментів;

- оптимізація адміністративних витрат – якісний та об'єктивний управлінський та фінансовий облік витрат за центрами відповідальності з метою скорочення нераціональних витрат;

- оптимізація використання ліжкового фонду – збільшення показника обігу ліжка шляхом: покращення ефективності лікування завдяки підвищенню кваліфікації лікарів та застосуванню сучасних медичних технік і технологій, сучасного обладнання;

- оптимізація роботи денного стаціонару: збільшення кількості ліжок денного перебування; збільшення кількості пролікованих пацієнтів завдяки впровадженню двозмінного графіка перебування; покращення якості медичних послуг, що надаються під час перебування на денному стаціонарі, завдяки проведенню всіх необхідних досліджень з використанням сучасного обладнання; завдяки меншій вартості ліжка-дня, ніж у цілодобовому стаціонарі, тощо.

Для поліпшення іміджу медичного КНП доцільно впровадити систему оцінки діяльності закладу його пацієнтами. Контроль за раціональним використанням всіх ресурсів медичного КНП та інші заходи щодо підвищення ефективності його діяльності.

Отже, для оцінювання ефективності бюджетування варто використовувати коефіцієнти рентабельності, фінансової стійкості та ліквідності, коефіцієнти ефективності інвестування і обмежуючі коефіцієнти, ковенанти.

5. Диференціація фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я

Важливою складовою в управлінні фінансовим забезпеченням закладів охорони здоров'я є фандрейзинг, що є комплексом взаємопов'язаних заходів, направлених на залучення різноманітних ресурсів, необхідних організації для реалізації її місії.

Основними джерелами надходжень закладів охорони здоров'я є оплата за обслуговування населення (НЗСУ) та кошти місцевих бюджетів. Додатковими джерелами фінансування медичного закладу можуть бути: благодійна допомога та кошти грантів; кошти добровільного медичного страхування; оплата лікарні за наданні послуги за угодами; за послуги наданні пацієнтам за їх особистої ініціативи; добровільні внески та пожертви; дохід від передачі в оренду нерухомого майна; грошові надходження від надання платних сервісних послуг пацієнтам (палати покращеного сервісу, у яких можна буде розміщувати пацієнтів за додаткову оплату), а також інші джерела, які не заборонені законодавством України.

Як відомо, бюджетні установи є неприбутковими (п.п. 12 ч. 1 ст. 2 Бюджетного кодексу України, БКУ). Тобто їх діяльність не спрямована на одержання прибутку. Утримуються такі установи повністю за рахунок відповідно державного бюджету чи місцевого бюджету (загальний фонд). Одночасно на нормативному рівні зафіксовано право бюджетних установ надавати так звані платні послуги. Надходження від надання платних послуг віднесено до підгрупи 1 групи 1 власних надходжень (частина 4 ст. 13 БКУ), тобто вони поповнюють спецфонд установи.

Для кожної галузі затверджено переліки платних послуг, які можуть надавати бюджетні установи. Зокрема, для охорони здоров'я – це Перелік № 1138 (Перелік платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних навчальних закладах, затверджений постановою КМУ від 17.09.1996 р. № 1138.). Заклади охорони здоров'я можуть надавати тільки ті платні послуги, які визначено цим переліком. Інакше надходження за надання послуг, які не передбачені переліком платних послуг, мають бути перераховані до доходів того бюджету, з якого здійснюється утримання установи (лист Держказначейства від 14.10.2011 р. № 16-04/918-2970). В Переліку № 1138 не зазначено послугу з надання в оренду майна, однак такі послуги передбачено Законом України «Про оренду державного та комунального майна» від 10.04.1992 р. № 2269-ХІІ. Згідно зі ст. 5 цього Закону виступати орендодавцем майна можуть самі бюджетні установи – балансоутримувачі, якщо площа приміщення, переданого в оренду, не перевищує 200 кв.м. Якщо ж площа нерухомості хоч на метр більше, орендодавцями будуть: органи управління майном в питаннях використання комунального майна; ФДМУ, його регіональні відділення або представництва – щодо державного майна.

Отже, кошти від надання платних послуг та кошти від надання майна в оренду – це різні види власних надходжень бюджетних установ. Вони зараховуються до різних підгруп власних надходжень та використовуються на різні цілі: від надання медичних послуг витратити кошти дозволено на покриття витрат, пов'язаних з організацією та наданням таких послуг; від здачі майна в оренду – витратити кошти можна на утримання, облаштування, ремонт та придбання майна установи.

З суми орендної плати медичні установи, які зареєстровані як платники ПДВ сплачують податок на добавлену вартість (ПДВ) (Лист Державної фіскальної служби України, ДФСУ від 04.02.2016 р. № 2383/6/99-99-19-03-02-15 (лист № 2383). Неплатники ПДВ виставляють рахунок у сумі орендної плати. Процедура оподаткування ПДВ включає наступні кроки:

1. Розрахунок. Базою оподаткування ПДВ в даному випадку є договірна вартість (п. 188.1 ПКУ), тобто орендна плата з урахуванням індексації. Ставка податку застосовується загальна – 20% (п. 193.1 ПКУ). Тож, формуючи акт або рахунок на оплату, спочатку орендну плату збільшують на коефіцієнт індексації, а потім на 20% ПДВ.

2. Оформлення накладної. Податкову накладну складають на одну з дат:

- на дату надходження коштів на рахунок установи-орендодавця – якщо орендар розраховується бюджетними коштами;
- в усіх інших випадках – на дату першої події: на дату складання акта/рахунку або здійснення оплати.

3. Оформлення декларації. Всі податкові накладні мають бути відображені у податковій декларації з ПДВ, складеній відповідно до Порядку 21. Декларацію слід подати протягом 20 календарних днів, що настають за останнім календарним днем звітного місяця. Накладна з орендної плати, складена орендодавцем, буде збільшувати суму податкових зобов'язань.

4. Проведення оплати. Якщо сума зобов'язань перевищить суму податкового кредиту за звітний місяць, то різниця підлягає сплаті в бюджет протягом 10 днів після останнього дня граничного строку подання декларації. Всі розрахунки з бюджетом щодо ПДВ на даний час проводять у Системі електронного адміністрування з ПДВ (СЕА ПДВ). Якщо коштів на рахунку в СЕА ПДВ буде достатньо, то списання відбудеться автоматично. В інакшому ж випадку для погашення податкових зобов'язань з ПДВ необхідно поповнити цей рахунок з реєстраційного або банківського.

Для обліку доходів від орендних платежів слід використовувати субрахунок 7411 «Інші доходи за необмінними операціями», а розрахунки з орендарем обліковувати на субрахунку 2117 «Інша поточна дебіторська заборгованість» (п.п. 9.10 Типової кореспонденції субрахунків бухгалтерського обліку для відображення операцій з активами, капіталом

та зобов'язаннями розпорядниками бюджетних коштів та державними цільовими фондами, затверджена наказом МФУ від 29.12.2015 р. № 1219).

Кошти, отримані як плата за оренду, є власними надходженнями, а тому їх можна зараховувати на один з таких рахунків:

- спецрахунок, відкритий в Казначействі для отримання відповідних надходжень спеціального фонду – 2313 «Реєстраційні рахунки»;
- рахунок в банку – 2311 «Поточні рахунки в банку».

Обліково-аналітичний супровід операцій з оренди майна для комунального закладу охорони здоров'я можна відобразити через кореспонденцію рахунків поданих в таблиці 3. **(Наприклад. Комунальний ЗОЗ (платник ПДВ) отримав плату за оренду нерухомого майна у сумі 1200,00 грн з ПДВ. Орендарем є приватне підприємство. Відповідно до умов договору орендну плату розподіляє ЗОЗ (50% орендної плати залишається ЗОЗ, а решта 50% – в місцевий бюджет).**

Таблиця 3

Облік операцій з оренди майна закладом охорони здоров'я

Зміст операції	Бухгалтерський облік		Меморіальний ордер	Підстава для відображення запису	Сума, грн
	дебет рахунку	кредит рахунку			
1. Нараховано плату за оренду нерухомого майна	2117	7411	14 та 4	Акт наданих послуг, Рахунок-фактура	1200,00
2. Нараховано податкові зобов'язання з ПДВ з оренди	7411	6311	14	Податкова накладна	200,00
3. Надійшла плата за оренду	2311, 2313	2117	4 та 3	Виписка з рахунку	1200,00
4. Нараховано зобов'язання перед бюджетом щодо перерахування частки орендної плати (50% × 1000,00)	7411	6312	14	Бухгалтерська довідка	500,00
5. Перераховано частку орендної плати до місцевого бюджету	6312	2311, 2313	3	Платіжне доручення	500,00

Для розширення фінансової спроможності КНП у складі дохідних

статей медичного закладу слід передбачити сервісні послуги, які забезпечують комфортне перебування пацієнтів у лікарні. Для цього слід здійснювати, зокрема: поточні та капітальні ремонти приміщень лікарні, кабінетів лікарів, загальних палат та платних палат з покращеним сервісом; ремонт або заміну медичних меблів на більш функціональні; організувати паркувальні місця для інвалідів, безоплатні точки доступу Wi-Fi тощо, або заключати аутсорсингові угоди щодо надання додаткових послуг.

6. Механізм грантрайтингу

Провідне місце в системі фандрейзингу слід відвести грантрайтингу, який диференціює ресурси організації.

Грантрайтинг (grantwriting) – механізм надання донором (грантодавцем) коштів (гранту), на конкурсній основі безповоротно фізичній або юридичній особі для виконання проекту. Донором можуть бути юридичні особи України або нерезиденти, що знаходяться за її межами, які надають матеріальну, фінансову, організаційну або іншу благодійну допомогу на конкурсній основі за попередньо поданими проектами. Серед іноземних грантодавців варто виокремити 10 найбільших іноземних фондів, які фінансують проекти в сфері охорони здоров'я: Фонд Біллі і Мелінди Гейтс (бюджет фонду 37 млрд.дол.) займається фінансуванням проектів боротьби з важкими захворюваннями), Британський благодійний фонд Wellcome Trust (20 млрд. дол.), здійснює фінансування наукових досліджень в сфері імунології, генетики, розробки нових лікарських засобів; Медичний інститут імені Говарда Хьюза (17, 5 млрд. дол.) проводить фінансування наукових досліджень в сфері молекулярної біології, імунології та генетики; Благодійний фонд Lilly Endowment (10,8 млрд. дол.), Фонд Вуда Джонсона (10 млрд.дол.) фінансує дослідження в сфері розробки інноваційних лікарських засобів; Медичний фонд Келог (8 млрд. дол.) підтримує наукові дослідження в сфері медицини катастроф; Фонд Вільяма і Хлори Хбюлет (8 млн. дол.) фінансує наукові дослідження в сфері впливу екології на здоров'я людини; Благодійний фонд Роберта Боша (7 млрд. дол.) здійснює фінансування винаходів в сфері медицини; Фонд Девіда і Люсіль Паккард (6,5 млрд.дол.) фінансує проекти з охорони здоров'я дітей.

Можливі форми допомоги з боку міжнародних грантодавців представлено на рис.5.

Відповідно до Статті 79 Основ законодавства про охорону здоров'я Україна відповідно до своїх міжнародно-правових зобов'язань «бере участь у реалізації міжнародних програм охорони здоров'я; здійснює обмін екологічною і медичною інформацією; сприяє професійним та науковим

контактам працівників охорони здоров'я, обміну прогресивними методами і технологіями, експорту та імпорту медичного обладнання, лікарських препаратів та інших товарів, необхідних для здоров'я, діяльності спільних підприємств в сфері охорони здоров'я; організує спільну підготовку фахівців, розвиває і підтримує всі інші форми міжнародного співробітництва, що не суперечать міжнародному праву і національному законодавству. Заклади охорони здоров'я, громадяни та їх об'єднання мають право відповідно до чинного законодавства самостійно укладати договори (контракти) з іноземними юридичними і фізичними особами на будь-які форми співробітництва, брати участь у діяльності відповідних міжнародних організацій, здійснювати зовнішньоекономічну діяльність» [5, 10].



Рис. 5. Форми технічної допомоги закладам охорони здоров'я

Якщо в рамках міжнародних договорів передбачено поставку оригінальних інноваційних лікарських засобів, то умови їх надання регламентується договорами керованого типу і фінансується за рахунок коштів державного або місцевого бюджетів для забезпечення доступності цих засобів для пацієнтів.

Для отримання фінансової допомоги необхідно потенційному грантодавцю представити проект. Проект складається із пов'язаних між собою заходів (ідентифікації, планування, виконання, оцінювання), і має такі обов'язкові структурні компоненти: бюджет, цільові групи, кінцевих

бенефіціарів; знаряддя координації, управління і фінансування; системи моніторингу та оцінювання; відповідне фінансове й економічне чи соціальне обґрунтування, яке відображає потенційну користь від реалізації проекту. Найголовніше, проект повинен відповідати цільовим орієнтирам та благодійній політиці потенційного донора. Для акцептації проекту до уваги беруться наступні критерії: актуальність проблеми, зрозумілість і логічність викладу, реалістичність, доцільність і раціональність запропонованого рішення, обґрунтованість і економічність запропонованих видатків, досяжність, соціальна значимість, стабільність очікуваних результатів тощо.

ТРЕНІНГОВИЙ БЛОК

Питання для самоконтролю

1. Що належить до власних та залучених фінансових ресурсів медичного закладу?
2. Який механізм укладення договору з Національною службою здоров'я України для фінансування медичних послуг?
3. Що включає Програма медичних гарантій?
4. З яких джерел може фінансуватися поставка інноваційних лікарських засобів і в рамках яких контрактів вони поставляються?
5. Чим відрізняються сфери використання коштів від оренди майна та від надання платних медичних послуг?
6. Поясніть з чого складається механізм бюджетування закладу охорони здоров'я.
7. За допомогою яких показників варто оцінювати ефективність фінансового забезпечення закладу охорони здоров'я?
8. За допомогою яких показників варто оцінювати результативність бюджетування закладу охорони здоров'я?
9. Які, на вашу думку, інноваційні складові може включати фандрейзинг у фінансуванні закладу охорони здоров'я? Чим вони відрізняються від традиційних підходів?
10. В чому полягає суть грантрайтингу у фінансовому забезпеченні закладу охорони здоров'я?
11. Перерахуйте форми технічної допомоги закладам охорони здоров'я.
12. Чи мають права заклади охорони здоров'я укладати договори (контракти) з іноземними юридичними і фізичними особами на будь-які форми співробітництва?
13. Які програми медичного страхування розвиваються в Україні?
14. Перерахуйте стримуючі та стимулюючі чинники для розвитку медичного страхування в Україні.

Практичні завдання

Завдання 1

Розрахуйте рентабельність, коефіцієнт, фінансової стійкості, фінансової ліквідності для медичного закладу, в якому ви працюєте.

Завдання 2

Проаналізуйте фінансовий план підприємства Комунальне некомерційне підприємство "Центр первинної медико-санітарної допомоги" м. Тернопіль на 2021 рік (таблиця 1).

Таблиця 1

Фінансовий план підприємства КНП "Центр первинної медико-санітарної допомоги" м. Тернопіль на 2021 рік.	Код рядка	Факт минулого року	Фінансовий план поточного року	Плановий рік (усього)	У тому числі за кварталами			
					I	II	III	IV
1	2	3	4	5	6	7	8	9
I Формування прибутку підприємства								
ДОХОДИ								
Дохід (виручка) від реалізації продукції (товарів, робіт, послуг) в т.ч.	001	401,5	98,1	86,1	21,55	21,55	21,55	21,45
Платні медичні послуги	001/1	11,5	9,2	7	1,75	1,75	1,75	1,75
Орендна плата	001/2	390	88,9	79,1	19,8	19,8	19,8	19,7
Кошти від реалізації майна								
Благодійні внески	001/3							
Податок на додану вартість	002	48	31,2	48	12	12	12	12
Акцизний збір	003							
Інші непрямі податки (розшифрувати)	004							
Інші вирахування з доходу (розшифрувати)	005	0	0					
Чистий дохід (виручка) від реалізації продукції (товарів, робіт, послуг) (розшифрувати)	006							
	007	71491,70	77086,24	83799,43	20952,7	20946,6	20950,35	20949,78
Інші операційні доходи(кошти НСЗУ, міського бюджет та субвенція)	В т.ч. кошти міського бюджету	9462,0	10505,00	10416,43	2608,8	2602,7	2602,75	2602,18
	Кошти субвенції		71.824	183,00	43,9	43,9	47,6	47,6
	Кошти НСЗУ	62029,7	66509,42	73200,00	18300,00	18300,00	18300,00	18300,00
Дохід від участі в капіталі (розшифрувати)	008							

Фінансування закладів охорони здоров'я

Фінансовий план підприємства КНП "Центр первинної медико-санітарної допомоги" м. Тернопіль на 2021 рік.	Код рядка	Факт минулого року	Фінансовий план поточного року	Плановий рік (усього)	У тому числі за кварталами			
					I	II	III	IV
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Інші фінансові доходи (від розміщення депозитів)	009	315	600	600	150	150	150	150
Інші доходи (дохід від цільового фінансування в сумі амортизації)	010	508	520	900	225	225	225	225
Надзвичайні доходи (відшкодування збитків від надзвичайних ситуацій, стихійного лиха, пожеж, техногенних аварій тощо)	011	0						
Усього доходів	012	72764,20	78335,54	85433,53	21361,25	21355,15	21358,90	21358,23
Витрати								
Собівартість реалізованої продукції (товарів, робіт та послуг)	013	54388,90	63563,86	57757,98	13927,40	13953,48	14699,10	15178,00
Адміністративні витрати, усього, у тому числі:	014	2224	6107	12748	3900	3596	2854	2398
витрати, пов'язані з використанням службових автомобілів	014/1	75	75	95	25	23	24	23
витрати на консалтингові послуги	014/2							
витрати на страхові послуги	014/3	199	30	5			5	
витрати на аудиторські послуги	014/4							
інші адміністративні витрати	014/5	1950	6002	12648	3875	3573	2825	2375
Витрати на збут	015							
Інші операційні витрати (Розшифровка в Таблиці 1) в т.ч.	016	7135,8	8372,28	10098,45	2745,7	2447,8	2387,85	2517,1
Амортизація	016/1	508	520	900	225	225	225	225
Інші витрати (підтримання об'єкта в робочому стані)	016/1	40	582,58	460		230	230	
Інші витрати (відшкодування безкоштовних рецептів та забезпечення хворих необхідними медзасобами)	016,2	4550	5817,5	7087,3	1775	1771	1771	1770,3
Інші витрати (комунальні платежі)	016/2	1897,8	1452,2	1651,15	745,7	221,8	161,85	521,8
Фінансові витрати	017							
Втрати від участі в капіталі	018							
Інші витрати (податок на землю)	019	12	9	11,6	2,9	2,9	2,9	2,9
Податок на прибуток	020	0						

Організація діяльності закладу охорони здоров'я

Фінансовий план підприємства КНП "Центр первинної медико-санітарної допомоги" м. Тернопіль на 2021 рік.	Код рядка	Факт минулого року	Фінансовий план поточного року	Плановий рік (усього)	У тому числі за кварталами			
					I	II	III	IV
1	2	3	4	5	6	7	8	9
від звичайної діяльності								
Надзвичайні витрати (невідшкодовані збитки)	021	0	0					
Усього витрати	022	63760,7	78052,142	80616.03	20576.0	20000.18	19943.85	20096
Фінансові результати діяльності:								
Валовий прибуток (збиток)	023							
Фінансовий результат від операційної діяльності	024	9143,5	283,4	4817.50	785.25	1354.97	1415.05	1262.23
Фінансовий результат від звичайної діяльності до оподаткування	025							
Частка меншості	026							
Чистий прибуток (збиток), у тому числі:	027							
Прибуток	027/1							
Збиток	027/2							
II Розподіл чистого прибутку								
Відрахування частини чистого прибутку до державного бюджету:	028							
державними унітарними підприємствами та їх об'єднаннями	028/1							
господарськими товариствами, у статутному фонді яких більше 50 відсотків акцій (часток, паїв) належать державі	028/2							
Відрахування до фонду на виплату дивідендів:								
господарськими товариствами, у статутному фонді яких більше 50 відсотків акцій (часток, паїв) належать державі, за нормативами, установленими в поточному році за результатами фінансово-господарської діяльності за минулий рік	029							
у тому числі на державну частку	029/1							
Довідково: Відрахування до фонду на виплату дивідендів господарськими товариствами, у	030	x	x		x	x	x	x

Фінансування закладів охорони здоров'я

Фінансовий план підприємства КНП "Центр первинної медико-санітарної допомоги" м. Тернопіль на 2021 рік.	Код рядка	Факт минулого року	Фінансовий план поточного року	Плановий рік (усього)	У тому числі за кварталами			
					I	II	III	IV
1	2	3	4	5	6	7	8	9
статутному фондi яких більше 50 відсотків акцій (часток, паїв) належать державі, за нормативами, установленними в поточному році від чистого прибутку планового року								
Залишок нерозподіленого прибутку (непокритого збитку) на початок звітнього періоду	031							
Розвиток виробництва	032							
у тому числі за основними видами діяльності згідно з КВЕД	032/1							
Резервний фонд	033							
Інші фонди (розшифрувати)	034							
Інші цілі (розшифрувати)	035							
Залишок нерозподіленого прибутку (непокритого збитку) на кінець звітнього періоду	036							
III. Обов'язкові платежі підприємства до бюджету та державних цільових фондів								
Сплата поточних податків та обов'язкових платежів до державного бюджету, у тому числі:	037							
податок на прибуток	037/1							
акцизний збір	037/2							
ПДВ, що підлягає сплаті до бюджету за підсумками звітнього періоду	037/3							
ПДВ, що підлягає відшкодуванню з бюджету за підсумками звітнього періоду	037/4							
рентні платежі	037/5							
ресурсні платежі	037/6							
інші податки(земельний податок)	037/7							
відрахування частини чистого прибутку державними підприємствами	037/7/1							

Організація діяльності закладу охорони здоров'я

Фінансовий план підприємства КНП "Центр первинної медико-санітарної допомоги" м. Тернопіль на 2021 рік.	Код рядка	Факт минулого року	Фінансовий план поточного року	Плановий рік (усього)	У тому числі за кварталами			
					I	II	III	IV
1	2	3	4	5	6	7	8	9
відрахування частини чистого прибутку до фонду на виплату дивідендів господарськими товариствами	037/7/2							
Погашення податкової заборгованості, у тому числі:	038							
погашення реструктуризованих та відстрочених сум, що підлягають сплаті у поточному році до бюджету	038/1							
до державних цільових фондів	038/2							
неустойки (штрафи, пені)	038/3							
Внески до державних цільових фондів, у тому числі:	039	7943,3	10456,173	11429,1	2856,9	2857,9	2858,6	2855,7
внески до Пенсійного фонду України	039/1	7943,3	10456,173	11429,1	2856,9	2857,9	2858,6	2855,7
внески до фондів соціального страхування	039/2							
Інші обов'язкові платежі, у тому числі:	040							
місцеві податки та збори	040/1							
інші платежі	040/2							

Завдання 3

Комунальний ЗОЗ (платник ПДВ) отримав плату за оренду нерухомого майна у сумі 1200,00 грн. з ПДВ. Орендарем є приватне підприємство. Відповідно до умов договору орендну плату розподіляє ЗОЗ (50% орендної плати залишається ЗОЗ, а решта 50% – в місцевий бюджет). Відобразіть облік операцій з оренди майна.

ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ

1. Під партисипативним бюджетуванням слід розуміти:

- а. участь громадськості у плануванні витрат бюджету;
- б. утворення експертної групи для планування витрат;
- в. одноосібне планування витрат комерційним директором медичної установи;
- г. централізований розподіл фінансових ресурсів.

2. Чи можна отримати безоплатну медичну допомогу у приватних клініках?

- а. пацієнт може отримати безоплатну медичну допомогу у всіх медичних закладах, а також у лікарів-ФОП, які уклали договір з Національною службою здоров'я за певним пакетом послуг;
- б. пацієнт може отримати безоплатну медичну допомогу у всіх медичних закладах, а також у лікарів-ФОП;
- в. у деяких приватних клініках можна отримати безоплатну спеціалізовану медичну допомогу. Приватний центр має надати повний обсяг безоплатних медичних послуг згідно з договором з НСЗУ.
- г. вірні відповіді (а), (в).

3. Як дізнатись, який приватний медичний заклад працює за договором з НСЗУ та які безоплатні послуги там можна отримати?

- а. заклади-партнери мають наліпки «Договір з НСЗУ»;
- б. необхідну лікарню можна побачити на дашборді НСЗУ «Укладені договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій»;
- в. зателефонувати до контакт-центру НСЗУ;
- г. усі відповіді вірні.

4. Щоб отримати спеціалізовану допомогу у приватному закладі, потрібно:

- а. мати е-направлення лікаря, з яким укладена декларація або електронне направлення лікуючого лікаря. Далі обирати ту лікарню, яка надає необхідні послуги за контрактом з НСЗУ. Після цього потрібно зателефонувати до обраного закладу та записатись на прийом;
- б. мати е-направлення лікаря, з яким укладена декларація та зателефонувати до обраного вами закладу та записатись на прийом;
- в. мати е-направлення лікаря, з яким укладена декларація або електронне направлення лікуючого лікаря;
- г. обирати ту лікарню, яка надає необхідні послуги за контрактом з НСЗУ і записуватися на прийом;

5. Оберіть неправильне твердження: Відповідно до ст. 6 Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» пацієнти отримали право на

а. отримання необхідних їм медичних послуг та лікарських засобів належної якості за рахунок коштів Державного бюджету України, передбачених на реалізацію програми медичних гарантій, у надавачів медичних послуг;

б. платне отримання інформації від Уповноваженого органу або надавачів медичних послуг про програму медичних гарантій та надавачів медичних послуг за цією програмою, які можуть надати необхідну пацієнту медичну послугу;

в. можливість вибору лікаря та фахівця з реабілітації у порядку, встановленому законодавством;

г. надання лікарям, третім особам права доступу до персональних даних та іншої інформації, що міститься в електронній системі охорони здоров'я.

6. Що входить до доходів медичного закладу:

- а. доходи від надання платних медичних;
- б. дохід від оренди майна;
- в. неопераційний дохід;
- г. всі відповіді вірні.

7. Що не входить до доходів медичного закладу:

- а. отримання страхових виплат.
- б. компенсації за комунальні платежі від орендаря;
- в. дохід від безоплатно отриманої цільової послуги;
- г. збитки, завдані комунальному унітарному підприємству внаслідок неналежного виконання рішень органів державної влади чи органів місцевого самоврядування.

8. Медичне страхування – це:

- а. тип страхування від ризику витрат, пов'язаних із отриманням медичної допомоги;
- б. форма соціального захисту інтересів населення в системі охорони здоров'я;
- в. це обов'язкове та добровільне медичне страхування;
- г. всі відповіді вірні.

9. Фандрейзинг – це:

- а. процес аналізу витрат і калькулювання собівартості послуг;
- б. заходи, направлені на залучення різноманітних ресурсів, необхідних організації для реалізації її місії;

- в. правильне групування статей витрат за статтями калькуляції;
- г. спрямування коштів для виконання своїх функцій протягом року відповідно до установчих документів.

10. Для акцептації проекту грантодавцем до уваги беруться наступні критерії:

- а. актуальність проблеми, зрозумілість і логічність викладу, реалістичність, доцільність і раціональність пропонуваного рішення;
- б. обґрунтованість і економічність пропонуваних видатків;
- в. досяжність, соціальна значимість, стабільність очікуваних результатів.
- г. актуальність проблеми, зрозумілість і логічність викладу, реалістичність, доцільність і раціональність пропонуваного рішення, обґрунтованість і економічність пропонуваних видатків, досяжність, соціальна значимість, стабільність очікуваних результатів.

11. Фінансовий план медичного закладу – це:

- а. основний плановий документ, відповідно до якого підприємство отримує доходи і здійснює видатки, визначає обсяг та спрямування коштів для виконання своїх функцій протягом року відповідно до установчих документів;
- б. документ, видатків для виконання функцій медичним закладом протягом року відповідно до установчих документів;
- в. прогнозні розрахунки можливих доходів та витрат підприємства;
- г. план для реалізації грантового інвестиційного проекту.

12. Для оцінювання ефективності бюджетування варто використовувати такі показники:

- а. коефіцієнти рентабельності, фінансової стійкості та ліквідності;
- б. коефіцієнти ефективності інвестування і обмежуючі коефіцієнти;
- в. ковенанти;
- г. всі відповіді вірні.

13. Від оподаткування звільняються:

- а. заклади охорони здоров'я, що мають ліцензію на постачання медичних послуг;
- б. реабілітаційні установи, що постачають послуги для інвалідів та дітей-інвалідів, що мають ліцензію на постачання таких послуг;
- в. послуги з харчування громадян, що провадять ЗОЗ державної та комунальної форм власності під час надання медичної допомоги за рахунок бюджетного фінансування;
- г. вірні друга та третя відповіді.

ГЛОСАРІЙ

Витрати закладів охорони здоров'я – це статті фінансового плану (кошторису), які слід розглядати за статтями калькуляції та способами включення в собівартість (сировина та матеріали – медикаменти та перев'язувальні матеріали, основна та додаткова заробітна плата, відрахування, витрати на утримання та експлуатацію обладнання, накладні витрати). За елементами витрат: матеріальні витрати, витрати на оплату праці, відрахування на соцзаходи; амортизація основних засобів, інші витрати.

Гранрайтинг – це механізм надання донором (грантодавцем) коштів (гранту), на конкурсній основі безповоротно фізичній або юридичній особі для виконання проєкту. Початковим етапом грантрайтингу є написання бізнес-проєктів для отримання безповоротної фінансової допомоги.

Гендерно орієнтоване бюджетування – це діяльність, яка забезпечує інтеграцію інтересів і досвіду жінок та чоловіків як невід'ємної частини планування, реалізації, моніторингу й оцінки стратегій, політик, програм, заходів та бюджетів у всіх сферах, так, щоб жінки та чоловіки отримували рівні блага.

Децентралізована модель фінансування закладів охорони здоров'я – модель, при якій громади виступають в ролі засновників та власників ефективних конкурентних медичних закладів, які продають медичні послуги державі, страховим компаніям, громадянам на єдиному ринку медичних послуг. Держава відмовляється від утримання інфраструктури медичних закладів через постатейне кошторисне фінансування та переходить до оплати медичним закладам реальних послуг, наданих пацієнтам (на конкурентній основі). Мешканці громад мають важелі для контролю якості надання медичних послуг.

Доходи медичного закладу – це надходження, що можна структурувати за групами: 1) дохід від реалізації товарів, готової продукції, робіт та послуг (з авансами ПМГ) – це надання послуг за ПМГ, надання платних медичних та немедичних послуг, отримання страхових виплат, реалізація аптеками ліків, медичних виробів, інше; 2) інший операційний дохід – це цільовий дохід, визнаний одночасно з витратами, пов'язаними з виконанням умов цільового фінансування (у тому числі дохід від безоплатно отриманої цільової послуги); дохід від оренди; від компенсацій за комунальні платежі від орендаря; дохід на суму компенсації збитків за рахунок бюджету (п. 8. ст. 78 ГКУ «Збитки, завдані комунальному унітарному підприємству внаслідок виконання рішень органів державної влади чи органів місцевого самоврядування, підлягають відшкодуванню зазначеними органами добровільно або за рішенням суду.»);

3) неопераційний дохід – це дохід на суму амортизації необоротних активів, що отримані безоплатно або як цільове фінансування, відсотки за депозитами в банках, інше; 4) коригування прибутку по дооцінці – це збільшення прибутку на суму амортизації дооцінки дооцінених необоротних активів та на суму залишкової вартості дооцінки необоротних активів при їх вибутті.

Єдиний національний замовник медичних послуг – розмежування функцій замовника (той, хто платить) та постачальника послуг (автономні лікувальні заклади). Кошти на гарантований пакет послуг акумулюються в єдиному національному фонді. Утворюється єдиний простір медичних закладів. Стираються штучні кордони між бюджетами областей, міст, районів. Послуги оплачуються державою там, де їх отримує пацієнт (екстериторіальність).

Капітальні інвестиції – це капітальне будівництво, придбання або виготовлення власними силами основних засобів, придбання чи виготовлення інших необоротних матеріальних активів, придбання чи виготовлення нематеріальних активів, модернізація, з метою отримання економічної вигоди в майбутньому. Капітальні інвестиції здійснюються для покращення надання медичних послуг та створення гідних умов праці.

Коефіцієнт фінансової стійкості – це показник, що визначається шляхом ділення показника власного капіталу до залученого, і вказує на домінування власних коштів над позиковими і низьку залежність підприємства від зовнішніх фінансових джерел.

Коефіцієнт фінансової ліквідності – це показник, що показує достатність ресурсів підприємства, які може бути використано для погашення його поточних зобов'язань.

Ковенант – юридично підтвержене зобов'язання однієї сторони перед іншою на здійснення (або нездійснення) певних дій (виконання певних умов) у разі настання обумовлених договором подій.

Медичне страхування – тип страхування від ризику витрат, пов'язаних із отриманням медичної допомоги. Є формою соціального захисту інтересів населення в системі охорони здоров'я і містить дві основні форми: обов'язкове медичне страхування; добровільне медичне страхування.

Медичний аутсорсинг – це передача, на основі договору, певних функцій та видів робіт, такими лікувальними та оздоровчими організаціями, як клініки, лікарні, госпіталі, будинки престарілих, санаторії, що надають медичну та профілактичну допомогу, організаціям, суб'єктам господарювання, які діють в потрібному напрямку та впливають на безперервну роботу організації. У дослівному перекладі українською мовою (outsourcing – outer-source-using) термін «аутсорсинг» означає використання зовнішнього джерела, ресурсу.

Партисипативне бюджетування в сфері охорони здоров'я – це прозорий та публічний процес планування доходів та витрат закладу охорони здоров'я з максимальним врахуванням інтересів працівників закладу охорони здоров'я та різних категорій отримувачів медичних послуг бюджету.

Програма медичних гарантій – перелік та обсяг медичних послуг та ліків, які оплачуються з державного бюджету на основі єдиних національних тарифів. В

міжнародній практиці усталеним терміном для позначення гарантій держави щодо надання медичної допомоги є «державний гарантований пакет». Гарантії держави у наданні медичного обслуговування визначають охоплення медичними послугами. Охоплення має три основні виміри: які послуги включено до гарантованого пакету, хто може отримати доступ до них та яка частка їх вартості сплачується за рахунок державних коштів. Ці виміри називаються обсягом, шириною та глибиною охоплення.

Ресурси КНП – це ресурси, які отримує КНП за такими напрямками: програма медичних гарантій (ПМГ); надходження з бюджетів усіх рівнів та благодійна допомога – це цільові надходження (або надходження цільового фінансування) платні послуги – надання медичних та немедичних послуг за кошти фізичних і юридичних; страхові виплати; – інші надходження: надання майна в оренду та компенсації за комунальні платежі від орендаря, надходження відсотків за депозитами в банках, надходження лікарняних від ФСС тощо.

Структура надходжень до КНП – це грошові кошти та ресурси у натуральній формі, у формі товарно-матеріальних цінностей і капітальних інвестицій.

Товарно-матеріальні цінності – це придбані або отримані у натуральній формі матеріали, комплектуючі вироби, малоцінні та швидкозношувані предмети та інші матеріальні цінності, які відповідно до стандарту «Запаси», визнаються запасами. Запаси є частиною ресурсів, що забезпечують безперервність процесу надання медичних послуг.

Управління витратами – процес, що включає управлінський облік та аналіз витрат і калькулювання собівартості послуг, що необхідно для визначення оптимального рівня витрат, який забезпечить ефективну роботу підприємства. Правильне групування статей витрат за статтями калькуляції дозволить правильно визначити ціну медичної послуги, собівартість одиниці послуги, фактори, які впливають на собівартість, а також шляхи її зниження.

Фандрейзинг – комплекс взаємопов'язаних заходів, направлених на залучення різноманітних ресурсів, необхідних організації для реалізації її місії.

Фінансовий план – основний плановий документ, відповідно до якого підприємство отримує доходи і здійснює видатки, визначає обсяг та спрямування коштів для виконання своїх функцій протягом року відповідно до установчих документів.

Фінансові ресурси закладу охорони здоров'я – це сукупність грошових фондів, які утворюються для виконання покладених на заклад охорони здоров'я функцій.

Фінансове забезпечення діяльності комунальних некомерційних підприємств охорони здоров'я – це процес забезпечення, що включає планування, що включає акумулювання коштів в рамках договорів укладених між надавачами медичних послуг і Національною службою здоров'я України, бюджетного фінансування (кошти місцевих бюджетів), некомерційного самофінансування через надання платних послуг, добровільного медичного страхування, благодійництва, коштів, отриманих в рамках грантового фінансування, кошти краудфандингових платформ.

Фінансові показники КНП – це показники, які включають: У розділі викладено інформацію щодо таких фінансових показників: необоротні активи; оборотні активи; загальні активи; інформацію про зобов'язання; власний капітал та пасиви.

Література

1. Бюджетний кодекс із змінами і доповненнями від 18.04.2020. URL: <https://www.profiwins.com.ua/uk/legislation/kodeks/927.html>
2. Веб-сайт Міністерства охорони здоров'я. URL: <https://moz.gov.ua>
3. Вимоги до Програми медичних гарантій на 2021. URL: <https://nszu.gov.ua/vimogi-pmg-2021>
4. Відповіді на питання до президії колегії Міністерства охорони здоров'я України на засіданні від 14.02.2020. URL: <http://www.health-loda.gov.ua/ukr/news/moznews/8800.html>
5. Вовк С.М., Лобас В.М. Організація сучасного механізму фінансування охорони здоров'я в умовах трансформаційного періоду України. *Економіка і право охорони здоров'я*. 2015. № 2. С.8-11.
6. Гендерно-орієнтоване бюджетування на місцевому рівні. URL: https://mof.gov.ua/uk/283-genderno-orientovane-biudzhetuвання_na_mistsevomu_rivni
7. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку : кол. моногр. за заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша. К. : НАДУ, 2013. 424 с.
8. Законодавство України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/index>

9. Медичний аутсорсинг. URL: <https://www.vz.kiev.ua/medychnyj-aoutsorsyng-daye-likarnyam-zmogu-menshe-vytrachaty-i-bilshe-zaroblyaty/>
10. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я / кол. монографія за ред. Желюк Т.А., Шкільняка М.М. Тернопіль, Крок. 2020. 560 с.
11. Менделя О. Чи може комунальний ЗОЗ надавати платні послуги з харчування. URL: <https://1med-vip.expertus.ua/#/document/12/6763/bssPhr471/?of=copy-bf355f7f40>
12. Національна служба охорони здоров'я. URL: <https://nszu.gov.ua>
13. Основи законодавства України про охорону здоров'я. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/T280100?an=14575>
14. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>
15. Податковий кодекс України від 02.12.2010 р. № 2755-VI.
16. Порядок заповнення і подання податкової звітності з податку на додану вартість, затверджений наказом МФУ від 28.01.2016 р. № 21.
17. Примірний табель матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які надають первинну медичну допомогу. Наказ МОЗ від 26.01.2018 №148. URL: <https://bit.ly/2UPSqMM>.
18. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо невідкладних заходів у сфері охорони здоров'я: Закон України від 20.12.2019 № 421-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/421-20>
19. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я : Закон України від 06.04.2017 № 2002-VIII URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2002-19>
20. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>
21. Про забезпечення доступності лікарських засобів : постанова Кабінету Міністрів України від 17.03.2017 № 152. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/152-2017-%D0%BF>
22. Про страхування: Закон України від 07.03.1996 №85/96-ВР URL: <http://www.rada.gov.ua>
23. Савчук А. Запровадження гендерного бюджетування в плануванні фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я. Актуальні проблеми економіки та управління на сучасному етапі: матеріали V Міжнародної студентської науково-практичної конференції (Тернопіль, ЗУНУ, 2020 р.).
24. Савчук А. Планування бюджетних видатків в закладі охорони здоров'я. Актуальні проблеми менеджменту в умовах інноваційного

розвитку економіки : матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції (Тернопіль, ТНЕУ. 2020 року). Тернопіль, 2020.

25. Сіроштан О. Світовий досвід з реформування системи фінансування лікувально-профілактичних установ. URL: [КОНФА%20МЗОЗ/ціна%20медичних%20послуг.htm](http://конфа%20мзоз/ціна%20медичних%20послуг.htm).

26. Статистика страхового ринку України за 2018 р. Фориншурер. URL: <https://forinsurer.com/files/file00654.pdf>

27. Страхування життя. Ліга страхових організацій України. URL: <http://uainsur.com/stats/life>

РОЗДІЛ VII. ПУБЛІЧНІ ЗАКУПІВЛІ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Рекомендовані питання для розгляду:

- 1. Політика в сфері державних закупівель та їх правове регулювання.**
- 2. Види договорів про закупівлю та специфіка роботи за ними.**
- 3. Організація публічних закупівель в закладі охорони здоров'я.**
- 4. Сервісні можливості системи електронних закупівель.**

1. Політика в сфері державних закупівель та їх правове регулювання.

Публічні закупівлі товарів, робіт та послуг є однією з важливих складових функціонування кожної держави. Саме держава несе значні витрати за рахунок бюджетів різних рівнів на утримання та розвиток установ та закладів бюджетної сфери, підприємств державної та комунальної власності.

Тому саме якісно налагоджена система публічних закупівель дозволяє державі повноцінно виконувати свої базові функції. Виходячи з наведеного, першочерговою метою політики у сфері публічних закупівель в Україні стало формування системи закупівель, націленої на забезпечення прозорості, відкритості, реалізацію конкурентності та раціональне використання державних коштів суб'єктами господарювання. Як зазначає ряд вітчизняних науковців, конкурентні ціни, технології і характеристики предметів закупівлі гарантуватимуть, що держава забезпечить суспільство найкращими товарами і послугами [18]. Попри це, конкуренція на ринку публічних закупівель є невід'ємним компонентом конкурентної політики держави та здорової економіки.

Окремо варто зазначити, що одночасно публічні закупівлі виступають засобом державного регулювання економіки, через які забезпечується цілеспрямоване сприяння держави у реалізації цілей державної політики та розвитку важливих галузей економіки, особливо там, де держава як покупець має вирішальний вплив, тим самим опосередковано забезпечуючи ефективність національної економіки [8].

Ратушняк Т.В. доводить, що вплив публічних закупівель [15] на економіку країни полягає в реалізації таких функцій, як:

- придбання товарів і послуг для забезпечення функціонування державних або муніципальних структур з метою обслуговування суспільних потреб, серед яких оборона, медицина, освіта, культура, наука, інфраструктура тощо;
- виконання конкретних державних завдань соціально-економічної сфери, серед яких створення нових робочих місць шляхом закупівлі

державою окремих видів товарів, робіт, послуг, а також заохочення застосування екологічних чинників, інноваційних практик, електронних технологій у процесі закупівель;

– регулювання кон'юнктури на ринках окремих видів продукції (як правило, для соціально чутливих продуктів харчування, таких як цукор, борошно, зерно) економічними методами, коли держава виходить на ринок як вагомий покупець, підвищуючи попит, або здійснює товарну інтервенцію шляхом продажу раніше спеціально закупленої продукції, збільшуючи пропозицію, і таким чином відновлює рівновагу попиту і пропозиції на ринку тієї чи іншої продукції [15].

В свою чергу Фалко Ю. визначає наступні базові характеристики впливу публічних закупівель на національну економіку: – фінансування суспільних потреб у деяких видах товарів, робіт, послуг проводиться за рахунок громадських коштів, де держава виступає як посередник між споживачем і виробником матеріальних благ; – державні закупівлі не спрямовані на отримання матеріальних вигод і збільшення дохідної частини бюджету – реалізація (розподіл) товарів, робіт, послуг для державних потреб спрямована на задоволення суспільних потреб і здійснення державних функцій; – підвищення витрат держави на державні закупівлі опосередковано призводить до закріплення за державою статусу повноцінного учасника економічних відносин. Держава виступає контрагентом приватного сектору, надійного ринку збуту для організацій, установ, що представляють значне число різних секторів національної економіки [19]

Критенко О.О. розглядає публічні закупівлі як інструмент, що дозволяє державі здійснювати належним чином свої функції, паралельно впливаючи на економічні відносини і створюючи сприятливі умови для розвитку певних галузей економіки [5].

Однак, досягнення всіх цих цілей і завдань реалізується через систему самих закупівель, яка включає в себе: – законодавче забезпечення; – інституційне забезпечення; – інформаційне забезпечення.

Основним нормативним документом, який регулює та встановлює правові та економічні засади здійснення закупівель товарів, робіт і послуг є Закон України «Про публічні закупівлі» №922-VIII від 25 грудня 2015 року [10]. Метою прийняття Закону було створення умов для: забезпечення ефективного та прозорого здійснення закупівель; конкурентного середовища у сфері публічних закупівель; запобігання проявам корупції у цій сфері; розвиток добросовісної конкуренції. Тому прийняття цього закону сприяло запровадженню із 2016 р. системи електронних закупівель, яка стала більш досконалою, конкурентною та прозорою. Також у цьому законі окремий розділ присвячено питанням державного регулювання та контролю у сфері закупівель.

Згідно прийнятого закону для забезпечення ефективності публічних закупівель, як учасники, так і замовники повинні дотримуватись певних принципів. Принципи, в свою чергу, слугують важелем державного регулювання публічних закупівель через закріплення основних правових вимог до закупівельного процесу. Відтак, основними принципами публічних закупівель, які закріплені у ст. 5 Закону України «Про публічні закупівлі» визначено: 1) добросовісна конкуренція серед учасників; 2) максимальна економія, ефективність та пропорційність; 3) відкритість та прозорість на всіх стадіях закупівель; 4) недискримінація учасників та рівне ставлення до них; 5) об'єктивне та неупереджене визначення переможця процедури закупівлі/спрощеної закупівлі; 6) запобігання корупційним діям і зловживанням.

Закон України «Про публічні закупівлі» визначив суб'єктів, які наділені контрольною функцією у сфері закупівель. До них, згідно ст.7 віднесено 8 груп суб'єктів, серед яких: Уповноважений орган – центральний орган виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері публічних закупівель (Міністерство розвитку економіки, торгівлі та сільського господарства України); центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері казначейського обслуговування бюджетних коштів (Державна казначейська служба України); Рахункову палату; Антимонопольний комітет України; центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері державного фінансового контролю (Державна аудиторська служба України); банки; громадяни і громадські організації та їх спілки [10]. Крім цього до суб'єктів контролю у сфері публічних закупівель слід віднести правоохоронні органи, які реалізують контрольні повноваження в межах компетенцій, визначених Конституцією України та іншими законами України, зокрема такі як: Національне антикорупційне бюро, Прокуратура, Служба безпеки України, Міністерство внутрішніх справ (рис. 1) [16].

Міністерство розвитку економіки, торгівлі та сільського господарства України як Уповноважений орган що здійснює регулювання та реалізує державну політику у сфері закупівель у межах повноважень здійснює:

- розробка і затвердження нормативно-правових актів;
- аналіз функціонування системи публічних закупівель;
- підготовка та подання не пізніше 1 квітня року, наступного за звітним бюджетним роком, до Верховної Ради України, Кабінету Міністрів України, Рахункової палати щорічного звіту, що містить аналіз функціонування системи публічних закупівель та узагальнену інформацію про результати здійснення контролю у сфері закупівель;
- узагальнення практики здійснення закупівель, у тому числі міжнародної;

- вивчення, узагальнення та поширення світового досвіду з питань закупівель;
- забезпечення функціонування веб-порталу Уповноваженого органу та інформаційного ресурсу Уповноваженого органу;
- наповнення інформаційного ресурсу Уповноваженого органу;
- взаємодію з громадськістю з питань удосконалення системи публічних закупівель;
- організацію нарад та семінарів з питань закупівель;
- міжнародне співробітництво у сфері закупівель;
- розроблення та затвердження документації у сфері публічних закупівель [10].



Рис. 1. Суб'єкти здійснення контролю у сфері публічних закупівель

Державна казначейська служба України провадить контроль щодо запобігання неправомірному використанню публічних коштів. Він реалізується як на дорозрахунковому (першому) етапі так і в момент проведення розрахунків за проведеними закупівлями. На першому етапі здійснюється перевірка наявності річних планів закупівель, договорів про закупівлю та звітів про результати проведення процедури закупівлі, що підтверджують проведення процедури закупівлі/спрощеної закупівлі та за результатами якої укладено договір про закупівлю. На етапі проведення розрахунків контролюється документаційна та процедурна сторона (можливість відміни процедури закупівлі, наявність рішення суду про визнання результатів процедури закупівлі недійсною, є рішення органу

оскарження щодо зобов'язання усунення замовником порушення процедури закупівлі).

Контроль за надходженням коштів до Державного бюджету України та їх використання здійснює Рахункова палата. У сфері публічних закупівель Рахункова палата України реалізує ряд заходів державного зовнішнього фінансового контролю (аудиту), зокрема:

- здійснює фінансовий аудит та аудит ефективності щодо здійснення закупівель за рахунок коштів державного бюджету;
- здійснює попередній аналіз, до розгляду на засіданнях комітетів Верховної Ради України та на пленарних засіданнях Верховної Ради України, щорічного звіту, що містить аналіз функціонування системи публічних закупівель та узагальнену інформацію про результати здійснення контролю у сфері закупівель, протягом трьох місяців з дня його оприлюднення;
- здійснює державний зовнішній фінансовий контроль (аудит) щодо виконання державного замовлення та здійснення закупівель стосовно всіх стадій закупівель і включає перевірку та аналіз законності та ефективності здійснення закупівель, дотримання передбачених процедур, оцінку своєчасності отримання товарів, послуг та проведення робіт, а також аналіз стану прозорості та додержання встановлених принципів здійснення закупівель [11].

Антимонопольний комітет України відповідно до Закону України «Про публічні закупівлі» є органом оскарження у сфері публічних закупівель. Він є державним органом із спеціальним статусом, метою діяльності якого є забезпечення державного захисту конкуренції у підприємницькій діяльності та у сфері публічних закупівель [12]. Антимонопольний комітет України як орган оскарження утворює Постійно діючу адміністративну колегію з розгляду скарг про порушення законодавства у сфері публічних закупівель з метою неупередженого та ефективного захисту прав та законних інтересів осіб, пов'язаних з участю у процедурах закупівлі. Рішення цієї Колегії приймаються від імені Антимонопольного комітету України.

Державна аудиторська служба України є центральним органом виконавчої влади, який реалізує державну політику у сфері державного фінансового контролю [14]. У сфері публічних закупівель органи Державної аудиторської служби України реалізують повноваження державного фінансового контролю шляхом здійснення перевірок та моніторингу закупівель. Перевірки закупівель проводяться за письмовим рішенням керівника органу державного фінансового контролю або його заступника за наявності однієї з таких підстав:

- 1) виникнення потреби у документальній та фактичній перевірці питань, які не можуть бути перевірені під час моніторингу процедури закупівлі, а саме:

- укладення договору (договорів) до/без проведення процедур закупівель/спрощених закупівель відповідно до вимог законодавства;
- стану виконання умов договору, внесення змін до нього, в тому числі вимог щодо якості, кількості (обсягів) предмета закупівлі, ціни договору;
- поділу предмета закупівлі на частини з метою уникнення проведення процедур закупівель/спрощених закупівель у визначеному законодавством порядку;

2) наявність доручення або рішення Кабінету Міністрів України, Мінфіну щодо проведення перевірки закупівель;

3) виявлення органом державного фінансового контролю вищого рівня під час перевірки (в порядку здійснення контролю за достовірністю висновків органу державного фінансового контролю нижчого рівня) актів перевірки закупівель/висновків про результати моніторингу процедури закупівлі невідповідності їх змісту вимогам законодавства. Перевірка закупівель може бути ініційована органом державного фінансового контролю вищого рівня, якщо розпочато дисциплінарне провадження стосовно посадових або службових осіб органу державного фінансового контролю нижчого рівня, які проводили перевірку закупівель, моніторинг процедури закупівлі або у разі повідомлення їм про підозру у вчиненні кримінального правопорушення [14].

Дієвим інструментом контролю за публічними закупівлями виступає і громадський контроль, який забезпечується через вільний доступ до всієї інформації щодо публічних закупівель, що підлягає оприлюдненню в електронній системі закупівель ProZorro. Громадяни і громадські організації та їх спілки не мають права втручатися у процедуру закупівлі. Проте, громадськість може реалізувати контроль у сфері публічних закупівель шляхом здійснення аналізу і моніторингу інформації, яка розміщена в електронній системі закупівель, а також шляхом інформування через електронну систему закупівель або письмово органи, що уповноважені здійснювати контроль, про виявлені ознаки порушень законодавства у сфері публічних закупівель. Залучення громадськості до здійснення контролю у сфері закупівель здійснюється відповідно до законів України "Про громадські об'єднання", "Про звернення громадян", "Про доступ до публічної інформації", "Про інформацію", "Про відкритість використання публічних коштів".

Розгляд скарг фізичних чи юридичних осіб з метою захисту їх прав та охоронюваних законом інтересів з приводу рішення, дії чи бездіяльності замовника, що суперечать законодавству у сфері публічних закупівель і внаслідок яких порушено право чи законні інтереси такої особи здійснюється органом оскарження – Антимонопольним комітетом України.

2. Види договорів про закупівлю та специфіка роботи за ними

Згідно діючого Закону України Про публічні закупівлі під останніми розуміється придбання замовником товарів, робіт і послуг, що закуповуються замовником у межах єдиної процедури закупівлі, щодо яких учасникам дозволяється подавати тендерні пропозиції або пропозиції на переговорах.

Характеризуючи тендер зазначимо, що це особлива форма подання замовлень на постачання товарів чи на виконання робіт, яка передбачає залучення пропозицій декількох постачальників (підрядників) основний спосіб публічних закупівель, за заздалегідь оголошеними в конкурсній документації умовами, в обумовлені строки, на принципах максимальної економії, прозорості, добросовісної конкуренції серед учасників, недискримінації учасників, вільного доступу, відкритості інформації, об'єктивності та неупередженості оцінки, справедливості та ефективності

Покупець у публічних закупівлях України визначається як «Замовник». При цьому усі замовники відповідно до ст.2 Закону поділяються на 4 групи:

1. «традиційні замовники-бюджетники» (органи державної влади та місцевого самоврядування), що напряму фінансуються з державного або місцевого бюджетів – органи державної влади, органи місцевого самоврядування, а також юридичні особи-бюджетні установи, що фінансуються з державного або місцевих бюджетів (заклади охорони здоров'я, освіти, науки, культури тощо);

2. «традиційні замовники-бюджетники» (органи соціального страхування) – Національний банк України, фонди державного соціального страхування, Пенсійний фонд України, Фонд гарантування вкладів населення;

3. «підприємства» – державні або комунальні підприємства та їх об'єднання як юридичні особи, які забезпечують потреби держави або територіальної громади, якщо така діяльність не здійснюється на промисловій чи комерційній основі за наявності однієї з таких ознак:

- юридична особа є розпорядником, одержувачем бюджетних коштів;
- органи державної влади чи органи місцевого самоврядування або інші замовники володіють більшістю голосів у вищому органі управління юридичної особи;
- у статутному капіталі юридичної особи державна або комунальна частка акцій (часток, паїв) перевищує 50 відсотків.

4. «монополісти» – юридичні особи та/або суб'єкти господарювання (переважно державної або комунальної власності), які займають переважно монополіне становище у чітко перерахованих у Законі (частина 2 статті 2) суспільно важливих видах діяльності (комунальні послуги, електропостачання, аеропорти і морські порти, залізничний і міський електротранспорт та деякі інші) [20].

Потенційний продавець або бізнес-партнер держави згідно Закону називається «Учасник процедури закупівлі/спрощеної закупівлі» – фізична особа, фізична особа-підприємець чи юридична особа - резидент або нерезидент, у тому числі об'єднання учасників, яка подала тендерну пропозицію/пропозицію або взяла участь у переговорах у разі застосування переговорної процедури закупівлі.

В Україні дозволено брати участь у процедурі закупівлі практично всім бажаючим, які мають статус фізичної або юридичної особи. Важливо наголосити, що стосовно фізичної особи немає вимог про те, що така особа повинна бути зареєстрована приватним підприємцем, тобто це може бути будь-яка фізична особа (громадянин України, іноземний громадянин, особа без громадянства з правом легального перебування на території України). Натомість в частині юридичної особи важливо пам'ятати, що дочірні підприємства/компанії та/або філії без статусу юридичної особи не можуть від свого імені брати участь у процедурах закупівлі, а можуть це робити лише від імені «материнської» юридичної особи. Таке саме обмеження існує щодо об'єднань (консорціумів) юридичних осіб без створення нової юридичної особи [20].

Товари, роботи чи послуги, що закуповуються Замовником у межах єдиної процедури закупівлі або в межах проведення спрощеної закупівлі, щодо яких постачальникам дозволяється подавати тендерні пропозиції/пропозиції або пропозиції на переговорах (у разі застосування переговорної процедури закупівлі) визначаються як «предмет закупівлі».

Таблиця 1

Предмет публічних закупівель

№ п/п	Предмет закупівель	Деталізація предмету
1	товари	продукція, об'єкти будь-якого виду та призначення, у тому числі сировина, вироби, устаткування, технології, предмети у твердому, рідкому і газоподібному стані, а також послуги, пов'язані з постачанням таких товарів, якщо вартість таких послуг не перевищує вартості самих товарів
2	роботи	проектування, будівництво нових, розширення, реконструкція, капітальний ремонт та реставрація існуючих об'єктів і споруд виробничого і невиробничого призначення, роботи з нормування в будівництві, геологорозвідувальні роботи, технічне переоснащення діючих підприємств та супровідні роботам послуги, у тому числі геодезичні роботи, буріння, сейсмічні дослідження, аеро- і супутникова фотозйомка та інші послуги, що включаються до кошторисної вартості робіт, якщо вартість таких послуг не перевищує вартості самих робіт
3	послуги	будь-який предмет закупівлі, крім товарів і робіт, зокрема транспортні послуги, освоєння технологій, наукові дослідження, науково-дослідні або дослідно-конструкторські розробки, медичне та побутове обслуговування, лізинг, найм (оренда), а також фінансові та консультаційні послуги, поточний ремонт

Відмітимо, що пропозиції щодо закупівлі медичних препаратів, обладнання, заявлених на тендер, представлені документи мають відповідати таким медико-технічним властивостям:

- лікарські засоби повинні бути зареєстровані в Україні;
- лікарські засоби мають бути зареєстровані в країні виробника;
- якість виробничого процесу препаратів повинна бути підтверджена;
- лікарські засоби мають супроводжуватися інструкцією з їх застосування, викладеною українською мовою та затвердженою належно;
- термін придатності товару повинен становити не менше ніж 75 % від встановленого інструкцією терміну зберігання.

Розмежування предметів закупівель на «товари/послуги» з одного боку і «роботи» з іншого боку важливе, оскільки для цих двох категорій існують різні вартісні межі застосування Закону та різні правила визначення предмета конкретної закупівлі (рис. 2).

Замовники, визначені п.1-3 ч.1 ст.2 Закону	Замовники, визначені пунктом 4 ч.1 ст.2 Закону	Як проводити закупівлю:	
до 50 тис. грн.		Звіт про договір про закупівлю (у т.ч. з використанням електронних каталогів)	Закупівлі на суми, менші за вартість, встановлену п.1, 2 ч.1 ст.3 Закону
від 50 до 200 тис. грн. (1,5 млн. для робіт)	від 50 до 1 млн. грн. (5 млн. для робіт)	Спрощена закупівля або звіт про договір про закупівлю з підстав, передбачених ч.7 ст.3 Закону	
від 200 тис. грн. (1,5 млн.) до 133 тис. євро (5150 тис. євро для робіт)	від 1млн. грн. (5 млн.) до 133 тис. євро (5150 тис. євро для робіт)	Відкриті торги (15 днів) Конкурентний діалог Переговорна процедура	Закупівлі, вартість яких перевищує межі, встановлені п.1,2 ч.1, ст.3 Закону
від 133 тис. євро (5150 тис. євро для робіт)		Відкриті торги з публікацією англ. мовою (30 днів) Торги з обмеженою участю Конкурентний діалог Переговорна процедура	

Рис. 2. Вартісні межі застосування Закону та різні правила визначення предмета конкретної закупівлі

Наведено за [20].

Отже, вартісні межі при закупівлі товарів і послуг складають 200 тисяч гривень, а робіт - 1,5 мільйонів гривень. Для Замовників-підприємств, визначених пунктом 4 ч.1 ст.2 Закону, з монополізованих, але суспільно важливих сфер (електроенергетика, комунальне господарство тощо – «особливі» Замовники) такі межі при закупівлі складають:

- для товарів і послуг - 1 мільйон гривень;
- для робіт - 5 мільйонів гривень.

За умови, що вартість предмета закупівлі дорівнює або перевищує 50 тисяч гривень і є нижчою за вищевказані пороги – Замовник або проводить спрощений електронний аукціон через Prozorro, або закуповує товари за допомогою електронного каталогу.

Якщо вартість предмета закупівлі не перевищує 50 тис. грн., провадиться укладання із обраним постачальником прямого договору з обов'язковою публікацією звіту про такий договір у системі електронних закупівель.

У разі здійснення закупівель без використання електронної системи закупівель, замовник обов'язково оприлюднює в електронній системі закупівель звіт про договір про закупівлю, укладений без використання електронної системи закупівель. Звіт про договір про закупівлю, укладений без використання електронної системи закупівель, повинен містити: дату укладання та номер договору/документа (документів), що підтверджують придбання товару (товарів), робіт та послуг (послуг); найменування, місцеперебування та ідентифікаційний код замовника в ЄДР, його категорію; найменування (для юридичної особи) або ПІБ (за наявності) (для фізичної особи) постачальника товарів, виконавця робіт чи надавача послуг, з яким укладено договір про закупівлю; ідентифікаційний код юридичної особи в ЄДР або реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія та номер паспорта постачальника товарів, виконавця робіт чи надавача послуг; місцеперебування (для юридичної особи) або місце проживання (для фізичної особи) постачальника товарів, виконавця робіт чи надавача послуг та номер телефону; назву предмета закупівлі; кількість, місце, термін поставки товарів, виконання робіт чи надання послуг; ціну та термін виконання договору.

Спрощена процедура закупівель відбувається в 7 етапів:

Етап 1. Оголошення – оприлюднюються замовником не пізніше ніж за 6 робочих днів до кінцевого терміну подання пропозицій про проведення спрощеної закупівлі разом з проектом договору про закупівлю. В оголошенні про проведення спрощеної закупівлі, замовник має право зазначити крім обов'язкової й іншу інформацію, при цьому ні оголошення, ні вимоги до предмета закупівлі не повинні містити вимог, які обмежують конкуренцію та призводять до дискримінації учасників;

Етап 2. Період уточнення інформації – триває не менше 3 робочих днів, протягом яких учасники мають право звернутися до замовника за роз'ясненням щодо інформації, зазначеної в оголошенні, та/або з вимогою щодо усунення порушення. При цьому замовник протягом 1 робочого дня з дня їх оприлюднення зобов'язаний надати роз'яснення на звернення учасників спрощеної закупівлі та/або внести зміни до оголошення про

проведення спрощеної закупівлі, та/або вимог до предмета закупівлі. Зміни до оголошення про проведення спрощеної закупівлі та/або вимог до предмета закупівлі замовник оприлюднює протягом 1 дня від дня прийняття рішення про їх внесення. У разі внесення таких змін, термін для подання пропозицій продовжується замовником не менше ніж на 2 робочі дні. Крім того, замовник до початку терміну подання пропозицій учасниками має право внести зміни до оголошення та/або вимог до предмета закупівлі з власної ініціативи.

Етап 3. Подання пропозицій учасниками – здійснюється учасниками в електронному вигляді шляхом заповнення електронних форм, де зазначається інформація про ціну та інші критерії оцінки шляхом завантаження необхідних документів через електронну систему закупівель, що підтверджують відповідність вимогам, визначеним замовником.

Етап 4. Проведення електронного аукціону – процес пониження цін або приведених цін, що проводиться у три етапи і відбувається циклічно. Спрощена закупівля із застосуванням електронного аукціону відбувається, якщо подано не менше двох пропозицій.

Етап 5. Розгляд пропозиції учасника. Термін розгляду не повинен перевищувати 5 робочих днів з дня завершення аукціону. У разі відхилення найбільш економічно вигідної пропозиції, замовник приступає до розгляду наступної пропозиції учасника, який за результатами аукціону надав наступну найбільш економічно вигідну пропозицію.

Етап 6. Визначення переможця та укладення договору про закупівлю. За результатами розгляду пропозиції замовник визначає переможця. Протягом 1 дня від дня прийняття рішення про визначення переможця, замовник оприлюднює в електронній системі закупівель повідомлення про намір укласти договір про закупівлю. Замовник укладає договір про закупівлю з учасником-переможцем спрощеної закупівлі не пізніше ніж через 20 днів з дня прийняття рішення про намір укласти договір про закупівлю. Замовник має оприлюднити договір про закупівлю та всі додатки до нього протягом 3 робочих днів від дня його укладання.

Етап 7. Розміщення звіту про результати проведення закупівлі – формується електронною системою закупівель та оприлюднюється протягом 1 дня після того, як замовник оприлюднив договір про закупівлю в електронній системі закупівель або скасував спрощену закупівлю, чи її було визнано такою, що не відбулася.

Оскаржувати спрощену закупівлю учасник може лише у суді чи через орган, що провадив контроль Замовника.

Для закупівель з вартістю вище зазначених меж Закон визначає чотири процедури закупівель (3 конкурентні процедури - відкриті торги, торги з обмеженою участю та конкурентний діалог, а також 1 неконкурентна - переговорна процедура).

Найпоширенішою і основною є процедура відкритих торгів. Дана процедура дозволяє брати участь у торгах будь-якому постачальнику, який зацікавився оголошенням і супровідною йому тендерною документацією на веб-порталі закупівель та подав свою пропозицію. Дана процедура складається з 5 етапів (рис. 3) і застосовується практично для будь-якого предмета закупівлі, крім тих, ринок яких об'єктивно обмежений – через відсутність чи обмеженість конкуренції.

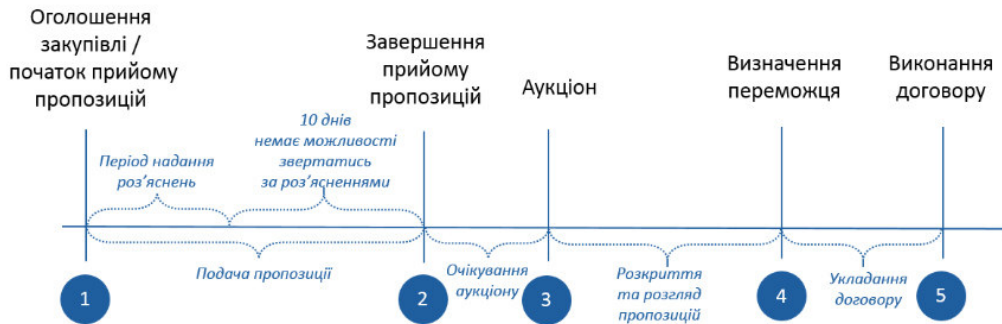


Рис. 3. Етапи проведення відкритих торгів

Наведено за [1].

Процедуру закупівель торгів з обмеженою участю замовник зможе застосовувати у разі потреби попередньої перевірки кваліфікації учасників шляхом проведення кваліфікаційного відбору. Проходять торги з обмеженою участю у два етапи:

- кваліфікаційний відбір (перший етап)
- відкриті торги з публікацією англійською мовою (другий етап)

Використовувати торги з обмеженою участю можна при закупівлі товарів і послуг від 133 тис. євро, або робіт від 5 млн. 150 тис. євро. Даною процедурою замовники та постачальники системи Prozorro зможуть користуватися з 19 жовтня 2020 року.

На відміну від інших процедур, у торгах з обмеженою участю замовник зобов'язаний застосувати обов'язкові кваліфікаційні критерії, серед яких:

1. наявність обладнання, матеріально-технічної бази та технологій в учасника процедури закупівлі;
2. наявність працівників відповідної кваліфікації, які мають необхідні знання та досвід в учасника процедури закупівлі;
3. наявність документально підтвердженого досвіду виконання аналогічного за предметом закупівлі договору;
4. наявність фінансової спроможності, яка підтверджується фінансовою звітністю.

Процедура конкурентного діалогу застосовується якщо Замовник не може точно визначити технічні та якісні характеристики товару, роботи,

послуги і для цього йому потрібні переговори з ринком. Конкурентний діалог є двоетапною конкурентною процедурою, яка передбачає проведення переговорів з постачальниками на першому етапі. Метою таких переговорів є підготовка оптимальних технічних, якісних та інших характеристик предмета закупівлі. Найбільш оптимальною ця процедура є для закупівель, які носять складний, спеціалізований характер, зокрема будівельних робіт, комплексних послуг, виконання яких можливе з використанням різних технічних рішень [20].

Переговорна процедура закупівлі відноситься до неконкурентних. За її використання Замовник укладає договір про закупівлю з постачальником без торгів, але після проведення переговорів з одним або декількома постачальниками. Для застосування переговорної процедури закупівлі Замовник повинен мати одну з підстав, визначених виключно у Законі (стаття 40).

3. Організація публічних закупівель в закладі охорони здоров'я

Заклади охорони здоров'я отримують кошти для своєї діяльності із бюджетів різних рівнів. Для цього вони щороку враховуючи бюджетний ліміт на рік формують свій кошторис.

Всі закупівлі, які заклади охорони здоров'я проводять для забезпечення своєї діяльності здійснюються відповідно до річного плану закупівель, що формується на базі кошторису.

Закупівлі здійснюватимуться за двома алгоритмами, які в практиці зазвичай поєднуються [9]:

1. Закупівлі гарантованих медичних послуг державою. Ці послуги є безкоштовними для пацієнтів, за них платить держава. Для того, аби обрати надавача послуг, реформою передбачена спеціальна процедура замовлення, яка завершуватиметься укладанням угоди про медичне обслуговування населення. Для цього Національна служба здоров'я України публікує на своєму офіційному сайті відповідне оголошення із визначеним переліком замовлення та вимогами до надавачів послуг. Для участі у відборі заклади охорони здоров'я усіх форм власності та фізичні особи - підприємці, які мають необхідну ліцензію, зможуть подавати свої заявки згідно з оголошенням Національної служби здоров'я України.

2. Закупівлі надавачів медичних послуг. Гарантовані послуги з медичного обслуговування включають в себе також і забезпечення пацієнта необхідними виробами медичного призначення та ліками. Їх вартість включатиметься у вартість послуги. Проте заклад охорони здоров'я закуповуватиме такі товари самостійно, керуючись при цьому ЗУ "Про публічні закупівлі" та використовуватиме систему електронних закупівель у звичному режимі.

При цьому, заклади охорони здоров'я можуть здійснювати закупівлі як самостійно, так і через централізовані закупівельні організації. У Законі України «Про публічні закупівлі» передбачено такий інструмент як закупівля через централізовані закупівельні організації. Централізовані закупівельні організації – це юридичні особи, які відповідають критеріям визначеними Постановою КМУ від 27 грудня 2018 р. № 1216 та мають відповідний статус наданий Кабінетом Міністрів України або органами місцевого самоврядування.

Прийнята Постанова КМУ дає право публічним замовникам звертатися до централізованих закупівельних організацій для закупівлі товарів медичного призначення на їх користь.

У рішенні медичного закладу про визначення централізованої закупівельної організації може бути встановлено про обов'язковість закупівлі через централізовану закупівельну організацію для певного переліку замовників і визначено перелік товарів та послуг, закупівля яких через централізовану закупівельну організацію є обов'язковою.

Для організації та проведення процедур закупівлі у медичному закладі створюється один або декілька тендерних комітетів або призначається уповноважена особа (особи). Метою створення комітету є організація та проведення процедур закупівель на засадах колегіальності та неупередженості.

При цьому керівник медичного закладу внутрішнім наказом має затвердити положення про тендерний комітет та склад тендерного комітету. Для призначення уповноваженої особи (осіб) керівник має видати відповідний наказ чи укласти із замовником трудовий договір. До складу комітету входять не менше п'яти осіб. У разі якщо кількість службових (посадових) осіб у штатній чисельності працівників замовника є меншою, ніж п'ять осіб, до складу комітету мають входити всі службові (посадові) особи замовника.

Керівництво роботою комітету здійснює його голова, який призначається керівником закладу охорони здоров'я та може мати право на підписання договорів про закупівлю в разі надання таких повноважень, оформлених відповідно до законодавства. Із числа членів комітету голова комітету призначає заступника (заступників) голови, секретаря та визначає функції кожного члена комітету.

Тендерний комітет або уповноважена особа (особи): планують закупівлі, складають та затверджують річний план закупівель; обирають та проводять процедуру закупівлі; забезпечують складання, затвердження та зберігання документів з питань публічних закупівель; оприлюднюють інформацію та звіти щодо публічних закупівель. Результати поіменного голосування членів комітету, присутніх на засіданні тендерного комітету, з

кожного питання фіксують у рішенні тендерного комітету або уповноваженої особи, яке оформлюють у вигляді протоколу.

Рішення комітету оформлюється протоколом із зазначенням дати прийняття рішення, у якому відображаються результати поіменного голосування членів комітету, присутніх на засіданні тендерного комітету, з кожного питання. Якщо член тендерного комітету або одна з уповноважених осіб відмовляється підписувати протокол, то причина відмови має бути зазначена у протоколі.

Існує широка практика використання уповноважених осіб для реалізації завдань щодо закупівель у медичних закладах, особливо щодо питань з необхідності проведення спрощених закупівель. Уповноважена особа здійснює свою діяльність на підставі укладеного із замовником трудового договору (контракту) або розпорядчого рішення замовника та відповідного положення.

Уповноважена особа призначається (визначається) замовником одним із наступних способів:

- шляхом покладення на штатного працівника функцій уповноваженої особи, як додаткової роботи з відповідною доплатою згідно із законодавством. Оплата в цьому випадку є обов'язковою. Проте, розмір доплати визначається керівництвом самостійно;

- шляхом введення до штатного розпису окремої посади, на яку буде покладено обов'язки виконання функцій уповноваженої особи. У цьому випадку уповноважена особа буде займатись лише проведенням закупівель;

- шляхом укладання трудової угоди (контракту) згідно із законодавством. Мова йде тільки про трудовий договір. Не можна найняти уповноважену особу на підставі цивільно-правового договору.

Уповноважена особа може забезпечувати такі завдання та функції:

- планування закупівель та формування річного плану закупівель в електронній системі закупівель;

- проведення попередніх ринкових консультацій з метою аналізу ринку;

- здійснення вибору процедури закупівлі;

- проведення процедур закупівель/спрощених закупівель;

- забезпечення укладання рамкових угод;

- забезпечення рівних умов для всіх учасників, об'єктивний та чесний вибір переможця процедури закупівлі/спрощеної закупівлі;

- забезпечення складання, затвердження та зберігання відповідних документів з питань публічних закупівель;

- забезпечення оприлюднення в електронній системі закупівель інформації;

- забезпечення надсилання в електронному вигляді до органу оскарження інформації, документів та матеріалів щодо проведення процедур закупівель у разі отримання запиту від органу оскарження;
- взаємодія з органами, що здійснюють контроль у сфері публічних закупівель під час виконання ними своїх функцій відповідно до законодавства;
- здійснення інших дій, передбачених Законом, трудовим договором (контрактом) або розпорядчим рішенням замовника [2].

Законодавство дозволяє, щоб на підприємстві одночасно діяли і уповноважена особа, і тендерний комітет. Проте, їх обов'язки не мають перетинатися. Розподіл обов'язків між уповноваженою особою і тендерним комітетом може бути прописаний в Положенні про тендерний комітет та уповноважену особу. Однак, поступово колегіальні органи мають бути замінені професіоналами у сфері закупівель.

4. Сервісні можливості системи електронних закупівель

Державні та комунальні організації-замовники оприлюднюють тендерні оголошення (а учасники аукціону беруть участь у торгах) через модуль електронного аукціону, доступ до якого вони отримують, зареєструвавшись на авторизованих електронних майданчиках. Портал, база даних та модуль електронного аукціону разом з партнерами та зацікавленими сторонами формують Єдину систему електронних публічних закупівель ProZorro [15].

Структура системи «ProZorro» передбачає єдину базу даних та єдину централізовану систему електронних аукціонів. Є центральний веб-портал ProZorro з питань закупівель, що містить модуль електронного аукціону та центральну базу даних. До центрального вебпорталу підключено авторизовані електронні майданчики. Кожен електронний майданчик забезпечує реєстрацію замовників та учасників закупівель, автоматичне розміщення, отримання і передання інформації та документів під час проведення процедур закупівель [6].

Перевагами ProZorro є те, що: закупівлі відбуваються в онлайн-режимі; будь-яка особа може бути віртуально присутньою на аукціоні закупівлі; спроба провести корумпований тендер одразу отримує розголос; система назавжди зберігає історію редагувань та дає можливість подивитися видалені документи; процес вибору переможця є зрозумілим та публічним; будь-який учасник торгів у режимі онлайн може подивитися перелік організацій-учасників та подати скаргу; у систему викладається повна інформація про товар, послугу або роботи переможця, включно з укладеним договором; мінімальний пакет довідок при подачі пропозиції; електронний документообіг; зручний інтерфейс для подання пропозицій; постійна підтримка професійними кол-центрами.

З метою системного моніторингу публічних закупівель через систему ProZorro, виявлення порушень під час проведення тендерів, а також для подальших усунень недоліків у системі ProZorro створено моніторинговий портал DoZorro. Останній володіє штучним інтелектом і його основним завданням є оцінка ризиків кожного тендера. Система DoZorro передає найсумнівніші тендери представникам громадських організацій, що входять до DoZorro-спільноти (рис. 4). Саме вони роблять остаточний висновок щодо наявності порушень. Ця система сприятиме значному зменшенню правопорушень у сфері державних закупівель та притягненню до відповідальності винних осіб.

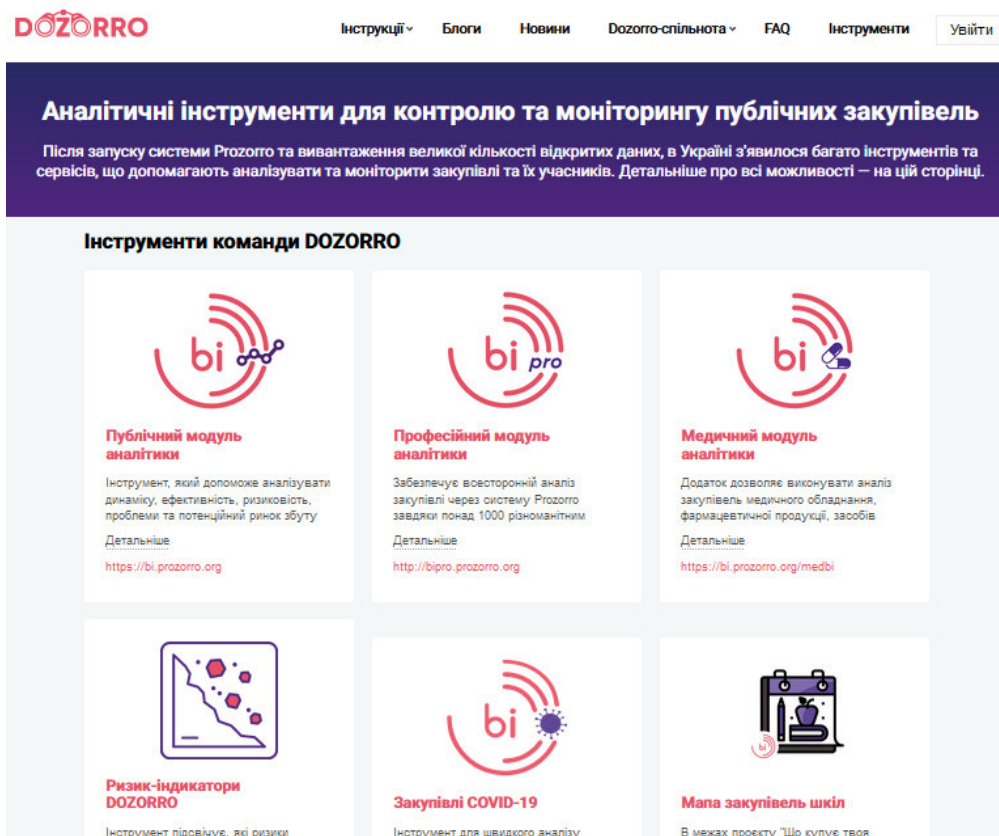


Рис. 4. Діалогове вікно DOZORRO електронної системи закупівель

Наведено за [<https://dozorro.org/>]

Для медичних закладів, що приймають участь в процедурах закупівель, призначений присутній в системі Медичний модуль аналітики, що містить інформацію про медичні процедури закупівлі, які стосуються закупівель медичного обладнання, фармацевтичної продукції, засобів особистої гігієни в різних розрізах і дозволяє виконувати аналіз даних про

них. Учасники чи потенційні учасники можуть оцінювати ринок, ціни на товари, замовників та конкурентів, щоб приймати в майбутньому більш ефективні рішення.

ТРЕНІНГОВИЙ БЛОК

Питання для самоконтролю

1. В чому полягає вплив публічних закупівель на економіку?
2. Для чого потрібна підготовка за затвердження річного плану закупівель?
3. Тендерний комітет. Порядок створення та функції тендерного комітету?
4. Яким нормативно-правовим актом регулюється порядок визначення предмета закупівлі для медичного закладу?
5. Які основні критерії віднесення суб'єкта господарської діяльності до поняття «замовник»? ?
6. Учасники процедури закупівель. Які кваліфікаційні критерії для учасників?
7. Які процедури закупівель вважаються конкурентними і чому?
8. Конкурентний діалог: порядок проведення та основні проблеми?
9. Можливості громадського контролю при здійсненні публічних закупівель?
10. Правила оприлюднення оголошень. Строки оприлюднення?

Практичні завдання

Завдання 1

Комунальне некомерційне підприємство КНП «Центр первинної медико-санітарної допомоги» Тернопільської міської ради у зв'язку із зміною вартісних порогів закупівель у травні 2022 року планує здійснити закупівлю медичних товарів на суму 50 000 грн через процедуру відкритих торгів в системі Prozorro. Проте у штаті підприємства не має фахівців з публічних закупівель. Чи може комунальне підприємство для проведення тендерної закупівлі залучити тендерний комітет міської ради?

Завдання 2

Чи зобов'язана бюджетна установа Комунальне підприємство «Тернопільський міський лікувально-діагностичний центр» Тернопільської міської ради розміщувати звіт про закупівлю товарів (канцелярські вироби) на суму в 3100 грн та продуктів харчування (м'ясні вироби) на суму 49 000 грн. в системі Prozorro.

Завдання 3

Комунальна установа КНП «Міська комунальна стоматологічна поліклініка» (замовник) в тендерній документації тендеру на закупівлю товару -сильнодіючого лікарського засобу, вказала як вимогу “надання копії ліцензії на оптову торгівлю лікарськими засобами”. У зв'язку із чим на розгляд АМКУ від ТОВ “ Фарм” (учасник тендеру) надійшла скарга та зазначено про наявність 15 дискримінаційних умов у тендерній документації. Скарга була задоволена. Чи є зазначене рішення обґрунтованим. Наведіть приклади дискримінаційних умов у тендерній документації. Які можливі дії замовника у цій ситуації та шляхи оскарження рішення АМКУ?

ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ

1. Хто з 01.01.2022 року відповідальний за організацію та проведення відкритих торгів:

- а) тендерний комітет;
- б) уповноважена особа;
- в) тендерний комітет та уповноважена особа;
- г) відповідальна особа.

2. В який період замовник повинен надати відповідь учаснику на звернення на етапі подання тендерних пропозицій:

- а) протягом 3 робочих днів з дня оприлюднення такого звернення в системі;
- б) протягом 5 робочих днів з дня оприлюднення такого звернення в системі;
- в) протягом 3 днів з дня оприлюднення такого звернення в системі;
- г) протягом 5 днів з дня оприлюднення такого звернення в системі.

3. Зміни до тендерної документації та роз'яснення до неї (у разі наявності) оприлюднюються замовником:

- а) протягом 1 дня з дня прийняття рішення про їх внесення або надання роз'яснень;
- б) протягом 3 днів з дня прийняття рішення про їх внесення або надання роз'яснень;
- в) протягом 1 робочого дня з дня прийняття рішення про їх внесення;
- г) протягом 3 робочих днів з дня прийняття рішення про надання роз'яснень.

4. Коли замовник зобов'язаний відхилити аномально низьку тендерну пропозицію?

- а) у разі якщо учасник не надав належного обґрунтування вказаної у ній ціни або вартості;
- б) у разі якщо учасник надав недостатнє обґрунтування вказаної у ній ціни або вартості;
- в) у разі ненадходження такого обґрунтування протягом строку визначеного Законом;
- г) у разі якщо учасник надав неправдиве обґрунтування вказаної у ній ціни або вартості.

5. Протягом якого строку замовник повинен оприлюднити в електронній системі закупівель інформацію про відхилення тендерної пропозиції учасника?

- а) протягом 1 дня з дня ухвалення рішення;
- б) протягом 1 робочого дня з дня ухвалення рішення;
- в) протягом 2 днів з дня ухвалення рішення;
- г) протягом 2 робочих днів з дня ухвалення рішення.

6. У період уточнення інформації учасники спрощеної закупівлі мають право:

- а) звернутися до замовника через електронну систему закупівель за роз'ясненням щодо інформації, зазначеної в оголошенні про проведення спрощеної закупівлі;
- б) подати скаргу до постійно діючої адміністративної колегії Антимонопольного комітету України;
- в) поскаржитися до Національної поліції України;
- г) звернутися до замовника через електронну пошту за роз'ясненням щодо інформації, зазначеної в оголошенні про проведення спрощеної закупівлі.

7. Замовник має право з власної ініціативи внести зміни до оголошення про проведення спрощеної закупівлі та/або вимог до предмета закупівлі:

- а) до початку завершення прийому пропозицій;
- б) до початку електронного аукціону;
- в) до початку строку подання пропозицій;
- г) коли це необхідно замовнику.

8. Чи визначається аномально низька ціна в спрощених закупівлях?

- а) так, за умови, що така ціна є на 40% менша від цін інших учасників;
- б) так, за умови, що така ціна є на 10% менша від цін інших учасників;

- в) так, за умови, що така ціна є на 30% менша від цін інших учасників;
- г) ні, аномально низька ціна в спрощених закупівлях не визначається.

9. В який строк замовник укладає договір про закупівлю з учасником, який визнаний переможцем спрощеної закупівлі?

- а) на перший день з дня оприлюднення повідомлення про намір укласти договір про закупівлю;
- б) на наступний день після оприлюднення повідомлення про намір укласти договір про закупівлю, але не пізніше ніж через 20 днів;
- в) не раніше 10 робочих та не пізніше 20 робочих днів день з дня оприлюднення повідомлення про намір укласти договір про закупівлю;
- г) замовник вирішує самостійно.

10. Замовник має право внести зміни до тендерної документації:

- а) з власної ініціативи або у разі усунення порушень законодавства у сфері публічних закупівель, викладених у висновку органу державного фінансового контролю;
- б) за результатами звернень;
- в) на підставі рішення органу оскарження;
- г) все перелічене є вірним.

11. Зміни, що вносяться замовником до тендерної документації, розміщуються та відображаються в електронній системі закупівель:

- а) у вигляді нової редакції тендерної документації додатково до початкової редакції тендерної документації та в окремому документі замовник оприлюднює перелік змін, що вносяться;
- б) лише у вигляді нової редакції тендерної документації додатково до початкової редакції тендерної документації;
- в) в окремому документі замовник оприлюднює перелік змін, що вносяться;
- г) на власний розсуд замовника

ГЛОСАРІЙ

Аномально низька ціна тендерної пропозиції – ціна/приведена ціна найбільш економічно вигідної пропозиції за результатами аукціону, яка є меншою на 40 або більше відсотків від середньоарифметичного значення ціни/приведеної ціни тендерних пропозицій інших учасників на початковому етапі аукціону, та/або є меншою на 30 або більше відсотків від наступної ціни/приведеної ціни тендерної пропозиції за результатами проведеного електронного аукціону.

Витрати закладів охорони здоров'я – це статті фінансового плану (кошторису), які слід розглядати за статтями калькуляції та способами включення в собівартість (сировина та матеріали – медикаменти та перев'язувальні матеріали, основна та додаткова заробітна плата, відрахування, витрати на утримання та експлуатацію обладнання, накладні витрати). За елементами витрат: матеріальні витрати, витрати на оплату праці, відрахування на соцзаходи; амортизація основних засобів, інші витрати.

Договір про закупівлю – господарський договір, що укладається між замовником і учасником за результатами проведення процедури закупівлі/спрощеної закупівлі та передбачає платне надання послуг, виконання робіт або придбання товару.

Забезпечення тендерної пропозиції – надання забезпечення виконання зобов'язань учасником перед замовником, що виникли у зв'язку з поданням тендерної пропозиції/пропозиції, у вигляді такого забезпечення, як гарантія.

Конкурентна процедура закупівлі (тендер) – здійснення конкурентного відбору учасників за процедурами закупівлі відкритих торгів, торгів з обмеженою участю та конкурентного діалогу.

Медичні закупівлі – це процедури, які стосуються закупівель медичного обладнання, фармацевтичної продукції, засобів особистої гігієни в різних розрізах.

Предмет закупівлі – товари, роботи чи послуги, що закуповуються замовником у межах єдиної процедури закупівлі або в межах проведення спрощеної закупівлі, щодо яких учасникам дозволяється подавати тендерні пропозиції/пропозиції або пропозиції на переговорах (у разі застосування переговорної процедури закупівлі).

Публічна закупівля – придбання замовником товарів, робіт і послуг у порядку, встановленому Законом України "Про публічні закупівлі".

Рамкова угода – правочин, що укладається одним чи кількома замовниками (у тому числі централізованою закупівельною організацією) в порядку, встановленому цим Законом, з кількома учасниками процедури закупівлі з метою визначення основних умов закупівлі окремих товарів і послуг для укладення відповідних договорів про закупівлю протягом строку дії рамкової угоди.

Строк дії тендерної пропозиції – установлений замовником у тендерній документації строк, після закінчення якого тендерна пропозиція вважається недійсною та відхиляється.

Тендерний комітет – службові (посадові) та інші особи замовника, призначені відповідальними за організацію та проведення процедур закупівлі.

Уповноважена особа (особи) – службова (посадова) чи інша особа, яка є працівником замовника і визначена відповідальною за організацію та проведення процедур закупівлі/спрощених закупівель згідно з цим Законом на підставі власного розпорядчого рішення замовника або трудового договору (контракту).

Частина предмета закупівлі (лот) – визначена замовником частина товарів, робіт чи послуг, на яку в межах єдиної процедури закупівлі/спрощеної закупівлі учасникам дозволяється подавати тендерні пропозиції/пропозиції або пропозиції на переговорах у разі застосування переговорної процедури закупівлі.

Централізовані закупівельні організації – юридичні особи державної або комунальної власності, що визначаються Кабінетом Міністрів України, Радою міністрів Автономної Республіки Крим, органами місцевого самоврядування як замовники, які організують і проводять тендери та закупівлі за рамковими угодами в інтересах замовників відповідно.

Література

1. Відкриті торги: строки проведення. Електронний ресурс. URL: <https://infobox.prozorro.org/articles/procedura-vidkriti-torgi>
2. Вийшов новий наказ «Про затвердження Примірного положення про уповноважену особу». URL: <https://news.dzo.com.ua/novini/vyjshov-novuj-nakaz-pro-zatverdzhennya-prymirnogo-polozhennya-pro-upovnovazhenu-osobu/>
3. Електронна система ProZorro. URL: www.prozorro.gov.ua
4. Кириленко О, Русін В. Напрями мінімізації фінансових шахрайств у сфері публічних закупівель. *Світ Фінансів*. 2020. №2 (63). С. 62-76
5. Критенко О.О. Сутність та особливості функціонування системи державних закупівель. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2012. № 9. С. 42-53
6. Критенко О.О., Тоцька Т.С. Шляхи вдосконалення системи державних закупівель. *Публічне управління та митне адміністрування*, № 3 (22), 2019. С. 74-85
7. Кулик А. Що таке спрощені закупівлі і чим вони відрізняються від допорогових. URL: <https://infobox.prozorro.org/articles/shcho-take-sproshcheni-zakupivli-i-chim-voni-vidriznyayutsya-vid-doporogovih>
8. Малолітнева В. К. Господарсько-правовий інститут публічних закупівель: монографія. Київ: ДУ «Інститут економіко-правових досліджень імені В. К. Макутова Національної академії наук України», 2020. 412 с. URL: https://hozpravoreposit.kyiv.ua/bitstream/handle/765432198/69/Malolitneva_mono_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y

9. Медреформа: як зміняться закупівлі. URL: <https://dozorro.org/blog/medreforma-yak-zminyatsya-zakupivli>
10. Про публічні закупівлі: Закон України від 25.12.2015 р. №922-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/922-19>
11. Про рахункову палату: Закон України від 02.07.2015 № 576-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/576-19#Text>
12. Про Антимонопольний комітет України: Закон України від 26.11.1993 р. № 3660-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3659-12/print>
13. Про затвердження Положення про Державну аудиторську службу України: Постанова Кабінету Міністрів України від 03.02.2016 р. № 43. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/43-2016-%D0%BF#Text>
14. Про затвердження Порядку проведення перевірок закупівель Державною аудиторською службою, її міжрегіональними територіальними органами і внесення змін до деяких актів Кабінету Міністрів України: Постанова Кабінету Міністрів України від 01.08.2013 р. № 631. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/631-2013-%D0%BF#Text>
15. Ратушняк Т. В. Моніторинг публічних закупівель засобами платформи DOZORRO. *Економічний вісник*. Серія: фінанси, облік, оподаткування. 2018. Вип. 2. С. 162-168
16. Русін В.М. Контроль у сфері публічних закупівель. *Електронне наукове фахове видання "Ефективна економіка"*. URL: http://www.economy.nauka.com.ua/pdf/12_2020/112.pdf
17. Ткаченко Н. Трансформація публічних закупівель в Україні. *Економіка України*. 2018. №9. С. 123-138.
18. Уманців Ю.М. Конкурентна політика у системі чинників активізації економічного розвитку. *Вісник Кременчуцького національного університету імені Михайла Остроградського. Сер.: Економічні науки*. 2014. № 1. С. 29-37.
19. Фалко Ю. Удосконалення управління системою державних закупівель в умовах модернізації економіки України. *Вісник Національної академії державного управління при Президентові України*. 2012. Вип. 3. С. 133-139
20. Шатковський О., Шимко Т. Як брати участь в тендерах: Постачальник, Замовник, процедури закупівлі. URL: <https://infobox.prozorro.org//articles/yak-brati-uchast-u-publichnih-zakupivlyah-v-ukrajini-osnovni-fakti>
21. DoZorro: Медичні закупівлі. URL: <http://dozorro.org/>

РОЗДІЛ VIII. УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

Рекомендовані питання для розгляду:

- 1. Поняття якості медичної послуги, її основні характеристики та індикатори вимірювання.**
- 2. Система управління якістю надання медичних послуг.**
- 3. Інституційні аспекти побудови системи управління якістю в закладі охорони здоров'я.**
- 4. Організація контролю якості надання медичних послуг. Клінічний аудит та аудит якості.**
- 5. Моніторинг та оцінювання якості надання медичних послуг.**

1. Поняття якості медичної послуги та її базові характеристики.

Індикатори вимірювання якості надання медичної послуги

Орієнтація на якість є найважливішим принципом системи управління якістю, закріпленим у міжнародних стандартах ISO 9000. В сучасних умовах, якість стає гарантією конкурентоспроможності організації, її стійкості, авторитету та успішності. Особливого значення проблеми забезпечення якості надання медичних послуг набувають у сфері охорони здоров'я, що пов'язано з інтенсифікацією процесів її реформування, змінами в організаційно-правовому статусі закладів охорони здоров'я (далі – ЗОЗ) та впровадженням нових механізмів фінансування діяльності, соціальним характером послуг, що надаються та їх суспільною значущістю, посиленням викликів, обумовлених поширенням коронавірусного захворювання тощо. Підвищення якості є, також, ключовою умовою формування пацієнторієнтованої моделі охорони здоров'я є забезпечення належної якості надання медичних послуг.

В науковій літературі домінують різноаспектні підходи до інтерпретації поняття «*якість медичних послуг*», найбільш поширеними з яких є розуміння її як:

– *сукупності властивостей і характеристик, що вказують на їх здатність задовольняти встановлені або передбачувані вимоги пацієнтів, а саме: знижувати ризик прогресування, або виникнення нового захворювання; оптимально використовувати наявні ресурси; гарантувати задоволеність споживача;*

– *сукупності результатів профілактики, діагностики та лікування хвороб на основі встановлених вимог і медичних стандартів та використання досягнень медичної науки і практики;*

– *відповідності потребам пацієнта з урахуванням сучасних можливостей медичної науки та практики і за умови ефективного використання наявних ресурсів;*

– *сукупності характеристик, спрямованих задовольняти потреби громадян в ефективному запобіганні захворюванням та їх лікуванні, підвищенні якості життя та збільшенні його тривалості [12].*

У трактуванні Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), *якість* характеризує ступінь, в якому медичні послуги, що надаються окремим особам чи пацієнтам, покращують результати їх здоров'я.

За визначенням провідного фахівця в сфері менеджменту охорони здоров'я А.Донабедіана [27], **якість медичної послуги** є «сукупністю характеристик, що підтверджують відповідність наданої медичної допомоги наявним потребам пацієнта, його очікуванням, сучасному рівню медичної науки і технологій». До основних характеристик якості медичної послуги, що об'єднують вимоги пацієнтів, медичного персоналу та керівників закладів охорони здоров'я А.Добендіан відносить її: *результативність (effectiveness); ефективність (efficiency); оптимальність (adequacy); прийнятність (acceptability); законність (legitimacy); справедливість та неупередженість (equity)*.

Якість медичної послуги є багатомірним поняття, що складається з багатьох характеристик та компонентів, які, за своєю сутністю, є її критеріями. На сьогодні в наукових джерелах [12] існує широкий спектр поглядів на їх інтерпретацію та визначення, які певним чином різняться як за кількістю і змістом, так і логікою розроблення та оцінювання.

Найбільш чітке представлення характеристик якості медичних послуг пропонує міжнародний стандарт EN 15224:2019 Системи управління якістю у сфері охорони здоров'я [3]. На основі обґрунтованих клінічним досвідом і медичною практикою закладів охорони здоров'я зарубіжних країн, стандарт визначає одинадцять основних критеріїв якості медичної послуги, до переліку яких входять:

- *«відповідний, правильний догляд (appropriate, correct care)* – означає, що медична послуга надається відповідно до визначених потреб пацієнта, які ґрунтуються на ретельних даних анамнезу, обстеження, спостережень. Не допускається перевищення обсягу обстеження і лікування стосовно визначених потреб;

- *придатність (availability)* – характеризує доступність і досяжність для пацієнта необхідних медичних послуг, які може запропонувати конкретний заклад охорони здоров'я;

- *неперервність допомоги (continuity of care)* – означає надання медичної послуги через забезпечення оптимізованого їх ланцюга, до якого можуть бути задіяні різні види медичної допомоги та різні заклади охорони здоров'я;

- *ефективність (effectiveness)* – забезпечує очікуваний позитивний клінічний результат; відсутність ушкоджень, пов'язаних із наданням медичної допомоги;

- *результативність (efficiency)* – спрямованість на найбільш раціональне співвідношення між досягнутими результатами та використаними ресурсами;

- *неупередженість (equity)* – надання медичної допомоги незалежно від статі, сексуального, культурного, етнічного, соціального, мовного або іншого походження;

- докази/знання на основі догляду (*evidence/knowledge based care*) – надання медичної допомоги на основі науково обґрунтованих знань;
- орієнтованість на пацієнта, враховуючи фізичну, психологічну та соціальну цілісність (*patient centred care including physical, psychological and social integrity (ICF)*) – медична послуга надається на основі персоніфікованого підходу й за умови усвідомленої згоди пацієнта;
- залучення пацієнта (*patient involvement*) – забезпечення активної взаємодії з пацієнтом при плануванні та виконанні медичних втручань;
- безпека пацієнта (*patient safety*) – означає діяльність з ідентифікації та контролю ризиків, пов'язаних із наданням медичних послуг, та усунення всіх передбачуваних небезпек;
- своєчасність/доступність (*timeliness/accessibility*) – медичні послуги повинні надаватися вчасно, з урахуванням оцінки потреб пацієнта, гостроти і тяжкості захворювання».

Зазначені критерії якості медичної допомоги формуються відповідно до вимог, які є сформульованими потребами чи очікуваннями споживачів, загальнозрозумілими для них або ж обов'язковими. Так вимоги містять:

- 1) відповідні законодавчі та регламентні вимоги, що встановлюються національним законодавством;
- 2) вимоги щодо якості, що встановлюються закладом охорони здоров'я самостійно. Вони включають вимоги: а) які не вказані пацієнтом, але пов'язані з встановленим рівнем якості послуг, запропонованих закладом; б) які сформульовані на основі наукових розробок, доказової медицини та клінічних досліджень; в) які надійшли від інших зацікавлених сторін (стейкхолдерів) (замовників послуг, страхових компаній та фінансових організацій) [3].

В рамках першої вимоги в Україні існує власна система стандартизації медичних послуг на основі розроблення відповідних медико-технологічних документів, які містять чіткі критерії якості як безпосередньо процесу надання медичних послуг, так і організації та здійснення контролю за якістю на всіх рівнях управління. В перелік медичних стандартів, що унормовують питання забезпечення якості та безпеки медичної допомоги, законодавство України включає: стандарти медичної допомоги (медичний стандарт); клінічні протоколи; таблиць матеріально-технічного оснащення; лікарський формуляр; інші норми, правила та нормативи, що регулюють діяльність у сфері охорони здоров'я. Дотримання вимог стандартів є обов'язковим для всіх закладів охорони здоров'я, а також для фізичних осіб-підприємців, які провадять господарську діяльність з медичної практики.

На сьогодні в рамках реалізації програми державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення Національною службою здоров'я України визначено шість основних критеріїв (доменів) якості

медичної послуги, що стосуються всіх аспектів їх надання і є умовою надання фінансової допомоги закладам охорони здоров'я. Це: *безпека; медична ефективність; пацієнтоцентричність; своєчасність, загальнодоступність та економічна ефективність* [14]. Зміст наведених критеріїв проілюстрований на рис. 1.



Рис.1. Критеріальна база забезпечення якості надання медичних послуг

Як стверджують фахівці, усі домени є рівнозначними та актуальними, однак, найважливішою характеристикою якісної медичної послуги в сучасних умовах вважається її безпека для пацієнта. Така позиція обґрунтована результатами проведених досліджень Інститутом медицини у США, за якими унаслідок медичних помилок щороку в США помирає від 44 тис. до 98 тис. пацієнтів, що значно перевищує смертність від дорожньо-транспортних пригод, раку молочної залози та СНІДу» [14].

Важливим аспектом у процесі забезпечення якості медичної послуги, є *врахування вимог*, що ставляться до її рівня з боку *стейкхолдерів: безпосередніх споживачів медичних послуг, медичного персоналу, інвесторів та органів державного управління*. Систематизація таких вимог, отриманих у результаті проведених досліджень американськими вченими групи Medical Group Clinical Practice Improvement Process, наведена на рис. 2.

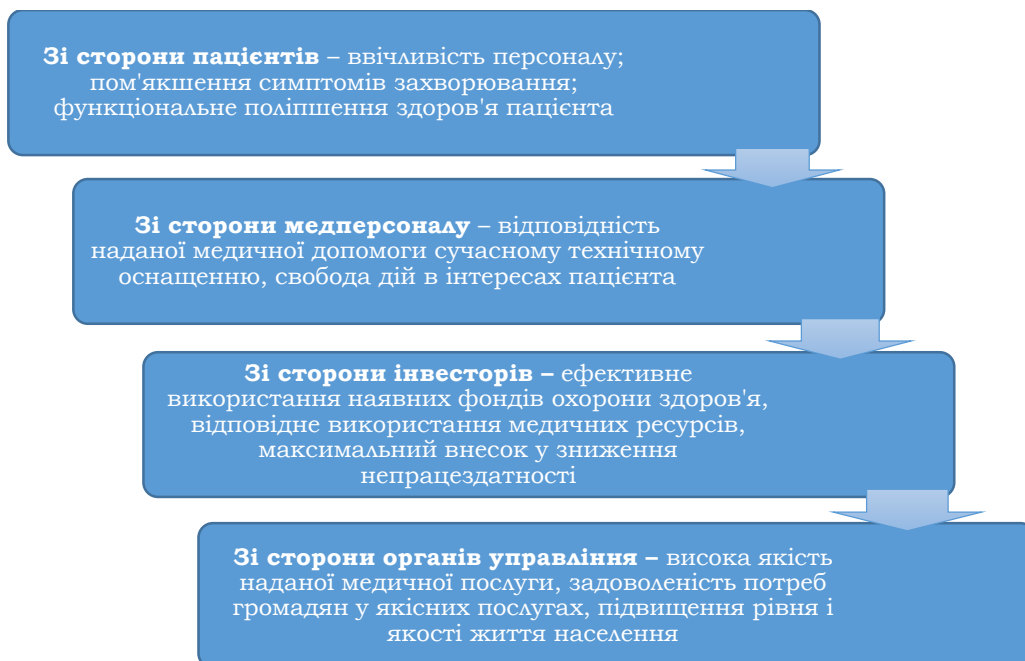


Рис. 2. Вимоги, що ставляться до якості медичної послуги з боку основних стейкхолдерів

Загалом заклад охорони здоров'я в процесі встановлення критеріїв якості надання медичних послуг має враховувати весь спектр існуючих підходів до їх визначення та запровадження. Це викликано тим, що основною метою будь-якого закладу охорони здоров'я є надання якісних медичних послуг потенційним або поточним пацієнтам з *різними видами потреби* в медичній допомозі та різними ускладненнями і станами. Вимоги до якості мають відображати такий вид медичної допомоги, який властивий для конкретної обстежуваної групи пацієнтів.

Отже, узагальнюючи вищенаведені визначення та характеристики, **якість надання медичної послуги** можна трактувати **як процес взаємодії медичного персоналу та пацієнта**, що ґрунтується:

а) на врахуванні кваліфікації медичних працівників та здатності упереджувати і знижувати ризик прогресування захворювання, та виникнення нового патологічного процесу;

б) здатності забезпечувати обґрунтовані потреби та очікування пацієнта у належній якості медичного обслуговування;

в) оптимальному використанні ресурсів закладу охорони здоров'я.

Загалом, якість процесу надання медичної послуги прямо залежить від дотримання та чіткого виконання лікувально-діагностичних процедур, встановлених відповідними клінічними протоколами та медичними стандартами.

Вимірювання якості медичної послуги (допомоги) у вітчизняній практиці здійснюється шляхом віднесення її до одного із рівнів: *обов'язкового або бажаного*.

Обов'язковий рівень якості вказує на цільове призначення медичної допомоги, нижче якого вона не може надаватися споживачу.

Бажаний рівень якості – це рівень, який обґрунтований результатами найкращої медичної практики та очікується споживачами, але через об'єктивні причини не може бути досягнутий в даний період, проте може практикуватися в окремих спеціалізованих закладах. Тобто, бажаний рівень – це рівень надання, до якого необхідно прагнути і досягати, оскільки це дозволить підвищити якість та безпеку медичного обслуговування.

Досягнутий *рівень надання медичної послуги* для встановленого конкретного критерію якості визначається такими параметрами як: *мінімальний; ідеальний; оптимальний*, і вимірюватися у відсотках.

У медичній практиці та експертних оцінках часто використовуються такі визначення, як **належна і неналежна** якість медичної допомоги. Зокрема, з найбільш поширених визначень, під **належною якістю медичної допомоги** розуміють відповідність сучасним уявленням про її необхідний рівень і обсяг при певному типі захворювання (патології) з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнта та можливостей конкретного закладу охорони здоров'я і лікаря щодо надання такої допомоги. **Неналежна якість медичної допомоги** виникає при неможливості надати (або ж отримати) встановлений рівень такої допомоги в достатньому обсязі для усунення захворювання з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнта і можливостей спеціалізованого закладу охорони здоров'я. Для градації рівня якості медичної допомоги на належну і неналежну, вимірюванню підлягають такі її складові: рівень задоволеності пацієнта; оптимальність використання наявних ресурсів; ризики захворювання. Їх інтерпретація подана на рис. 3.

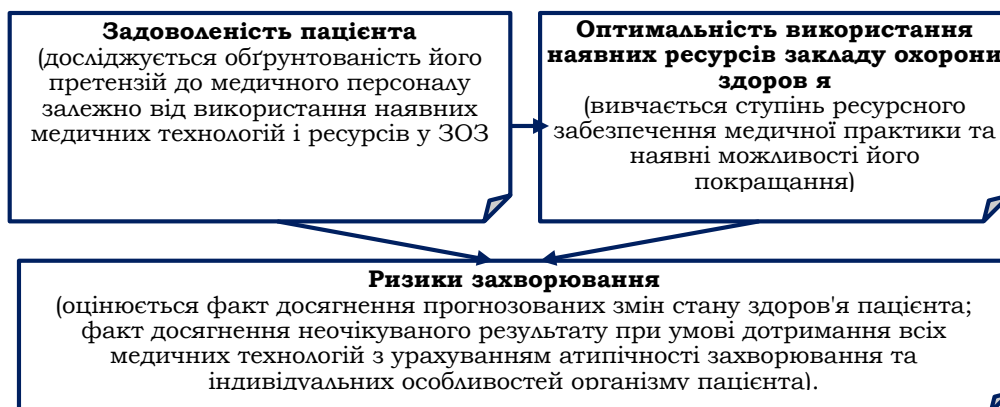


Рис. 3. Параметри вимірювання належного рівня якості медичних послуг у вітчизняній практиці

Європейське бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я для вирішення проблеми вимірювання якості медичної допомоги пропонує враховувати чотири її елементи [5]:

- 1) кваліфікацію медичного персоналу;
- 2) оптимальність використання ресурсів закладу охорони здоров'я;
- 3) наявний ризик для пацієнта;
- 4) рівень задоволеності пацієнта від його взаємодії з закладом охорони здоров'я.

За методологією А.Донабедіана, якість медичної послуги вимірюється та оцінюється за трьома базовими компонентами :

- 1 – структура послуги (яким чином організована медична допомога?);
- 2 – процес надання послуги (як надається допомога?);
- 3 – кінцевий результат (що відбувається зі здоров'ям пацієнта?).

Взаємозв'язки між складовими медичної послуги та індикатори вимірювання її якості за моделлю А.Донабедіана, проілюстровано на рис. 4.

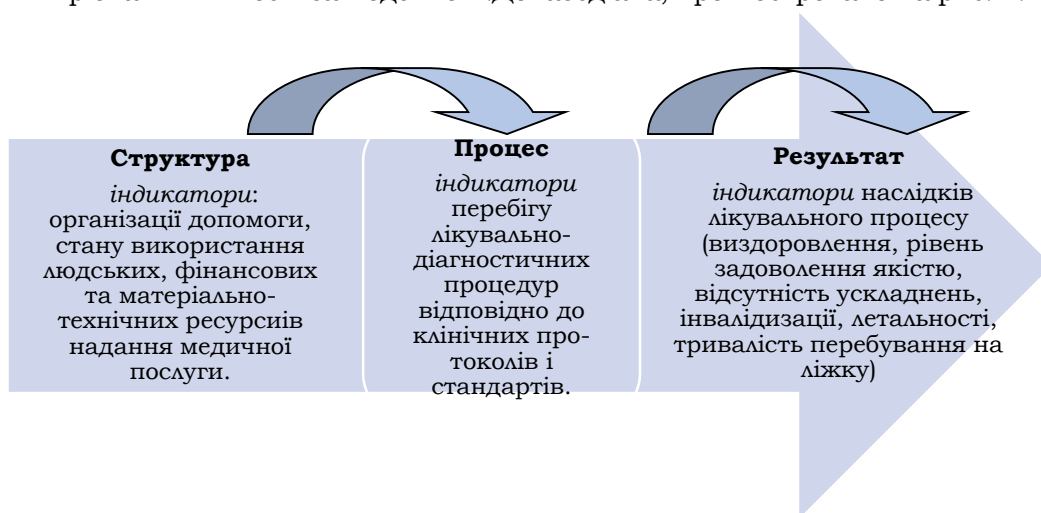


Рис. 4. Зміст індикаторів якості за тріадою А. Донабедіана у сфері охорони здоров'я

В сучасній медичній практиці вимірювання якості здійснюється з використанням клінічних індикаторів (або індикаторів якості медичної допомоги). **Під клінічними індикаторами розуміється кількісний показник, що відображає структуру, процес або результат надання медичної допомоги [20].** Поняття «індикатор якості медичної допомоги» трактується як поєднання кількісної та якісної складової показника, відносно якого існують докази чи консенсус щодо його безпосереднього впливу на якість медичної допомоги. Визначається він, як правило, ретроспективно.

Індикатори якості напряду не забезпечують відповідний рівень якості, але слугують вказівниками для ідентифікації можливих проблем

надання якісної медичної допомоги та вказують на можливості підвищення рівня якості обслуговування пацієнтів та покращання процесу лікування. Безпосередньою сферою застосування клінічних індикаторів в закладі охорони здоров'я є оптимізація процесу підвищення якості наданих медичних послуг шляхом порівняння аналогічних практик та відповідності клінічним протоколам. За висновками міжнародних фахівців, їх впровадження дозволяє забезпечити однорідність методів оцінки результатів у формі еталонного порівняння. Окрім того, клінічні індикатори охоплюють результати та якість лікування в ключових аспектах медичної допомоги, а саме: безпеці пацієнта; якості лікувальної технології і процесу; якості ресурсів; довірі пацієнта.

Міжнародна практика використання індикаторів якості свідчить, що не існує якогось єдиного універсального індикатора, який дозволив би всебічно вимірювати і оцінювати таке складне поняття як якість медичної допомоги. Тому існує потреба в розробленні системи клінічних індикаторів. При цьому кожен з них надаватиме необхідну інформацію щодо конкретних аспектів діяльності закладу та медичного працівника. Отже опис кожного такого індикатора повинен містити рекомендації стосовно як його належного обчислення, так і аналізу, інтерпретації і застосування.

Конкретизовані критерії та індикатори за кожним із видів медичної допомоги містяться у відповідних медико-технологічних документах (медичних стандартах, клінічних настановах та протоколах), що розробляються в рамках загальнодержавних та галузевих програм, а також комплексних заходах підвищення якості надання медичної допомоги.

Залежно від сфери застосування та змісту, *індикатори якості медичної допомоги* класифікуються за різними ознаками, зокрема: а) за складовими якості медичної допомоги, що оцінюються; б) впливом на результат; в) за принципами охоплення цільової групи; г) за вихідними даними; д) за періодичністю отримання; е) стосовно чинних стандартів медичної допомоги е) за структурою. Деталізований перелік індикаторів, об'єднаних у відповідні групи, наведений на рис. 5.

Важливим аспектом у формуванні індикаторів якості є ступінь їх достовірності, який залежить від повноти і достовірності інформації, на основі якої він розробляється. У світовій практиці такі індикатори базуються на первинних даних, які містяться в медичній документації та електронних медичних записах. Так, міжнародна Організація економічного співробітництва та розвитку (ОЕСР) для розроблення індикаторів якості використовує наступні типи е-даних: госпіталізації пацієнтів; надання первинної допомоги; канцер-реєстрів та інших спеціалізованих реєстрів; призначень лікарських засобів; динаміки смертності; досліджень досвіду пацієнтів; обстежень стану здоров'я населення; реєстри населення або дані переписів; класифікаторів тощо.



Рис. 5. Класифікація індикаторів якості надання медичних послуг

Як свідчить практика, в сучасній національній системі охорони здоров'я впровадження індикаторів якості медичної допомоги супроводжується певними проблемами. Передусім, це ненадійність, спрощеність та наявність помилок в суттєвій медичній інформації, яка використовується для їх розроблення, приховування інформації у випадках, якщо значення індикатора стає підставою для здійснення реорганізаційних змін в закладі, або ж прийняття кадрових рішень. Іншою вагомою проблемою є недосконалість процесу розробки технічно надійних і таких, що інтерпретуються, індикаторів якості, оскільки невірно обчислені, вони є загрозою для прийняття адекватних і відповідних складеній ситуації управлінських рішень.

2. Система управління якістю надання медичних послуг

Управління якістю є скоординованою діяльністю, яка полягає у спрямуванні та контролюванні забезпечення надання якісних медичних послуг (медичної допомоги) належного рівня. Ґрунтується, переважно, на отриманні об'єктивної, повної та достовірної інформації про реальні події і факти, встановленні відповідності наданих медичних послуг затвердженим медичним стандартам, клінічним настановам та локальним протоколам.

Управління якістю має здійснюватися системно, тобто в закладі охорони здоров'я повинна бути створена власна система управління якістю. **Система управління якістю** є організаційною структурою з чітким розподілом відповідальності, процедур, процесів та ресурсів, необхідних для встановлення і досягнення цілей в сфері якості. Таке управління реалізується в межах діючих систем якості. Систему якості варто розглядати як сукупність організаційних і технічних заходів, методик і ресурсів, необхідних для надання гарантій споживачу, що отримана послуга буде відповідати встановленим вимогам до її якості.

В рамках забезпечення якості та її постійного поліпшення, важливо налагодити внутрішні взаємозв'язки між всіма складовими управління закладом охорони здоров'я, що є необхідною умовою забезпечення ефективної і результативної його діяльності, спрямованої на задоволення потреб споживачів медичних послуг. Загальна організаційна схема взаємозв'язків системи менеджменту та системи управління якістю наведена на рис. 6 [29].

Зважаючи на специфіку медичної практики та особливості діяльності закладів охорони здоров'я, у змісті системи управління якістю виділяють клінічні, організаційно-управлінські, економічні та правові компоненти, які у комплексному їх застосуванні, дозволяють забезпечити ефективність та вибудувати цілісну модель такого управління відповідно до міжнародних стандартів ISO.

Клінічна складова передбачає використання адекватних і доказових клініко-організаційних технологій, які ґрунтуються на принципах доказової медицини та міжнародних стандартах ISO 9000 [29].

Організаційно-управлінський зріз управління якістю містить дії з: підтримання медичних технологій необхідним ресурсним забезпеченням (кадровим, матеріально-технічним, інформаційним, фінансовим); здійснення профілактичних заходів та вчасне виявлення захворювання; проведення якісної та своєчасної діагностики пацієнтів; відпрацювання маршруту руху пацієнтів; чіткої організації етапності медичної допомоги та організації взаємодії всіх структурних підрозділів; навчання керівників і медичного персоналу питанням якості, уміння працювати в команді; належної акредитації медичних закладів і ліцензування діяльності.

Економічний аспект системи управління якістю зорієнтований на визначення оптимальної вартості клінічних технологій. В сучасній медичній практиці зарубіжних країн найбільш застосовуваними є такі: а) мінімізація витрат (cost-minimization analysis); б) аналіз результативності (cost-effectiveness analysis); в) аналіз вигідності витрат (cost-benefit analysis); г) аналіз корисності витрат (cost-utility analysis).

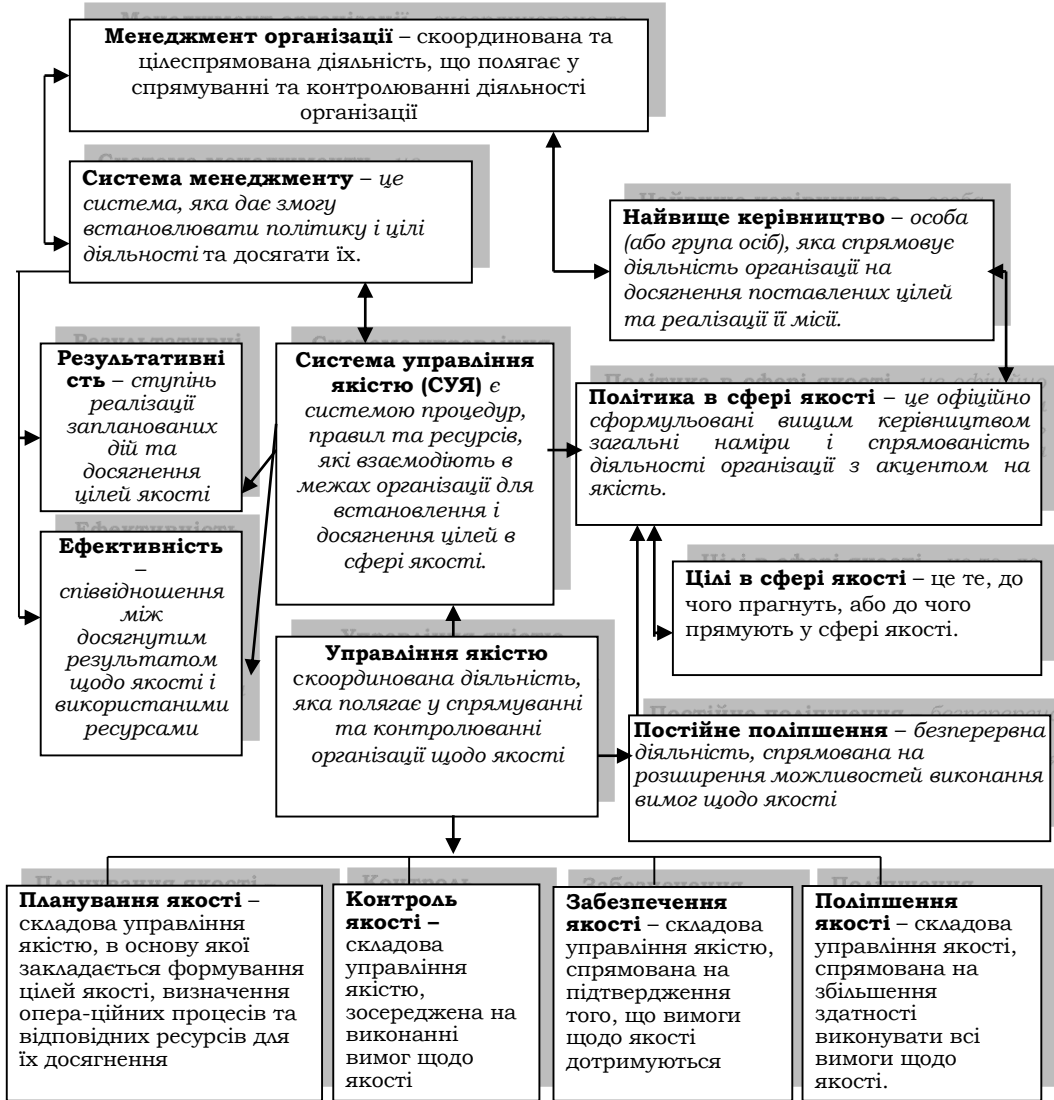


Рис. 6. Організаційні взаємозв'язки системи менеджменту та управління якістю в організації

Примітка. Наведено за [4;29].

Правові аспекти управління якістю в ЗОЗ полягають у: правовій підтримці клініко-організаційних технологій; захисті прав пацієнтів та прав лікарів; попередженні лікарських помилок та організації системи спостереження за лікарськими помилками і їх наслідками; страхуванні ризику професійної лікарської діяльності тощо).

Базовими платформами підтримки системи управління якістю в закладі охорони здоров'я є міжнародні стандарти якості ISO серії 9000, концепція TQM (Total Quality Management – управління, що ґрунтується на якості); Цикл PDCA (цикл Демінга), діагностичне самооцінювання.

Міжнародні стандарти якості ISO 9000 є мінімальним набором правил, якими має керуватися кожна організація, діяльність якої спрямовується на постійне покращення та зменшувати кількості проблем як всередині, так і при взаємодії з зовнішніми стейкхолдерами. За своїм функціональним призначенням ці стандарти є універсальними, містять опис елементів, що їх мають включати системи якості різних типів організацій і зорієнтовані на управління, яке ґрунтується на якості. З метою урахування особливостей сфери організації системи управління в закладах охорони здоров'я міжнародною спільнотою на базі стандарту ISO 9001:2015 був розроблений стандарт EN 15224:2015, та ідентифікований в Україні як національний стандарт ДСТУ EN 15224:2019 Системи управління якістю. EN ISO 9001:2015 у сфері охорони здоров'я (EN 15224:2016, IDT) [3]. Вимоги даного стандарту вступили в дію з 01.01.2020р. і поширюються на підприємства, установи й організації будь-якого розміру, сфери медичної практики, організаційно-правової форми та власності.

Аналітичні оцінки практики упровадження систем управління якістю в закладах охорони здоров'я України за рекомендаціями міжнародних стандартів, свідчать, що такий процес на сьогодні є неактивним та, скоріше, проблемним. Не зважаючи на прийняті нормативні акти Міністерства охорони здоров'я України щодо необхідності впровадження таких систем в практичну діяльність закладу охорони здоров'я, проблемою їх імплементації є невідповідність діючої системи управління вимогам міжнародних стандартів, що спричиняє дублювання функцій та перенавантажує діючу організаційну структуру управління. На рис. 7 продемонстровані відмінності діючої на даний час системи управління закладом охорони здоров'я і бажаної її моделі з точки зору відповідності міжнародним стандартам якості ISO 9000.

З метою забезпечення та підвищення результативності діяльності організації міжнародні стандарти ISO серії 9000 рекомендують дотримуватися встановлених *принципів якості*, які є *фундаментальними засадами та ідеями*, що закладаються в основу побудови та функціонування системи управління якістю.

В сучасних умовах реформування системи управління закладом охорони здоров'я та подолання викликів, пов'язаних з його автономізацією, а також, забезпечення чіткої орієнтації на надання виключно якісної медичної допомоги, вся управлінська діяльність має ґрунтуватися на дотриманні семи **ключових принципів якості** [4;29], зокрема:

- 1) орієнтування на замовника (споживача медичної послуги);
- 2) лідерства керівництва (закладу охорони здоров'я);
- 3) задіяності персоналу у процесі управління якістю;
- 4) впровадження процесних підходів (в управлінні та наданні послуг);
- 5) постійного поліпшення та удосконалення процесів управління;

- б) прийняття рішень на підставі фактів та реальних ситуацій (що мають місце в медичній практиці);
- 7) управління взаємовідносинами та стосунками з стейкхолдерами (врахування інтересів і потреб зацікавлених сторін).

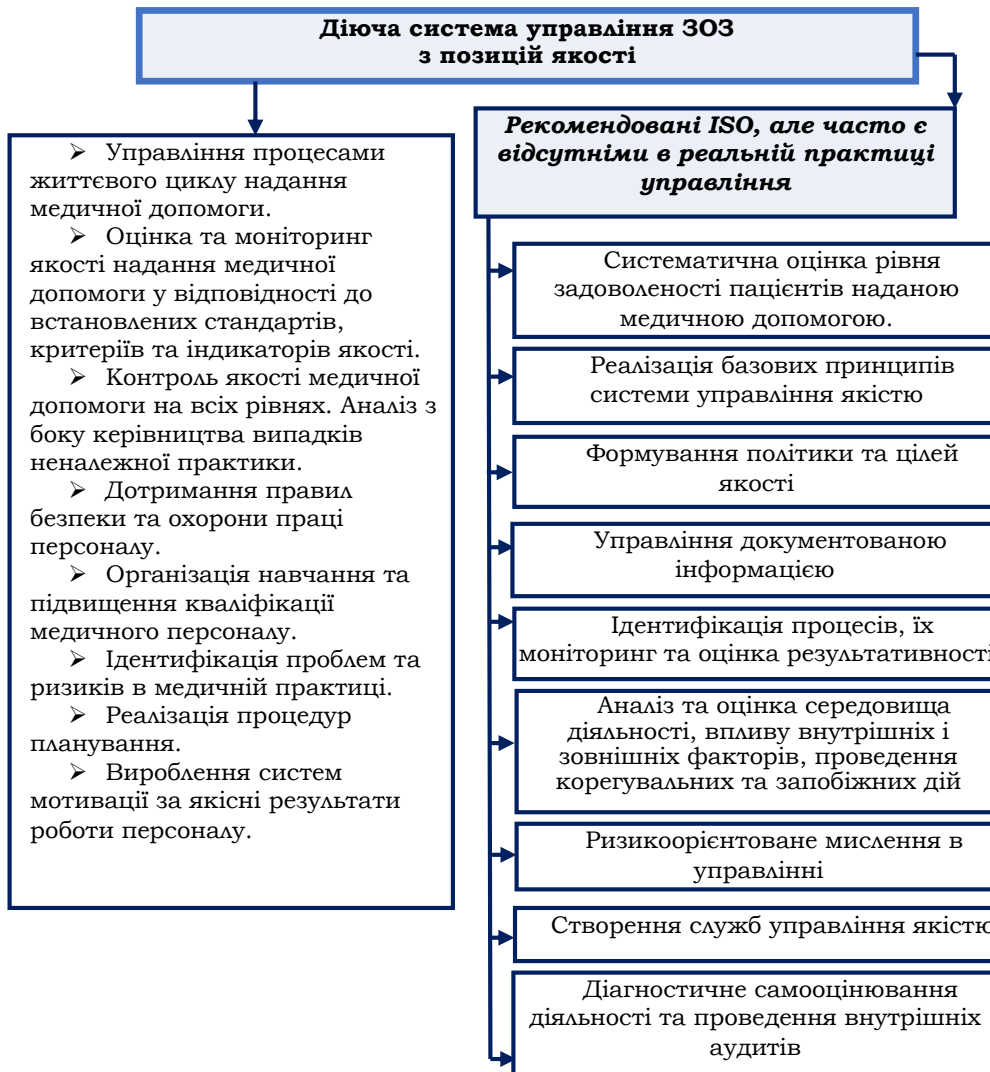


Рис. 7. Відмінності між діючою і рекомендованою міжнародними стандартами ISO 9000 системами управління якістю в закладі охорони здоров'я

Змістове наповнення принципів управління якістю в закладі охорони здоров'я наведено на рис.8.

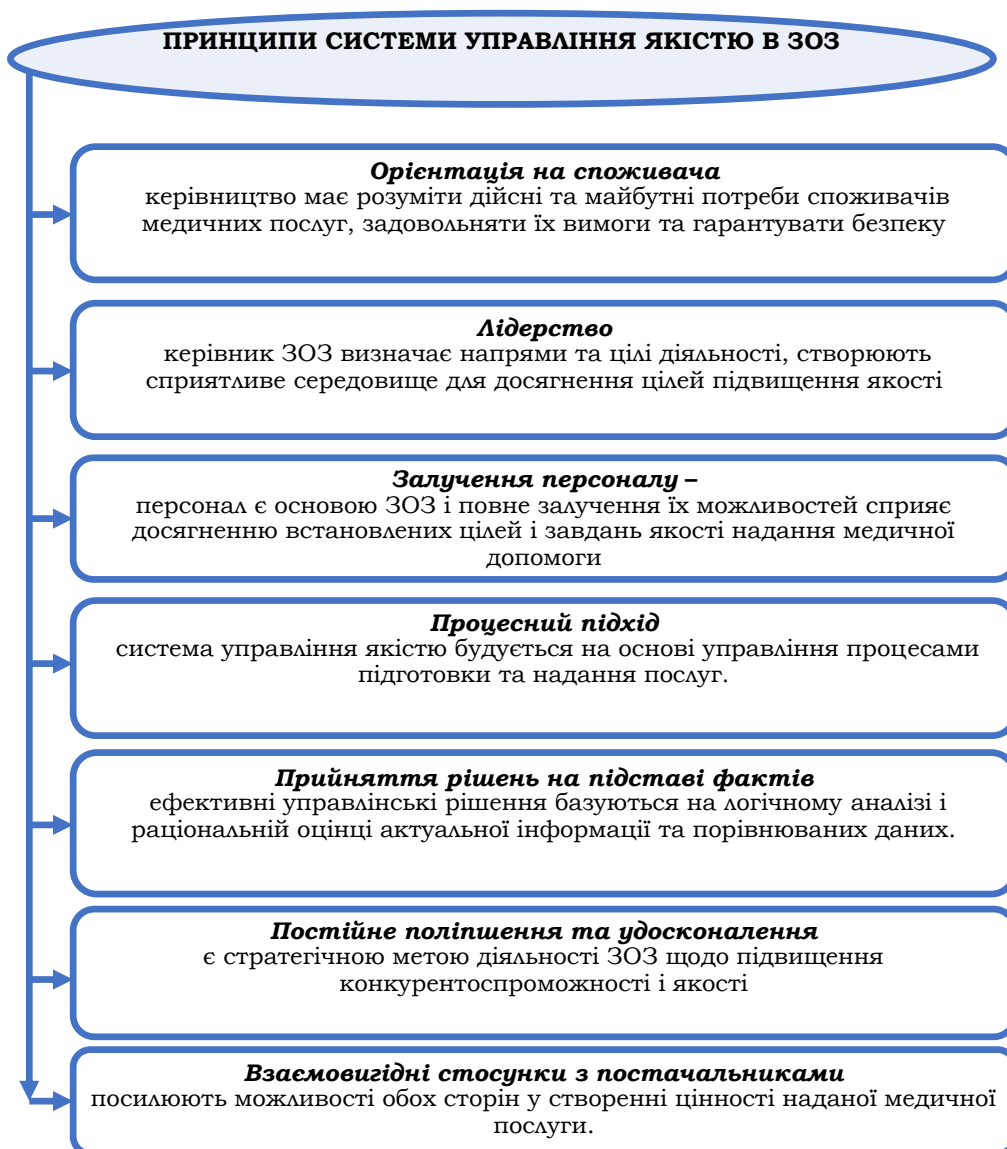


Рис. 8. Зміст сучасних принципів управління якістю в закладі охорони здоров'я

Використання у практиці управління якістю вищезначених принципів дозволяє закладу охорони здоров'я упорядкувати власну діяльність, орієнтуватися на потреби і вимоги споживача та більш ефективно розв'язувати завдання підвищення якості надання медичної допомоги.

Важливим інструментом в забезпеченні якісного управління закладом охорони здоров'я є використання фундаментальних положень та

принципів концепції TQM (Total Quality Management). Її зміст, інтерпретований до функціоналу закладу охорони здоров'я, полягає в тому, що *управління якістю має охоплювати всі стадії життєвого циклу надання медичної допомоги, всі рівні управлінської ієрархії системи охорони здоров'я і спрямовуватися на постійне підвищення рівня задоволеності пацієнтів якістю медичної допомоги та якістю організації медичного обслуговування всього населення.*

Концептуальною ідеєю TQM є «відповідальність перед суспільством, тобто коли організація усвідомлює, що довготривалий успіх можливий лише тоді, коли її діяльність є корисною для суспільства, співпадає з його цінностями та цілями». Загалом, за висновками науковців [30;12], ефективність управління якістю, згідно концепції TQM, забезпечується трьома основними умовами: глибоким розумінням вищим керівництвом потреби у необхідності постійного підвищення якості; першочерговим інвестуванням не в обладнання, а в персонал, їх розвиток, удосконалення професійної здатності та компетентностей; створювати і розвивати організаційні структури (служби) якості з метою впровадження та забезпечення ефективного функціонування повноцінного управління на засадах TQM, тобто, системи менеджменту, що ґрунтується на якості.

Система TQM ґрунтується на логічному взаємоув'язанні чотирьох базових компонентів системи управління якістю: *плануванні якості, забезпеченні якості; аналізі і контролюванні якості; поліпшенні (постійному підвищенню) якості* (рис. 9).

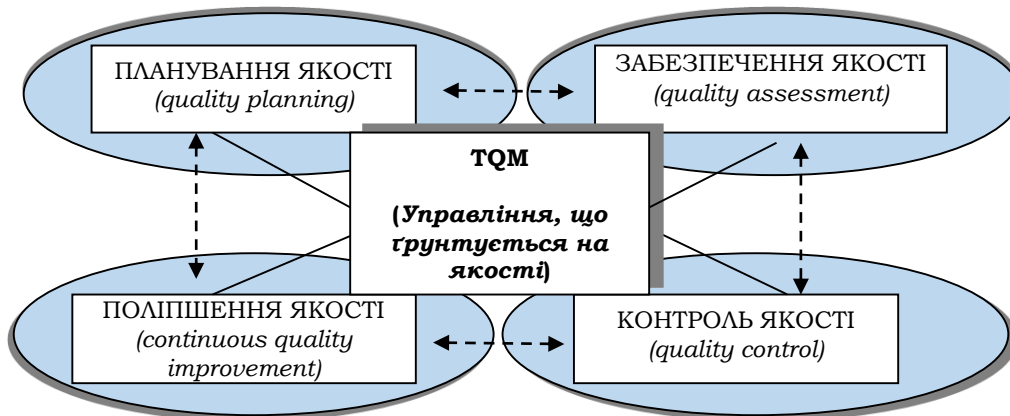


Рис. 9. Базові елементи управління якістю в системі TQM

Процес *планування якості (quality planning)* в закладі охорони здоров'я, зорієнтований, передусім, на вироблення цілей якості надання медичних послуг, формулювання політики якості закладу охорони здоров'я, управління ризиками в процесі надання медичних послуг, вироблення стратегії підвищення якості. Ґрунтується на урахуванні виявлених потреб і

очікувань споживачів, а також, потенційних (ресурсних та організаційних) можливостей їх задовольнити, в результаті чого встановлюються завдання з якості та конкретизуються відповідні цілі у сфері якості.

В рамках *забезпечення якості (quality assessment)* впроваджуються заходи, спрямовані на підтвердження дотримання встановлених медичними стандартами критеріїв якості та надання впевненості пацієнту в тому, що послуга буде якісною і безпечною.

Процедура *контролю якості (quality control)* полягає у відстеженні результатів надання медичної допомоги з метою встановлення їхньої відповідності прийнятним вимогам (стандартам) якості. За результатами проведеного контролю, розробляється система практичних заходів (корегувальних та запобіжних дій) щодо усунення виявлених причин, що негативно впливають на якість.

Постійне підвищення якості (continuous quality improvement) передбачає вироблення заходів, спрямованих на підвищення ефективності та результативності медичних втручань, впровадження новітніх медичних технологій та обладнання, застосування в медичній практиці міжнародних стандартів якості надання медичних послуг. Загалом, діяльність, пов'язана з поліпшенням якості, спрямовується на удосконалення організаційного, технологічного, ресурсного рівня надання послуг, раціоналізації процесів та актуалізації діючих систем якості, що дозволяє закладу охорони здоров'я нарощувати можливості виконувати вимоги споживачів щодо якості і безпеки отримуваної медичної допомоги.

Дієвим алгоритмом покращання процесу управління в практику управління якістю є застосування Циклу PDCA (Plan-Do-Check-Act) відомого як цикл Демінга. В його рамках передбачається виконання чотирьох послідовних видів робіт: планування – виконання – перевіряння – аналізування та діяльність. За змістом такі роботи полягають в наступному:

- *плануй*: установлюй цілі системи та її процеси, а також ресурси, потрібні для отримання результатів відповідно до вимог замовників і політик організації, а також виявляй та реагуй на ризики та можливості;
- *виконуй*: упроваджуй те, що заплановано;
- *перевіряй*: здійснюй моніторинг і вимірюй процеси зважаючи на політику, цілі, вимоги та заплановані роботи, а також звітуй про результати;
- *дій*: на основі аналізу результативності, упроваджуй відповідні заходи для вдосконалення і підвищення дієвості системи управління.

Даний цикл покладений в основу розроблених міжнародних стандартів ISO (в т.ч. і стандарту EN 15224:2019 «Системи управління якістю у сфері охорони здоров'я»), рекомендується до використання в управлінні всіма процесами в організації, забезпечує системний підхід в

менеджменті, реалізуючи через його основні функції ідею постійного поліпшення та удосконалення. Загальна модель циклу, орієнтована на постійне покращання системи управління якістю, наведена на рис.10.

A – Аналізувати та діяти

Здійснювати коригувальні дії, спрямовані на постійне удосконалення процесу управління

P – Планувати

Визначати цілі в галузі якості, орієнтувати процеси на отримання результатів діяльності, які відповідають вимогам споживачів

Розвиток та постійне удосконалення системи управління якістю

C – Перевіряти

Проводити моніторинг якості та здійснювати вимірювання результатів діяльності на предмет відповідності цілям ЗОЗ та вимогам пацієнтів

D – Виконувати

Приймати рішення у сфері якості та впроваджувати процеси

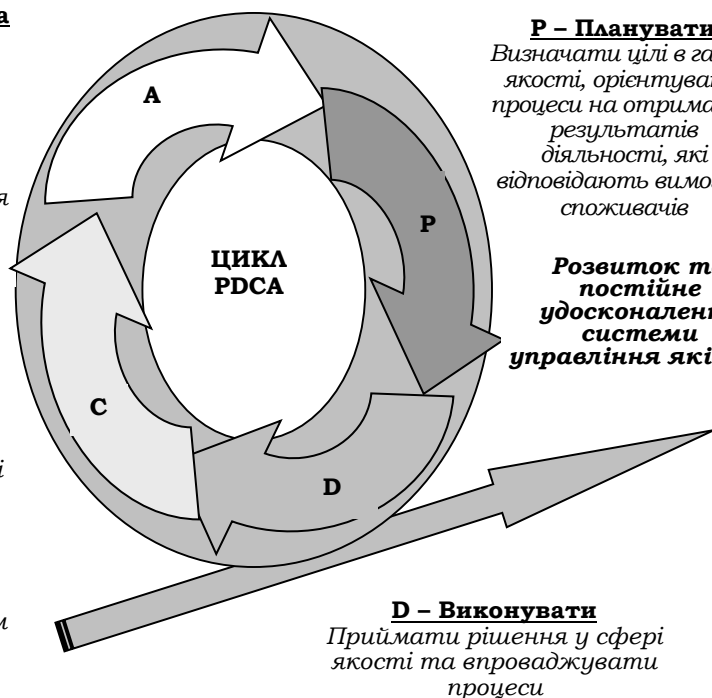


Рис. 10. Цикл PDCA (цикл Демінга) в системі забезпечення якості управління закладом охорони здоров'я

Примітка. Наведено та адаптовано за [17;12].

Загалом, управління якістю в закладі охорони здоров'я забезпечується гармонійним поєднанням таких компонентів, як: якість медичного персоналу; якість медичних технологій та обладнання; якість процесу надання медичної допомоги (починаючи від обстеження пацієнта і встановлення діагнозу, його лікування та проведення реабілітаційних і профілактичних дій); якість лікарських засобів; якість організації медичної практики; якість медичних процедур; якість медичної інформації; якість законодавства в сфері охорони здоров'я.

В умовах реформування сфери охорони здоров'я важливого значення набуває проблема підвищення якості власне системи управління ЗОЗ, основною метою якого є забезпечення спроможності надавати якісну медичну допомогу в достатньому для споживача обсязі. Відповідно, критерієм якісного управління стає ступінь задоволеності споживача рівнем якості отриманої допомоги. Досягнення зазначеної мети залежить від низки чинників, що мають зовнішній та внутрішній характер. Основними з них є:

- ефективність організаційної побудови та системи управління охороною здоров'я в державі в цілому;
- напрями та обґрунтованість пріоритетів здійснюваних реформ галузі;
- достатність обсягів та актуальність джерел фінансування її розвитку;
- рівень використовуваних сучасних медичних технологій та обладнання;
- наявність висококваліфікованих медичних кадрів та кадрова забезпеченість закладів охорони здоров'я;
- стан запровадження систем забезпечення якості медичної допомоги в управлінську діяльність;
- наявність чітких та зрозумілих стандартів якості медичної допомоги та їх гармонізація із зарубіжними аналогами;
- наявність критеріїв та методик оцінювання якості роботи медичного персоналу;
- залученість персоналу до прийняття рішення щодо якості в закладі охорони здоров'я, їх навчання та мотивація.

Водночас, як свідчить практика, враховуючи специфіку діяльності закладів охорони здоров'я, досягнення встановлених критеріїв якості управління є складним завданням. Пов'язується це, передусім, з такими особливостями надання медичної допомоги, як: висока спеціалізація основної діяльності, що часто має терміновий і невідкладний характер; складність при визначенні критеріїв якості в межах процесу надання допомоги на всіх її етапах та рівнях, а також, вимірюваності результатів роботи; відсутність права на невпевненість і помилку; потреба в тісній комунікативній роботі різних структурних підрозділів та спеціалістів, а також в надійній та однозначній медичній інформації; необхідний високий рівень кваліфікації медичних працівників; залежність результатів роботи від якості лікарських препаратів та технічної оснащеності процесу лікування та реабілітації.

3. Інституційні аспекти побудови системи управління якістю в закладі охорони здоров'я

Процеси реформування системи охорони здоров'я та проблеми, що її супроводжують, обумовлюють необхідність вироблення дієвих механізмів управління якістю та їх впровадження у практичну діяльність закладу охорони здоров'я. Таке управління спрямовується, передовсім, на гарантування населенню доступності і безпеки медичної допомоги та підвищення рівня їхньої задоволеності якістю наданих медичних послуг і може бути зреалізованим в рамках запровадження системи управління якістю відповідно до вимог та рекомендацій міжнародних стандартів ISO.

Побудова та впровадження системи управління якістю в закладі охорони здоров'я є стратегічним рішенням, що допоможе йому підвищити загальну ефективність роботи та забезпечити надійну основу для розвитку. Потенційними вигодами впровадження системи управління якістю є:

- а) здатність послідовно та на неперервній основі надавати медичні послуги, що відповідають вимогам замовника та встановленим законодавчим та регламентним критеріям якості і безпеки;
- б) створення можливостей для підвищення задоволеності споживачів медичних послуг;
- в) урахування ризиків та можливостей, пов'язаних із середовищем і цілями діяльності закладу;
- г) здатність демонструвати відповідність системи управління якістю встановленим вимогам.

Водночас така система заохочує заклади до: 1) аналізу вимог пацієнтів; 2) визначенню процесів, необхідних для надання якісних послуг; 3) управління процесами надання медичної допомоги; 4) постійного удосконалення цих процесів.

Відповідно до вимог МС ISO розроблення системи управління якістю передбачає виконання таких видів організаційних дій:

- 1) діагностика діючої системи якості та підготовка наказу керівництва закладу про впровадження системи управління якістю;
- 2) формування команди (групи) для розробки і впровадження системи управління якістю в закладі охорони здоров'я;
- 3) навчання персоналу;
- 4) складання плану впровадження системи управління якістю;
- 5) розподіл відповідальності і повноважень;
- 6) ідентифікація клінічних процесів і технологій.
- 7) розроблення процедур системи управління якістю;
- 8) формування цілей якості та визначення політики якості закладу охорони здоров'я;
- 9) проведення внутрішнього аудиту системи управління якістю;
- 10) проведення передсертифікаційного аудиту;
- 11) сертифікація системи управління якістю (рис. 11).

При запровадженні системи управління якістю в діяльність закладу охорони здоров'я виникає багато проблем, пов'язаних з дотриманням вимог міжнародних стандартів якості, передусім, щодо: ідентифікації та опису процесів діяльності; розроблення цілей з якості та кількісних їх характеристик за всіма процесами і рівнями управління; формування цілісної політики якості закладу охорони здоров'я; розроблення документації системи управління якістю (їх переліку, змісту і структури) та управління документованою інформацією; формування методичного забезпечення існуючих стандартних методик діяльності; механізмів

управління невідповідностями та помилками, передусім в дотриманні клінічних протоколів і схем лікування та здійснення медичної практики; вимірювання, аналізування та поліпшування клінічних процесів; визначення сфер відповідальності медичного персоналу, повноважень та інформування; оцінювання рівня задоволеності пацієнта якістю надання медичної послуги тощо.



Рис. 11. Етапи побудови системи управління якістю в закладі охорони здоров'я

Впровадження процесного підходу в управлінні є обов'язковою вимогою міжнародних стандартів якості. Під **процесним підходом** розуміють застосування у межах організації системи процесів разом з їх ідентифікацією та взаємодією, а також, управління ними з метою отримання встановленого результату. Процесна модель управління є своєрідним механізмом впорядкування та структуризації робіт та дає можливість розглядати її діяльність як у вертикальному, так і горизонтальному зрізах за принципом замкнутого циклу управління [17].

Згідно вимог стандартів ISO будь-яка організація при впровадженні систем управління якістю повинна: встановити чіткий перелік та кількість процесів, необхідних для управління якістю; структурувати процеси, встановити послідовність їх здійснення та взаємодію, визначити чіткі межі між процесами; визначити відповідальних за процес (власників процесу);

сформувані критерії і методи, необхідні для забезпечення результативності процесів та ефективності управління ними; забезпечити наявність ресурсів і інформації, необхідних для підтримки функціонування й моніторингу цих процесів; здійснювати моніторинг, вимірювання та аналізування результативності процесів за визначеними показниками; здійснювати необхідні дії для досягнення запланованих результатів і безперервного вдосконалення цих процесів [29].

У сфері охорони здоров'я очікувані результати медичної практики переважно спрямовані на покращення або підтримання стану здоров'я пацієнтів, які є основними замовниками медичних послуг. Всі **процеси**, які забезпечують ефективну діяльність закладу охорони здоров'я, за статусністю **поділяються на 4 групи**: процеси управління: основні процеси, допоміжні процеси та процеси основні, моніторингу, оцінки, аналізу, вимірів та поліпшення кожного процесу діяльності та ідентифікуються за такими ознаками:

1 – процеси, що пов'язані із управлінням та відповідальністю керівництва закладу охорони здоров'я у сфері якості – **процеси управління**;

2 – процеси безпосереднього надання медичної допомоги (лікувальної, профілактичної, діагностичної, реабілітаційної, догляду) – **основні процеси**;

3 – процеси з управління ресурсами для забезпечення лікувально-діагностичного процесу – **допоміжні процеси**;

4 – **процеси моніторингу, оцінки, аналізу, вимірів та поліпшення кожного процесу діяльності** (вимірювання задоволеності споживачів, внутрішні аудити, моніторинг процесів, управління невідповідностями) [9].

Зазначені групи процесів у певних межах виконуються на кожному рівні управління закладом охорони здоров'я: керівника закладу, його заступників, керівників структурних підрозділів, безпосередніх виконавців (рівень самоуправління). Взаємозв'язок основних процесів у закладі охорони здоров'я проілюстрований на рис. 12.

Окрім базових процесів, в закладі охорони здоров'я в рамках кожного із них варто ідентифікувати *підпроцеси*, які характеризують і конкретизують операційну діяльність і дозволяють забезпечити відповідну їй ефективність і результативність. Зокрема, процес «Управління та відповідальність керівництва» (рис.12) передбачає здійснення таких груп робіт: стратегічне планування розвитку закладу; аналіз з боку керівництва та прийняття управлінських рішень на підставі виявлених фактів недотримання протоколів лікування і стандартних операційних процедур, допущених помилок тощо; вироблення схем взаємодії з пацієнтами;

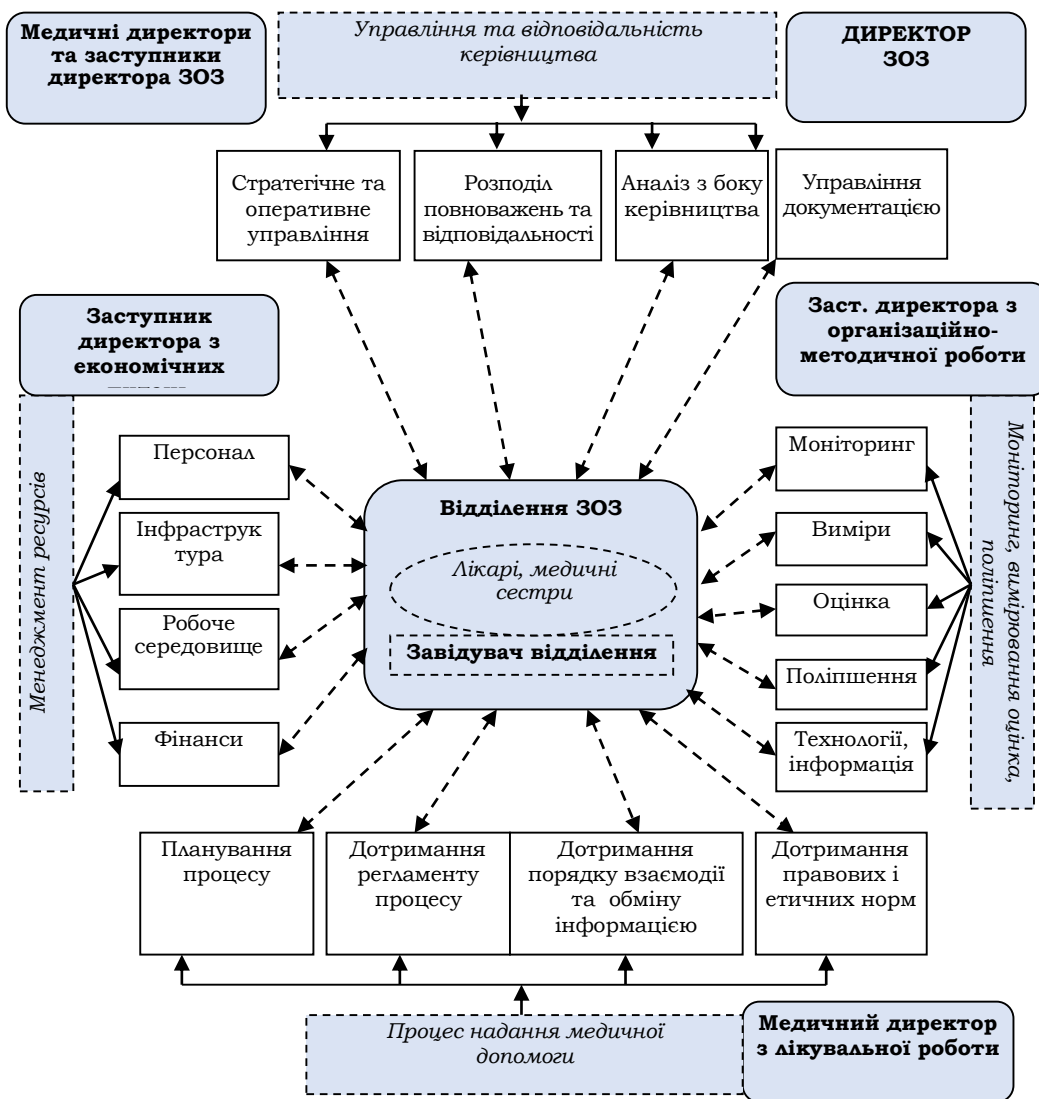


Рис. 12. Ідентифікація процесів надання медичної допомоги в закладі охорони здоров'я

розробка індикаторів якості та локальних протоколів медичної допомоги; розроблення політики і стратегічних цілей в сфері якості медичної допомоги; планування діяльності з досягнення цілей на стратегічному, тактичному і оперативному рівнях управління; прийняття управлінських рішень з поліпшення якості медичної допомоги, ресурсного забезпечення та функціонування системи; впровадження новітніх медичних технологій тощо. В рамках процесу відповідальності керівництва, воно має інформувати персонал про прийняті рішення в сфері якості. Такі дії проводяться шляхом спілкування з персоналом безпосередньо на робочих

місцях; проведення нарад та зборів для відзначення кращих фахівців і результатів роботи; використання аудіовізуальних і електронних засобів, (електронної пошти та веб-сайтів); опитування працівників і застосування схем подання пропозицій.

Варто зазначити, що стандарт EN 15224:2015, всі процеси надання медичної допомоги в закладі охорони здоров'я, рекомендує ідентифікувати за трьома видами: *клінічні процеси; дослідні процеси; навчальні процеси.* *Клінічні процеси* є основним типом процесів і охоплюють всі види медичної діяльності та взаємодії між пацієнтом та медичними працівниками: від первинного звернення до реабілітаційних заходів та вирішення проблем зі здоров'ям. *Клінічні процеси* розробляють так, щоб вони відповідали цілям та вимогам якості, встановленим для критеріїв якості за кожною проблемою зі здоров'ям. Метою *дослідного процесу* є сприяння підвищенню знань і подальше вдосконалення системи охорони здоров'я. *Навчальний процес* охоплює процеси базової професійної освіти та підвищення кваліфікації медичних працівників.

При впровадженні системи управління якістю заклад охорони здоров'я в обов'язковому порядку має вести задокументовану інформацію. *Задокументована інформація* – це:

- документація, яку заклад має контролювати та підтримувати в актуальному стані на носіях, на якому її розміщено;
- документи, одна частина яких висуває вимоги до виконання процесів системи, а інша – засвідчує досягнуті результати виконання цих процесів.

Обсяг документації, її вид і форму визначає заклад з огляду на складність та важливість процесів, вимоги нормативно-правових актів України щодо його діяльності, компетентність персоналу та інші особливості діяльності. Кількість документів та обсяг документації має бути оптимальною, щоб забезпечити належне функціонування процесів системи.

В закладі охорони здоров'я задокументована інформація містить *два типи документів: задокументовані процедури і записи.* Їх перелік і мета застосування наведені в табл. 1.

Таблиця 1

Задокументована інформація в закладі охорони здоров'я в рамках впровадження систем управління якістю

Тип	Для чого необхідна	Приклади
Задокументована процедура (документ)	Визначає вимоги до процесів і послуг, що здійснюються в організації	Медичні стандарти; стандартні операційні процедури; положення; методики

Тип	Для чого необхідна	Приклади
Запис	Фіксує результат виконання будь-якого процесу (діяльності) та є доказом досягнутих результатів	Журнали та листи обліку хворих; протоколи; висновки

Між зазначеними видами задокументованої інформації існує суттєва різниця, а саме: у задокументовану процедуру можна вносити зміни та доповнення, аби поліпшувати якість роботи, водночас, у записи вносити зміни неприпустимо і протиправно. Такі зміни є свідченням того, що під час оформлення документа були допущені помилки або результат процесу був сфальсифікованим, що породжує сумніви щодо достовірності внесених даних у процес лікування, як і самого процесу лікування.

В частині документування методик, протоколів (записів) з якості, що стосуються міжфункціональних дій в закладі охорони здоров'я, то вони мають розроблятися спеціальними робочими групами, очолюваними керівниками структурних підрозділів за загальним керівництвом представника з якості, що сприятиме дотриманню принципу процесного підходу. В іншому випадку неузгодженості в діях медичного персоналу різних структурних підрозділів призведуть до відмови від використання документа, а отже, його неефективності.

Усі документи, необхідні для побудови ефективної системи управління якістю, мають бути доступні для працівників закладу охорони здоров'я. Умовно їх поділяють на чотири рівні.

До **документів першого рівня** належать: Політика у сфері якості; задокументовані цілі у сфері якості та програми з їх досягнення; Настанова з якості; матриця процесів. *Документи цього рівня містять загальні вимоги до функціонування закладу охорони здоров'я відповідно до сфери його діяльності.*

До **документації другого рівня** належать методики та інструкції системи управління якістю. Методика системи управління якістю установає основні вимоги до процесу. Інструкції містять більш детальні вимоги до процедури їх проведення та результативності. *Зазначений рівень документів визначає базові вимоги до конкретного підрозділу, структури, процесу, частини процесу.*

До **документації третього рівня** належать всі інші внутрішні документи системи управління якістю, зокрема: положення про підрозділи; посадові інструкції; технологічна документація (медичні стандарти, стандартні операційні процедури); організаційно-розпорядча документація; документи зовнішнього походження (нормативно-правові акти, роз'яснення державних органів, методичні рекомендації).

Задokumentована інформація третього рівня встановлює вимоги до роботи персоналу, в тому числі у сфері охорони і безпеки праці, вимоги до якості лікування, а також зовнішні документи щодо діяльності закладу та організаційно-розпорядча документація.

До **четвертого рівня документації** належать записи. Запис є видом задokumentованої інформації, який містить досягнуті результати або свідчення діяльності в межах впровадженої системи якості. Записи здійснюються як на паперових носіях, так і в електронному вигляді. Документи четвертого рівня фіксують загальні результати діяльності та досягнутий рівень якості надання медичних послуг.

Загалом, правильно сформульована та задokumentована інформація забезпечує результативне функціонування системи управління якістю. Важливою вимогою до управління документацією в закладі охорони здоров'я є постійна їх актуалізація та адаптація документів до нових умов і викликів, що є реальним підтвердженням того, що система якості удосконалюється.

Особливе значення в процесі впровадження системи управління якістю має розроблення **Політики у сфері якості**. За настановами міжнародних стандартів якості ISO, **політика якості** є офіційно сформульованими вищим керівництвом намірами щодо досягнення поставлених цілей у сфері якості, передусім забезпечення якості виконуваних робіт та усестороннього залучення до цих процесів усіх зацікавлених сторін, в т.ч. персоналу.

Політика в сфері якості в закладі охорони здоров'я має формуватися як основний принцип його діяльності у вигляді окремого документу. Такий документ повинен бути коротким, простим, зрозумілим і таким, що запам'ятовується, відображати вимоги до якості роботи кожного працівника. Важливо, щоб працівники закладу розуміли основні положення політики та могли визначати свою роль і місце у її реалізації.

У процесі підготовки політики в сфері якості необхідно зважати на наступні базові положення, які мають закладатися в її основу :

- «політика в сфері якості повинна узгоджуватися з усіма напрямками діяльності ЗОЗ та його місією;
- керівництво ЗОЗ має визначати політику в письмовій формі, оскільки вона підписується ним і доводиться до всього персоналу, а також, є візиткою закладу;
- керівництво ЗОЗ повинне забезпечувати розуміння кожним працівником закладених у політиці якості принципів роботи і гарантувати їх неухильне дотримання;
- політика якості має бути сформульована таким чином, щоб її положення стосувалися всіх сфер діяльності працівника, а не тільки процесу надання медичної допомоги» [17].

Окрім того, зважаючи на виклики та загрози в системі охорони здоров'я, які розповсюджуються і обумовлені пандемією коронавірусної хвороби, розроблення політики якості має включати ризик-орієнтовні підходи в управлінні та визначати точки дотику і можливості їх не лише врахування, але й передбачення та усунення негативних наслідків.

Як визначено в міжнародних стандартах, в основі *формування політики якості* мають лежати чітко сформульовані та затверджені **цілі з якості**, які у свою чергу, мають опиратися на ідентифіковані потреби та очікування споживачів послуг.

Цілі у сфері якості та програми з їх досягнення заклад охорони здоров'я розробляє в рамках забезпечення ефективного функціонування системи управління якістю для відповідних підрозділів, рівнів і процесів. З цією метою проводиться ґрунтовний аналіз того, що необхідно зробити; які ресурси для цього необхідні; хто буде відповідати за реалізацію відповідних заходів; в які терміни задекларовані цілі будуть зреалізовані; як оцінюватимуться результати та за якими критеріями. В основі такого аналізу мають лежати: висновки щодо вимог ринку медичних послуг, на якому діє ЗОЗ та обґрунтованих вимог і потреб споживачів медичних послуг та інших стейкхолдерів; аналітичні оцінки з боку вищого керівництва щодо результативності роботи системи якості закладу та фактичних показників із якості; результати внутрішніх і зовнішніх аудитів; оцінки потенційних клінічних ризиків та можливостей закладу відповідно до вимог документації системи управління якістю тощо. За розроблення цілей і програми у сфері якості має відповідати уповноважена особа з якості.

Основою Політики якості в ЗОЗ мають стати, також, критерії якості медичної допомоги та інтереси зацікавлених сторін. Ґрунтуючись на цих підходах, можна виділити *три базові складові політики якості* в закладі охорони здоров'я:

- політика стосовно громадян (пацієнтів) та їх обґрунтованих вимог;
- політика стосовно медичного персоналу (їх навчання, стимулювання, мотивування та забезпечення професійного розвитку);
- політика щодо партнерів та вищестоящих органів управління охороною здоров'я.

Основні положення, які можуть бути закладені у зміст виокремлених складових політики якості в ЗОЗ, наведені на рис. 13.

Цілісність впровадження системи управління якістю надання медичних послуг в закладі охорони здоров'я має забезпечуватися, передусім, шляхом формування моделі поліпшення якості медичних послуг. Відповідно до наукових та практичних напрацювань [12], така модель передбачає застосування комплексного, інтегрованого та динамічного підходу до покращення результатів роботи закладу, її постійної модифікації та удосконалення.

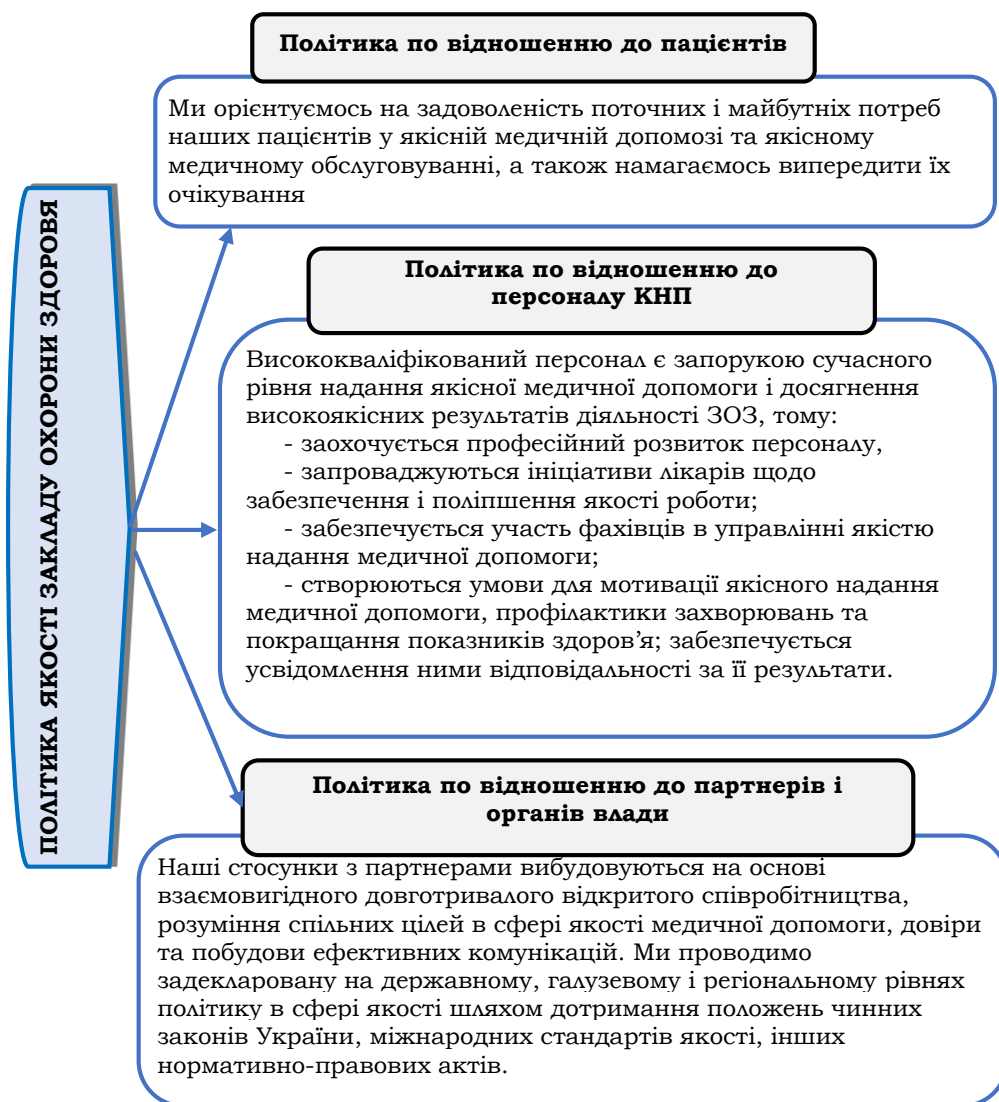


Рис. 13. Рекомендовані підходи до формування Політики в сфері якості в закладі охорони здоров'я

До основних переваг впровадження моделі можна віднести наступне:

- формування команди провідних медичних працівників, які здатні забезпечити процеси постійного поліпшення якості медичної допомоги у всіх підрозділах ЗОЗ (мультидисциплінарні команди);
- формування доброзичливого до пацієнтів та споживачів послуг середовища, зорієнтованого на постійний моніторинг і оцінювання рівня задоволеності якістю медичного обслуговування в ЗОЗ;

- створення сприятливих умов для повного та своєчасного застосування нових медико-технологічних документів на засадах доказової медицини, а також впровадження інноваційних медичних технологій;
- упровадження в медичну практику чітких індикаторів якості медичної допомоги та здійснення постійного їх моніторингу, аналізу та оцінювання;
- забезпечення відповідності ЗОЗ затвердженим Міністерством охорони здоров'я України критеріям до акредитації та сертифікації діяльності;
- запровадження в ЗОЗ такого типу організаційної культури, який би був відкритим до постійного упровадження змін в контексті підвищення якості надання медичних послуг, передусім, через впровадження нових підходів в навчання та підвищенні кваліфікації, мотивуванні медичного персоналу, оцінюванні якості їх роботи, створення сприятливого психологічного клімату, гарантування безпеки праці тощо.

4. Організація контролю якості надання медичних послуг. Клінічний аудит та аудит якості

Контроль якості медичних послуг на сьогодні регламентується Законом України «Про основи охорони здоров'я в Україні», а також низкою наказів Міністерства охорони здоров'я «Про порядок контролю та управління якістю медичної допомоги», «Про управління якістю медичної допомоги», «Про організацію клініко-експертної оцінки якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування», затвердженим Порядком контролю та управління якістю медичної допомоги, Положенням про клініко-експертні комісії, Організаційною моделлю управління та контролю якості тощо [16;21;22]. За своєю сутністю, **контроль якості медичних послуг** є процесом вимірювання показників медичної практики та порівняння їх із встановленими медичними стандартами вимогами та нормами. Тобто, об'єктивний контроль у ЗОЗ починається із запровадження стандартів (або критеріїв) щодо правил діагностування і лікування, якими є локальні клінічні протоколи.

В цілісному вигляді **система контролю якості медичних послуг** є сукупністю взаємозв'язаних елементів, що включають: а) мету, завдання та рівні контролю; б) ідентифікацію суб'єктів і об'єктів контролю залежно від виду (внутрішнього і зовнішнього) контролю; в) встановлення базових прийомів (методів) контролювання якості; г) визначення джерел інформації; д) вироблення критеріїв результативності (ефективності) контролю.

За змістом і функціоналом система контролю якості надання медичної допомоги включає такі види діяльності:

- статистичний аналіз медичних результатів діяльності закладів охорони здоров'я та його структурних підрозділів;
- експертне оцінювання якості лікувально-діагностичного процесу та його результатів;
- виявлення дефектів технології лікувально-діагностичного процесу та запобігання їм;
- планування індикаторів оцінювання інтенсивності роботи закладу загалом, його структурних підрозділів та медичних працівників зокрема;
- аналізування скарг і претензій пацієнтів та моніторинг громадської думки.

Основною метою контролю якості медичної допомоги є гарантування права пацієнтів на отримання медичної допомоги у необхідному обсязі та належної якості шляхом «оптимального використання кадрових і матеріально-технічних ресурсів охорони здоров'я, застосування медичних технологій та лікарських засобів з науково доведеною ефективністю» [22]. Відповідно базовими завданнями контролю якості медичної допомоги є гарантування забезпечення дотримання законодавства, нормативно-правових актів, медико-технологічних документів та регламентів медичної діяльності, а також, вимог і очікувань громадян.

Діюча система контролю якості надання медичної допомоги в межах конкретного закладу охорони здоров'я з урахуванням її внутрішнього і зовнішнього аспектів та суб'єктності контролювання включає 5 рівнів :

I рівень – самоконтроль лікаря і медсестер;

II рівень – контроль з боку завідувачів структурних підрозділів як медперсоналу, так і управлінців середньої ланки, що безпосередньо працюють з персоналом і пацієнтами. На даному рівні контролю завідувач здійснює експертне оцінювання рівня якості діагностичного та лікувального процесів, рівня якості надання медичної допомоги, якості оформлення та ведення медичної документації, а також, аналізу виявлених дефектів (помилки), що мали місце в лікувальному процесі;

III рівень – рівень заступника медичного директора з медичного обслуговування та уповноваженого з контролю якості. Розглядаються результати щоквартального контролю якості медичної допомоги на засіданнях лікувально-консультативної комісії та медичних радах закладу охорони здоров'я згідно з планом їх роботи;

IV рівень – контроль здійснюється медичною радою, яка оцінює якість роботи усіх підрозділів ЗОЗ щомісячно, або ж приймає відповідне рішення у випадку розбіжностей і протиріч у діагностуванні проблем.

V рівень – експертиза якості органами місцевої влади (міськими і обласними комісіями), які щомісячно оцінюють якість роботи закладу в цілому.

Відповідно до чинних нормативно-правових актів в сфері охорони здоров'я [21], система контролю якості надання медичних послуг (допомоги), реалізується через поєднання *внутрішньої та зовнішньої її форм*. *Внутрішній контроль якості* здійснюється шляхом самооцінювання відповідності наданої медичної допомоги державним вимогам, вимогам медичних стандартів і клінічних протоколів лікарями шляхом самоконтролю, контролю з боку керівництва закладу, контролю медичними радами в межах повноважень, визначених законодавством. Окрім того, такий контроль включає контроль за «рівнем кваліфікації медперсоналу та інших спеціалістів з медичною освітою і професіоналів з вищою немедичною освітою, які працюють у закладі охорони здоров'я; моніторинг реалізації управлінських рішень; моніторинг дотримання структурними підрозділами закладу охорони здоров'я стандартів у сфері охорони здоров'я, клінічних протоколів; моніторинг системи індикаторів якості медичної допомоги; вивчення думки пацієнтів щодо наданої медичної допомоги».

Зовнішній контроль якості медичної послуги проводиться державними інституціями в межах встановлених законодавством повноважень, шляхом проведення планових та позапланових перевірок. Такий контроль переважно стосується дотримання закладом охорони здоров'я ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики, експертної оцінки відповідності критеріям державної акредитації, атестації медичних працівників, проведення клініко-експертної оцінки якості та обсягів медичної допомоги. Основними напрямками зовнішнього контролю є: «експертиза процесу надання медичної допомоги хворим; клінічний аудит; стан матеріально-технічного забезпечення; організація надання медичної допомоги та вибір найбільш раціональних управлінських рішень; контроль за реалізацією управлінських рішень; дотримання кваліфікаційних вимог; вивчення задоволеності пацієнтів наданою медичною допомогою; забезпечення прав та безпеки пацієнтів».

Об'єктами контролю в системі надання медичних послуг відповідно до нормативно-правових актів визначені: рівень кваліфікації медичних працівників; організація надання медичної допомоги; критерії якості медичної допомоги; процес виконання прийнятих управлінських рішень; права і безпека пацієнтів; виявлені дефекти (помилки) медичної допомоги.

В узагальненому виді *систем контролю за якістю надання медичної допомоги* ЗОЗ представлена на рис. 14.

Контроль якості медичної допомоги має охоплювати всі складові її надання, зокрема: а) *структуру та організацію надання*; б) *процеси надання*; в) *результати надання*. В медичній практиці в обов'язковому порядку підлягають контролю:



- летальні випадки (смерть пацієнта);
- випадки ускладнень після медичного втручання;
- випадки повторної госпіталізації з причин аналогічного захворювання впродовж року;
- випадки захворювань з необхідністю подовження чи прискорення термінів лікування;
- випадки розбіжностей встановлених діагнозів лікарями діагнозів;
- випадки недотримання установлених медичних стандартів, клінічних протоколів, табелів матеріального і технічного оснащення медичного закладу;
- випадки, що супроводжуються скаргами пацієнтів, їхніми родичами або особами, які доглядають за ними.

Загальні підходи до організації контролю якості в ЗОЗ полягають у послідовному здійсненні стандартних процедур, наведених на рис. 15.



Рис.15. Процес організації контролю якості в закладі охорони здоров'я

Організаційні аспекти контролю якості надання медичної послуги передбачають досягнення його мети шляхом реалізації відповідних функцій суб'єктами контролю з використанням методів і технічних засобів контролювання на основі визначених критеріїв.

Серед **основних задекларованих методів контролю якості**, що використовуються у закладах охорони здоров'я, доцільно виділити такі: експертиза, оперативний контроль, самоконтроль і самооцінювання, соціологічні опитування, проведення клінічного аудиту, спостереження; перевірки; нагляд; оцінка дотримання вимог медико-технологічних документів, моніторинг індикаторів якості медичної допомоги.

Зокрема, **експертиза якості** дозволяє виявити конкретні недоліки, з'ясувати їх причини, розробити заходи з поліпшенню медичної допомоги. Кожна виявлена помилка (дефект), а також кожний випадок розходження в оцінці якості на різних етапах експертизи є предметом спеціального обговорення з метою підвищення рівня знань медичних працівників і вироблення єдиних підходів до лікувально-діагностичного процесу. В закладах охорони здоров'я вибіркова експертиза проводиться один раз на місяць, результати та висновки якої розглядаються на оперативних нарадах за участю завідуючих відділень і лікарів.

В межах **самоконтролю якості**, який здійснюється безпосередніми надавачами медичної допомоги (лікарями, іншим медичним персоналом відповідно до покладених на них повноважень і відповідальності з метою забезпечення якості, зазначеними у посадових інструкціях), аналізується ступінь дотримання вимог/рекомендацій діючих регламентів (наказів, розпоряджень, інструкцій, нормативів, локальних медико-технологічних документів тощо) і порівнюються отримані фактичні, проміжні і кінцеві результати власної діяльності зі встановленими нормативами у режимі реального часу. У випадку виявлення відхилень надавачем медичної допомоги вносяться відповідні корективи у процес лікування, а за необхідності – до вироблення коригувальних заходів долучається керівник структурного підрозділу.

Послідовність дій в рамках організації самоконтролю медичного працівника проілюстрована на рис. 16.

Оперативний контроль якості надання медичних послуг здійснюється заступником керівником закладу охорони здоров'я, на основі «аналізу узагальнених даних голів експертних комісій, що діють у закладі (лікарсько-контрольної, інфекційного контролю, гемотрансфузійної, летальної та ін.). Експертному комісійному контролю підлягають випадки дефектів, невідповідностей, відхилень у наданні медичної допомоги за переліком, встановленим нормативними документами». Як вхідні дані для здійснення оперативного контролю якості можуть використовуватися результати *адміністративних обходів, безпосереднього спілкування з пацієнтами та їх представниками, прийняті рішення медичної ради з актуальних питань якості медичної допомоги* [16].

Клінічний аудит за своєю сутністю, є *формою зворотного зв'язку, за результатами якої приймаються попереджувальні та корегувальні заходи, що унеможливають зниження результативності та ефективності лікувального процесу та опосередковано сприяють підвищенню професійного розвитку медичного персоналу*. Його результати спрямовуються «на покращання процесів та результатів допомоги пацієнтам через систематичний перегляд складових медичної допомоги у порівнянні з визначеними критеріями та впровадження змін там, де допомога або її результати не досягають очікуваного рівня».

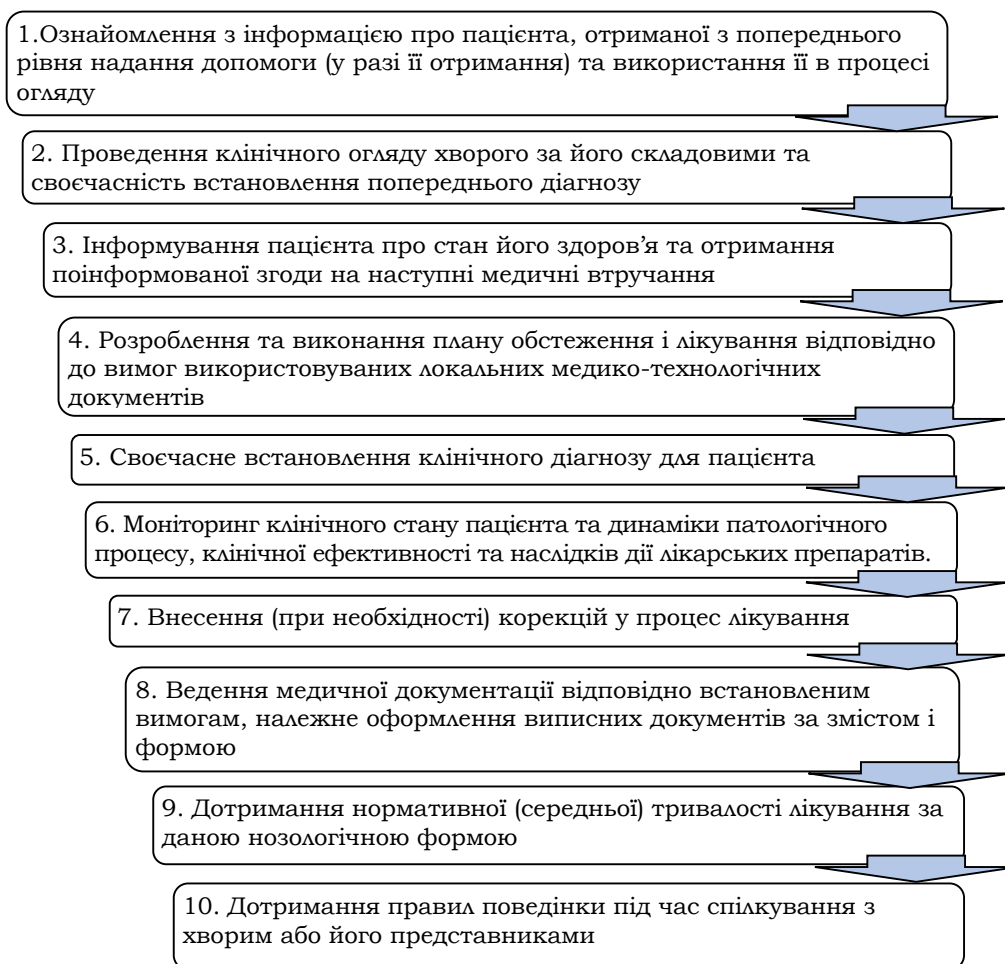


Рис. 16. Послідовність дій з самоконтролю якості надання медичних послуг лікарем

На основі висновків перевірки і ретроспективної оцінки елементів структури, процесу та результату лікування визначаються необхідні для підвищення якості зміни та вдосконалення на індивідуальному, колективному або організаційному рівнях та проводиться подальший моніторинг для підтвердження покращення надання медичної допомоги.

Основними завданнями клінічного аудиту є:

- усесторонній і перехресний аналіз документації з метою відтворення картини перебігу процесу;
- порівняння даних з еталонними і регулятивними правилами (вимогами);
- оцінка невідповідностей і розроблення шляхів їх усунення

В зарубіжній практиці мають місце такі **види клінічного аудиту**: базовий; проспективний; тематичний; довільна добірка документації;

моніторинг небажаних результатів. Базовий клінічний аудит передбачає використання багатьох показників, зареєстрованих в клінічних записах та комп'ютерних інформаційних системах. За змістом він не є аудитом, але може використовуватися як перший етап оцінки клінічного процесу і фокусувати найбільш актуальні проблемні питання, пов'язані як з технологіями лікування, так і якістю процесу надання медичної допомоги. *Довільна добірка документації* передбачає довільний вибір записів з медичних карт та листів експертної пацієнтів з метою проведення незалежного їх огляду та оцінки колегами. Такий метод використовується в процесі проведення аудиту структури і процесу надання медичної допомоги. *Проспективний клінічний аудит* передбачає перевірку наявності в процесі лікування пацієнта, як контрольного переліку усіх процедур, так і додаткових клінічних протоколів, з метою уточнення дій у випадку, коли отримані результатів відхилятимуться від встановленої норми чи стандарту. Процес проведення такого аудиту є тривалим і має мінімальну ефективність. Проводиться за вимогою керівництва у випадку спірних питань щодо схем і технологій лікування. *Тематичний клінічний аудит* передбачає вибір критичної теми, що викликає певну стурбованість в медичному закладі. Особливою формою тематичного аудиту є моніторинг небажаних результатів медичної практики.

Окрім того, клінічний аудит може проводитися на різних рівнях управління: локальному; регіональному та державному, а в окремих випадках – міжнародному.

Як і будь-яка діяльність, *клінічний аудит побудований на загальноприйнятих принципах його проведення*, зокрема:

- 1) розпочинається в межах конкретного закладу охорони здоров'я;
- 2) для проведення використовуються наявні (фактичні) дані;
- 3) носить конфіденційний характер;

4) результати клінічного аудиту не передбачають покарання та обвинувачення працівника. Навпаки, висновки клінічного аудиту є підставою для перегляду медичними працівниками власної ролі у забезпеченні якості медичного обслуговування, дозволяють звиряти власну роботу з узгодженими стандартами, побудованими на доказових фактах.

На рівні закладу охорони здоров'я проведення *клінічного аудиту* включає п'ять етапів: *1 етап* – організаційна підготовка до аудиту; *2 етап* – вибір критеріїв для оцінювання; *3 етап* – вибір методик та оцінювання показників діяльності медичного закладу; *4 етап* – підготовка висновків, формування звіту за результатами аудиту, надання рекомендацій; *5 етап* – впровадження та підтримка покращень.

Обов'язковою вимогою проведеного аудиту є підготовка звіту, в рамках якого робляться відповідні висновки за результатами аудитування та надаються рекомендації щодо усунення виявлених невідповідностей та

необхідного плану впровадження корегувальних і запобіжних дій, або ж вироблення заходів щодо поліпшення якості надання медичної допомоги. При цьому усі виявлені невідповідності мають бути згруповані за критерієм небезпечності для здоров'я пацієнта, а саме: **критична невідповідність; суттєва невідповідність; несуттєва невідповідність; рекомендації щодо поліпшення якості** (табл.2).

Таблиця 2

Ступені невідповідності якості медичної допомоги

Назва	Що передбачає
Критична невідповідність	Не впроваджено або потребує значного поліпшення (неадекватна допомога та/або практики, що суттєво підвищують ризики для здоров'я пацієнта)
Суттєва невідповідність	Субоптимальна допомога зі значними ризиками для здоров'я пацієнта
Несуттєва невідповідність	Субоптимальна допомога, що не несе жодного суттєвого ризику для здоров'я пацієнта
Рекомендації щодо заходів поліпшення	Добре, стандартний рівень надання допомоги

Примітка. Наведено за [24]

Важливим елементом аудиторського звіту є висвітлення дискусій, які виникали щодо результативності роботи та правильності процесу надання медичної допомоги, сильних і слабких використовуваних процедур тощо. В сукупності з іншими видами контролю аудит якості можна розглядати як додатковий інформаційний ресурс вищого керівництва, що сприятиме підвищенню прозорості діяльності та поінформованості керівника з усіх питань, що стосуються якості.

Спостереження, як метод контролювання якості, за своїм змістом є: а) безпосереднім спостереженням з боку керівництва за процесом надання медичної допомоги в т.ч. консультуванням, оглядом, встановленням діагнозу; б) перевіркою середовища, в якому така допомога надається; в) перевіркою та оцінкою наявних ресурсів за встановленим контрольним переліком, які необхідні для надання якісної медичної допомоги; г) визначенням часових параметрів, витрачених на безпосереднє надання меддопомоги та її очікування.

Соціологічні методи контролю передбачають «вивчення думки пацієнтів стосовно якості отриманої ними медичної допомоги, а також виявлення очікувань, які є стійкими побажаннями або запитамі пацієнтів для використання зазначеної інформації з метою планування заходів з

поліпшення якості. Такі методи здійснюються шляхом опитування пацієнтів та членів його родини, медичного персоналу на предмет визначення рівня задоволеності якістю наданої медичної послуги, їх потреб, скарг, поведінки тощо. Основними вимогами опитування є його постійність, відстежуваність результатів у динаміці, формулювання об'єктивних висновків.

У зарубіжній практиці широко використовуються спеціальні стандартизовані опитувальники, які дозволяють відслідковувати закономірності у динаміці виявлених проблем в забезпеченні якості медичної допомоги, забезпечувати зворотний зв'язок між споживачами послуг і ЗОЗ, робити відповідні узагальнення та порівнювати результати на місцевому та національному рівнях. Найбільш поширеними опитувальниками є:

а) опитувальник задоволеності наданою медичною консультацією «(Consultation Satisfaction Questionnaire, CSQ та SSQ)» (дозволяє дати кількісну оцінку задоволеності пацієнта від візиту до конкретного лікаря);

б) оцінка загальної практики (сімейної медицини) пацієнтами з хронічними хворобами «(Chronically Ill Patients Evaluate General Practice, CEP)» (поєднує як персональну оцінку конкретного лікаря, так і організаційну складову діяльності ЗОЗ);

в) опитувальник для оцінювання загальної практики «(General Practice Assessment Questionnaire, стара назва GPAS зараз GPAQ)»;

г) інструмент EUROPEP (Patient Evaluations of General Practice);

д) опитувальник для удосконалення загальної практики «(Improving Practice Questionnaire, IPQ)»;

е) оцінка надавача медичних послуг (Provider-Specific Survey, PSS).

Для української практики опитування найбільш адаптованим є опитувальник EUROPEP. Серед його переваг є те, що «він не прив'язаний до конкретної консультації і дозволяє оцінювати і лікаря, і заклад за останні 12 місяців. Цей опитувальник є стандартизованим інструментом оцінки, переведеним на більшість європейських мов і поширеним у 20 країнах Європи. В деяких країнах він використовується в електронному кабінеті пацієнта. Результати таких стандартизованих опитувань доступні у різних виданнях і їх можна брати для порівняння з опитуваннями, які проводяться серед українських пацієнтів» [28].

Результати контролю якості мають обов'язково формалізуватися у відповідні таблиці (форми), і використовувати при підготовці аналітичної довідки про оцінку якості надання медичної допомоги. До *технічних засобів*, що використовують для виконання завдань контролю якості, відносять: комп'ютерну техніку, програмне забезпечення для збору і автоматизованої обробки даних, відеообладнання, канцелярське знаряддя.

Ефективність організації процесу контролю за якістю надання медичної допомоги залежить від таких чинників:

1) своєчасності, об'єктивності та повноти інформації про роботу структурних підрозділів ЗОЗ, зокрема про: динаміку і перебіг лікування пацієнтів; порівняння фактичних результатів з попереднім періодом; аналітичні оцінки показників результативності та невідповідностей в наданні медичної допомоги, з подальшим прийняттям управлінських рішень;

2) знань і умінь медичних працівників: порядку контролю якості; санітарно-гігієнічних нормативів та правил виробничої безпеки; власних посадових інструкцій; положень про роботу медичного закладу і відділень; правил оформлення та ведення медичних документів; регламенту роботи закладу.

3) відповідності виконуваних робіт прийнятим стандартам якості медичної допомоги (протоколам лікування) відповідно до профілю роботи;

4) знання технологічних стандартів роботи середнім медичним персоналом;

5) дотримання та забезпечення норм: інфекційної безпеки; санітарно-епідеміологічного стану; охорони праці та безпеки;

6) наявності затвердженого порядку контролю якості медичної допомоги.

Загалом, впровадження *правильно вибудованої системи контролю* в систему управління закладом охорони здоров'я дозволить підвищити результативність роботи; сприятиме зменшенню відсотку розбіжностей у встановленні діагнозів та зниженні кількості небажаних випадків медичного втручання, забезпечить підвищення рівня задоволеності роботою та сприятиме зменшенню кількості конфліктних ситуацій.

5. Моніторинг та оцінювання якості надання медичних послуг

Моніторинг та оцінювання якості є важливими складовими комплексного механізму управління якістю.

Як категорія, що використовується в процесі проведення клінічних досліджень, **моніторинг** (*monitoring* з лат. *monitor* – той, хто нагадує), відповідно до International Conference on Harmonisation (ICH) – Good Clinical Practice (GCP) трактується як «нагляд за перебігом клінічного дослідження і забезпеченням його проведення, за збором даних і наданням результатів дослідження згідно протоколу, стандартним операційним процедурам, вимогам GCP і застосовним регуляторним вимогам» [31].

Під **моніторингом якості медичної послуги** варто розуміти систематичний процес збору інформації щодо результативності клінічної або неклінічної діяльності та рівня задоволеності споживачів якістю послуг, що надаються. Такий моніторинг може проводитися періодично або бути постійним, стосуватися конкретних внутрішніх проблемних питань

надання медичної допомоги або ж мати зовнішній характер і спрямовуватися на виявлення очікувань і вимог споживачів послуг щодо їх якості» [18;12] На сьогодні об'єктивною перешкодою у проведенні саме зовнішнього моніторингу якості, за висновками фахівців, є відсутність «об'єктивної інформації про тип послуг, що надаються іншими учасниками ринку, загальні обсяги потреб та споживання таких послуг, рівня задоволеності їх якістю тощо».

Відповідно до прийнятого Порядку моніторингу клінічних індикаторів якості медичної допомоги, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України – такий моніторинг спрямовується на «забезпечення одержання пацієнтами медичної допомоги відповідно до вимог медико-технологічних документів, виявлення організаційних проблем та відхилень і проведення подальших організаційних заходів (корекції умов, ресурсного забезпечення, дій медичного персоналу), спрямованих на поліпшення якості медичної допомоги» [21].

Окрім того, в затвердженому Наказом МОЗ України «Порядку контролю якості медичної допомоги», в рамках реалізації контрольних функцій, рекомендується проводити моніторинг якості в таких його зрізах:

- моніторинг «реалізації управлінських рішень щодо забезпечення якості медичної допомоги;
- моніторинг дотримання структурними підрозділами стандартів якості у сфері охорони здоров'я, клінічних протоколів;
- моніторинг системи індикаторів якості медичної допомоги;
- моніторинг та вимірювання думки пацієнтів щодо наданої медичної допомоги» [21].

Міжнародним стандартом якості ISO 9000, завдання моніторингу та вимірювання, конкретизуються залежно від об'єкту оцінювання, а саме:

- моніторинг та вимірювання продукції (послуги) – проводиться з метою підтвердження її відповідності встановленим вимогам і стандартам;
- оперативний моніторинг і вимірювання – проводиться відносно перебігу технологічних параметрів основних і допоміжних процесів;
- стратегічний моніторинг та вимірювання – здійснюється в контексті визначення ефективності функціонування системи управління якістю [4].

Всесвітньою організацією охорони здоров'я в рамках розроблених положень, висвітлених в практичному посібнику «Моніторинг побудови елементів систем охорони здоров'я: посібник щодо показників і стратегій їх вимірювання» [13], виділено 6 ключових блоків моніторингу діяльності закладу охорони здоров'я:

- 1) якість надання послуг;
- 2) якість медичного персоналу;

- 3) наявність інформаційних систем охорони здоров'я;
- 4) економічна доступність до основних лікарських засобів;
- 5) обсяги та джерела фінансування системи охорони здоров'я;
- 6) система управління системою охорони здоров'я.

Іншим аспектом проведення моніторингу якості є *відстеження відповідності встановленого діагнозу захворювання реальному стану пацієнта* (шляхом «співставлення: діагноз – інтервенція – тривалість лікування»). За інформацією НСЗУ [14], на сьогодні його фахівцями уже розроблені чіткі індикатори якості та безпеки надання пріоритетних медичних послуг, які дозволяють проводити такий моніторинг.

Зважаючи на те, що в сучасних умовах практично всі дані діяльності ЗОЗ вносяться в електронну систему, а індикатори якості з їх визначенням та методологією обчислення знаходяться у відкритому доступі (в тому числі й за кожною спеціальністю), моніторинг якості може здійснюватися постійно і автоматично, в т.ч. керівниками закладів та завідувачами відділень. «Це, як зазначають фахівці, знаходиться в інтересах ЗОЗ, оскільки НСЗУ платитиме виключно за якісні послуги. При цьому якість ведення електронних медичних записів також підлягатиме моніторингу» [14].

Процедура проведення моніторингу якості у закладі охорони здоров'я здійснюється у певній послідовності і включає такі основні етапи робіт та завдань:

1 етап – формулювання мети і цілей моніторингу, які ставляться перед особою, наділеною відповідними повноваженнями, або інституцією, що його провадить. Цей етап містить концептуальну основу моніторингу, та завдання, які необхідно зреалізувати.

2 етап – підбір базових показників якості. Даний етап формує операційну складову моніторингу. Залежно від цілей моніторингу, система показників може мати різний поділ, що залежить від теми дослідження, зокрема, за видами надання медичної допомоги, групами пацієнтів, проблемами забезпечення якості тощо. В методології моніторингу існують певні вимоги до показників, які відстежуються. Так, вони повинні: бути змістовними та адаптивними; вимірювати результати, а не стан; бути надійними та достовірними та описувати процес з якнайменшими похибками і мінімізувати вплив зовнішніх факторів; бути гнучкими і відображати зміни, що відбуваються в процесі надання меддопомоги; характеризуватися практичністю і простотою збирання інформації; бути релевантними; бути етичними і добуті за згодою і з відома осіб, які володіють інформацією.

3 етап – збирання даних за вибраним переліком показників та їх обрахунок. В практиці моніторингу, найчастіше застосовуються методи опитування в т.ч. анкетного, спостереження та фіксації даних, вивчення

звітності, статистичного дослідження, техніко-економічних розрахунків та обґрунтувань.

4 етап – аналіз та оцінювання отриманих даних та вироблення відповідних висновків і рекомендацій;

5 етап – використанням результатів моніторингу. На даному етапі важливо виробити найбільш прийнятні сценарії впровадження і реалізації рекомендацій та прийнятих рішень;

6 етап – евалюація моніторингу, тобто прийняття рішень про систематичне відстеження показників якості, їхню динаміку та характер змін.

Моніторинг, як інструмент управління та технологія відстеження результативності діяльності ЗОЗ, має ґрунтуватися на достовірних даних, зібраних з різних джерел інформації. Такими джерелами є:

- 1) первинна медична документація
- 2) дані офіційної медичної звітності
- 3) протоколи аудитів: медичної допомоги, якості ресурсів, процесів управління, інші експертні дані;
- 4) протоколи само оцінювання системи управління якістю;
- 5) анкети соціологічних опитувань, звернень громадян, повідомлення ЗМІ.

Загальні підходи до організації моніторингу діяльності ЗОЗ в питаннях забезпечення якості надання медичної допомоги наведено на 17.

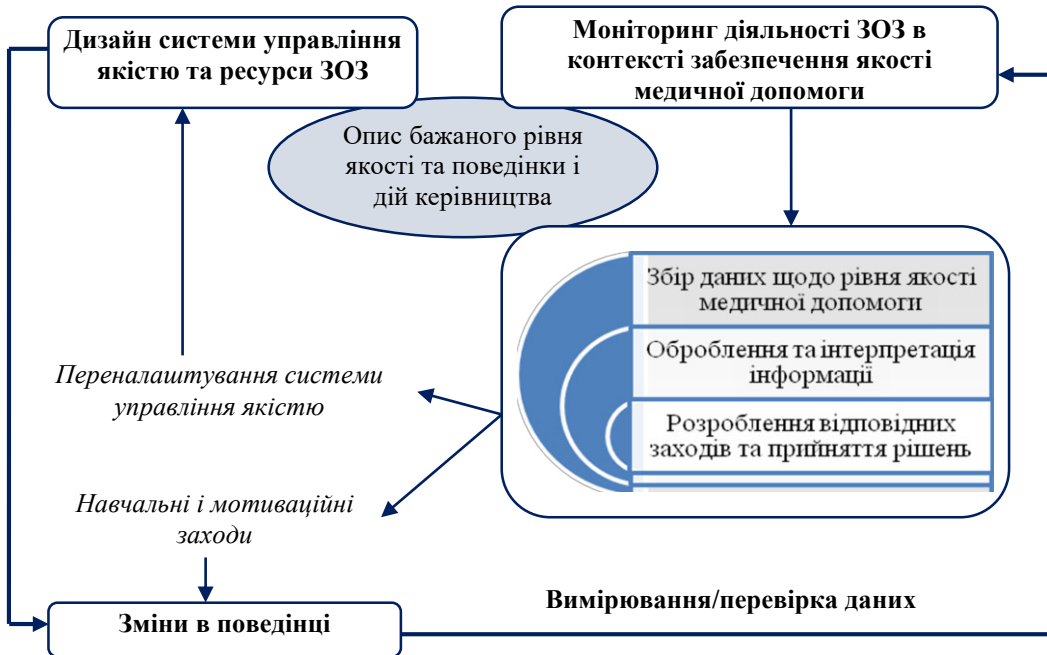


Рис. 17. Організація моніторингу якості в закладі охорони здоров'я

Безпосередньо процес організації моніторингу включає три ключові типи робіт: 1 – збір даних щодо дотримання параметрів і встановленого рівня якості медичної допомоги; 2 – оброблення та інтерпретація отриманої інформації; 3 – розроблення відповідних заходів та прийняття рішень.

Результати моніторингу спрямовується на отримання максимально повної та об'єктивної інформації для проведення *оцінювання якості процесу надання медичної допомоги* та виявлення проблем, що унеможливають підвищення її якості. Під **оцінюванням якості надання медичної послуги** розуміють процес визначення її відповідності встановленим на даний час стандартам, очікуванням і потребам пацієнтів та груп населення. В даному процесі важливо правильно сформулювати систему ключових показників (індикаторів якості), відповідно до яких буде проводитися оцінювання рівня якості медичної допомоги та базу (шкалу) оцінки.

Загальний алгоритм оцінювання рівня якості надання медичної допомоги в закладі охорони здоров'я проілюстровано на рис. 18.

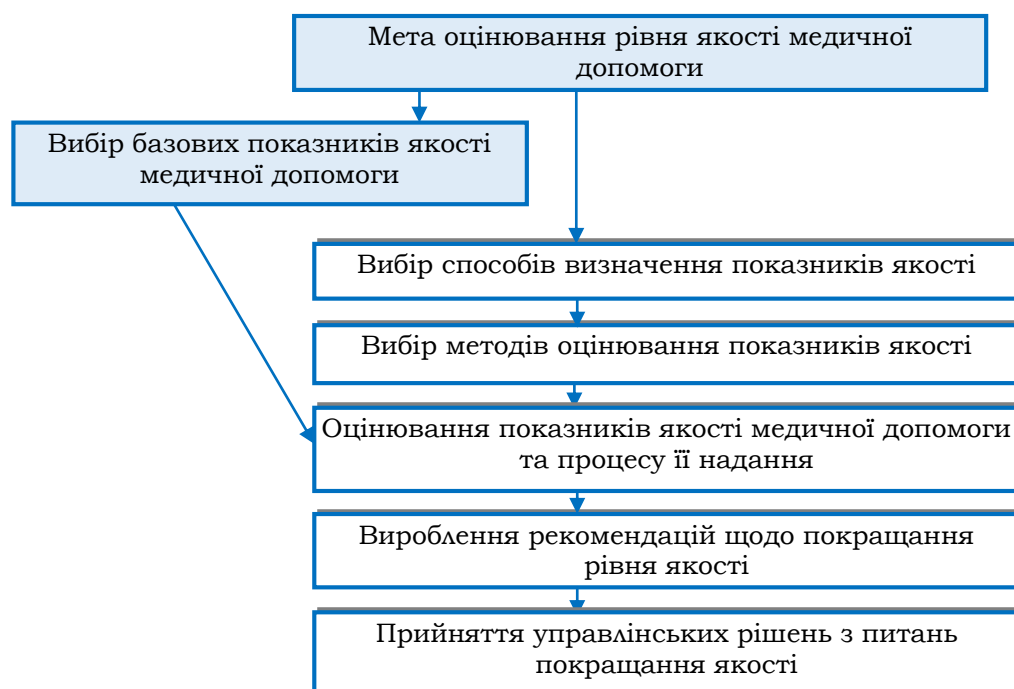


Рис. 18. Алгоритм оцінювання рівня якості медичної допомоги

Оцінювання якості медичної допомоги здійснюється в розрізі таких її елементів:

- професійні та кваліфікаційні здатності медичного персоналу;
- забезпеченість сучасним медичним обладнанням;

- умови організації процесу надання медичної допомоги та фінансування (якість структури);
- використовувані медичні технології (якість процесу);
- кінцеві результати лікування (якість результатів).

В рамках моніторингу професійної здатності медичного персоналу надавати якісні медичні послуги, оцінюванню підлягають:

- компетенції в сфері здійснення медичної практики (знання, досвід, навички в дотриманні стандартів, протоколів, формулярів, регламентів діагностування, лікування та профілактики; виявлення дефектів та прийняття заходів з їх запобігання і усунення; діяльність з профілактики професійних ризиків на робочому місці; раціональне використання ресурсів);

- компетенції в сфері участі в управлінні якістю в ЗОЗ (знання, досвід, навички та участь у робочих групах з розробки локальних протоколів, клінічних маршрутів пацієнта, стандартних операційних процедур; участь в осередках внутрішнього аудиту; експертних групах);

- комунікативні компетенції (ступінь володіння знаннями, вміннями, навичками спілкування і застосування їх в повсякденній роботі; володіння комп'ютерними інформаційними технологіями і застосування сучасних засобів зберігання, поширення, отримання і використання медичної інформації, електронних реєстрів);

- морально-етичні компетенції (знання, вміння, досвід, навички і застосування правил медичної етики і деонтології та загальнолюдських моральних норм в професійній діяльності);

- компетенції в сфері інновацій (ступінь володіння і впровадження новітніх технологій, демонстрування позитивного ставлення до інновацій, вдосконалення власної діяльності і практичний внесок у вдосконалення діяльності колективу).

Дієвим інструментом упровадження змін, пов'язаних з поліпшенням якості управління, є запровадження *системи самооцінювання діяльності* закладу охорони здоров'я загалом та вироблення механізмів регулярного самоконтролю і самооцінювання кожним медичним працівником якості медичної допомоги, що надається пацієнтам. Така самооцінка здійснювати за системою показників, які дають узагальнену характеристику якості медичної практики, передусім, лікувального процесу, його ефективності і результативності; стану ресурсів та рівня їх використання; ступеню задоволеності пацієнтів медичним обслуговуванням.

Найбільш прийнятною схемою для всебічного оцінювання ЗОЗ є *модель CAF (Common Assessment Framework)*, яка забезпечує комплексний підхід до аналізу діяльності та дозволяє побачити цілісну картину діяльності закладу. Одночасно, така модель застосовується і для оцінки якості системи менеджменту із застосуванням 9-х критеріальних його

характеристик, які об'єднані в 2 блоки: можливостей і результатів управління. Основними критеріями оцінки за системою САФ є наступні [32;17]:

1) Оцінка лідерства (підкритерії – направлення організації через розвиток місії, бачення і цінностей; управління організацією та результатами і безперервним покращенням; мотивування та підтримка персоналу; ефективність взаємовідносин);

2) Оцінка стратегії та планування (підкритерії – збір інформації про поточні та майбутні потреби зацікавлених сторін у діяльності організації; розвиток стратегії та планування; обговорення та реалізація стратегії та планів; планування, обговорення та реалізація інновацій);

3) Оцінка персоналу (підкритерії – планування, менеджмент та покращення HR з урахуванням стратегії організації; визначати і розвивати компетенції персоналу; залучати до роботи персонал шляхом відкритого діалогу);

4) Оцінка партнерства та ресурсів (підкритерії – розвиток і робота з партнерськими зв'язками; розвиток і реалізація партнерських взаємодій; управління фінансами; управління інформацією; управління технологіями; управління майном);

5) Оцінка процесів (підкритерії – виокремлення та менеджмент процесами й їх алгоритмами покращення; розвиток і надання послуг; координація процесів всередині організації);

6) Оцінка результатів для громадян (підкритерії – оцінка сприйняття, оцінка показників результативності);

7) Оцінка результатів для персоналу (підкритерії – оцінка сприйняття, оцінка показників результативності);

8) Оцінка соціальної відповідальності (підкритерії – оцінка сприйняття та оцінка показників результативності);

9) Оцінка ключових результатів діяльності (підкритерії – оцінка зовнішніх результатів, оцінка внутрішніх результатів).

Модель САФ є ефективним інструментом для виявлення потенційних зон поліпшення процесів, які безпосередньо впливають на якість менеджменту, а також, вказує на можливості покращення системи управління якістю.

У процесі імплементації моделі САФ у систему управління ЗОЗ, можуть застосовуватися вищенаведені стандартизовані опитувальники шляхом інтегрального поєднання їх компонент. На сьогодні за ініціативи Національної служби охорони здоров'я України, пропонується застосування спеціальні чек-листи в управлінні відгуками пацієнтів (*patient feedback*), які б, на основі чітко розроблених алгоритмів опитування, дозволили інтерпретувати отримані дані, робити узагальнення і порівнювати результати на локальному та національному рівнях. Одним із таких

опитувальників є варіант, розроблений в рамках програми USAID і призначений для проведення оціночних характеристик спеціалізованих стаціонарних закладів ЗОЗ. Опитувальник акумулює інформацію за 7-ма базовими категоріями якісного управління, що характеризуються конкретизованими питаннями, які необхідно оцінити за шкалою від 1 до 5 (1 бал – дуже погано, 5 балів – висока оцінка). Перелік категорій, які беруться для оцінювання системи якості управління ЗОЗ, наведені на рис. 19.

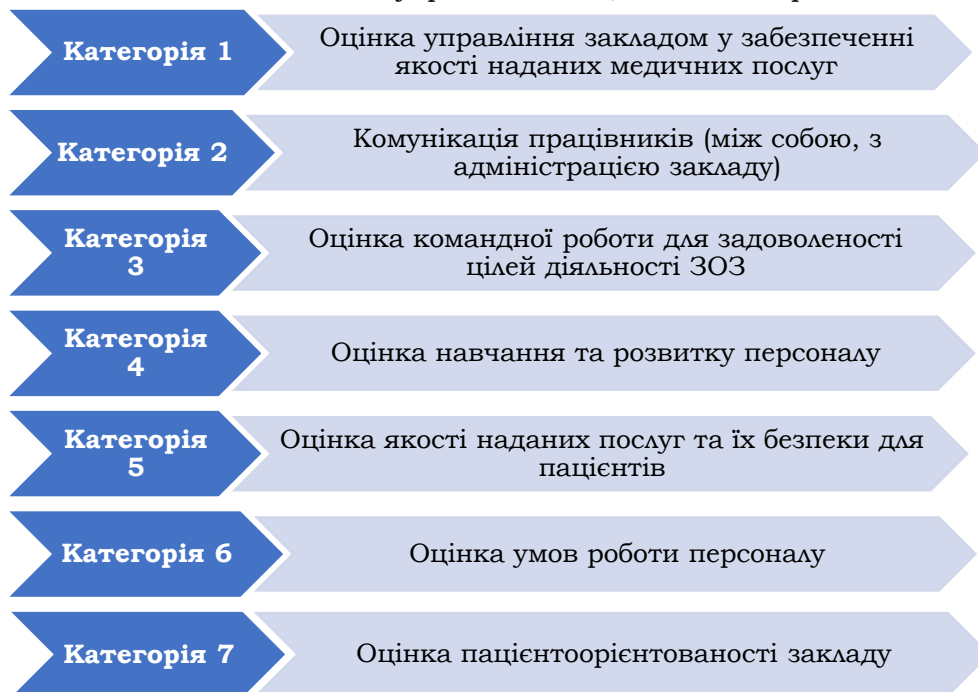


Рис. 19. Категорії оцінювання якості системи управління якістю в закладі охорони здоров'я, які включаються в опитувальник

Так, для оцінки системи управління ЗОЗ до уваги беруться такі базові його характеристики: наявність чіткої організаційної структури з розподілом обов'язків керівництва, клінічних фахівців, допоміжного персоналу; здійснення поточної діяльності закладу відповідно до прийнятої стратегії розвитку; дотримання принципів затвердженої політики якості; Керівництво закладу докладає зусиль і виділяє ресурси (організаційні, фінансові, кадрові, часові) для створення умов покращення якості.

Ключова роль у цих процесах покладається на керівництво закладу, оцінку діяльності якого варто здійснювати з точки зору: чіткості сформульованого бачення поліпшення якості медичних послуг; виконання прийнятих рішень щодо активного заохочення та підтримки ініціатив і пропозицій медичного персоналу в питаннях забезпечення якості лікування на регулярній основі; вжитих заходів для вирішення проблем

безпеки пацієнтів; форм забезпечення участі медичного персоналу у визначенні пріоритетів та розробленні планів для покращання якості; реалізації заходів з формування пацієнтоорієнтованої моделі, дотримання прав і побажань пацієнтів, реагування на скарги і побажання пацієнтів.

У висновках за результатами самооцінювання діяльності ЗОЗ домінуюча роль має належати думці пацієнта-споживача медичних послуг, оскільки при його індивідуальній оцінці якості медичних послуг, враховується не тільки професіоналізм медичного персоналу, використовувани медичні технології й інші об'єктивні характеристики та обставини, але й індивідуальні особливості пацієнта, його суб'єктивне сприйняття наданих медичних послуг, увага медичного персоналу, турбота і індивідуальний підхід до пацієнта тощо. Тому рівень задоволеності споживачів якістю медичних послуг має бути критерієм, який не тільки дає загальну оцінку роботи, але й бути основою для вироблення заходів (в т.ч. коригувальних), спрямованих на поліпшення якості системи менеджменту та підвищення ефективності діяльності закладу охорони здоров'я.

ТРЕНІНГОВИЙ БЛОК

Питання для самоконтролю

1. Виходячи з наведених інтерпретацій поняття якості медичних послуг, вкажіть на спільні та відмінні положення, що лягли в їх основу.

2. Охарактеризуйте критерії якості надання медичної допомоги. Порівняйте критеріальну базу забезпечення якості медичних послуг з точки зору різних наукових підходів, діючої практики та вимог стандарту EN 15224:2019.

3. Проаналізуйте та обґрунтуйте основні вимоги, що висувуються до якості медичних послуг з боку стейкхолдерів.

4. Вкажіть на базові чинники, що впливають на якість медичних послуг.

5. Розкрийте значення та поясність взаємозв'язок між обов'язковим і бажаним рівнями якості медичних послуг. Що варто розуміти під належною і неналежною якістю надання медичних послуг?

6. Визначте якими якісними параметрами оцінюється: 1) рівень задоволеності споживача наданої медичної послуги; 2) оптимальність використання наявних ресурсів закладу охорони здоров'я; 3) результативність надання медичної послуги.

7. Поясніть, в чому полягають ризики захворювання та якими параметрами вони можуть бути оцінені.

8. Дайте визначення системи управління якістю в закладі охорони здоров'я та її складових. Охарактеризуйте базові платформи її підтримки.

9. Охарактеризуйте основні відмінності між діючими системами

управління якістю в закладі охорони здоров'я та рекомендованими вимогами міжнародних стандартів ISO. Поясніть причини таких розбіжностей.

10. Розкрийте зміст та поясніть значення застосування в практиці управління якістю базових принципів якості в процесі надання медичних послуг.

11. Поясніть сутність Циклу PDCA та обґрунтуйте необхідність його застосування для покращання якості управління закладом охорони здоров'я.

12. Перерахуйте основні етапи побудови системи управління якістю в закладі охорони здоров'я.

13. Що варто розуміти під процесним підходом в закладі охорони здоров'я? Як ідентифікуються процеси надання медичної допомоги?

14. Обґрунтуйте, для чого керівництво закладу охорони здоров'я має встановлювати цілі з якості та розробляти Політику у сфері якості.

15. Дайте визначення системи контролю якості надання медичних послуг. Що може бути об'єктами такого контролю та якими є методи контролювання якості надання медичних послуг.

16. Охарактеризуйте рівневий підхід до організації контролю якості медичних послуг, визначте суб'єктів контролю та їх функціонал.

17. Опишіть, якою є процедура самоконтролю якості медичних послуг.

18. Поясніть, що включає поняття «невідповідність» (дефект) медичної послуги, за яким ступенем небезпеки вона може бути ідентифікована і які запобіжні дії варто застосувати у кожному конкретному випадку.

19. Перерахуйте основні етапи моніторингу якості медичних послуг. Для чого його необхідно проводити.

Практичні завдання

Завдання 1

Використовуючи нижченаведені причини, які обумовили зниження якості надання медичної допомоги, проведіть їх групування та обґрунтуйте причинно-наслідкові зв'язки між виявленою проблемою і названими причинами.

Групування здійснити на основі використання причинно-наслідкової діаграми Ісікави. В основу групування причин закласти правило 5-и "Р".

Запропонуйте заходи усунення причин зниження якості надання медичної допомоги.

1. Базові причини погіршення якості надання медичної допомоги.
2. Низька система мотивації медичних працівників.

3. Низький рівень інформаційної обізнаності громадян.
4. Недостатні рівні фінансування медичного закладу.
5. Недотримання профілактичних рекомендацій лікаря.
6. Недостатній рівень фахової підготовки медичного персоналу.
7. Відсутність чіткої організації підвищення кваліфікації медичного персоналу.
8. Слабка система медичного страхування.
9. Недосконалі технології лікування та надання медичної допомоги.
10. Недотримання процедур лікування, закладених в клінічних протоколах.
11. Недосконалість системи контролю за якістю медичних послуг з боку керівництва.
12. Відсутність чітких стандартів надання медичної допомоги.
13. Відсутність громадян відповідального ставлення до власного здоров'я.
14. Неналежне виконання пацієнтом призначень лікаря.
15. Застаріле медичне обладнання та інструментарій.
16. Не належна система охорони праці та з безпеки персоналу від зараження інфекційними хворобами.
17. Відсутність механізмів самоконтролю та аудиту за якістю медичної допомоги в медичному закладі.
18. Нераціональність системи управління медичним закладом.
19. Високий рівень інтенсивності роботи медичного персоналу.
20. Проблеми з вчасним постачанням якісних лікарських препаратів.

Завдання 2

Поясніть сутність і обґрунтуйте необхідність розроблення **політики якості** в закладі охорони здоров'я в контексті вимог міжнародних стандартів ISO 9000.

Сформулюйте політику якості закладу охорони здоров'я, розробіть цілі у сфері якості та визначте сфери відповідальності керівництва щодо підвищення якості надання медичних послуг.

Побудуйте процесну модель її реалізації (логічний порядок дій запровадження в дію).

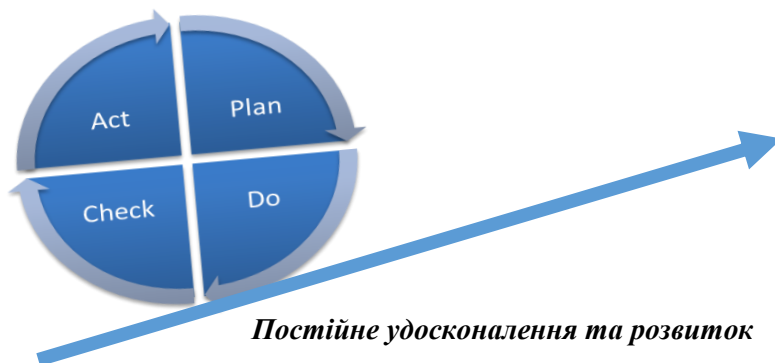
Завдання 3

Випишіть технологію використання циклу Демінга (PDCA) в розвитку систем якості в закладі охорони здоров'я.

Як вона вписується в загальні принципи побудови системи управління якістю за МС ISO 9000?

Як можна даний цикл використати в оцінюванні якості надання медичних послуг, постійному удосконаленні і розвитку, підвищенні

конкурентоздатності закладу на ринку медичних послуг.



Завдання 4

З метою оптимізації ресурсів в процесі надання медичних послуг та недопущення помилок в медичній практиці, побудуйте процесні моделі:

- впровадження системи управління якістю в закладі охорони здоров'я;
- організації контролю за якістю;
- проведення клінічного аудиту та аудиту якості;
- самооцінювання діяльності закладу охорони здоров'я.

Завдання 5

Використовуючи дані таблиці, побудуйте діаграму Парето та визначте причини, які є найбільш вагомими з точки зору впливу на якість надання медичної допомоги.

За зробленими висновками запропонувати шляхи розв'язання виявленої проблеми.

Причини	Кількість випадків	Частка в загальній к-сті випадків, %	Кумулятивні дані %
1. Недостатні рівні фінансування медичного закладу.	18		
2. Недотримання профілактичних рекомендацій лікаря.	92		
3. Недосконалі технології лікування та надання медичної допомоги.	16		
4. Недотримання процедур лікування, закладених в клінічних протоколах.	80		
5. Недосконалість системи контролю за якістю медичних послуг з боку керівництва.	30		

Причини	Кількість випадків	Частка в загальній к-сті випадків, %	Кумулятивні дані %
6. Відсутність громадян відповідального ставлення до власного здоров'я.	20		
7. Неналежне виконання пацієнтом призначень лікаря.	28		
8. Застаріле медичне обладнання та інструментарій.	11		
9. Проблеми з вчасним постачанням якісних лікарських препаратів	15		
ВСЬОГО	310	100	

ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ

1. Якість медичної послуги – це

- а. сукупність характеристик, що підтверджують відповідність наданої медичної допомоги наявним потребам споживача, його очікуванням, сучасному рівню медичної науки і технології;
- б. сукупність характеристик і властивостей медичної послуги, що здатні задовольнити потреби та очікування споживача;
- в. оцінка ступеню задоволеності споживача якістю і безпечністю медичної послуги
- г. необхідний рівень і обсяг надання медичної послуги при певному типі захворювання (патології) з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнта.

2. Відповідність, як критерій якості медичної допомоги якості, означає

- а. що медична послуга надається відповідно до визначених потреб пацієнта, які ґрунтуються на ретельних даних анамнезу, обстеження, спостережень;
- б. очікуваний позитивний клінічний результат; відсутність ушкоджень, пов'язаних із наданням медичної допомоги;
- в. надання медичної допомоги незалежно від статі, сексуального, культурного, етнічного, соціального, мовного або іншого походження;
- г. забезпечення активної взаємодії з пацієнтом при плануванні та виконанні медичних втручань.

3. Орієнтованість на пацієнта, як критерій якості медичної допомоги якості, означає, що:

- а. медична послуга надається на основі персоніфікованого підходу й за умови усвідомленої згоди пацієнта;
- б. медична послуга надається відповідно до визначених потреб пацієнта, які ґрунтуються на ретельних даних анамнезу, обстеження та спостережень;
- в. забезпечується активна взаємодія з пацієнтом при плануванні та виконанні медичних втручань;
- г. надання медичної допомоги спрямовується на найбільш раціональне співвідношення між досягнутими результатами та використаними ресурсами.

4. Безпека, як критерій якості медичної допомоги якості, означає

- а. доступність і досяжність для пацієнта необхідних медичних послуг, які може запропонувати конкретний заклад охорони здоров'я;
- б. спрямованість на найбільш раціональне співвідношення між досягнутими результатами та використаними ресурсами;
- в. надання медичної допомоги на основі науково обґрунтованих знань;
- г. діяльність з ідентифікації та контролю ризиків, пов'язаних із наданням медичних послуг, та усунення всіх передбачуваних небезпек.

5. Обов'язковий рівень якості

- а. вказує на цільове призначення медичної допомоги, нижче якого вона не може надаватися споживачу;
- б. є обґрунтованим результатом найкращої медичної практики та очікується споживачами, але через об'єктивні причини не може бути досягнутий в даний період;
- в. відповідає сучасним уявленням про її необхідний рівень і обсяг при певному типі захворювання (патології) з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнта та можливостей конкретного закладу охорони здоров'я і лікаря щодо надання такої допомоги;
- г. це рівень надання, до якого необхідно прагнути і досягати, оскільки це дозволить підвищити якість та безпеку медичного обслуговування.

6. Під «процесним підходом» в управлінні якістю розуміють

- а. опис діяльності організації шляхом побудови взаємозв'язаних процесів;
- б. послідовність узгоджених дій (процесів), що перетворюють певні входи на відповідні виходи;

в. застосування у межах організації системи процесів разом з їх ідентифікацією та взаємодією, а також управління ними з метою отримання встановленого результату;

г. результативність використання ресурсів в процесі виробництва товарів і послуг .

7. Розроблення політики та цілей в сфері якості медичної допомоги відноситься до

- а. процесів управління;
- б. основних процесів;
- в. допоміжних процесів;
- г. процесів оцінки, моніторингу та аналізу.

8. Встановлення діагнозу та визначення схеми лікування відноситься до

- а. процесів управління;
- б. основних процесів;
- в. допоміжних процесів;
- г. процесів оцінки, моніторингу та аналізу.

9. Ресурсне забезпечення виконання протоколів медичної допомоги відноситься до

- а. процесів управління
- б. основних процесів
- в. допоміжних процесів
- г. процесів оцінки, моніторингу та аналізу

10. Вкажіть на кількість базових принципів системи управління якістю, вписаних у новому міжнародному стандарті ISO 9001: 2015

- а. сім;
- б. вісім;
- в. дванадцять;
- г. шість.

ГЛОСАРІЙ

Бажаний рівень якості – це рівень, який обґрунтований результатами найкращої медичної практики та очікується споживачами, але через об'єктивні причини не може бути досягнутий в даний період, проте може практикуватися в окремих спеціалізованих закладах.

Внутрішній контроль якості медичної допомоги – це контроль, який здійснюють шляхом експертизи відповідності якості наданої медичної допомоги державним вимогам стандартів, нормативів, клінічних

протоколів, клінічних маршрутів пацієнтів клініко-патологоанатомічні конференції, лікарі (самоконтроль) та керівництво закладу охорони здоров'я.

Забезпечення якості – складова управління якістю, спрямована на підтвердження того, що вимоги щодо якості дотримуються

Клінічний аудит є формою зворотного зв'язку, за результатами якої приймаються попереджувальні та корегувальні заходи, що унеможливають зниження результативності та ефективності лікувального процесу та опосередковано сприяють підвищенню професійного розвитку медичного персоналу.

Клінічні індикатори – це кількісний показник, що відображає структуру, процес або результат надання медичної допомоги.

Контроль якості медичних послуг є процесом вимірювання показників медичної практики та порівняння їх із встановленими медичними стандартами вимогами та нормами.

Моніторинг якості медичної послуги – це систематичний процес збору інформації щодо результативності клінічної або неклінічної діяльності та рівня задоволеності споживачів якістю послуг, що надаються.

Належна якість медичної допомоги – це відповідність сучасним уявленням про її необхідний рівень і обсяг при певному типі захворювання (патології) з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнта та можливостей конкретного закладу охорони здоров'я і лікаря щодо надання такої допомоги.

Неналежна якість медичної допомоги виникає при неможливості надати (або ж отримати) встановлений рівень такої допомоги в достатньому обсязі для усунення захворювання з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнта і можливостей спеціалізованого закладу охорони здоров'я

Обов'язковий рівень якості вказує на цільове призначення медичної допомоги, нижче якого вона не може надаватися споживачу.

Планування якості – складова управління якістю, в основу якої закладається формування цілей якості, визначення операційних процесів та відповідних ресурсів для їх досягнення

Процесний підхід – застосування у межах організації системи процесів разом з їх ідентифікацією та взаємодією, а також, управління ними з метою отримання встановленого результату.

Система контролю якості медичних послуг – сукупність взаємозв'язаних елементів, що включають: а) мету, завдання та рівні контролю; б) ідентифікацію суб'єктів і об'єктів контролю залежно від виду (внутрішнього і зовнішнього) контролю; в) встановлення базових прийомів (методів) контролювання якості; г) визначення джерел інформації; д) вироблення критеріїв результативності (ефективності) контролю.

Система управління якістю – це організаційна структура з чітким розподілом відповідальності, процедур, процесів та ресурсів, необхідних для встановлення і досягнення цілей в сфері якості.

Управління якістю – це скоординована діяльність, яка полягає у спрямуванні та контролюванні забезпечення надання якісних медичних послуг (медичної допомоги) належного рівня.

Якість медичної послуги – це сукупність характеристик, що підтверджують відповідність наданої медичної допомоги наявним потребам пацієнта, його очікуванням, сучасному рівню медичної науки і технології»

Література

1. Горачук В.В. Управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я. Монографія. В.В. Горачук. Вінниця: ПП Балюк І.Б., 2012.
2. Горох Є.Л. Вимірювання якості медичної допомоги. Індикатори. URL: <https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/3.pdf>
3. ДСТУ EN 15224:2019 Системи управління якістю у сфері охорони здоров'я (EN 15224:2016, IDT). URL: http://online.budstandart.com/ua/catalog/doc-page.html?id_doc=82162
4. ДСТУ ISO 9000:2016. Системи управління якістю. Основні положення та словник : Національний стандарт України. URL: www.klubok.net.
5. Звіт ВООЗ та Світового банку щодо ефективності трансформації охорони здоров'я. URL: <https://www.umj.com.ua/article/170478/zvit-vooz-ta-svitovogo-banku-shhodo-efektivnosti-transformatsiyi-ohoroni-zdorov-ya>
6. Індикатори якості медичної допомоги та їх роль в управлінні охороною здоров'я. [Богомаз В.М., Горох Є.Л., Ліщишина О.М. та інш. URL: <https://www.umj.com.ua/article/2959/indikatori-yakosti-medichnoi-dopomogi-ta-ix-rol-v-upravlinni-ohoronoju-zdorov-ya>
7. Касянчук В. В., Бергілевич О. М., Сміянова О. І. Впровадження системи управління якістю у лікувально-профілактичних організаціях за ISO 9001:2015. Навчальний посібник. Суми : Сумський державний університет, 2019. 246 с.
8. Колочавіна М.В., Котвіцька А.А. Моніторинг як функція контролю якості проведення клінічного дослідження. URL: http://dSPACE.zsmu.edu.ua/bitstream/123456789/3262/1/zmj_1106_88-90.pdf
9. Мартинюк О.А. Впровадження системи управління якістю в медичних закладах. Причорноморські економічні студії. Випуск 6. 2016. С.75-80
10. Методика розробки системи індикаторів якості медичної допомоги. Наказ Міністерства охорони здоров'я України 28.09.2012 № 751. URL: <https://moz.gov.ua/>

11. Миронюк І. С., Новічкова О. М. Застосування моделі поліпшення якості надання послуг у закладах охорони здоров'я: навчальний посібник. К. : Друкарський двір Олега Федорова, 2017. 156 с.
12. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я. Колективна монографія. За ред. д.е.н. проф. Шкільняка М.М., Желюк Т.А., Тернопіль. Крок. 2020. 560с
13. Моніторинг побудови елементів систем охорони здоров'я: посібник щодо показників і стратегій їх вимірювання («Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies» Настанова ВООЗ. WHO, Geneva, 2010.
14. Національна служба здоров'я України платитиме лише за якісні медичні послуги. URL: <https://www.vz.kiev.ua/natsionalna-sluzhba-zdorov-ya-ukrayiny-platytyme-lyshe-za-yakisni-medychni-poslugy/>
15. Одринський В. Побудова системи управління якістю в ЗОЗ на основі пацієнторієнтованого підходу. URL: https://vafk.org.ua/wp-content/uploads/2019/12/8_d09bd196d0bad0b0d1802020_d09ed0b4d180d0b8d0bdd181d18cd0bad0b8d0b9_21.11.2019.pdf
16. Організація контролю якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я (Методичні рекомендації). Київ. 2014. 31с. URL: https://dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/oky_zoz.pdf
17. Попович Т.М. Управління якістю : навч. посібник. Тернопіль, КРОК, 2013. 320с. URL: http://dspace.wunu.edu.ua/jspui/bitstream/316497/38452/1/upravlinnja_jakistju.pdf
18. Порядок реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році. Постанова КМУ від 05.02. 2020 р. № 65. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/65-2020-%D0%BF#n21>
19. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення. Закон України зі змінами від 04,03,2020р. № 524-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>
20. Про моніторинг клінічних індикаторів якості медичної допомоги", Наказ МОЗ України від 11.09.2013 № 795.
21. Про Порядок контролю якості медичної допомоги. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28.09.2012р. №75. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1996-12>
22. Про заходи, спрямовані на підвищення рівня контролю якості медичної допомоги". Наказ МОЗ України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show>
23. Чабан О., Бойко О. Формулювання засад для розроблення методики оцінювання якості медичних послуг. URL: <http://science.lpnu.ua/sites/default/files/journal-paper/2017/jun/3684/vtm75st10.pdf>

24. Як запровадити систему управління якістю медичної допомоги. Паненко В., Тарасюк Т., Бойко Т. URL: <https://1med-vip.expertus.ua>
25. Як зробити краще: Керівництво з покращення якості. Посібник із впровадження / За ред. І. Семененко. К.: Поліграф плюс, 2015. 192 с.
26. AGREE (Appraisal Guidelines Research and Evaluation/ (Опитувальник з Експертизи і Атестації Керівництва) URL: <http://www.agreetrust.org/>.
27. Donabedian, A. Methods for Deriving Criteria for Assessing the Quality of Care / A. Donabedian // Medical Care Review, 1980. – P. 653–698.
28. Guide to Inpatient Quality Indicators: Quality of Care in Hospitals – Volume, Mortality and Utilization (2007) Agency for Health care Research and Quality, Department of Health and Human Services, Version 3.1: http://qualityindicators.ahrq.gov/downloads/iqi/iqi_guide_v31.pdf
29. ISO 9001:2015. «Системи управління якістю. Вимоги».
30. TQM – загальне управління якістю. Основні елементи, принципи, переваги та методи впровадження. URL: <https://ukr.mentorbizlist.com/3962526-tqm-total-quality-management-basic...>
31. ICH Harmonised tripartite guideline. Good clinical practice. URL: www.ich.org.
32. Common Assessment Framework (CAF Model). URL: <https://issuu.com/dmitrymaslov/docs/caf-rus>.

РОЗДІЛ ІХ. ОРГАНІЗАЦІЯ КОМУНІКАТИВНО-ІНФОРМАЦІЙНОГО СУПРОВОДУ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Рекомендовані питання для розгляду:

- 1. Проблеми та завдання комунікативно-інформаційного супроводу діяльності закладу охорони здоров'я**
- 2. Класифікація, завдання, форми та переваги забезпечення медичною інформацією діяльності закладу охорони**
- 3. Зарубіжні практики організації комунікативно-інформаційного супроводу діяльності закладу охорони здоров'я**
- 4. Медичні інформаційні системи для комунікативно-інформаційного супроводу діяльності закладу охорони здоров'я**
- 5. Електронна система охорони здоров'я e-Health**

1. Проблеми та завдання комунікативно-інформаційного супроводу діяльності закладу охорони здоров'я

Сучасні умови функціонування організацій сфери охорони здоров'я обумовлюють потребу забезпечення ними відповідності своєї діяльності потребам споживачів медичної допомоги і медичних послуг, збереження власної стабільності на ринку. Це є складним завданням, оскільки заклади охорони здоров'я змушені реагувати як на зовнішні зміни (наприклад, у законодавчих актах, потребах населення), так і на зміни внутрішнього характеру (наприклад, в частині організаційної перебудови, необхідності вдосконалення мотиваційного механізму впливу на персонал тощо). Тому, важливим напрямом діяльності організації сфери охорони здоров'я має бути забезпечення медичною інформацією діяльності медичної установи та її постійне вдосконалення.

Інформаційне забезпечення охорони здоров'я – це система, яка включає комплекс елементів, що постійно змінюються. Це вимагає постійного коригування її роботи через впровадження сучасних технологій збору та обробки інформації. Вирішення проблеми інформаційного забезпечення охорони здоров'я в жодному разі не може обмежуватися питанням інформатизації, оскільки в основу модернізації сфери охорони здоров'я повинні бути покладені організаційні та інші заходи, засновані на детальному аналізі інформаційного середовища, яке швидко змінюється.

Це підтверджується метою Концепції побудови нової національної системи охорони здоров'я України щодо збереження і зміцнення здоров'я населення та задоволення об'єктивних потреб населення в якісній медичній допомозі, згідно з якою необхідно впровадити комплекс правових, управлінських, фінансово-економічних, структурних, інформаційних, міжсекторальних, комунікаційних та інших компонентів системи охорони здоров'я.

Для досягнення поставлених Концепцією цілей першочерговим завданням є вдосконалення інформаційного забезпечення управлінської діяльності, оскільки ефективне управління охороною здоров'я неможливе без побудови сучасної гнучкої та прозорої статистичної системи, здатної оперативно та об'єктивно відображати тенденції в ресурсному забезпеченні системи охорони здоров'я та у стані здоров'я населення України.

В Україні накопичилися наступні основні проблеми розвитку охорони здоров'я, котрі зумовлюють низьку ефективність галузі (рис. 1).

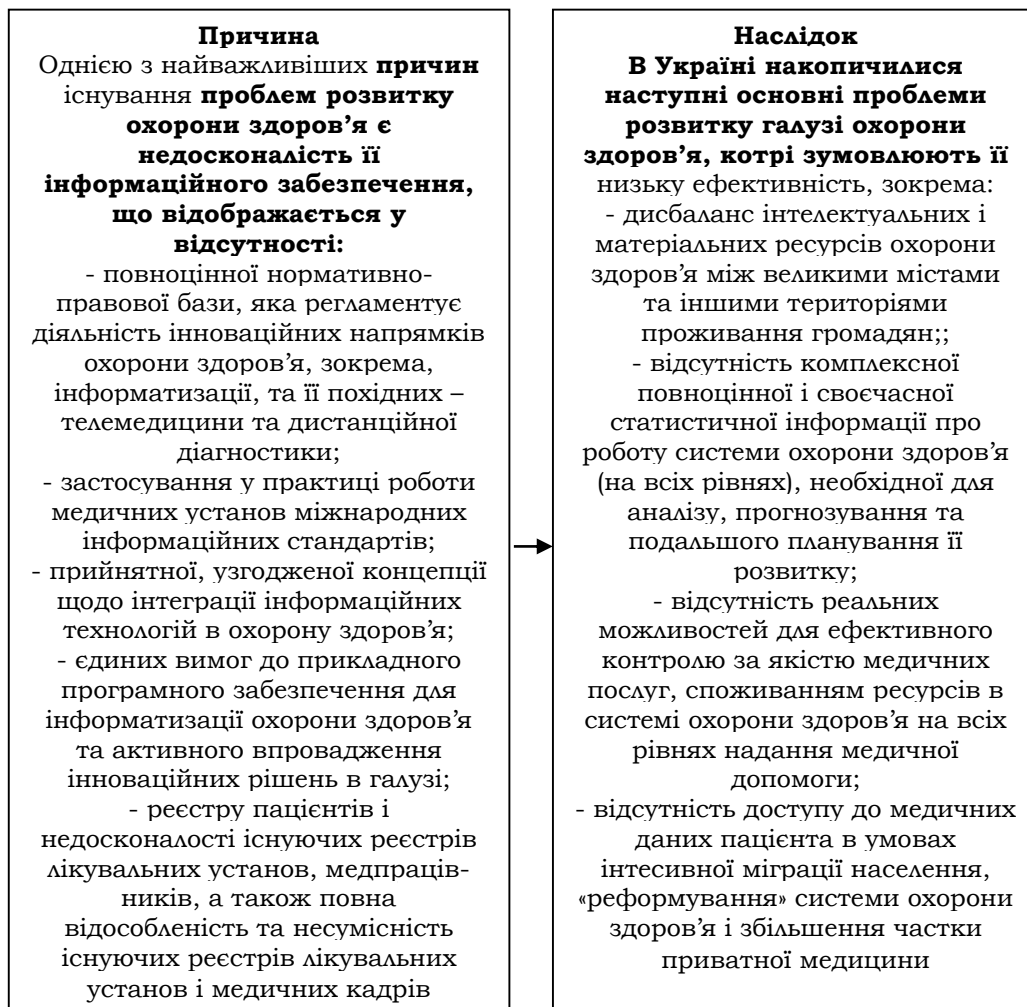


Рис. 1. Стан інформаційного забезпечення розвитку сфери охорони здоров'я

Інформатизація галузі охорони здоров'я в Україні в сучасних умовах стикається з типовими проблемами, що ускладнює процес її реформування. До них відносяться: хаотична передісторія розвитку ІТ-

систем; використання несумісних технічних процедур, що вимагає перегляду багатьох рішень з позицій інтеграційних процесів; багаторазове дублювання витрат, коли кожна установа прагне створити свою модель та інфраструктуру; складність введення в експлуатацію та функціонування відокремлених систем; опір з боку персоналу тощо.

Отже, щоб реалізувати можливість постійного збирання інформації, слід спроектувати інформаційну систему, що об'єднувала б різні технологічні процеси, що мають місце в різних медичних закладах, які надають допомогу різного виду складності. Перед розробниками медичних інформаційних систем постають такі питання: по-перше, оптимізації документообігу; по-друге, створення такої інформаційної системи, яка б могла об'єднати усі інформаційні потоки в єдиному інформаційному просторі.

Це означає, що **інформаційна система як сфери охорони здоров'я**, так і окремої медичної установи, повинна включати не тільки інформаційні, а й аналітичні дані. Вони мають створити базу для інформаційного і аналітичного забезпечення медичної установи.

2. Класифікація, завдання, форми та переваги забезпечення медичною інформацією діяльності закладу охорони

Інформаційне забезпечення медичної установи – це сукупність форм документів, нормативно-правової бази та реалізованих управлінських рішень щодо обсягів, розміщення та форм існування інформації, яка використовується в інформаційній системі установи.

Забезпечення медичною інформацією діяльності закладу охорони здоров'я – це результат опрацювання інформації про її діяльність, що спрямований на вирішення практичних завдань. В основі такої діяльності лежить не стільки принцип констатації фактів, скільки принцип «випередження подій», що дозволяє медичній установі або медичному працівнику прогнозувати майбутній стан об'єкту аналізу (медичної установи, окремого її напрямку роботи чи ділянки роботи медичного працівника).

Забезпечення медичною інформацією діяльності закладу охорони здоров'я та процесу управління нею включає в себе: нормативну інформацію; облікову інформацію; аналітичну інформацію; виробничо-господарську інформацію (рис. 2).

Інформація для підготовки управлінських рішень, як правило, має вид аналітичних матеріалів, метою створення яких є оцінка виконання основних функцій: фінансової, розподільчої, контрольної, заохочувальної, регулюючої.

Первісним джерелом інформації служать дані оперативного обліку. Однак, дані обліку самі по собі не забезпечують достатньої інформованості



Рис. 2. Структура забезпечення медичною інформацією діяльності закладу охорони здоров'я

управлінського апарату закладу охорони здоров'я про хід виконання планових завдань, досягнення високих або низьких показників, що впливають на них факторів, про причини позитивних і негативних відхилень у роботі організації. Для управління важливо вивчити облікові й звітні дані, тобто проаналізувати, осмислити процеси, що відбуваються, ухвалити рішення щодо поліпшення діяльності закладу охорони здоров'я. Вивчення облікових даних шляхом перетворення їх у широке коло економічної інформації, її опрацювання й використання в управлінні досягається за допомогою аналізу.

Взаємозв'язок і взаємодія аналітичного та інформаційного супроводу є беззастережними. Так, враховуючи європейський досвід, уже визначено оптимальні шляхи інформатизації галузі охорони здоров'я України (рис. 3).

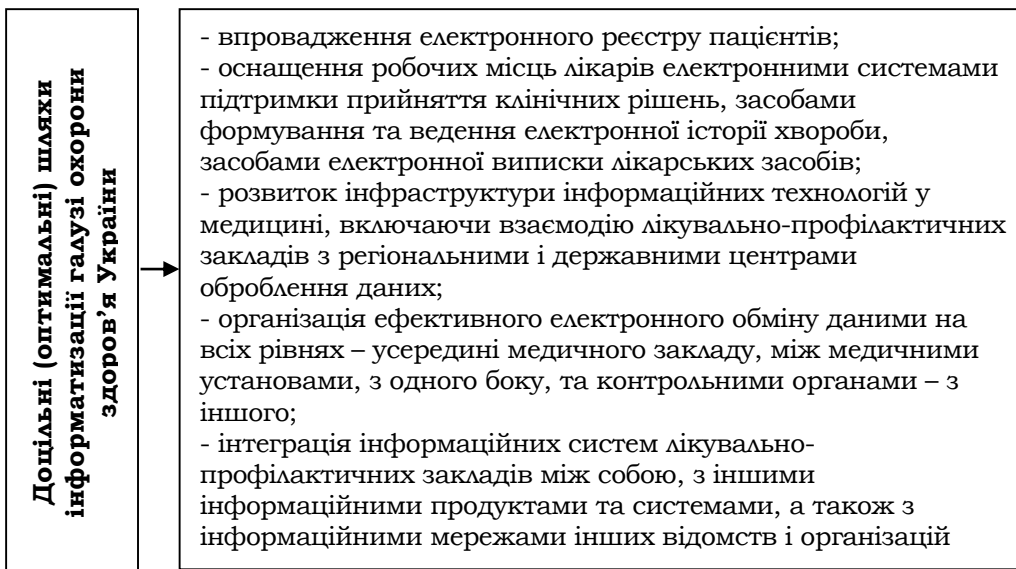


Рис. 3. Доцільні (оптимальні) шляхи інформатизації галузі охорони здоров'я України

При цьому комплексна інформатизація закладів охорони здоров'я дозволить отримати такі переваги (рис. 4).

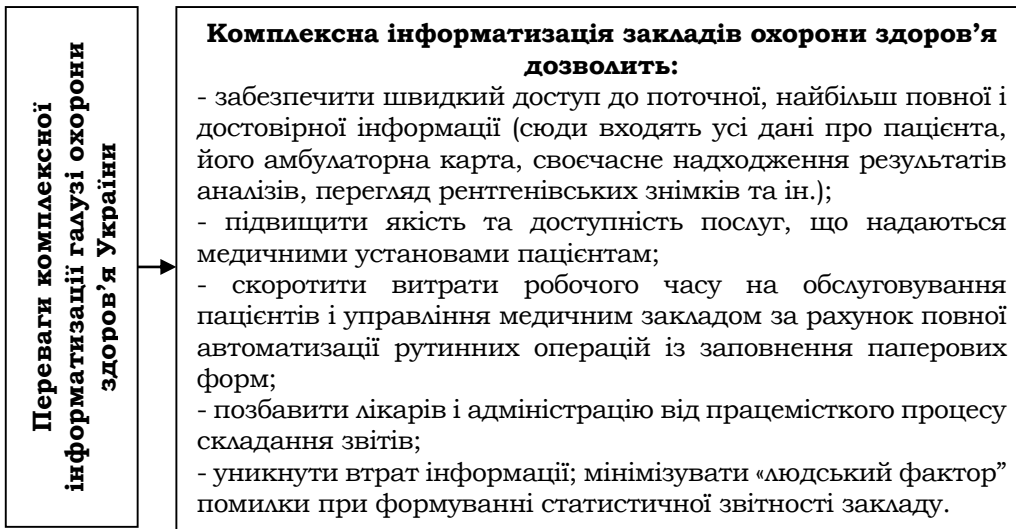


Рис. 4. Переваги комплексної інформатизації закладів охорони здоров'я

При формуванні інформаційного простору охорони здоров'я України постає питання формування єдиного електронного медичного простору, що має бути вирішеним за допомогою інтенсивного використання інформаційних технологій. Поряд з цим, виникає й проблема зростання обсягів інформаційних потоків. Тому, необхідним є вдосконалення державних механізмів опанування й використання медичної інформації, її раціонального збирання та аналізу.

Завданнями і забезпечення медичною інформацією діяльності закладу охорони здоров'я повинні стати наступні (рис. 5).

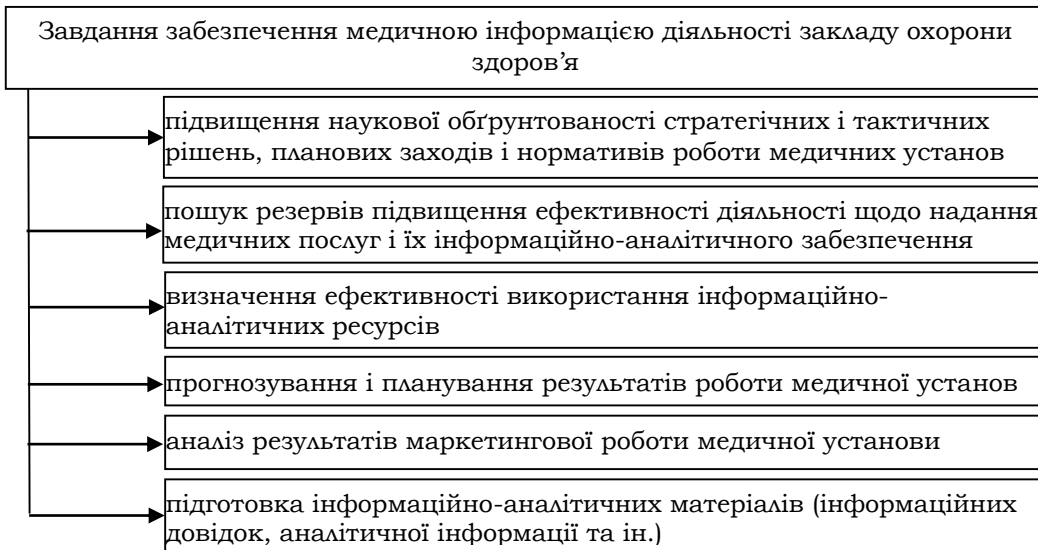


Рис. 5. Завдання забезпечення медичною інформацією діяльності закладу охорони здоров'я

Переваги забезпечення медичною інформацією діяльності закладу охорони здоров'я представлені на рис. 6.

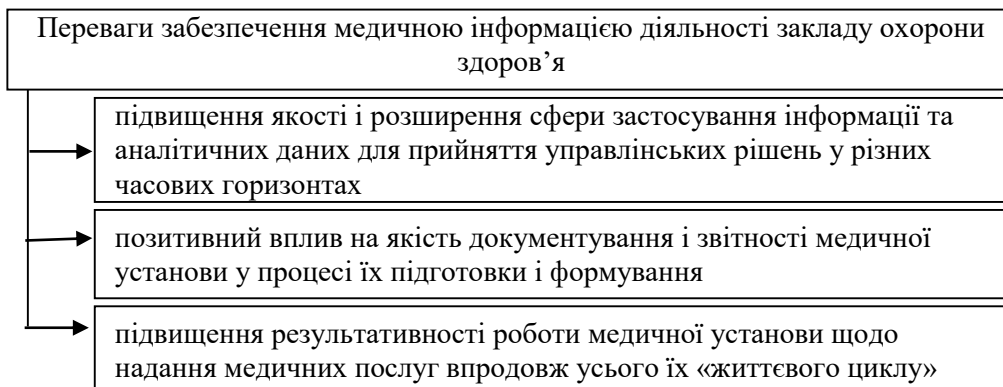


Рис. 1.6. Переваги забезпечення медичною інформацією діяльності закладу охорони здоров'я

Забезпечення медичною інформацією діяльності закладу охорони здоров'я може здійснюватись у різних формах (табл. 1).

Отже, **медична інформація** – це дані, отримані в ході діагностичного та лікувального процесів, а також відомості за результатами наукового узагальнення набутого в процесі організації охорони здоров'я та надання медичної допомоги досвіду, адресовані фахівцю, який здійснює професійну медичну діяльність та має вищу освіту відповідного напрямку підготовки.

Таблиця 1

Форми забезпечення медичною інформацією діяльності закладу охорони здоров'я

№ з/п	Форми	Їх зміст
Усі форми забезпечення медичною інформацією діяльності закладу охорони здоров'я виконують завдання щодо якісно-змістовного перетворення і передачі інформації. Об'єктний склад такої інформації є різним і включає інформацію про:		
1	2	3
1	стратегічна	внутрішнє і зовнішнє середовище функціонування медичної установи для вибору стратегії і напрямків її розвитку. Сьогодні, наприклад, «актуальними є стратегії, спрямовані на раціональне використання трудового потенціалу сфери охорони здоров'я і підвищення ефективності процесу управління закладами охорони здоров'я з використанням сучасних інформаційних технологій»;

№ з/п	Форми	Їх зміст
2	бухгалтерська	<p>кругообіг фінансових ресурсів в розрізі основних процесів і господарських операцій, які відображаються в системі бухгалтерського обліку та у фінансовій звітності медичної установи.</p> <p>У цілому існуюча система фінансування охорони здоров'я (і, відповідно, інформаційно-аналітичного супроводу фінансового забезпечення) не забезпечує результативного захисту населення від фінансових ризиків, пов'язаних з необхідністю оплати медичних послуг у разі захворювання, та не сприяє ефективному використанню ресурсів системи;</p>
3	логістична	<p>системи закупівлі, зберігання, обробки, постачання і транспортування матеріальних потоків.</p> <p>Для медичних установ логістика є перспективною, оскільки:</p> <ul style="list-style-type: none"> - логістичний підхід передбачає комплексне підвищення ефективності, тоді як нарощування зусиль лише на окремих процесах постачання – ні. Так само неефективним є й скорочення запасів майна, внаслідок чого можуть виникнути дефекти лікувально-діагностичного процесу; - система логістики є важливим інструментом і основою для контролю раціональності розподілу ресурсів; - досягнення науково-технічної революції прискорили консолідацію логістичної концепції в єдине ціле. Цьому сприяє розвиток системи опрацювання замовлень, що застосовує швидкодійну комп'ютерну техніку, розвинену базу даних та систему передавання інформації; - логістика допомагає не тільки розв'язувати окремі завдання (наприклад мінімізація витрат), а й розробляти комплексну стратегію забезпечення медичною технікою та майном; - підготовлена на основі логістики концепція постачання може бути піддана функціонально-вартісному аналізу для визначення шляхів мінімізації витрат;
4	організаційна	<p>організаційну структуру медичної установи і функціонування її елементів, процеси прийняття управлінських рішень, роботу кадрової підсистеми і підсистеми організаційної культури.</p> <p>Крім того, досвід свідчить, що необхідним є запровадження нових методів організації охорони здоров'я, які враховують особливості функціонування ринкової економіки і інтеграції роз'єднаних учасників системи охорони здоров'я. Основи кластерного підходу як одного з найбільш перспективних інструментів інтеграції ринкових інститутів, його можливості наведені дослідниками реформ системи охорони здоров'я;</p>

№ з/п	Форми	Їх зміст
5	маркетингова	<p>стан маркетингової діяльності медичної установи з урахуванням впливу зовнішнього середовища, ринку й елементів комплексу маркетингу: цінової політики, маркетингових комунікацій; клієнтоорієнтованості і медичних послуг, що надаються, використовуваних маркетингових технологій та ін. Приміром, існують дві технології маркетингу медичних послуг. Технологію маркетингу, спрямовану на залучення нових відвідувачів, можна визначити як зовнішній маркетинг, а технологію, спрямовану на утримання активних пацієнтів, – як внутрішній. Цим видам технологій маркетингу відповідають і різні види інформаційного їх супроводу;</p>
6	інформаційна	<p>- існуючий стан входження інформаційної системи управління медичною установою в загальну інформаційну систему сфери охорони здоров'я. Інформаційний простір охорони здоров'я України можна відзначити як систему організації надання медичної допомоги, яка ґрунтується на загальнонаціональному, стандартизованому, юридично, економічно, клінічно та етично обґрунтованому використанні комп'ютерних, електронно-інформаційних та телекомунікаційних технологій для об'єднання всіх лікувально-профілактичних закладів України різних форм власності та для реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я;</p> <p>- стан системи управління медичною установою під впливом факторів внутрішнього і зовнішнього оточення. Для цього використовується внутрішня (фактографічна і позаоблікова) і зовнішня (правова і нормативна) інформація.</p>

Забезпечення медичною інформацією діяльності закладу охорони здоров'я є окремою, відкритою системою, в основі якої є інформація та аналітичні дані, отримані шляхом проведення аналізу цих даних, з метою ідентифікації результатів управління цією установою і визначення перспективних напрямів її діяльності. Причому, в основу системи забезпечення медичною інформацією діяльності закладу охорони здоров'я має бути покладений не тільки принцип констатації фактів, а й принцип «випередження подій». Це дозволить медичній установі або медичному працівнику прогнозувати майбутній стан об'єкту аналізу (медичної установи, окремого її напрямку роботи чи ділянки роботи медичного працівника).

3. Зарубіжні практики організації комунікативно-інформаційного супроводу діяльності закладу охорони здоров'я

Охорона здоров'я входить до числа пріоритетних напрямів соціальної політики держави в сучасних країнах, адже здоров'я нації має самостійну цінність і виступає важливою складовою загального потенціалу країни. За таких умов актуальності набуває необхідність продовження і розвитку процесів модернізації в економіці охорони здоров'я як усієї галузі, так і на рівні окремих організацій. Вектором цього є аналітичний супровід діяльності закладів охорони здоров'я і його організація.

Впровадження новітніх технологій з використанням інформаційно-аналітичних медичних систем здійснювалося в рамках методології корпорацій «Microsoft» і «Intel» компанією «Asklepios» у Німеччині, яка ініціювала та реалізувала тим самим програму реформування національної і міжнародної системи охорони здоров'я «Asklepios» – лікарня майбутнього». Ця програма надавала медичному персоналу сучасні технології, що забезпечують оптимальну інтеграцію технологій з раціоналізацією процесів і прискоренням доступу до даних пацієнта, оскільки стандартизовані технології є провідним інструментом в забезпеченні ефективного управління сучасними підприємствами охорони здоров'я. В ході проекту приватні медичні організації розробили серію ефективних рішень, орієнтованих на «клініку майбутнього», невід'ємними компонентами яких повинні бути масштабованість і гнучка адаптація до будь-якого медичного закладу незалежно від його розміру і спеціалізації. Позитивний вплив цього проекту на основну медичну діяльність полягав в таких моментах:

- можливість швидкого і якісного отримання інформації, необхідної для здійснення лікувально-діагностичного процесу та оформлення медичної документації;
- збільшення рівня комунікації всередині організації;
- зменшення додаткових витрат;
- зниження рівня адміністративного навантаження і числа помилок через зменшення кількості інформаційних потоків і синхронізації використовуваних технологій;
- зменшення тимчасових витрат в рамках використання інновацій.

Найбільш значущі результати цього проекту в контексті підвищення якості лікувального та діагностичного процесів були такі:

- щоденні тимчасові витрати, не пов'язані з лікувальним процесом (такі, як заповнення форм та пошук інформації про пацієнта), скоротилися в середньому на 18%;
- час отримання лікарями лабораторних даних скоротився на 75%, результатів рентгенології – на 89%, причому обробка результатів досягла 60 хвилин;

– значно прискорилося отримання архівних даних про пацієнта шляхом формування електронного запиту.

Впровадження проекту в практичну діяльність гамбурзької групи медичних закладів дало змогу отримати такі результати: зниження витрат на 36,7% в рік в розрахунку на одне автоматизоване місце, розвиток технологій і поліпшення якості більш ніж на 50% порівняно з початковою ситуацією тощо. Після успішної реалізації проекту було прийнято рішення розгорнути його більш ніж в 90 медичних закладах в Німеччині та інших країнах.

Аналіз досвіду європейських країн також продемонстрував успішність використання технологій розвитку закладів охорони здоров'я на основі довгострокового планування, які передбачають оптимізацію бізнес-процесів. Оптимізація передбачає якісну зміну діяльності за рахунок мінімізації та раціонального використання ресурсів, що поширюється на усі підрозділи медичного закладу. З використанням зазначеної технології вдалося мінімізувати витрати часу та ресурси на розроблення інновацій, що стосуються медичних приладів та послуг нового покоління, і тим самим підвищити якість медичних послуг.

У працях багатьох вчених простежується і така точка зору на систему охорону здоров'я і призначення закладів медичних послуг, згідно з якою медична діяльність набуває інноваційної спрямованості. Прикладом такої точки зору може слугувати Сербія, де було успішно здійснено ряд проектів, спрямованих на створення електронної системи охорони здоров'я.

Згідно з програмою підтримки, розвитку та стабілізації базових лікувально-профілактичних і фармацевтичних послуг було розроблено електронні медичні карти для закладів охорони здоров'я Сербії. Ця ініціатива була в подальшому підтримана проектом Міністерства охорони здоров'я «Здоров'я Сербії», в рамках якого була створена база даних ресурсів і класифікацій охорони здоров'я. Потім був введений в дію проект зі створення інформаційних систем для стаціонарних медичних установ з особливою увагою до питань стандартизації та розширення інфраструктури, що стало черговим кроком до створення національної електронної системи охорони здоров'я.

Комплексний проект з розвитку електронної системи охорони здоров'я, який фінансується з коштів Європейського Союзу, був спрямований на використання новітніх технологій для вдосконалення медичних послуг для населення. Головна мета проекту полягала в тому, щоб відійти від паперового діловодства в охороні здоров'я і приступити до використання більш ефективних інформаційних систем з метою підвищення якості медичних послуг. Використання електронної системи охорони здоров'я також дало змогу Сербії знизити рівень витрат на медичні

послуги, поліпшити управління системою охорони здоров'я, оптимізувати надання медичної допомоги, орієнтованої на пацієнта, і підтримати розвиток науково обґрунтованих стратегій охорони здоров'я. Комплексний проект був успішно завершений у 2015 році, коли були впроваджені електронні медичні картки і дві лікарняні інформаційні системи в 19 установах охорони здоров'я (включаючи амбулаторії, лікарні і спеціалізовані медичні установи). Проект допоміг створити стійку технологічну основу для комплексної національної системи охорони здоров'я в Сербії.

Актуальність здійсненого аналізу зарубіжного досвіду управління сферою охорони здоров'я різних країн, установами цієї сфери і організацією їх аналітичного супроводу полягає в оцінюванні інформації про використання ефективних управлінських практик, впроваджених в зарубіжних медичних закладах з метою мінімізації витрат на медичне забезпечення громадян, а також програм взаємодії підприємств медичних послуг з органами державної влади та страховими компаніями.

У результаті проведеного аналізу зарубіжного досвіду управління сферою охорони здоров'я різних країн, установами цієї сфери і організацією їх аналітичного супроводу можна зробити такі резюмування та сформулювати практичні рекомендації щодо використання цього досвіду в існуючих умовах функціонування організацій сфери охорони здоров'я України (рис. 7).

Слід вказати на те, що відсутність досвіду роботи з аналогічними практиками та професійних знань в галузі управлінських технологій у більшості керівників медичних організацій недостатні ресурси (матеріальні, фінансові, людські) і недостатньо високий рівень корпоративної культури медичних працівників є обмежувачими факторами застосування міжнародного досвіду. Ці проблеми можна вирішити, якщо проект починати з детального навчання керівників і персоналу організацій охорони здоров'я корпоративному менеджменту.

Таким чином, аналіз досвіду зарубіжних країн з управління сферою охорони здоров'я різних країн, установами цієї сфери і організацією їх забезпечення медичною інформацією дає змогу зробити висновок про доцільність впровадження наведених сучасних технологій та підходів у практику діяльності вітчизняних закладів охорони здоров'я.

Приміром, бізнес-планування ресурсів уможливає більш ефективний та раціональний розподіл обмежених ресурсів між фахівцями закладів охорони здоров'я. Оптимізація бізнес-процесів на основі довгострокового планування сприяє мінімізації витрат часу та ресурсів на розроблення інновацій, що стосуються медичних приладів та послуг нового покоління, і тим самим підвищує якість медичних послуг.



Рис. 7. Практичні рекомендації щодо використання зарубіжного досвіду управління сферою охорони здоров'я різних країн, установами цієї сфери і організацією їх аналітичного супроводу

Впровадження новітніх технологій з використанням інформаційно-аналітичних медичних систем та перехід на електронну систему охорони здоров'я дають змогу знизити рівень витрат на медичні послуги, поліпшити управління системою охорони здоров'я, оптимізувати надання медичної допомоги населенню.

4. Медичні інформаційні системи для автоматизації системи управління медичною інформацією

В Україні протягом останніх десяти років значно виріс попит медичних інформаційних систем та відбувається незначна позитивна динаміка розвитку ринку МІС. Значними перешкодами на шляху до інформатизації вітчизняної системи охорони здоров'я є недостатнє державне фінансування медичних закладів і відсутність стандартизації даних і способів їх оброблення. Також варто зазначити, що населення значно підвищило вимоги до сервісу надання медичної допомоги, але система охорони здоров'я не відповідає цим вимогам.

Застосування комплексних інформаційних систем, які дають змогу організувати управління медичними закладами на сучасному рівні, істотно підвищить не тільки якість лікування і рівень медичних послуг, але й ефективність, а значить і рентабельність, використання медичних ресурсів. Незадовільною є ситуація з інформуванням міських управлінь охорони здоров'я, санепідемстанцій та інших установ про епідеміологічну ситуацію чи поточний стан захворюваності та наявність вільних ліжок у лікарнях. Через відсутність сучасної техніки, програмного забезпечення та засобів зв'язку така інформація є неповною і запізнілою, що не дає змоги оперативно та адекватно запобігати загрозам, а також реагувати на проблеми, які виникають у роботі медичних закладів. Більшість медичних інформаційних систем, які функціонують у лікувальних закладах на цей час, є застарілі. Ці системи дають змогу автоматизувати тільки документообіг та видачу звітних форм. Ринок медичних інформаційних систем представлений всього декількома компаніями-розробниками програмного забезпечення. За кількістю впроваджень варто відзначити: "Медсистеми", СИЕТ, "Укрмед соф", TherDer та "Медексперт".

Більшість систем побудовано на основі клієнт-серверної архітектури, яка забезпечує обмежену кількість функцій – переважно підготовку статистичних звітів і стандартних форм МОЗ. У цих системах ведеться електронна історія хвороби, внесення даних до яких здійснюється шляхом набору тексту або вибору фраз з випадючих списків-довідників. Такий підхід не дає змоги в подальшому здійснювати аналітику та поглиблений аналіз. Основним недоліком цих систем є потреба постійно звертатися до розробників для внесення змін у вхідні й вихідні форми.

Розглянемо кілька систем:

– ArchiMed– система автоматизації медичних установ будь-якого профілю. Роботу над програмним комплексом ведуть з 2005 р., його основою є платформа "Archi", яка є розробкою компанії MLS IT Systems. Одним з ключових моментів у впровадженні програмного комплексу є його проста установка, доступна користувачу з базовими знаннями персонального комп'ютера.

– Доктор Елекс – комплексна медична інформаційна система, яка містить всі необхідні для роботи модулі: реєстратура, фінанси, стаціонар, лабораторія та інші. Систему розробила компанія "Елекс".

– "TherDep" – медична інформаційна система, у якій існують функції табличного та графічного представлення, зокрема динаміки зміни цифрових показників. Колірне відображення результатів аналізів залежно від меж норми, можливості експорту текстової та табличної інформації в інші формати.

– Медична інформаційна система "Каштан", розробник компанії СІЕТ. Інформаційний медичний комплекс програмних систем для управління закладом охорони здоров'я. Комплекс призначений для оперативного аналізу та управління всіма сферами діяльності установи охорони здоров'я та охоплює медичні установи на всіх рівнях системи охорони здоров'я України.

– Комплекс від компанії "Укрмедсофт" – спрямований на повну комп'ютеризацію лікувально-діагностичного процесу в лікувальному закладі стаціонарного типу та на повну комп'ютеризацію лікувально-діагностичного процесу в поліклініці (таблиці 2).

Таблиця 2

Зведені характеристики систем

Характеристика	Назва медичної інформаційної системи				
	ArchiMed	Доктор Елекс	TherDep	Каштан	Комплекс Укрмедсофт
Клієнт-серверна архітектура	+	+	+	+	+
Рівень вимог до апаратних засобів	Середній	Середній	Низький	Високий	Високий
Здатність співпрацювати з медичним обладнанням	+	+	–	–	–
Наявність механізмів захисту інформації	+	+	–	–	–
Наявність web-інтерфейсу	+	+	–	–	–
Під'єднання додаткових модулів	+	+	+	+	+
Механізми статистичного оброблення даних	+	+	+	+	+
Використання баз даних	+	+	+	+	+
Можливість конфігурації системи	+	+	+	+	+

За результатами аналізу наявних медичних систем стає очевидно, що всі системи не є інтероперабельними. У більшості систем відсутній веб-інтерфейс, відсутні механізми захисту інформації та введення даних лише користувачем. Також повністю відсутня інтеграція між системами і вивантаження даних з систем у будь-якому форматі, окрім друкованого.

Розглянемо більш детально медичну інформаційну систему «Доктор Елекс», яка є найпоширенішою в Україні медичною системою, що з 2005 року успішно працює в державних та приватних закладах Києва, Вінниці, Львова, Маріуполя та інших міст (табл. 3). Сьогодні в ній ведуться електронні картки більш ніж 5 млн. пацієнтів. Система забезпечує автоматизацію всіх ключових процесів установи – від ведення електронної історії хвороби, до формування управлінської звітності та документації згідно вимог МОЗ.

Основними функціями медичної інформаційної системи «Доктор Елекс» є: систематизація роботи медичної установи; забезпечення гармонійної співпраці усього персоналу; впровадження контролю за процесом лікування; можливість швидко знаходити потрібну інформацію; підвищення якості обслуговування пацієнтів.

Основною перевагою запропонованої медичної інформаційної системи «Доктор Елекс» є те, що вона легко конфігурується відповідно до специфіки діяльності кожної конкретної установи, аби керівництво могло з легкістю поєднувати управлінські та медичні аспекти своєї діяльності.

Таблиця 3

Вітчизняні державні та приватні медичні установи, які покращили координацію діяльності свого персоналу за допомогою медичної інформаційної системи «Доктор Елекс»

Державні медичні установи	Приватні медичні установи
1. Національна дитяча спеціалізована лікарня «ОХМАТДИТ» МОЗ України (хірургічне відділення)	1) медична компанія «INTO-SANA»
2. Державний клінічний науково-практичний центр телемедицини МОЗ України	2) клініка «Медіком»
3. КНП "Центр первинної медико-санітарної допомоги №1" Подільського району	3) медична компанія «Плауа»
4. КНП «Міська дитяча клінічна лікарня м.Львова»	4) медичний центр «Інго»
5. Багатопрофільний медичний центр ОНМедУ	5) медичний центр Св. Параскеви
6. Ладиженське територіальне медичне об'єднання	6) група компаній «Мать и Дитя»
7. медичні заклади м. Вінниці в рамках програми автоматизації на 2015-2020 роки тощо.	7) клініка «HealthyandHappy»
	8) мережа стоматологічних клінік «Пародент»
	9) міжнародна клініка відновного лікування тощо.

Розширений перелік переваг медичної інформаційної системи «Доктор Елекс» представлений в табл. 4.

Таблиця 4

Переваги медичної інформаційної системи «Доктор Елекс»

Переваги для керівного персоналу	
<ul style="list-style-type: none"> – оперативне отримання інформації; – аналіз діяльності установи та підготовка статистичних звітів; – контроль за правильністю та повнотою введення даних обстежень; 	<ul style="list-style-type: none"> – заощадження часу та ресурсів завдяки відмові від паперового документообігу; – облік завантаженості працівників та обсягу наданих послуг; – регламентування прав доступу; – моніторинг історії прибутків та витрат;
Переваги для лікарського персоналу	
<ul style="list-style-type: none"> – спрощений пошук інформації про пацієнта; – швидкий та легкий ввід даних огляду завдяки унікальній системі деревовидних шаблонів; – зменшення кількості медичних помилок у документах; – швидке введення даних лабораторних аналізів; 	<ul style="list-style-type: none"> – візуальне виділення інформації у випадку відхилення від норми; – робота з діагностичним обладнанням: запис відео та зображень; – наявність редактора зображень та відео, можливість виділення ключових кадрів; – дотримання регламентованого порядку огляду;
Переваги для працівників реєстратури	
<ul style="list-style-type: none"> – централізоване зберігання інформації; – швидка та зручна система планування візитів; – детальна інформація про пацієнта – призначення, послуги та розрахунки; – оперативне реагування на телефонні дзвінки; – контроль за обслуговуванням пацієнтів 	<ul style="list-style-type: none"> – швидке формування звітів для керівництва; – зручне налаштування форми відображення розкладу та його корекції; – реєстрація періодів тимчасової відсутності працівників (відпустки, хвороби, урочисті події).

Архітектура медичної інформаційної системи «Доктор Елекс» представлена на рис. 8.

Центральним елементом медичної інформаційної системи «Доктор Елекс» є інформаційний супровід лікарських оглядів. Для ефективного здійснення цієї важливої процедури розроблено інноваційний спосіб введення, зберігання і аналізу результатів оглядів. Класичний підхід до вирішення цієї проблеми вимагає створення для кожного огляду спеціальної таблиці з відповідними полями. Недоліком такого підходу є погана масштабованість даних, він вимагає багато ресурсів для підтримки і аналізу. Іншим підходом є зберігання інформації про огляди у текстовій формі. Проте представлені в такому вигляді дані в подальшому практично неможливо аналізувати.



Рис. 8. Архітектура медичної інформаційної системи «Доктор Елекс»

Новизна пропонованого підходу полягає у відокремленні метаданих від даних з результатами конкретних оглядів. Метадані – це шаблон документа про лікарський огляд або будь-якого іншого документа, що зберігається у виді дерева, вузлами якого є елементи документа. Перевагами запропонованого підходу є: швидке та ефективне здійснення оглядів; динамічне створення шаблонів оглядів кінцевими користувачами – лікарями; оптимізація процесу введення інформації про огляд; ефективний доступ до даних для аналізу. При цьому програмне забезпечення системи забезпечує зручний облік пацієнтів, формування розкладу роботи медичного персоналу та автоматизацію документообігу.

Програмне забезпечення медичної інформаційної системи «Доктор Елекс» складається з модулів, які забезпечують функціонування відповідних автоматизованих робочих місць. Доступними є такі робочі місця: «реєстратура», «лікар», «лабораторія», «адміністрування», «шаблони».

Автоматизоване робоче місце забезпечує для користувача швидкий і інтуїтивний доступ до потрібної функціональності. В майбутньому будуть розроблені також спеціалізовані модулі для великих медичних закладів, наприклад, «фармацевт», «медсестра відділу», «адміністративний модуль» для керування розміщенням та слідування за станом пацієнтів стаціонару. Робочі місця забезпечують введення документів різних типів.

Доступ до робочих місць і типи документів, з якими вони працюють, визначається адміністратором відповідно до ролі кожного користувача в системі. В цьому полягає динамічність робочих місць – при однаковому розміщенні об'єктів на екрані для медичних працівників різних спеціалізацій показується різна інформація. Нижче детальніше описано кожен модуль.

Модуль «реєстратура» призначений для супроводження процедур приймання пацієнтів, керування розкладом роботи лікарів і обслуговування пацієнтів, ведення усієї не медичної інформації, що стосується пацієнта. Модуль веде також облік здійснених процедур, курсів лікування, історії пацієнтів. Персоналу реєстратури доступні такі функціональні блоки: облік пацієнтів; облік лікарського розкладу; швидкий пошук інформації про пацієнта; облік наданих пацієнту послуг, ведення документів, які напряду не стосуються лікування – інформації про пацієнта.

Модуль «лікар». Лікар є центральною фігурою у проекті «Доктор Елекс». Робоче місце лікаря полегшує, систематизує і оптимізує роботу з хворими. Вся необхідна інформація має бути доступною і зручною у користуванні. Для робочого місця лікаря доступними є опції формування розкладів прийому пацієнтів, оперування з документами вибраного пацієнта і швидкого введення даних огляду. Коли пацієнт приходить на прийом, лікар має можливість переглянути документи, що стосуються цього хворого, створені іншими спеціалістами – аналізи, діагнози, огляди. Також для лікаря створено можливості швидкого і ефективного введення інформації огляду, причому дані з медичних апаратів автоматично вставляються в документи оглядів.

Основним завданням модуля «лабораторія» є швидкий і безпомилковий аналіз та введення інформації про лабораторні дослідження. Лабораторію не цікавить особа пацієнта, а лише його аналізи. Для оптимізації процесу вводу результатів аналізів кожен пацієнт отримує спеціальний ідентифікаційний номер. Отримавши аналізи, спеціаліст лабораторії вибирає потрібний тип аналізів, вводить номер пацієнта і заповнює карту аналізів. По завершенню документ зберігається, вводиться номер наступного пацієнта і так далі. Працівник лабораторії має доступ до документів, які він створював протягом дня для внесення можливих корекцій. Зручне та швидке введення інформації, перевірка даних в процесі вводу, миттєвий доступ лікаря до введених документів – поширення інформації в клініці – все це робить інформаційну систему «Доктор Елекс» центральною ланкою, яка об'єднує різні спеціалізації медичного закладу.

Модуль «адміністрування». Адміністратор – це працівник медичного закладу, від якого не вимагається медичної підготовки. Його функції –

забезпечити роботу інформаційної системи, правильне налаштування робочих місць, керування доступом, управління правами користувачів системи. Також його обов'язком є обслуговування бази даних і регулярний аудит записів про операції, які здійснено користувачами. Аудит є важливим аспектом діяльності лікарні, адже будь-які зміни в медичній інформації, будь-який доступ до інформації мають бути санкціонованими. У випадку вводу неправильної інформації або несанкціонованого доступу до документації потрібно мати можливість швидко та ефективно відслідковувати усі дії користувачів. Виконання саме таких функцій забезпечує робоче місце адміністратора: управління користувачами; управління ролями; управління доступом ролей до документів; налаштування робочих місць працівників лабораторії, реєстратури і лікарів; управління доступом до функціонального наповнення програмного забезпечення; аудит діяльності користувачів. Проста у використанні, гнучка і ефективна система адміністрування дає відповідному персоналу повний контроль над роботою інформаційної системи.

Модуль «шаблони». Шаблони документів є однією з основних частин інформаційної системи. Для їхнього формування створено спеціальне робоче місце. Стандартизація оглядів є важливою складовою діяльності клініки, процедури оглядів розробляються спеціально навченими лікарями, потім затверджуються на консилиумах, оптимізуються і удосконалюються протягом усього часу функціонування медичного закладу. Програмне забезпечення робочого місця розробника шаблонів складається з трьох частин: дерева огляду, деталей вибраного вузла і перегляду результуючого документа. Детальніше логіку формування шаблонів документів розглянуто нижче. На рис. 1 наведено приклад створення одного з шаблонів.

Важливою компонентою інформаційної системи «Доктор Елекс» є деревовидні шаблони оглядів. Сама ідея розділення даних і метаданих не є новою, вона використовується в сучасних базах даних. Натомість уніфікація можливих елементів документів і представлення логічних зв'язків між ними у виді дерева є новими.

Документи створюються на базі шаблонів. Шаблони і дані документів зберігаються окремо. Для перегляду користувачем генерується спеціальне представлення у форматі HTML. Шаблон визначає зовнішній вид і внутрішнє наповнення документа. Для підтримки старих документів використовується версійність – документ завжди працює на основі версії шаблону, за допомогою якої його було створено.

В інформаційній системі «Доктор Елекс» шаблон огляду представляється у вигляді дерева з вузлами різного типу, зокрема: секція (частина документа, яка може повторюватись багато разів); дані (дата, цілочисельні, дробові, стрічкові, нотатка, так/ні); зображення; група вибору кількох елементів; група вибору одного елемента; елемент групи;

таблиця; текст; вибір зі словника (словник діагнозів, процедур, установ тощо); стандартні (ім'я пацієнта, його вік, стать, лікар який лікує, та ін.); посилання (елемент попередньо створеного документа).

З цих елементів легко і швидко формуються складні документи. Дані документів стають потім доступними для аналізу і використання в інших документах.

Інноваційним є підхід до представлення процедури опитування пацієнта у виді дерева. Якщо у пацієнта є якісь проблеми, то ці проблеми деталізуються. Якщо відповідної проблеми немає, то гілки опитування, які відповідають за її деталізацію, просто не показуються. Такий підхід дозволяє гнучко адаптувати процедуру опитування і зробити при потребі деталізацію будь-якого рівня.

Для завантаження стандартних (часто вживаних у медичних документах) даних використовуються елементи типу «стандартні». Це дозволяє суттєво зменшити кількість помилок вводу і прискорити заповнення стандартних полів документа. Також автоматично вставляється дата введення та ім'я і прізвище особи, яка здійснює заповнення документа. Для забезпечення автоматичного підвантажування даних, записаних в попередніх документах, використовується вузол типу «посилання». Він дає можливість вставляти в документ значення вузла іншого документа, попередньо створеного для пацієнта. На базі цього типу вузла генеруються виписки з історії хвороби.

Важливим елементом підходу є версійність шаблонів документів. Якщо за шаблоном створено хоча б один документ, його не можна змінювати. Натомість для редагування шаблону створюється нова версія, яка копіюється з попередньої. В результаті всі нові документи створюються згідно з новою версією шаблону, а старі документи відображаються і редагуються відповідно до старших шаблонів. Версійність породжує проблему аналізу даних – потрібно знати, який вузол є копією іншого. Для цього в системі введено спеціальні ідентифікатори вузлів – так звані статичні ідентифікатори. Вузли з однаковими статичними ідентифікаторами мають те саме значення. Це дозволяє досліджувати динаміку зміни параметрів пацієнта в часі незалежно від версій документа. Тобто вузли мають значення самі по собі. Якщо в оглядах різних спеціалістів використовуються однакові елементи обстежень, вони будуть мати однакові статичні ідентифікатори. Завдяки цьому реалізовано так зване зв'язування документів – заповнення нової інформації документа на основі попередньо створеного документа в історії хвороби пацієнта.

Для підтримки і легкого управління великою кількістю стандартних шаблонів оглядів створено репозиторій шаблонів оглядів. Репозиторій забезпечує виконання таких функцій: збереження поточних шаблонів документів в репозиторій з певною назвою; завантаження шаблонів

документів з репозиторія; завантаження первинної версії шаблону документа з репозиторія; зберігання поточної версії шаблону документа на місце первинної версії в репозиторії; завантаження шаблону документа з репозиторія.

Такий набір функцій дозволяє легко керувати доступними шаблонами документів і настроювати набір шаблонів під конкретну медичну установу. Наприклад, онкологічній клініці не потрібні гінекологічні огляди, гінекологічній – онкологія. Великим лікарням потрібне і те, й інше. Репозиторій інформаційної системи «Доктор Елекс» – це фактично база знань, яка дозволяє легко і швидко донести потрібну інформацію до цільової аудиторії.

В оглядах можуть використовуватись зображення та числові дані, отримані з діагностичного обладнання. Розроблений інтерфейс забезпечує введення даних різних типів медичної інформації: зображення (рентген чи томографія); відеозображення (наприклад, результати УЗІ); результати лабораторних аналізів.

Інформація з медичних діагностичних пристроїв автоматично потрапляє в елементи огляду. Сумісність зі стандартом DICOM дозволяє формувати і зберігати візуальну інформацію в форматі, зручному для подальшого аналізу. Стандарт HL7 дає можливість обмінюватись інформацією зі складними діагностичними пристроями з використанням спеціальних протоколів.

5. Електронна система охорони здоров'я e-Health

«E-Health» є тим першочерговим кроком, котрий дозволить вивести функціонування системи охорони здоров'я на якісно новий технологічний рівень, створити надійний фундамент для справжньої модернізації усієї галузі, вивести з тіні та прибрати посередницький економічний баласт, який роками щільно паразитував на бюджетних видатках в охорони здоров'я.

Визначення «E-Health» у нас з'явилося лише декілька років потому, коли МОЗ України виступило з ініціативою щодо активного впровадження інформаційних технологій для модернізації системи державного управління охороною здоров'я.

Що ж таке «E-Health»? У дослівному визначенні мова йде про «Електронне здоров'я». На практиці – це сукупність сучасних інформаційних технологій на службі охорони здоров'я людей. Більш загально, **«E-Health»** – це система інформаційних технологій, інструментів та методів, які використовуються на всіх рівнях галузі охорони здоров'я: від глибокої професійної спеціалізації (медичної, фармацевтичної, лабораторної, наукової тощо) до сервісів у вирішенні технічних зручностей та щоденних потреб пацієнта (запис на прийом, отримання висновку

лікаря і будь-якої корисної інформації онлайн, самостійний моніторинг базових показників функціонування організму, таких як тиск та пульс після ранкової пробіжки, сплата медичних послуг тощо).

Без перебільшення, доленосним рішенням, для системного впровадження «E-Health» на Національному рівні є прийняття Верховною Радою Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», де окремою статтею визначено місце та спосіб регулювання електронної системи охорони здоров'я. Наразі, Закон України дав поштовх та є базисом для напрацювання правової та нормативної бази застосування інструментів електронної системи охорони здоров'я у практичній діяльності медичних працівників та органів влади. Так, на сьогодні ключовою для функціонування «E-Health» є постанова Кабінету міністрів України №411 «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я». Слід відзначити, що окрім суто технічного регулювання діяльності Національної електронної системи охорони здоров'я, постанова приділяє значну увагу саме перевагам, які отримує пересічний пацієнт із впровадженням та розвитком «E-Health».

Всесвітня організація охорони здоров'я визначає e-Health як безпечне та економічно обґрунтоване використання інформаційних і комунікаційних технологій у сфері охорони здоров'я, враховуючи надання медичної допомоги, організацію нагляду за здоров'ям населення, медичну освіту, поширення знань, навичок і результатів досліджень.

Сфера інформатизації охорони здоров'я дуже складна і в кожній країні розвивається по-своєму. Український e-Health тільки починає зароджуватися, і це створює величезну поле для можливостей.

Система e-Health – система, яка забезпечує роботу з медичними даними в електронному вигляді. Сюди входить зберігання цих даних і їх передача, а також розвиток технологій на цій базі: онлайн-запис до фахівців, телемедицина, медицина катастроф, управління плановими оперативними втручаннями та багато інших функцій (HFA-DB, n.d.; World Population Prospects, 2015).

Існує дві основні моделі систем e-Health: модель центрального загально-державного реєстру медичних даних або децентралізована система, яка зобов'язує медустанови відправляти певні дані зі систем власної розробки до державного реєстру.

Розглянемо переваги і недоліки обох систем. У централізованого підходу до впровадження МІС і електронних медичних реєстрів є важлива перевага – інтероперабельність (interoperability), тобто здатність до взаємодії. У децентралізованій моделі інтероперабельність на дуже низькому рівні. Обмін між медичними системами e-Health з різних установ часто буває утруднений. У централізованих системах таких труднощів не має.

Ще одна незаперечна перевага використання централізованої ІТ-системи в медицині – аналітика Business Intelligence (BI). Під час роботи з великими масивами інформації медустанови отримують можливість використовувати якісну аналітику для відстеження патернів (схем, шаблонів) і змін в епідеміологічних прогнозах, а також для запобігання ускладнень у лікуванні.

Незаперечною перевагою децентралізованої системи є конкуренція і відсутність центрального компонента – це стимул для розвитку і вдосконалення наявної системи, появи нових сервісів і інтерфейсів. Світовий досвід показує, що якщо всі технологічні рішення впроваджувати в комплексі, то їх результативність істотно підвищується і формується ефективна медична екосистема.

Для українських реалій, враховуючи розрізненість технологічного обладнання державних і приватних клінік, найоптимальнішим буде вибір на користь гібридного типу архітектури: центральний державний компонент і периферійні компоненти у вигляді рішень бізнесу відповідно до стандартів і рекомендацій ВООЗ.

1. Основні медичні дані, потрібні для інтеграції кількох систем:
2. Група крові та резус-чинник.
3. Алергія, непереносимість до лікарських препаратів.
4. Переливання крові (коли, скільки).
5. Тиск (показник).
6. Інфекційні захворювання (код МКБ-10 / ІСРС2, дата)
7. Нинішні захворювання або стан (хроніка, травма, вагітність – код МКБ-10 / ІСРС2, дата).
8. Хірургічні втручання (код МКБ-10, дата).
9. Імпланти та прилади (тип, дата).
10. Щеплення (тип, дата).
11. Рецепти (період в датах).
12. Напрямы (фахівець, дата).
13. Листи непрацездатності (причина, період у датах).

Передумови впровадження в Україні електронних інструментів на сьогодні визначено в таких документах:

1) Меморандум від 22.12.2016 р. "Про затвердження технічних вимог для створення в Україні пілотного мінімального життєздатного товару і етапів дорожньої карти в плані створення в Україні прозорої та ефективної електронної системи охорони здоров'я"

2) Меморандум від 16.03.2017 р. "Про спільну діяльність по створенню в Україні прозорої та ефективної електронної системи охорони здоров'я".

Інформатизація охорони здоров'я в сучасному світі розвивається високими темпами. Упродовж останніх 15 років на підтримку розвитку медичної інформатики Євросоюз виділив 500 млн євро. Зараз медична ІТ-

індустрія виходить на третє місце за фінансуванням у системі охорони здоров'я зі загальним обігом в 11 млрд євро. У країнах Західної та Північної Європи електронна історія хвороби вже на 50-90 % замінила паперовий варіант документації, а в США – на 70 %. Економія часу медичного персоналу на ведення документації в електронному вигляді становить 63,4 %. Наукові дослідження, спрямовані на оцінення економічної ефективності від впровадження МІС, свідчать, що час, який витрачає лікар на кожну виписку з паперової історії хвороби, займає приблизно 4 хв, що в середньому за рік становить 384 год робочого часу. У разі впровадження електронної картки пацієнта медичний персонал отримує доступ до документів пацієнта, що дає змогу зменшити час, який витрачається на паперову документацію і надлишковий збір даних, на 50 %, а також запобігти випадковим пропускам процедур. Час, витрачений медиками відділення інтенсивної терапії на роботу з документацією, скорочується на 52 хв за 8-годинного робочого дня, що становить 11 %. Зниження затрат на лікарські препарати завдяки комп'ютеризованому вводу лікарських призначень і системи підтримки клінічних рішень становить 15 %. Істотно знижуються затрати на пошук даних попередніх обстежень пацієнта. Згідно з дослідженнями, 15 % ресурсів лікувальних закладів витрачається на пошук та збір попередніх даних. Лікарі і медсестри витрачають 25 % свого часу на пошук необхідної їм інформації.

Важливою перевагою застосування МІС є можливість зменшення кількості медичних помилок. Згідно зі звітом Американського інституту медицини, у США щорічно близько 44000 смертей є причиною медичних помилок. За даними звіту, електронний анамнез хворого, що забезпечує збір, оброблення та ефективно використання медичної інформації, дає змогу не лише підняти ефективність надання медичної допомоги і знизити вартість лікування, але й вагомо зменшити кількість медичних помилок.

У багатьох розвинених країнах існують сотні різних комерційних медичних інформаційних систем. Одним з напрямків зниження фінансових витрат на розроблення та впровадження МІС є підтримка програм з відкритим кодом (Open Source). При цьому програми є у вільному доступі, і всі охочі можуть їх безкоштовно використовувати. З великої кількості програм з відкритим кодом варто виділити системи, які забезпечують комплексну автоматизацію великих лікувальних установ Open Vist A (<http://sourceforge.net/projects/openvista/>) та Open EHR (<http://www.openehr.org/home.html>). Ці системи можуть використовувати безпосередньо медичні установи або впроваджувати комерційні компанії, які забезпечують індивідуальні налаштування та подальшу підтримку. Так, компанія Medsphere (<http://www.medsphere.com/>) забезпечує комерційну підтримку системи OpenVistA. Open EHR пропонує стандартизувати спосіб створення електронних медичних документів на основі так званих архетипів і шаблонів. Сьогодні цей підхід починають застосовувати у таких

країнах, як Австралія, Великобританія, Швеція. В Open EHR описано архетипи (шаблони), на основі яких вносяться всі медичні дані про пацієнта. Це дає змогу різним розробникам зберігати всі медичні дані пацієнта в пацієнт-орієнтованій архітектурі. Цей стандарт доповнюється стандартами ISO13606 і HL7. Понад 10 комерційних проектів побудовані на основі розробок OpenEHR.

Важливого значення набуває інтероперабельність або взаємосумісність (interoperability) різних медичних інформаційних систем. Згідно з визначенням Американського інституту електронної інженерії (Institute of Electrical and Electronics Engineers, <http://www.ieee.org>), interoperability визначається як "здатність двох чи більше систем обмінюватися інформацією та використовувати отриману інформацію". Як зазначено вище, у більшості систем, які на цей час використовуються у медичній сфері України, не передбачено можливість обміну інформацією з іншими системами. Також не існує єдиного стандарту даних щодо переліку основної, мінімально-необхідної інформації для ведення електронної медичної картки.

Розвиток інтероперабельності інформаційних систем буде корисним для всіх: фахівцям медиком – полегшить доступ до даних пацієнта в будь-який час, з будь-якого місця; пацієнтам – покращить якість медичної допомоги завдяки швидкому доступу до необхідних даних попередніх досліджень; керівникам медичних закладів – спростить отримання даних і покращить статистичний та економічний аналіз діяльності установ; науковцям – розширить можливості доступу до медичних даних для аналізу ефективності тих чи інших методик, а також для визначення трендів; медичній індустрії – покращить доступ на ринок багатьом компаніям; державним статистичним установам – дасть змогу стандартизувати і контролювати діяльність медичних закладів на загальнодержавному рівні; дасть змогу провадити програми й отримувати об'єктивну інформацію про їхню ефективність; спростить загальну роботу із статистикою, яка ґрунтується на діяльності багатьох медичних закладів.

Основною передумовою розвитку інтероперабельності є введення стандартизації в медичній інформатиці. Стандартизація дасть змогу даним, які створені однією системою, бути доступними та повторно використовуватися в системах інших виробників, зберігаючи початкову семантику. Медичні інформаційні стандарти умовно можна поділити на 2 групи: а) термінологічні стандарти; б) стандарти обміну інформацією. Найпоширенішими термінологічними стандартами є LOINC, MeSH та SNOMED CT. LOINC (Logical Observation Identifiers, Names and Code <http://loinc.org/>) – логічні ідентифікатори, імена та коди спостережень. Цей стандарт було розроблено у 1994 р. і використовується для передачі та зберігання результатів лабораторних досліджень. Стандарт

містить 32000 термінів, які застосовуються у лабораторних тестах. MeSH – (Medical Subject Headings: <http://www.nlm.nih.gov/mesh>) – рубрифікатор медичних термінів, який розробила Американська національна медична бібліотека. Складається з набору термінів і їх опису. Терміни організовані в ієрархічну структуру і допомагають здійснювати пошук різних рівнів специфіки. Використовується для індексації, каталогування та отримання доступу до світової медичної літератури в базі даних національної бібліотеки. SNOMED CT (Systematized Nomenclature of Medicine – Clinical Terms http://www.nlm.nih.gov/research/umls/Snomed/snomed_main.html) – систематизована номенклатура в медицині – клінічні терміни. Цю першу міжнародну клінічну термінологію було розроблено в США у 1977 р. Тепер це мультимовний словник медичної термінології, який забезпечує введення, передачу, отримання, оброблення та зберігання даних про пацієнта в уніфікованому форматі. Цей стандарт є найоб'ємнішою термінологічною системою, яка містить не тільки специфічні лабораторні та діагностичні терміни, а також і значну кількість інших ключових слів.

Серед стандартів обміну даних основними можна виділити такі: DICOM та HL7. DICOM (Digital Imaging and Communications in Medicine: <http://medical.nema.org>) це стандарт обміну цифровими зображеннями в e-Health. Цей стандарт є важливим глобальним стандартом передачі та зберігання медичних зображень (рентген, МРТ, КТ, УЗД) для електронних пристроїв, які працюють із графічною інформацією. Першу версію стандарту DICOM було розроблено в 1985 р. Американським коледжем радіології та Американською національною асоціацією виробників електроніки. HL7 (Health Level 7 <http://www.hl7.org>) – стандарт обміну, управління та інтеграції електронної медичної інформації. Використовується для обміну клінічними та адміністративними потоками інформації у системі охорони здоров'я. Розроблення, розвиток, впровадження, накопичення медичних знань здійснює велика неприбуткова добровільна організація Health Level Seven, Inc., яку створено в 1987 р., штаб-квартира розташована в місті Енн Арбор шт. Мічиган (Ann Arbor, MI).

У США стратегічна медична ініціатива реалізується з кінця 70-х років у наступних програмах:

- UMLS – довідники в широкому сенсі слова – віртуальний світ медицини;
- MIC VA Vista – повна реалізація всіх контурів управління лікарнею – Управління у справах ветеранів МО;
- HL7 – однойменна корпорація.

Розроблення стандартів медичної інформатики в США координують відповідні підкомітети Американського національного інституту стандартизації ANSI, в Європі – підкомітет TC251. Європейського комітету по стандартизації CEN. Розроблення стандартів – це прерогатива держави.

Допоки не будуть розроблені власні стандарти МОЗ України для зберігання і передачі інформації, єдино правильним рішенням є розроблення архітектури, орієнтованої на міжнародні стандарти.

На офіційному порталі програми «E-Health», МОЗ України цілком слушно акцентує увагу на зручностях, які надасть впровадження системи «Електронного здоров'я» для пацієнтів.

По-перше, інформатизація дозволить впорядкувати та автоматизувати процес укладення українцями індивідуальних договорів (декларацій) з лікарями первинної ланки, що допоможе державі ефективно і у повному обсязі реалізувати на практиці принцип «гроші ходять за пацієнтом».

По-друге, «E-Health» прискорить обмін інформацією між суб'єктами системи охорони здоров'я, що не лише зменшить паперову бюрократію, але й допоможе лікарям правильно ставити діагноз з урахуванням цілісної картини стану хворого, а пацієнтам – оперативно одержувати об'єктивну інформацію про результати свого лікування та електронні рецепти, які не губитимуться та не підроблятимуться.

По-третє, системний автоматизований збір великої кількості даних про захворювання та лікування українських пацієнтів дозволить оптимізувати ефективність державних витрат та збільшити спроможності стратегічного планування і оперативного визначення пріоритетів фінансової підтримки медичної галузі.

Переваги та позитивні перспективи від системного впровадження «E-Health» можна перераховувати безліч. Але відсутність базових засад програмно-апаратної інфраструктури та досвіду застосування інформаційних технологій в охороні здоров'я у купі із стислими термінами на очікуваний соціальний та політичний результат спонукає зосередитись на ключових найближчих цілях від впровадження. А саме: розбудові на технологічній платформі «E-Health» інструментів фінансового адміністрування медичної допомоги та контролю за використанням ліків за рахунок державного бюджету; створення сервісних передумов для клінічного маршруту пацієнта; напрацювання базових реєстрів – пацієнтів, установ, лікарів.

Передбачена в Україні Національна система «E-Health» має ознаки дворівневої будови. Центральний рівень – це центральна база даних, яка відповідатиме за централізоване зберігання та обробку ключової інформації. Периферійний (місцевий) рівень – це локальні бази даних та програмне забезпечення (наразі, медичні інформаційні системи (МІСи) або інші), які центри медичної допомоги, діагностичні центри, лікарні інтенсивного лікування та спеціалізовані клініки можуть самостійно обирати на конкурентному ринку на власний розсуд та у відповідності до клінічної, сервісної та господарської доцільності.

Попри очевидні для всіх переваги, реалізація програми, на яку було відведено не більше 3-ох років, відбувається із дещо відставанням від запланованих строків. Хоча офіційний старт програми відбувся півтора роки тому, шанси створити єдині державні реєстри та єдиний простір обміну даними між медичними інформаційними системами України до 2020 року виглядають занадто оптимістичним. Фактично, оснащення медичних закладів комп'ютерною технікою та спеціалізованими медичними інформаційними системами відбувається повільно.

Зрозуміло, що в умовах дефіциту коштів, витрати на інформаційне оснащення не потрапляють до бюджетних пріоритетів більшості державних закладів охорони здоров'я. Але навіть ті фінансові ресурси, які виділяє в скрутних економічних умовах на реалізацію програми держава, освоюються не раціонально. У вирашному становищі виявилися ті заклади первинної ланки надання допомоги, які своєчасно до квітня 2018 року здійснили трансформування в некомерційні комунальні підприємства, закупили комп'ютерне оснащення та впровадили відповідне програмне забезпечення. З липня 2018 року такі заклади регулярно отримують пряме фінансування від Національної служби здоров'я України, яке прогресивно збільшується із зростанням укладених в центрах первинної медичко-санітарної допомоги декларацій.

Наївними є сподівання на те, що всеосяжної інформатизації закладів охорони здоров'я буде досягнута завдяки «невидимій руці ринку». За вчасну комп'ютеризацію роботи державних медичних закладів мають подбати передусім органи влади на центральному та місцевому рівнях, здатні віднайти необхідні кошти та нефінансові стимули для запровадження новітніх технологій у медичних установах.

Будь-який найкращий план залишиться на папері, без належного контролю за його виконанням. Відтермінування із впровадженням «E-Health» обумовить поглиблення технологічної прірви між українською та світовою медичними галузями. Але безумовно програють мільйони українських громадян.

На завершення можна достеменно стверджувати, що сучасні технологічні інструменти як-то інформаційні системи управління та обміну інформацією в охороні здоров'я, а узагальнено національний «E-Health» – це саме той інструмент, який дозволить перейти рубікон неповернення до застарілої системи охорони здоров'я. І чим скоріше та швидше ця подія відбудеться тим, оптимістичніше та прозоріше виглядають перспективи реформування нашої багатостраждальної системи охорони здоров'я. Перші ознаки позитивного результату вже набуті – медики, які перешли на капітаційні виплати мають значне підвищення заробітної платні. І така кількість збільшується щомісяця разом із кількістю укладених декларацій. Величезну роль відіграє Національна служба охорони здоров'я України, від

злагодженої роботи якої залежать виплати капітаційних ставок на етапі реформування первинної допомоги. Іншим ключовим механізмом для створення умов неповернення є зміна технології обробки та зберігання медичних даних від історичної паперово-каліграфічної медичної нотації до сучасних медичних електронних записів, які мають бути легітимними та мати всі переваги, які притаманні електронним базам даних. Останнє питання заслуговує на окремий розгляд та аналіз. Нажаль, практики використання в Україні не має. Тому відповідальність архітектурного рішення є величезною за наслідками та впливом на майбутній розвиток «E-Health» в Україні.

Отже, одним із пріоритетних напрямів розвитку системи охорони здоров'я є створення єдиного медичного інформаційного простору, який забезпечить прийняття ефективних управлінських рішень на всіх рівнях. Це дасть змогу медичним закладам налагодити ефективний облік діяльності організації здійснювати на сучасному рівні менеджмент, своєчасно отримувати інформацію про передові досягнення в галузі медичної науки, використовувати всю медичну інформацію про пацієнта (за весь період його життя), накопичену зі всіх рівнів надання медичної допомоги для досягнення кращого лікувального ефекту. Наразі інформатизація системи охорони здоров'я України має хаотичний стан: відсутність галузевих стандартів і ліцензування програмного забезпечення, єдиних вимог щодо обсягів і форматів збереження інформації, уніфікованих форм статистичної звітності, не дають змоги сьогодні забезпечити системність, комплексність та узгодженість процесів інформатизації галузі.

ТРЕНІНГОВИЙ БЛОК

Питання для самоконтролю

1. Які завдання комунікативно-інформаційного супроводу діяльності закладу охорони здоров'я?
2. Які проблеми комунікативно-інформаційного супроводу діяльності закладу охорони здоров'я?
3. Що таке медична інформація?
4. Які шляхи інформатизації галузі охорони здоров'я України?
5. Основні завдання забезпечення медичною інформацією діяльності закладу охорони здоров'я.
6. Які форми забезпечення медичною інформацією діяльності закладу охорони здоров'я?
7. Який зарубіжний досвід можна використати для вдосконалення організації комунікативно-інформаційного супроводу діяльності закладу охорони здоров'я?

8. Які медичні інформаційні системи можна для автоматизації системи управління медичною інформацією
9. Які основні модулі включає медична інформаційна система «Доктор Елекс»?
10. Опишіть основні моделі систем e-Health.

Практичні завдання

Завдання 1

Керівник закладу охорони здоров'я (ЗОЗ) доручив Вам дослідити ринок медичних інформаційних систем в Україні; скласти вимоги до медичної інформаційної системи, враховуючи перш за все потреби установи; надати пропозиції щодо організаційного забезпечення впровадження медичної інформаційної системи в установі; зайнятися організацією проведення тендеру для виявлення компанії-переможця, яка б зайнялася впровадженням свого програмного продукту у закладі охорони здоров'я.

Завдання для виконання:

1. Охарактеризуйте основні типи медичної інформації, яка використовується у ЗОЗ.
2. Побудуйте схему зовнішніх та внутрішніх інформаційних потоків, що циркулюють у ЗОЗ.
3. Сформулюйте вимоги до системи медичної інформаційної системи для ЗОЗ та згідно з ними оберіть одну з пропонованих на ринку програмного забезпечення.
4. Розробіть план впровадження системи медичної інформаційної системи у ЗОЗ.
5. Проаналізуйте проблеми, які виникли під час впровадження медичної інформаційної системи у ЗОЗ (організаційні, технологічні, технічні, економічні, кадрові, правові)
6. Зазначте переваги у роботі ЗОЗ після впровадження медичної інформаційної системи.
7. На основі виконаних пунктів 1-6 складіть аналітичну записку для керівника ЗОЗ.

Завдання 2

Інформатизація системи охорони здоров'я в частині оптимізації комунікаційної діяльності дає змогу здійснювати: оперативний збір, обробку та аналіз інформації щодо діяльності підпорядкованих структурних підрозділів для формування управлінських рішень і доведення їх до виконавців; оперативний контроль за виконанням управлінських рішень підпорядкованими структурними підрозділами; формування в

населення прихильності до діяльності галузі охорони здоров'я, заходів органів влади, здорового способу життя тощо.

Для ефективного виконання кожного з указаних напрямків необхідна надійна телекомунікаційна та програмно-інформаційна основа.

Завдання:

Запропонуйте телекомунікаційну та програмно-інформаційну систему, які б забезпечували інформаційну підтримку процесів управління службою охорони здоров'я регіону (громади).

Завдання 3

Проаналізуйте інформаційно-аналітичні медичні системи, які використовуються в зарубіжних країнах (5-7 прикладів). Результати оформіть у вигляді таблиці.

Назва системи (країна)	Особливості системи, переваги та недоліки	Практичні рекомендації щодо використання зарубіжного досвіду

Тестові завдання

1. Виберіть твердження, яке найбільш повно розкриває поняття «інформаційне забезпечення медичної установи»:

- а. сукупність форм документів, нормативно-правової бази та реалізованих управлінських рішень щодо обсягів, розміщення та форм існування інформації, яка використовується в інформаційній системі установи;
- б. ступінь забезпечення цінності інформації для управління в момент її використання і залежить від статистичних характеристик відображуваного об'єкта і від інтервалу часу, який минув з моменту виконання цієї інформації;
- в. властивість управлінської інформації реагувати на зміни вхідних даних, зберігати необхідну точність;
- г. система, яка організовує накопичення і маніпулювання інформацією щодо проблемної сфери.

2. Що таке електронна система охорони здоров'я?

- а. інформаційно-телекомунікаційна система, яка забезпечує автоматизацію ведення обліку медичних послуг та управління медичною інформацією на рівні системи охорони здоров'я;
- б. інформаційно-телекомунікаційна система, яка дає змогу автоматизувати роботу суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я, створювати, переглядати, обмінюватися інформацією в електронній формі;
- в. веб-сторінка або інтерфейс, за допомогою якого користувач відповідно до його прав доступу має можливість створювати, переглядати, обмінюватися інформацією та документами;
- г. інформація про стан здоров'я пацієнта, його діагноз, відомості, одержані під час медичного обстеження.

3. Виберіть твердження, яке найбільш широко розкриває поняття «медична інформація»:

- а. сукупність нормативно-правових актів, які регулюють діяльність в сфері охорони здоров'я;
- б. це відстежування і формування необхідної для управління зовнішньої і внутрішньої інформації;
- в. дані, отримані в ході діагностичного та лікувального процесів, а також відомості за результатами наукового узагальнення набутого в процесі організації охорони здоров'я та надання медичної допомоги досвіду, адресовані фахівцю, який здійснює професійну медичну діяльність та має вищу освіту відповідного напрямку підготовки;
- г. набір взаємозалежних компонентів, що збирають, обробляють, зберігають і розподіляють інформацію, щоб підтримувати процес прийняття управлінського рішень і управління організацією в цілому.

4. Бухгалтерська форма забезпечення медичною інформацією діяльності закладу охорони здоров'я відображає:

- а. організаційну структуру медичної установи і функціонування її елементів, процеси прийняття управлінських рішень, роботу кадрової підсистеми і підсистеми організаційної культури;
- б. кругообіг фінансових ресурсів в розрізі основних процесів і господарських операцій, які відображаються в системі бухгалтерського обліку та у фінансовій звітності медичної установи;
- в. існуючий стан входження інформаційної системи управління медичною установою в загальну інформаційну систему сфери охорони здоров'я;
- г. внутрішнє і зовнішнє середовище функціонування медичної установи для вибору стратегії і напрямків її розвитку.

5. Організаційна форма забезпечення медичною інформацією діяльності закладу охорони здоров'я відображає:

- а. кругообіг фінансових ресурсів в розрізі основних процесів і господарських операцій, які відображаються в системі бухгалтерського обліку та у фінансовій звітності медичної установи;
- б. системи закупівлі, зберігання, обробки, постачання і транспортування матеріальних потоків;
- в. внутрішнє і зовнішнє середовище функціонування медичної установи для вибору стратегії і напрямків її розвитку;
- г. організаційну структуру медичної установи і функціонування її елементів, процеси прийняття управлінських рішень, роботу кадрової підсистеми і підсистеми організаційної культури.

6. Логістична форма забезпечення медичною інформацією діяльності закладу охорони здоров'я відображає:

- а. системи закупівлі, зберігання, обробки, постачання і транспортування матеріальних потоків;
- б. кругообіг фінансових ресурсів в розрізі основних процесів і господарських операцій, які відображаються в системі бухгалтерського обліку та у фінансовій звітності медичної установи;
- в. організаційну структуру медичної установи і функціонування її елементів, процеси прийняття управлінських рішень, роботу кадрової підсистеми і підсистеми організаційної культури;
- г. внутрішнє і зовнішнє середовище функціонування медичної установи для вибору стратегії і напрямків її розвитку.

7. Яка інформаційно-аналітична медична система використовується в Німеччині:

- а. Asklepios;
- б. DIPS;
- в. MedElement;
- г. Medods.

8. Виберіть варіант відповіді, який найбільш характеризує поняття медичної інформаційної системи (МІС) :

- а. програмний продукт, що використовує можливості глобальних інформаційних мереж для збору медичної інформації;
- б. програмний продукт, спрямований на прискорення і розширення досліджень в сфері охорони здоров'я;
- в. комплексний програмний продукт, головне призначення якого автоматизація всіх основних процесів, пов'язаних із роботою медичних установ загальної і вузької спеціалізації;

- г. програмний продукт, який здійснюється з використанням апаратних і програмних можливостей глобальної комп'ютерної мережі Інтернет.

9. Інформаційна функція медичних інформаційних систем полягає у:

- а. здійсненні інформаційно-управлінського впливу на об'єкт управління та його рівні у випадку відхилень фактичних значень від заданих;
- б. відстежуванні і формуванні необхідної для управління зовнішньої і внутрішньої медичної інформації;
- в. реалізації швидкого доступу, пошуку та видачі необхідної медичної інформації;
- г. забезпеченні передачі необхідної медичної інформації в задані пункти.

10. Що таке телемедицина?

- а. вид медичної допомоги, яка надається в електронній формі;
- б. використання засобів дистанційного зв'язку для обміну медичною інформацією між лікарями під час консультування пацієнта в електронній формі;
- в. комплекс дій, технологій та заходів, що застосовуються під час надання медичної допомоги з використанням засобів дистанційного зв'язку для обміну інформацією в електронній формі;
- г. немає правильної відповіді.

ГЛОСАРІЙ

E-Health – це система інформаційних технологій, інструментів та методів, які використовуються на всіх рівнях галузі охорони здоров'я: від глибокої професійної спеціалізації (медичної, фармацевтичної, лабораторної, наукової тощо) до сервісів у вирішенні технічних зручностей та щоденних потреб пацієнта (запис на прийом, отримання висновку лікаря і будь-якої корисної інформації онлайн, самостійний моніторинг базових показників функціонування організму, таких як тиск та пульс після ранкової пробіжки, сплата медичних послуг тощо).

Забезпечення медичною інформацією діяльності закладу охорони здоров'я – це результат опрацювання інформації про її діяльність, що спрямований на вирішення практичних завдань.

Медична інформація – це дані, отримані в ході діагностичного та лікувального процесів, а також відомості за результатами наукового узагальнення набутого в процесі організації охорони здоров'я та надання медичної допомоги досвіду, адресовані фахівцю, який здійснює професійну медичну діяльність та має вищу освіту відповідного напрямку підготовки.

Література

1. Августин Р. Р., Богач Ю. А. Управління інформаційними зв'язками : *навч. посіб.* Тернопіль : ТНЕУ, 2013. 241 с.
2. Владзимирський А.В. Телемедицина в системі менеджменту та організації охорони здоров'я: Навчальний посібник. Донецьк: ТОВ «Цифрова друкарня», 2012. 468 с.
3. Державний механізм забезпечення інформатизації системи охорони здоров'я: монографія / Р. Р. Ларіна, А. В. Владзимирський, О. В. Балусьва; за заг. ред. проф. В. В. Дорофійенко. Донецьк : ТОВ «Цифрова типографія», 2008. С. 20.
4. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я / кол. монографія за науковою ред. д.е.н. Шкільняка М.М., д.е.н. Желюк Т.Л. Тернопіль, Крок. 2020. 560 с
5. Практика впровадження автоматизованих інформаційних систем медичного документообігу для потреб лікувально-профілактичних закладів(АІСМЕД«Талан») / В. Р. Войнаровський, О. В. Кравченко, М. В. Нестерчук та ін. *Актуальні проблеми сучасної охорони здоров'я України. Кадри, стан організації, управління, медичні інформаційні системи та медичні інформаційні технології: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції, присвяченої пам'яті професора С. А. Томіліна, Київ, 2017.* Київ, 2017. С. 131–136.
6. Реєстр медико-технологічних документів: офіц. веб-сайт. URL: <http://mtd.dec.gov.ua/index.php/uk/>
7. Тимошенко І.С. Сучасні інноваційні засоби інтернету в документальному забезпеченні медичних закладів. *Бібліотекознавство. Документознавство. Інформологія.* 2014. №1. С. 73–76.
8. Що таке МІС? «e-Health»–Національна електронна система охорони здоров'я: офіц. веб-сайт / МОЗ України. URL: <https://portal.e-health.gov.ua/clarifications/2017-09-15-mis> (дата звернення: 18.02.2018).
9. World Population Prospects. (2015). *United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division.* Retrieved from: <http://esa.un.org/unpd/wpp/>.
10. Girosi, F., Meili, R., & Scoville, R. (2013). Extrapolating evidence of health information technology savings and costs. *Health Affairs*, 24(5), 1103–1117. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.24.5.1103>
11. Hellberg, S., & Johansson, P. (1982). e-Health strategies and platforms—the issue of health equity in Sweden. *Health Policy and Technology*, 6(1), 26–32. <https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2016.09.002>

РОЗДІЛ X. ОРГАНІЗАЦІЯ КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Рекомендовані питання для розгляду:

- 1. Сутність та цільові орієнтири кадрового забезпечення закладу охорони здоров'я**
- 2. Проблематика кадрового забезпечення закладу охорони здоров'я**
- 3. Формування кадрового складу закладу охорони здоров'я**
- 4. Організація професійного розвитку персоналу закладу охорони здоров'я**
- 5. Оцінювання діяльності персоналу закладу охорони здоров'я**

1. Сутність та цільові орієнтири кадрового забезпечення закладу охорони здоров'я

Одним з головних критеріїв закладу охорони здоров'я є кадрове забезпечення. За умови правильного забезпечення кадрами, заклад охорони здоров'я може досягнути поставлених цілей. Персонал закладу охорони здоров'я – це його головний ресурс, від роботи якого залежать результати його діяльності. Кадри закладів охорони здоров'я розглядаються як стратегічний капітал, і 70 % усіх капіталовкладень охорони здоров'я у світі спрямовується саме на кадрове забезпечення [5].

Різним аспектам кадрового забезпечення закладів охорони здоров'я присвячено ряд наукових праць. Н.Васюк доводить, що важливою складовою ефективного кадрового забезпечення процесу реформ є вдосконалення роботи з керівними кадрами у сфері охорони здоров'я через запровадження сучасних форм їх підготовки шляхом внесення змін до нормативно-правової бази з метою підвищення якісного складу керівників системи охороною здоров'я [2].

Р.Погоріляк, яка з'ясовує сучасні соціально-психологічні особливості керівних кадрів охорони здоров'я та зазначає, що вони є основою створення ефективних критеріїв професійного відбору на керівні посади в ЗОЗ, спрямованих на поліпшення якості управління такими закладами [9].

Р.Погоріляк та О.Гульчій визначають соціально-психологічні характеристики управлінського складу закладів охорони здоров'я (міжособистісні взаємовідносини у колективі, стиль організаторської здатності керівника, стиль управління та стресові чинники, що супроводжують роботу управлінця тощо) та зазначають, що вони є основою для створення ефективних критеріїв професійного добору на керівні посади [10].

Л.Батченко та О.Шевченко висвітлюють стан кадрового забезпечення охорони здоров'я України, досліджують рівень

укомплектованості закладів охорони здоров'я медичними працівниками різних спеціальностей та визначають основні проблеми у сфері кадрового забезпечення охорони здоров'я України [1].

Кадрове забезпечення закладу охорони здоров'я є одним з найважливіших напрямків діяльності цієї установи. Поняття кадрового забезпечення можна розглядати в широкому та вузькому розумінні. **У широкому розумінні – це діяльність, що спрямована на забезпечення закладу охорони здоров'я персоналом з необхідним рівнем кваліфікації, професійних та особистих якостей, здатних вирішувати поставлені завдання.**

У вузькому розумінні кадрове забезпечення – це нормативно закріплена та цілеспрямована діяльність закладів охорони здоров'я щодо процесів професійної орієнтації, прогнозування і планування кадрових потреб, відбору, підготовки, розстановки та вивільнення персоналу.

Кадрове забезпечення як складова кадрової політики галузі за своєю сутністю є поліфункціональним поняттям, яке визначає зміст правового, організаційного, змістового, діяльнісного компонентів системи базової фахової підготовки спеціалістів галузі за відповідними напрямками, системи післядипломної освіти, підвищення кваліфікації, як умови перманентного удосконалення фахової компетенції працівників [15].

Кадрове забезпечення – це діяльність з відновлення трудових ресурсів, головний елемент управління людськими ресурсами, необхідний чинник досягнення цілей суспільного розвитку. Кадрове забезпечення має дотримуватися певних вимог, зокрема:

- мати достатню гнучкість, щоб реагувати на потреби у людських ресурсах та у виконанні обов'язків перед державою та громадськістю;
- дотримуватися принципів високого професіоналізму та компетентності персоналу;
- сприяти справедливості та ефективності професійної діяльності;
- не бути заангажованим;
- бути простим і продуктивним у роботі та ін.

Метою кадрового забезпечення закладу охорони здоров'я є залучення до роботи працівників, здатних виконувати свої посадові обов'язки на рівні, що відповідає вимогам роботодавця.

Організаційна складова кадрового забезпечення закладу охорони здоров'я в багатьох факторах визначає ефективність функціонування трудового колективу як системи в цілому та кожного працівника зокрема.

2. Проблематика кадрового забезпечення закладу охорони здоров'я

Проблеми, пов'язані з кадровими ресурсами закладів охорони здоров'я, фахівці ВООЗ визначають одними з основних перешкод досягнення цілей тисячоліття в сфері розвитку. Типовими вадами кадрового забезпечення системи охорони здоров'я (за експертизою ВООЗ) є:

- зміни демографічних та епідеміологічних характеристик (старіння населення, вплив нових методів діагностики і лікування, зростання процесів мобільності та міграції населення та ін.);
- зберігаються традиційні підходи до підготовки, розподілу та управління кадровими ресурсами, що не задовольняють сучасним вимогам системи охорони здоров'я;
- виражена неоднорідність у географічному розподілі і професійній структурі працівників охорони здоров'я (загальна чисельність медичних кадрів; співвідношення лікарів і медсестер; дисбаланс фахівців – загальної практики і вузьких спеціалістів; кадрове забезпечення медичної галузі в місті і селі та ін.);
- відсутність адекватної системи планування та прогнозування потреб у кадрових ресурсах охорони здоров'я;
- недосконала і ненадійна інформаційна та дослідна база з кадрових ресурсів охорони здоров'я.

Водночас, проблеми кадрового забезпечення закладів охорони здоров'я в Україні поглиблюються в процесі впровадження реформ. Серед головних проблем закладів охорони здоров'я є [6]:

- низька якість кадрового забезпечення системи охорони здоров'я, зокрема: дільничні лікарі, праця яких оплачується за ставками і не залежить від якості їх роботи і обсягу наданих послуг, не зацікавлені в підвищенні своєї кваліфікації;
- негативний кадровий баланс: старіння працівників;
- низька якість підготовки медичних кадрів;
- недостатній приплив в медицину кваліфікованих молодих фахівців;
- непрозорість, суб'єктивізм і формалізм механізмів ліцензування медичної практики, акредитації медичних закладів, атестації медичного персоналу в поєднанні з повільним, а іноді – відсутнім впровадженням процесу стандартизації медичної практики призводить до поглиблення проблеми надання якісних послуг з охорони здоров'я.

В Україні показник забезпеченості лікарями на 10 тисяч населення становив – у 2018 році – 37,4 %, у 2019 – 37,0 %. Забезпеченість молодшими спеціалістами з медичною освітою становила у 2018 році – 74,4 %, у 2019 – 70,9 % на 10 тисяч населення (табл. 1.) [7].

Таблиця 1

Забезпеченість населення України медичними працівниками в закладах охорони здоров'я системи МОЗ України у 2010-2019 рр. (на 10 тисяч населення)

Показник	Роки			
	2010	2017	2018	2019
Забезпеченість лікарями (%)	43,2	37,8	37,4	37,0
Забезпеченість середнім медичним персоналом (%)	94,1	78,27	74,4	70,9

Примітка: складено на основі інформації Центру медичної статистики МОЗ України

Основні показники охорони здоров'я в Україні, зокрема кількість лікарів усіх спеціальностей та середнього медичного персоналу з 1990 по 2019 рр. показано в таблиці 2, де відображено скорочення чисельності медичних працівників (як лікарів, так і працівників середньої ланки).

Таблиця 2

Кадрове забезпечення закладів охорони здоров'я в Україні

Показник	Роки							
	2010	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Кількість лікарів усіх спеціальностей, тис. осіб	225	217	186	186	187	186	185	184
Кількість середнього медичного персоналу, тис. осіб	467	441	379	372	367	360	345	330

Примітка: складено на основі інформації Центру медичної статистики МОЗ України

Мають місце проблеми щодо: неуккомплектованості посад як лікарів, так і середнього медичного персоналу (відсоток укомплектованості лікарями становить 80,6 %, при цьому відсоток укомплектованості лікарями обласних лікарень – 85,1%, міських – 77,8 %, центральних районних лікарень – 76,2 %, дільничних – 71,3 %, селищних лікарських амбулаторій – 69,2%) [3]; регіональна диспропорція в кадровому забезпеченні (між різними регіонами країни, а також міською та сільською місцевостями); незадовільна ситуація з кадровим забезпеченням управлінської ланки сфери охорони здоров'я, яка характеризується не стільки нестачею управлінців, скільки рівнем їхньої підготовки [8].

Тому, можна погодитися з дослідженнями науковців, що сьогодні в Україні існує нестача керівних кадрів у сфері охорони здоров'я, які можуть

приймати відповідальні, самостійні й ефективні рішення стратегічного характеру. Залишається актуальним питання побудови ефективної системи підготовки менеджерів у сфері охорони здоров'я. Причому найголовнішою умовою є створення якісної освітньої бази з урахуванням найкращих здобутків провідних країн світу та реалій української системи охорони здоров'я.

3. Формування кадрового складу закладу охорони здоров'я

Ефективність функціонування закладу охорони здоров'я, зокрема, зростання обсягів робіт, якість медичних послуг, ефективне використання медичного обладнання, зростання іміджу закладу охорони здоров'я та підвищення результативності діяльності залежить від кадрового забезпечення. Тому в процесі формування кадрового складу закладу охорони здоров'я відправна роль належить процедурі добору і відбору кадрів.

Добір персоналу – це процес залучення працівників до заповнення вакансій. Набір починається із пошуку кандидатур на заміщення вакантних місць відповідно до їх вимог та створення необхідного резерву кандидатів на всі посади і робочі місця. Важливим є створення в закладі охорони здоров'я системи добору кадрів.

Ефективна система добору персоналу – це добір залежно від визначених потреб у кількості персоналу, кваліфікації, досвіду, віку, стану здоров'я; залежно від психологічного портрета кандидата для швидкої адаптації в колективі.

Створенню системи добору кадрів має передувати комплексна робота з оцінки показників:

- руху персоналу, укомплектованості, рівня сумісництва, плинності персоналу, кваліфікації персоналу;
- наявності помилок у роботі прийнятого медичного персоналу, пов'язаних із непрофесіоналізмом. Помилки призводять до втрати іміджу медичного закладу, до конфлікту між лікарем та пацієнтом, до скарг, а в гірших випадках – до смерті пацієнта та кримінальних справ;
- кількості працівників, які не пройшли випробування, встановлено їх невідповідність займаній посаді, на яку їх прийнято, або виконуваний роботі протягом строку випробування (п. 11 ст. 40 КЗпП);
- кількості працівників, які не відповідають займаній посаді або виконуваний роботі внаслідок недостатньої кваліфікації (п. 2 ст. 40 КЗпП);
- кількості працівників, які не відповідають займаній посаді за станом здоров'я, що перешкоджає продовженню цієї роботи (особливо це стосується лікарів, які працюють з небезпечними інфекційними хворобами, лікарів-рентгенологів, радіологів, лікарів УЗД);

– кількості порушень трудової дисципліни прийнятими працівниками. Порядок застосування стягнень за порушення трудової дисципліни визначено ст. 147 КЗпП. Види порушень трудової дисципліни: систематичне невиконання працівником без поважних причин обов'язків, покладених на нього трудовим договором (п. 3 ст. 40 КЗпП), прогули (п. 4 ст. 40 КЗпП), поява на роботі в нетверезому стані, у стані наркотичного або токсичного сп'яніння (п. 7 ст. 40 КЗпП), вчинення за місцем роботи розкрадання (п. 8 ст. 40 КЗпП), одноразового грубого порушення трудових обов'язків керівником закладу охорони здоров'я, його заступниками, головним бухгалтером (п. 1 ст. 41 КЗпП), вчинення працівником, який виконує виховні функції, аморального проступку, не сумісного з продовженням цієї роботи (п. 3 ст. 41 КЗпП); запізнення на роботу, самовільне залишення робочого місця;

– збільшення випадків виробничого травматизму нового медичного персоналу внаслідок недотримання правил техніки безпеки поводження з медичним обладнанням, хімічними речовинами тощо.

При доборі кадрів потрібно враховувати рух персоналу, а саме: вихід на пенсію, звільнення у зв'язку з закінченням договору про найм; розширення сфери діяльності закладу охорони здоров'я.

В закладі охорони здоров'я при формуванні персоналу використовується як внутрішній, так і зовнішній добір. Зовнішній добір передбачає залучення людей для подання заяв про зарахування на посади ззовні закладу охорони здоров'я. Він забезпечує більш широкі можливості вибору, сприяє появі нових імпульсів для розвитку закладу охорони здоров'я, зменшенню загальної потреби в кадрах, але має такі недоліки як: високий ступінь ризику під час заповнення вакансій через незнання особистісних характеристик людини; тривалий період адаптації через незнання закладу охорони здоров'я; блокування можливостей службового зростання для свого персоналу.

Внутрішній добір означає розгляд кандидатур теперішніх працівників як кандидатів на вакансії, які з'явилися в закладі охорони здоров'я. Перевагою внутрішнього добору є те, що професійно-кваліфікаційне просування в межах закладу охорони здоров'я сприяє професійному зростанню сумнінних працівників та не допускає плинності висококваліфікованих кадрів. Недоліком внутрішнього набору є те, що при переміщенні працівника на іншу роботу, на його попереднє місце треба знайти ще когось, а це породжує «ланцюгову реакцію» посадових переміщень.

Найбільш важливою складовою частиною формування персоналу закладу охорони здоров'я є професійний відбір, який в значній мірі визначає результативність управління персоналом.

Відбір персоналу – це процес оцінки якостей кола претендентів, визначення придатності кожного з них для виконання посадових обов'язків. На відміну від добору відбір персоналу полягає у

визначенні конкретних претендентів, які найбільше підходять на робочі місця, з врахуванням їх кваліфікації, спеціальності, особистих якостей, здібностей, характеру для висування їм пропозицій щодо встановлення трудових відносин з закладом охорони здоров'я. Процес залучення кадрів в заклад охорони здоров'я представлено на рис. 1.



Рис. 1. Процес залучення кадрів в заклад охорони здоров'я

При відборі персоналу для закладу охорони здоров'я потрібно керуватись такими принципами:

- орієнтація на сильні, а не на слабкі сторони людини і пошук не ідеальних кандидатів, яких у природі не існує, а тих, які найбільш підходять для даного робочого місця, посади;
- відмова від найму нових працівників незалежно від кваліфікації і особистих якостей якщо в них немає потреби;

– забезпечення відповідності індивідуальних якостей претендентів до вимог, які потрібні для даної роботи (освіта, стан, досвід, а інколи й стать, вік, стан здоров'я);

– орієнтація на кадри високої кваліфікації, але не вищої, ніж вимагає дане робоче місце;

– визначення критеріїв підбору. Їх повинно бути небагато, тільки основні – освіта, досвід, ділові якості, професіоналізм, тип особистості, фізичні характеристики та потенційні можливості.

Людина забезпечує максимальну віддачу, якщо виконує посильну роботу, що відповідає її нахилам, здібностям, рівню загальної та соціальної підготовки. Ігнорування цих вимог призводить до плінності кадрів і зниження результативності діяльності закладу охорони здоров'я, зумовлене організаційними, економічними і психологічними причинами, внаслідок складності праці персоналу і тривалого періоду «входження його в посаду».

Введення на посаду – це процес порівняння необхідної кваліфікації для виконання посадових обов'язків та наявних у працівника знань, умінь навичок та здібностей. Як правило, співвідношення між потребами закладу охорони здоров'я та очікуваннями працівника досягається не одразу. Співвідношення між ними показано у таблиці 3.

Таблиця 3

Співвідношення між індивідуальними потребами та потребами закладу охорони здоров'я

Організаційні потреби	Індивідуальні потреби
Рівень продуктивності праці	Використання наявних знань, умінь, навичок та здібностей
Сприйняття політики закладу охорони здоров'я	Бажання професійно-кваліфікаційного просування
Прийняття змін в закладі охорони здоров'я праці	Бажання фінансової та соціальної незалежності
Дотримання етики відносин у колективі	Бажання співучасті в управлінні та самореалізації

Гармонізація індивідуальних та організаційних потреб у змісті вимог, які передбачає посада: зміст посадових обов'язків і поведінка, необхідна для їх виконання; рівень автономності працівника у виконанні посадових завдань; характер відносин із керівником і підлеглими, визначеними посадою.

Таким чином, введення на посаду передбачає необхідність адаптації кадрів до роботи в закладі охорони здоров'я. Адаптація кадрів поділяється на такі види:

– **професійна.** На цей процес впливають три групи факторів: фактор середовища, до якого здійснюється адаптація (робоче місце); фактори, які

можуть бути названі індивідуально-особистими, тобто пов'язані з адаптантом; фактори управління процесом адаптації;

– **соціально-організаційна**, яка включає у себе: адміністративно-правові, соціально-економічні, управлінські, рекреаційно-творчі аспекти.

– **соціально-психологічна**. На цей вид мають вплив такі чинники: морально-психологічний клімат, ідейна спільність, взаємодопомога, взаємна відповідальність, згуртованість навколо громадської значимої мети.

При доборі на вищі посади необхідно враховувати наявність лідерських та менеджерських якостей, здатність управляти колективом. Для призначення керівників закладів охорони здоров'я проводиться конкурсний відбір.

Головною метою проведення конкурсу є здійснення оцінки кандидата при прийомі на роботу і відбір такого працівника, який спроможний досягнути результату, очікуваного організацією. Проведення конкурсу на зайняття посади керівника державного, комунального закладу охорони здоров'я здійснюється відповідно до «Порядку проведення конкурсу на зайняття посади керівника державного, комунального закладу охорони здоров'я» затвердженого постановою КМУ від 27 грудня 2017 року № 1094 та зі змінами від 25.04.2018 року №316 [12].

Особливості конкурсу для призначення керівників закладів, які провадять діяльність з надання лише первинної медичної допомоги, можуть визначатися відповідними уповноваженими виконавчими органами управління власника закладу охорони здоров'я (далі – органи управління).

Конкурс проводиться з дотриманням принципів: забезпечення рівного доступу; політичної неупередженості; законності; довіри суспільства; недискримінації; прозорості; доброчесності; ефективного і справедливого процесу відбору.

Підставою для проведення конкурсу є рішення органу управління, яке приймається протягом трьох робочих днів з моменту виникнення вакантної посади.

Конкурс складається з таких етапів:

- 1) прийняття рішення про проведення конкурсу;
- 2) формування конкурсної комісії (у разі необхідності оновлення її складу);
- 3) підготовка до проведення конкурсу (оприлюднення оголошення про проведення конкурсу, прийняття документів від осіб, які бажають взяти участь у конкурсі, перевірка поданих документів на відповідність установленим вимогам);
- 4) проведення конкурсу (заслуховування конкурсної пропозиції та проведення співбесіди з кандидатами (претендентами), визначення переможця конкурсу);
- 5) оприлюднення результатів конкурсу.

Орган управління тимчасово (з дня виникнення вакантної посади до призначення керівника закладу за результатами конкурсу) покладає виконання обов'язків керівника закладу на особу з числа штатних працівників закладу.

Особи, які подали необхідні документи для участі в конкурсі, є претендентами на зайняття посади.

Для проведення конкурсу рішенням органу управління утворюється конкурсна комісія (постійно діюча або для проведення окремого конкурсу не пізніше ніж через 20 днів після оприлюднення рішення про проведення конкурсу).

Конкурсна комісія у своїй діяльності керується Конституцією та законами України, постановами Верховної Ради України, актами Президента України та Кабінету Міністрів України, іншими нормативно-правовими актами та цим Порядком. **До її складу входять у рівній кількості:**

- представники органу управління;
- представники трудового колективу відповідного закладу, обрані на загальних зборах трудового колективу;
- представники громадської ради органу управління або особи (за згодою), делеговані громадськими об'єднаннями з питань захисту інтересів громадян у сфері охорони здоров'я та/або у сфері запобігання корупції і антикорупційної діяльності (за умови реєстрації таких громадських об'єднань не менш як за два роки до дати рішення про проведення конкурсу) та погоджені громадською радою при органі управління – по одній особі від кожного громадського об'єднання.

Кількість членів конкурсної комісії з проведення конкурсу на зайняття посади керівника державного закладу охорони здоров'я становить дев'ять – дванадцять осіб. Кількість членів конкурсної комісії з проведення конкурсу на зайняття посади керівника комунального закладу охорони здоров'я становить шість – дев'ять осіб.

Конкурсна комісія може прийняти рішення про залучення до роботи експертів/фахівців/науковців з відповідної галузі знань з правом дорадчого голосу для проведення оцінки конкурсної пропозиції та співбесіди щодо відповідності професійної компетентності претендента встановленим вимогам.

Для новостворених закладів охорони здоров'я до складу конкурсної комісії входять у рівній кількості:

- представники органу управління;
- представники громадської ради органу управління або особи (за згодою), делеговані громадськими об'єднаннями з питань захисту інтересів громадян у сфері охорони здоров'я та/або у сфері запобігання корупції і антикорупційної діяльності (за умови реєстрації таких громадських

об'єднань не менше як за два роки до дати прийняття рішення про проведення конкурсу) та погоджені громадською радою при органі управління, – по одній особі від кожного громадського об'єднання.

Кількість членів конкурсної комісії з проведення конкурсу на зайняття посади керівника новоствореного державного закладу охорони здоров'я становить вісім – десять осіб. Кількість членів конкурсної комісії з проведення конкурсу на зайняття посади керівника новоствореного комунального закладу охорони здоров'я становить шість – вісім осіб.

Формою роботи конкурсної комісії є засідання. Засідання конкурсної комісії є правоможним у разі участі в ньому не менш як двох третин її складу. Персональний склад конкурсної комісії, у тому числі голова та секретар конкурсної комісії, затверджуються рішенням органу управління. Зміни до складу конкурсної комісії вносяться рішенням органу управління.

Рішення конкурсної комісії приймаються шляхом відкритого поіменного голосування. Пропозиція про включення питання до порядку денного може бути поставлена на голосування на вимогу будь-якого члена конкурсної комісії. Рішення конкурсної комісії приймаються більшістю голосів її членів, присутніх на засіданні. У разі рівного розподілу голосів вирішальним є голос головуючого на засіданні конкурсної комісії.

Конкурсна комісія оприлюднює на офіційному веб-сайті органу управління інформацію про рішення конкурсної комісії не пізніше наступного робочого дня після підписання протоколу.

Конкурсна комісія:

- оприлюднює оголошення про проведення конкурсу;
- встановлює вимоги до претендентів з урахуванням установлених законодавством вимог;
- встановлює вимоги до конкурсних пропозицій;
- оприлюднює результати засідань конкурсної комісії та результати конкурсу;
- перевіряє документи, подані претендентами щодо відповідності установленим вимогам;
- приймає рішення про допуск претендентів до конкурсу або відхилення їх кандидатур;
- забезпечує відкритість конкурсу відповідно до вимог «Порядку проведення конкурсу на зайняття посади керівника державного, комунального закладу охорони здоров'я»;
- оцінює професійний досвід, знання, якості та конкурсні пропозиції учасників конкурсу;
- відбирає шляхом голосування з числа учасників одну кандидатуру на посаду керівника закладу, оформлює відповідне рішення конкурсної комісії та вносить подання керівникові органу управління, який призначає такого кандидата на посаду керівника закладу;

– здійснює інші повноваження, передбачені «Порядком проведення конкурсу на зайняття посади керівника державного, комунального закладу охорони здоров'я».

Документи для участі у конкурсі приймаються у строк не менше 14 календарних днів, але не більше 30 календарних днів після дати оприлюднення оголошення та реєструються як вхідна кореспонденція органу управління.

Зміст документів, поданих претендентами, не розголошується до початку засідання комісії, на якому проводиться їх розгляд. Конкурсні пропозиції претендентів не розглядаються на першому засіданні конкурсної комісії і не розголошуються до початку їх заслуховування. Членам конкурсної комісії забороняється виготовляти паперові, електронні (фото) копії конкурсних пропозицій, будь-яким чином розголошувати їх зміст.

За рішенням конкурсної комісії претендент не допускається до участі в конкурсі у разі:

- неподання ним необхідних документів;
- його невідповідності встановленим комісією вимогам до претендентів та конкурсних пропозицій;
- наявності у претендента незнятої або непогашеної в установленому законом порядку судимості, заборони займати відповідні посади або провадити певні види діяльності;
- наявності судового рішення, яке набрало законної сили, за яким претендент визнаний винним у вчиненні корупційного правопорушення або правопорушення, пов'язаного з корупцією.

Претенденти, допущені до участі в конкурсі, є його учасниками. Про прийняте конкурсною комісією рішення претенденти та учасники повідомляються секретарем конкурсної комісії протягом трьох робочих днів з дня проведення засідання з розгляду документів.

Комісія не пізніше ніж протягом трьох днів після формування її складу оприлюднює на офіційному веб-сайті органу управління оголошення про проведення конкурсу.

В оголошенні зазначаються такі відомості: правові підстави проведення конкурсу; найменування, юридичне та фактичне місцезнаходження закладу, основні напрями його діяльності з додержанням вимог законодавства про інформацію з обмеженим доступом, статут, структура закладу, а також кошторисні призначення для фінансового забезпечення діяльності закладу; дата початку, кінцевий строк і адреса приймання документів для участі у конкурсі; номер телефону та адреса електронної пошти для довідок; перелік документів, що подаються претендентом для участі в конкурсі; вимоги до претендента та конкурсної пропозиції; умови оплати праці керівника закладу із зазначенням істотних умов контракту; дата і місце проведення конкурсу.

За результатами заслуховування конкурсних пропозицій і проведених співбесід конкурсна комісія шляхом голосування відбирає з числа учасників конкурсу одну кандидатуру, яка відповідає встановленим вимогам, – переможця конкурсу, після чого вносить відповідне подання керівникові органу управління, що здійснює призначення переможця конкурсу на посаду керівника закладу.

Рішення про призначення на посаду та укладення контракту на строк від трьох до п'яти років, приймається протягом одного місяця з дня внесення конкурсною комісією відповідного подання. Зазначений строк може бути продовжено на період проведення спеціальної перевірки стосовно осіб, які претендують на зайняття посад, які передбачають зайняття відповідального або особливо відповідального становища, та посад з підвищеним корупційним ризиком (у випадках, передбачених законодавством), інших процедур, передбачених законодавством.

Результати конкурсу оприлюднюються на офіційному веб-сайті органу управління. Конкурсна комісія має право прийняти вмотивоване рішення про відхилення кандидатур усіх учасників конкурсу та надіслати органів управління обґрунтовану пропозицію про призначення повторного конкурсу. Рішення за результатами конкурсу може бути оскаржене в передбаченому законодавством порядку.

Отже, від ефективної системи добору кадрів залежить, наскільки швидко діяльність працівника окупить витрати, понесені в ході добору кадрів, тому новий працівник повинен максимально відповідати вимогам, які висуваються професійними стандартами медичної допомоги.

4. Організація професійного розвитку персоналу закладу охорони здоров'я

Сучасні виклики, що постають перед Україною в сфері охорони здоров'я, зумовлюють необхідність пошуку інноваційних підходів до організації професійного навчання персоналу, оскільки від рівня забезпеченості закладів охорони здоров'я компетентними медичними працівниками та їх безперервного професійного розвитку залежить якість надання медичної допомоги населенню країни.

Професійний розвиток персоналу закладу охорони здоров'я – це цілеспрямований і систематичний вплив на працівників за допомогою професійного навчання протягом їхньої трудової діяльності з метою досягнення високої ефективності наданих медичних послуг, підвищення дієздатності персоналу, забезпечення виконання працівниками нових складніших завдань на основі максимально можливого використання їхніх здібностей та потенційних можливостей. Це також безперервний комплексний

процес, який включає: професійне навчання, розвиток кар'єри та підвищення кваліфікації.

Основна мета професійного розвитку персоналу – збільшення «віддачі» кожного працівника, структурного підрозділу та закладу охорони здоров'я загалом.

Складові процесу професійного розвитку персоналу закладу охорони здоров'я наведено на рисунку 2.



Рис. 2. Складові процесу професійного розвитку персоналу закладу охорони здоров'я

До основних завдань професійного розвитку персоналу закладу охорони здоров'я належать:

- створення необхідних умов для досягнення працівником відповідного професійного рівня з метою підвищення ефективності і професійної діяльності;
- забезпечення відповідності професійного розвитку персоналу потребам закладу охорони здоров'я шляхом проведення його професійного навчання, атестації, формування резерву керівників;
- сприяння розвитку творчості та ініціативи працівників з метою підвищення ефективності їх праці, адаптації до інноваційних змін в закладі охорони здоров'я;
- створення умов для навчання кадрів;
- усунення проблемних питань, які негативно впливають на процес навчання і потребують законодавчого врегулювання;
- інформаційно-методичне забезпечення закладу охорони

здоров'я необхідними нормативно-правовими, навчально-програмними та методичними матеріалами;

– визначення ефективності професійного навчання працівників закладу охорони здоров'я.

В закладі охорони здоров'я при розв'язанні проблеми професійного розвитку персоналу слід дотримуватися певних принципів, серед яких можна назвати наступні: загальнодоступність системи професійного розвитку персоналу; вільний вибір керівником форм і методів забезпечення професійного розвитку персоналу з урахуванням специфіки їх роботи; поєднання інтересів керівника та працівника; кар'єрне зростання персоналу; безперервність процесу професійного навчання персоналу на робочому місці.

Освіта і навчання персоналу повинні бути безперервними і забезпечувати необхідний професійний розвиток. Система розвитку персоналу в закладі охорони здоров'я має бути гнучкою, здатною змінювати зміст, методи та організаційні форми згідно з потребами закладу охорони здоров'я. Ефективним засобом підвищення потенціалу закладу охорони здоров'я є навчання його працівників.

Навчання персоналу – сукупність цілеспрямованих систематичних дій, спрямованих на поглиблення і розширення певних елементів професійних компетенцій працівників, впровадження нових елементів відповідно до актуальних і майбутніх потреб закладу охорони здоров'я.

Професійний розвиток і професійне навчання виконують одне завдання – підготовку працівників до виконання ними своїх обов'язків. Різниця в тому, що професійне навчання орієнтується на сучасні потреби закладу охорони здоров'я, а професійний розвиток – на майбутнє і є більш фундаментальним.

Основними факторами, які мотивують працівників закладу охорони здоров'я активно брати участь у професійному навчанні є: бажання зберегти місце роботи чи посаду; зацікавленість у збільшенні заробітної плати; бажання одержати нову посаду або підвищити рівень; інтерес до процесу освоєння нових знань і навиків; бажання встановити контакт з іншими слухачами. Система підготовки персоналу повинна враховувати як інтереси закладу охорони здоров'я так і інтереси працівників – одержати повноцінну професійну підготовку.

Основними формами професійного навчання є професійна підготовка, перепідготовка і підвищення кваліфікації працівників.

Підготовка фахівців є ступеневою системою неперервного навчання, що містить **такі складові:** довузівська підготовка; вища освіта; післядипломна освіта.

Підготовка працівників закладу охорони здоров'я – це здобуття освіти відповідного освітньо-кваліфікаційного рівня за спеціальностями та спеціалізаціями, спрямованими для професійної діяльності в закладі охорони здоров'я.

Вимоги до змісту, обсягу і рівня підготовки фахівців установаються відповідно до специфіки закладу охорони здоров'я, до вимог державних стандартів освіти, що є основою оцінки освітнього й освітньо-кваліфікаційного рівня. Професійна підготовка працівників полягає в отриманні професійних знань і вмінь, необхідних для виконання посадових обов'язків на робочому місці. Вона може бути як загальною (стосуватися закладу охорони здоров'я загалом, його внутрішнього і зовнішнього середовищ, управління), так і спеціалізованою (стосуватися способів виконання певних функцій, технологічних процесів, методів виконання робіт). Із неї найчастіше розпочинається службова кар'єра працівника в закладі охорони здоров'я.

Післядипломна освіта включає наступні складові: перепідготовку кадрів; підвищення кваліфікації.

Особливістю перепідготовки персоналу є те, що її завдання полягають у здобутті штатними працівниками нових професій, знань і навичок.

Перепідготовка працівників закладу охорони здоров'я – це здобуття освіти відповідного освітньо-кваліфікаційного рівня за іншою спеціальністю у межах, як правило, відповідної галузі знань. Вибір напрямів, форм і змісту перепідготовки впливає з основних стратегічних напрямів діяльності закладу охорони здоров'я, його політики щодо розвитку персоналу, а також індивідуальних особливостей працівників.

Особливо важливу роль у розвитку персоналу відіграє **підвищення кваліфікації працівників закладу охорони здоров'я – навчання після одержання працівниками певної освіти, спрямоване на оновлення теоретичних і практичних знань у відповідності до вимог освітніх стандартів з метою підтримки рівня їхньої кваліфікації, достатнього для ефективного виконання завдань.** Підвищення кваліфікації, як правило, здійснюється при появі у працівника закладу охорони здоров'я додаткових функцій або за необхідності проведення посадових переміщень.

Важливе значення має підвищення кваліфікації керівників, яке спрямоване на набуття здатностей виконувати нові для певної посади завдання, функції та обов'язки з надання управлінських і адміністративних послуг, а також забезпечення діяльності закладу охорони здоров'я.

Потреба закладів охорони здоров'я в підвищенні кваліфікації їх кадрового складу обумовлена: змінами зовнішнього і внутрішнього середовища, удосконаленням процесу управління, освоєнням нових видів діяльності. Підвищення кваліфікації медичного персоналу повинно бути

комплексним за обсягом, диференційованим за окремими категоріями працівників, неперервним.

Створення дієвої системи підвищення кваліфікації працівників актуалізується у зв'язку зі зростанням частки лікарів, які отримували базову і післядипломну освіту десятки років тому, та малим «життєвим циклом» спеціальних знань і навичок.

Необхідний рівень кваліфікації лікаря-спеціаліста забезпечується поєднанням різних видів навчання, що здійснюється навчальними закладами з післядипломної підготовки лікарів (провізорів), курсами інформації і стажування, систематичною самоосвітою і постійною практичною роботою з отриманої спеціальності.

Особливо важливу роль у розвитку кадрового складу закладів охорони здоров'я відіграє підвищення кваліфікації медичних працівників, які одержують додаткові можливості для планування трудової кар'єри. В закладі охорони здоров'я повинна бути програма підвищення кваліфікації медичних працівників. Етапи реалізації програми підвищення кваліфікації медичних працівників представлені на рисунку 3.

Основою професійного розвитку кадрового складу закладу охорони здоров'я є оцінювання його професійної компетентності, яке повинно здійснюватися на основі створення моделі компетентності для певної посади. Це, дає змогу реально оцінити потреби у навчанні та професійному розвитку медичних працівників.

Водночас, реформування медичної освіти полягає у впровадженні нової системи відповідно до Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 року № 302 [14].

Основна ідея цього документа – професійний розвиток має тривати протягом усього періоду фахової діяльності лікаря та передбачати самовдосконалення шляхом участі як у формалізованому навчальному процесі, так і у неформальних освітніх програмах.

Безперервний професійний розвиток фахівців у закладах охорони здоров'я – це безперервний процес навчання та вдосконалення професійних компетентностей фахівців після здобуття ними вищої освіти у сфері охорони здоров'я та післядипломної освіти в інтернатурі, що дозволяє фахівцю підтримувати або покращувати стандарти професійної діяльності відповідно до потреб закладу охорони здоров'я та триває впродовж усього періоду професійної діяльності.

Принцип безперервного навчання фахівців сфери охорони здоров'я давно є поширеною практикою в розвинутих країнах Європи, Америки та Азії, зокрема у США, Чехії, Сінгапурі, Швеції, Великій Британії, Польщі, та інших [8].



Рис. 3. Етапи реалізації програми підвищення кваліфікації медичного персоналу

Система безперервного професійного розвитку включає періоди підвищення кваліфікації фахівців та підготовки у лікарській резидентурі, аспірантурі, докторантурі, на циклах спеціалізації, тематичного удосконалення, курсах інформації та стажування після отримання (підтвердження) медичним або фармацевтичним працівником відповідної кваліфікації, а також професійну самоосвіту. Лікарська резидентура проводиться в університетах, академіях, інститутах, наукових установах,

закладах охорони здоров'я, визнаних Міністерством охорони здоров'я як бази лікарської резидентури.

Навчання на циклах спеціалізації, тематичного удосконалення, курсах інформації та стажування здійснюється на базі вищих навчальних закладів, закладів післядипломної освіти, науково-дослідних установ, закладів охорони здоров'я.

Положення про навчання в інтернатурі, лікарській резидентурі, на циклах спеціалізації, тематичного удосконалення, курсах інформації та стажування; перелік спеціальностей інтернатури, лікарської резидентури та циклів спеціалізації затверджуються Міністерством охорони здоров'я.

Безперервний професійний розвиток включає особисту участь фахівця в різноманітних програмах і заходах формальної, неформальної й інформальної освіти.

Неформальна освіта у закладі охорони здоров'я – це поглиблення власних знань і вдосконалення вмінь згідно з освітніми програмами, що не передбачає присвоєння визнаних державою освітніх кваліфікацій за рівнями освіти, але може завершуватися присвоєнням професійних або часткових освітніх кваліфікацій.

Інформальна освіта (самоосвіта) у закладі охорони здоров'я – самоорганізоване здобуття фахівцями професійних компетентностей під час повсякденної практики, пов'язаної з професійною, громадською або іншою діяльністю.

Інформальна освіта є обов'язковою складовою безперервного професійного розвитку фахівців у закладі охорони здоров'я. Для якої **виокремлено основні форми професійної самоосвіти** (рис. 4).

Періоди підвищення кваліфікації кадрового складу закладу охорони здоров'я в системі безперервного професійного розвитку, у тому числі у процесі професійної самоосвіти, підлягають обліку, який здійснюється працівником шляхом створення та ведення особистого освітнього портфоліо, а також роботодавцем, вищим навчальним закладом та закладом післядипломної освіти. Водночас, всі періоди підвищення кваліфікації підлягають щорічній оцінці, яка здійснюється вищим навчальним закладом, закладом післядипломної освіти відповідно до балів, які отримав працівник упродовж усіх періодів навчання у системі безперервного професійного розвитку. Кількість балів за різні форми інформальної освіти в процесі безперервного професійного розвитку визначається і затверджується Міністерством охорони здоров'я України та використовується здобувачами освіти для формування індивідуальної освітньої траєкторії.

В контексті здійснення медичної реформи підвищуються вимоги до кваліфікації керівників, рівня їх професійних знань, які забезпечують закладу охорони здоров'я перехід до стратегічного управління ним.

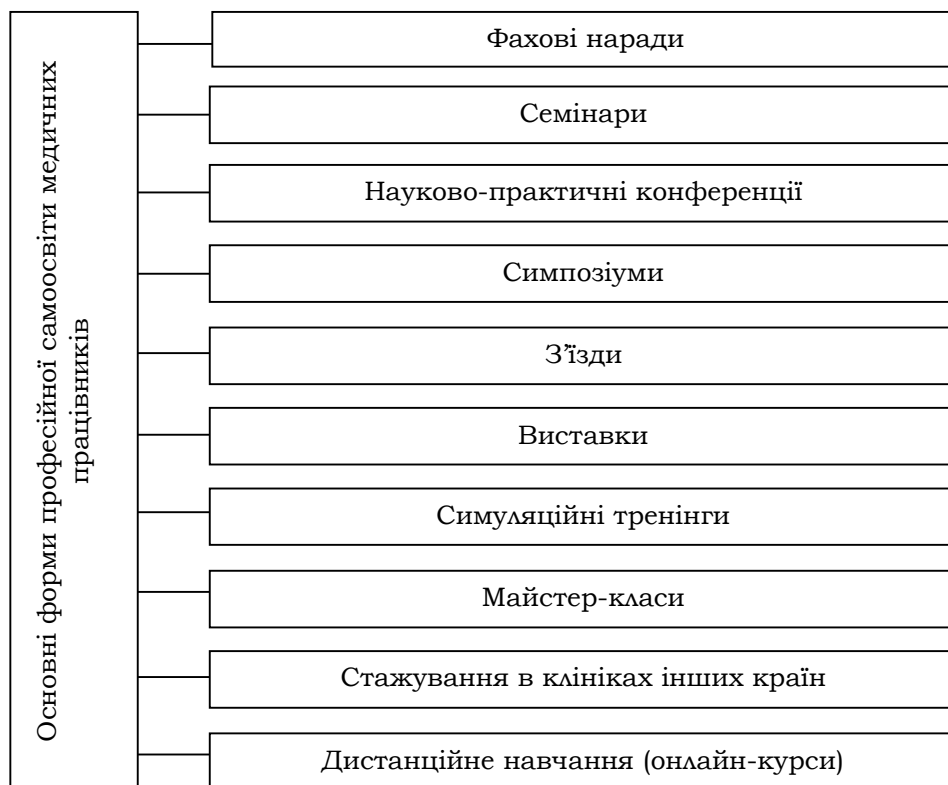


Рис. 4. Основні форми інформальної освіти медичних працівників у системі безперервного професійного розвитку

Для ефективного управління закладами охорони здоров'я, окрім профільної професійної освіти, сучасний керівник повинен мати високий рівень управлінських компетенцій.

Зважаючи на складність управлінської діяльності та стрімкий розвиток науки і практики в цій сфері, самостійно набути такі компетенції здатна лише незначна частина керівників. Тому виокремлюють два напрями додаткової професійної підготовки фахівців, що обіймають керівні посади в сфері охорони здоров'я: отримання ними другої вищої освіти з управлінських спеціальностей (переважно в ВНЗ, що здійснюють підготовку фахівців медичного профілю); проходження курсів підвищення кваліфікації менеджерського спрямування.

5. Оцінювання діяльності персоналу закладу охорони здоров'я

Ефективність роботи закладу охорони здоров'я досягається взаємодією трьох основних груп учасників, а саме користувачів медичних послуг (широких верств населення), менеджерів закладу охорони здоров'я та медичних працівників. Медичний персонал здатний працювати таким чином, щоб справедливо та ефективно реагувати на запити населення для досягнення якомога кращих результатів. Оцінка медичного персоналу передбачає порівняння окремих елементів його роботи з відповідними стандартами, вимогами, параметрами. Відтак, ефективне управління працівниками вимагає періодичного їх оцінювання для вирішення таких питань: планування потреб у залученні нових працівників та переміщення наявних всередині закладу охорони здоров'я; звільнення працівників; підвищення їх кваліфікації і планування професійних кар'єр; визначення і диференціації винагороджень; підвищення ефективності мотивування праці та її якості; оптимізація обміну інформацією між керівниками і підлеглими; здійснення організаційних змін. Тому, оцінка діяльності медичного персоналу розглядається як елемент управління і як система атестації кадрів, що застосовується в закладі охорони здоров'я в тій чи іншій модифікації.

Оцінювання діяльності персоналу є процедурою, яка проводиться з метою виявлення рівня відповідності особистісних якостей працівника, кількісних та якісних результатів його діяльності визначеним вимогам. Вона є необхідним засобом вивчення якісного складу кадрового потенціалу закладу охорони здоров'я, його сильних і слабких сторін, та основою для удосконалення індивідуальних трудових здібностей працівника і підвищення його кваліфікації.

Метою оцінювання діяльності працівників є отримання об'єктивних оцінок їхньої праці, в яких концентруються знання і досвід, ставлення до праці, внесок у кінцевий результат діяльності первинного трудового колективу й закладу охорони здоров'я загалом. Це означає, що об'єктом оцінювання повинні бути не людина загалом, а тільки істотні її якості, властивості і дії з огляду на виконувану нею роботу та наслідки.

В результаті здійснення оцінювання діяльності персоналу можна досягнути наступних цілей (табл. 4.)

Таким чином, основою організації діяльності персоналу є її оцінювання як відправна точка для удосконалення кадрів, їх мотивації і відповідної оплати праці.

Оцінювання діяльності працівників закладу охорони здоров'я охоплює дві сфери їх діяльності – поточну і перспективну. При аналізі поточної діяльності увага акцентується на тому, як працівник виконує роботу.

Таблиця 4.

Цілі оцінювання діяльності персоналу закладу охорони здоров'я

Цілі оцінювання діяльності персоналу	Характеристика цілей
Адміністративна	полягає в прийнятті кадрових рішень на об'єктивній і регулярній основі (розміщення кадрів, їх переміщення та оплата праці)
Інформативна	забезпечення керівників необхідними даними про кількісний та якісний склад персоналу
Мотиваційна	орієнтація працівників на покращення трудової діяльності в потрібному для закладу охорони здоров'я напрямку

Поточні оцінки повинні обговорюватися із співробітником. Позитивним при цьому є те, що працівник може ознайомитися (сприйняти) критичний контроль та оцінку своїх слабких та сильних сторін, а особа, що оцінює – сформулювати прийнятні висновки та вивчити причини незадовільної поведінки співробітника. Перспективна діяльність регламентується рішенням при розстановці, ротатії, переміщенні і навчанні персоналу, вимагає оцінки здібностей, особистих якостей, мотивації, що дозволяє прогнозувати потенційні можливості працівника. При організації роботи з персоналом одержані дані є базовими для прийняття ефективних кадрових рішень. Таким чином, оцінювання діяльності персоналу відповідає об'єктивним потребам як роботодавців, так і працівників, задоволення яких дає змогу узгодити індивідуальні та загальні інтереси (табл. 5.).

Таблиця 5.

Оцінювання персоналу закладу охорони здоров'я відповідно до потреб

Об'єктивні потреби закладу охорони здоров'я в оцінюванні персоналу	Потреби персоналу в оцінюванні
1. Потреба в одержанні інформації для вдосконалення навичок, здібностей працівників	1. Потреби працівників в інформації про сильні і слабкі сторони їх діяльності
2. Потреба в інформації для диференціації рівнів матеріальної допомоги	2. Потреби працівників в одержанні матеріальної винагороди відповідно до затрачених ними трудових зусиль
3. Потреба в інформації для визначення індивідуального трудового внеску та кращого використання працівника в закладі охорони здоров'я	3. Потреби працівників в порівнянні їх власних здобутків з результатами діяльності інших співробітників

В закладі охорони здоров'я проведення оцінювання діяльності персоналу дає інформацію про: ефективність роботи працівників; потенційні можливості спеціалістів і перспективи їх росту; причини неефективної роботи окремих спеціалістів; потреби і пріоритети в навчанні та підвищенні кваліфікації; бажання і надії працівників; шляхи удосконалення організації праці.

Однією з форм оцінювання діяльності персоналу є атестація, яка проводиться спеціально створеною атестаційною комісією, до складу якої входять: представники керівництва, керівники структурних підрозділів, представники кадрової служби. **Атестація – це періодична оцінка персоналу, яка підсумовує уявлення про якості працівника, його трудову поведінку й результати діяльності.**

Атестація медичних кадрів – це оцінювання діяльності персоналу, яке проводиться у певний час, у встановленій формі, за спеціально розробленою процедурою, за результатами якої приймаються рішення щодо професійно-кваліфікаційного просування працівників на керівні посади щодо професійного навчання чи звільнення персоналу.

Мета атестації – раціональне розміщення працівників, ефективне використання їх знань, навичок, умінь.

За результатами атестації керівник закладу охорони здоров'я має право приймати рішення щодо: підвищення (пониження) працівника в кваліфікаційній категорії; підвищення (пониження) посадового окладу; визначення винагород; вирішення підвищення кваліфікації, набуття нової спеціальності. Основне завдання атестації – не контроль виконання, а виявлення резервів підвищення рівня віддачі працівників.

Атестація – спеціальна комплексна оцінка сильних і слабких сторін працівників (знань, навиків, умінь, рис характеру), рівня їх відповідності вимогам посади, діяльності та їх результативності. Вона спрямована на: пошук резервів підвищення продуктивності праці, зацікавленості працівників у результатах своєї праці; на оптимальне використання економічних стимулів і соціальних гарантій, а також на створення умов для динамічного і всебічного розвитку особистості.

Атестація персоналу закладу охорони здоров'я ґрунтується на відповідній нормативно-правовій і методичній базі. В Україні затверджений цілий ряд нормативно-правових документів, що регламентують проведення атестації медичних працівників.

В закладах охорони здоров'я проведення атестації лікарів здійснюється на основі «Порядку проведення атестації лікарів» затвердженого наказом МОЗ України від 22.02.2019 року № 446 [11]. Основними завданнями атестації лікарів є оцінка виконання лікарями вимог щодо здобуття післядипломної освіти в інтернатурі, підвищення

їхньої кваліфікації та проходження безперервного професійного розвитку відповідно до постанови КМУ від 28 березня 2018 року №302 «Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я» [14].

Виділяють декілька видів атестації лікарів:

- атестація на визначення знань і практичних навичок з присвоєнням (підтвердженням) звання «лікар-спеціаліст»;
- атестація на присвоєння кваліфікаційної категорії;
- атестація на підтвердження кваліфікаційної категорії.

Атестація на визначення знань та практичних навичок з присвоєнням (підтвердженням) звання «лікар-спеціаліст» проводиться в комісіях, які створюються при закладах вищої освіти, що здійснюють підготовку фахівців у галузі знань 22 «Охорона здоров'я» та закладах післядипломної освіти.

Атестація на присвоєння (підтвердження) кваліфікаційних категорій проводиться комісіями, що створюються при Міністерстві охорони здоров'я України (Центральна атестаційна комісія), Міністерстві охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, структурних підрозділах з питань охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій.

Атестаційні комісії проводять атестацію лікарів закладів охорони здоров'я та фізичних осіб – підприємців, які одержали ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики, ліцензії на діяльність банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини відповідно до переліку, затвердженого Міністерством охорони здоров'я України, лікарів, які працюють за наймом у суб'єктів господарювання, що зареєстровані в установленому порядку як юридичні особи або фізичні особи – підприємці, лікарів медико-профілактичного профілю та лікарів установ соціального захисту населення на території відповідної адміністративно-територіальної одиниці.

Лікарі, які працюють у закладах охорони здоров'я, що входять до сфери управління центральних органів виконавчої влади, при яких створено відповідні відомчі атестаційні комісії, проходять атестацію у таких відомчих атестаційних комісіях у разі їхнього створення або в атестаційних комісіях Міністерства охорони здоров'я України відповідно до вимог «Порядку проведення атестації лікарів».

Центральна атестаційна комісія:

- проводить атестацію керівників, їхніх заступників, штатних головних спеціалістів та експертів Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, структурних підрозділів з питань охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій, керівників, їх

заступників закладів та установ медико-профілактичного профілю, керівників, їхніх заступників, спеціалістів закладів охорони здоров'я, що входять до сфери управління Міністерства охорони здоров'я України, керівників, їхніх заступників центрів (бюро) медико-соціальної експертизи, лікарів медико-соціальних експертних комісій та лікарів підприємств, установ, організацій усіх форм власності.

У Центральній атестаційній комісії атестуються відповідно до профілю клінічної та медико-профілактичної роботи наукові та науково-педагогічні працівники закладів вищої медичної освіти, закладів післядипломної освіти, науково-дослідних медичних установ, які в установленому законодавством порядку допущені до лікарської діяльності, відповідно до «Порядку проведення атестації лікарів»;

- вирішує питання легалізації посвідчень про наявність кваліфікаційних категорій, виданих за межами України;
- здійснює методичне керівництво роботою атестаційних комісій в Україні.

До складу атестаційної комісії можуть входити працівники Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, структурних підрозділів з питань охорони здоров'я обласних (міських) державних адміністрацій, а також представники професійних асоціацій, організацій роботодавців та профспілок, керівники закладів охорони здоров'я, науково-педагогічні працівники закладів вищої медичної освіти, науково-дослідних інститутів тощо (за їхньою згодою).

Члени атестаційної комісії входять до її складу на добровільних засадах.

У проведенні атестації беруть участь не менше 2/3 складу комісії. Рішення ухвалюється більшістю голосів присутніх на засіданні членів комісії. У разі рівного розподілу голосів голос голови комісії є вирішальним.

Засідання атестаційних комісій проводяться не рідше одного разу на квартал відповідно до щорічного графіка, який затверджується перед початком нового календарного року керівником закладу вищої медичної освіти або Міністерством охорони здоров'я України, Міністерством охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, структурними підрозділами з питань охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій (далі – орган охорони здоров'я), при яких створені комісії.

Атестаційна комісія веде протоколи своїх засідань. Протоколи та документи лікарів, які атестуються, зберігаються в установленому законодавством порядку.

Атестація на присвоєння (підтвердження) кваліфікаційних категорій проводиться за бажанням лікаря. Лікарі, які протягом року

після закінчення п'ятирічного строку з дати попередньої атестації не виявили бажання і не подали документи на чергову атестацію, та лікарі, яким за рішенням атестаційної комісії відмовлено в атестації або присвоєнні (підтвердженні) кваліфікаційної категорії, підлягають атестації на визначення знань та практичних навичок з підтвердженням звання «лікар-спеціаліст» після проходження стажування.

Особи, яким присвоєно кваліфікаційну категорію, проходять атестацію на її підтвердження один раз на п'ять років. За бажанням лікаря, за наявності стажу роботи за спеціальністю та за умови виконання вимог до безперервного професійного розвитку атестація на присвоєння наступної кваліфікаційної категорії може бути проведена і через менший строк, але не раніше ніж через один рік з дати попередньої атестації.

Атестації на визначення знань та практичних навичок з присвоєнням звання «лікар-спеціаліст» з конкретної лікарської спеціальності підлягають особи, які закінчують навчання в інтернатурі, а також особи, які у порядку, передбаченому наказом Міністерства охорони здоров'я України від 25 грудня 1992 року № 195 «Про затвердження Переліку вищих і середніх спеціальних навчальних закладів, підготовка і отримання звання в яких дають право займатися медичною і фармацевтичною діяльністю», допущені до лікарської діяльності та пройшли курси спеціалізації або стажування.

Атестація з присвоєнням (підтвердженням) звання «лікар-спеціаліст» певної лікарської спеціальності має передувати зайняттю особою лікарської посади в закладах охорони здоров'я, що відповідає певній спеціальності, або здійсненню медичної практики за певною спеціальністю.

Особи, які не працювали більше трьох років за конкретною лікарською спеціальністю і бажають підтвердити звання лікаря-спеціаліста, та особи, які своєчасно не пройшли атестацію на кваліфікаційну категорію або яким відмовлено в атестації чи присвоєнні (підтвердженні) кваліфікаційної категорії, не можуть займатися лікарською діяльністю за цією спеціальністю без попереднього проходження стажування відповідно до вимог Положення про порядок направлення на стажування лікарів, які не працювали за спеціальністю більше трьох років, і про порядок їх наступного допуску до лікарської діяльності, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 17 березня 1993 року №48, зареєстрованого у Міністерстві юстиції України 01 квітня 1993 року за №19. З моменту відновлення медичної практики за певною спеціальністю такі особи здійснюють безперервний професійний розвиток.

Лікарям, в яких під час відпустки у зв'язку з вагітністю та пологами, відпустки для догляду за дитиною до досягнення нею трирічного віку або

за дитиною, яка потребує домашнього догляду (тривалістю, визначеною в медичному висновку, але не більш як до досягнення дитиною шестирічного віку), завершився термін дії сертифіката лікаря-спеціаліста, атестація відстрочується на відповідний період наказом керівника закладу вищої освіти, при якому створено комісію, за поданням керівника підприємства, установи, закладу охорони здоров'я. На час перебування у такій відпустці вимоги щодо безперервного професійного розвитку не є обов'язковими.

Склад атестаційної комісії, яка проводить атестацію на визначення знань та практичних навичок з присвоєнням (підтвердженням) звання «лікар-спеціаліст», затверджує керівник закладу вищої медичної або післядипломної освіти, де проводиться підготовка або перепідготовка лікарів.

Головами державних атестаційних комісій наказом Міністерства охорони здоров'я України призначаються висококваліфіковані досвідчені спеціалісти.

До складу атестаційної комісії на правах членів входять проректор з навчальної та лікувальної роботи закладу вищої медичної освіти (закладу післядипломної освіти), декан відповідного факультету або його заступник, завідувачі кафедр, професори та доценти профільних кафедр, спеціалісти органів (закладів) охорони здоров'я, професори та доценти інших закладів вищої освіти, що здійснюють підготовку фахівців у галузі знань «Охорона здоров'я», працівники науково-дослідних інститутів, організацій роботодавців та профспілок (за їхньою згодою).

Для атестації на визначення знань та практичних навичок з присвоєнням (підтвердженням) звання «лікар-спеціаліст» до комісії не пізніше ніж за тиждень до початку її засідання подаються документи. Для атестації на підтвердження звання «лікар-спеціаліст», крім зазначених документів, необхідно подати особисте освітнє портфоліо з результатами проходження безперервного професійного розвитку. Атестацію на визначення знань та практичних навичок проводять за Переліком лікарських посад у закладах охорони здоров'я.

До атестації на присвоєння кваліфікаційних категорій допускаються лікарі-спеціалісти за лікарськими спеціальностями, передбаченими Переліком лікарських посад, які працюють за сертифікатом лікаря-спеціаліста або посвідченням про кваліфікаційну категорію та мають необхідну кількість балів безперервного професійного розвитку.

Лікарі, які бажають пройти атестацію на присвоєння кваліфікаційної категорії, подають необхідні документи до атестаційної комісії за два місяці до початку її роботи або за два місяці до закінчення терміну дії посвідчення. За результатами атестації на присвоєння кваліфікаційної категорії комісія приймає такі рішення: присвоїти

кваліфікаційну категорію або відмовити у присвоєнні кваліфікаційної категорії з конкретної лікарської спеціальності.

Підставою для відмови у присвоєнні кваліфікаційної категорії є недостатня кількість балів безперервного професійного розвитку. У такому разі комісія має право перенести розгляд атестаційних документів лікаря на наступне засідання, а лікар – набрати необхідну кількість балів (за умови, що з моменту закінчення терміну дії його посвідчення про кваліфікаційну категорію або сертифіката лікаря-спеціаліста минуло не більше року). Протокол з рішенням комісії про присвоєння кваліфікаційної категорії затверджується наказом керівника органу охорони здоров'я, при якому створена комісія, в двотижневий строк з дня атестації.

Атестація молодших спеціалістів з медичною освітою проводиться з метою підвищення їх кваліфікації, професійного рівня, вона спрямована на вдосконалення та поліпшення якості медичного обслуговування населення.

Основним завданням атестації молодших спеціалістів з медичною освітою є визначення обсягу знань, практичних навиків, ступеня володіння ними, застосування в професійній діяльності, своєчасного підвищення кваліфікації фахівців та вирішення питань щодо подальшого їх використання.

Атестація молодших спеціалістів з медичною освітою здійснюється на основі наказу МОЗ України від 23.11.2007 № 742 (зі змінами від 12.05.2020 р. №1106 та від 19.01.2021 р. №74) «Про атестацію молодших спеціалістів з медичною освітою» [13].

Право на атестацію мають:

- молодші спеціалісти з медичною освітою всіх спеціальностей, що отримали освітньо-кваліфікаційний рівень «молодший спеціаліст» або «бакалавр» у вищих навчальних закладах I-IV рівнів акредитації;
- особи, що мають незакінчену вищу освіту та в установленому порядку допущені до медичної діяльності на посадах, які вони обіймають;
- особи, що не мають відповідної освіти, але допущені Міністерством охорони здоров'я України до роботи на посадах молодших спеціалістів з медичною освітою (середніх медичних працівників).

Встановлюються два види атестації молодших спеціалістів з медичною освітою:

- атестація на присвоєння кваліфікаційної категорії;
- атестація на підтвердження кваліфікаційної категорії.

Кваліфікація молодших спеціалістів з медичною освітою визначається атестаційною комісією за трьома кваліфікаційними категоріями: друга, перша, вища.

Друга кваліфікаційна категорія присвоюється (підтверджується) молодшим спеціалістам з медичною освітою зі стажем роботи з даної

спеціальності не менше п'яти років, які мають необхідний практичний досвід, добру теоретичну і практичну підготовку, пройшли відповідні курси підвищення кваліфікації, мають знання із суміжних дисциплін, сумлінно виконують свої обов'язки і беруть активну участь у пропаганді здорового способу життя.

Перша кваліфікаційна категорія присвоюється (підтверджується) молодшим спеціалістам з медичною освітою зі стажем роботи з даної спеціальності не менше семи років, які мають високу теоретичну, практичну і професійну підготовку, пройшли відповідні курси підвищення кваліфікації, мають знання із суміжних дисциплін, сумлінно виконують свої обов'язки, беруть активну участь у використанні і впровадженні нових методів діагностики і лікування, у пропаганді здорового способу життя.

Вища кваліфікаційна категорія присвоюється (підтверджується) молодшим спеціалістам з медичною освітою зі стажем роботи з даної спеціальності не менше десяти років, які вирізняються високим професіоналізмом, володіють відмінною теоретичною і практичною підготовкою, мають знання із суміжних дисциплін, досконало володіють сучасною оргтехнікою, комп'ютером, активно використовують і впроваджують нові передові методи діагностики та лікування, пройшли відповідні курси підвищення кваліфікації, сумлінно виконують свої обов'язки і є наставниками молодих спеціалістів, пропагандистами здорового способу життя.

Атестація молодших спеціалістів з медичною освітою здійснюється один раз на п'ять років. За бажанням фахівця при наявності необхідного стажу роботи атестація на присвоєння (підтвердження) кваліфікаційної категорії може бути проведена і через менший строк, але не раніше ніж через рік з моменту попередньої атестації. У разі позачергової атестації термін наступної атестації встановлюється через 5 років.

ТРЕНІНГОВИЙ БЛОК

Питання для самоконтролю

1. В чому полягає сутність кадрового забезпечення закладу охорони здоров'я?
2. Окресліть проблеми кадрового забезпечення закладу охорони здоров'я.
3. Розкрийте сутність добору та відбору персоналу в закладі охорони здоров'я.
4. Якими принципами потрібно керуватись при відборі персоналу для закладу охорони здоров'я?

5. Розкрийте зміст процедури проведення конкурсу на зайняття посади керівника державного, комунального закладу охорони здоров'я.

6. Які форми професійного навчання застосовують для розвитку персоналу закладу охорони здоров'я?

7. Що ви розумієте під поняттям «безперервний професійний розвиток фахівців у закладах охорони здоров'я»?

8. Назвіть основні форми інформальної освіти медичних працівників у системі безперервного професійного розвитку.

9. У чому полягає суть оцінювання діяльності персоналу закладу охорони здоров'я?

10. Проаналізуйте особливості процедури проведення атестації персоналу закладу охорони здоров'я.

Практичні завдання

Завдання 1

1. З метою ефективного відбору персоналу на зайняття посади директора закладу охорони здоров'я визначте джерела інформації, про претендентів на посаду, якими ви скористаєтесь (обґрунтуйте свій вибір).

2. Визначте методи, якими Ви скористаєтесь для відбору претендентів.

3. Складіть анкету для структурованого інтерв'ю з претендентом.

4. Визначте критерії відбору на дану посаду.

5. Складіть профіль особистості «ідеального» директора закладу охорони здоров'я.

Завдання 2

1. Розрахуйте витрати на персонал закладу охорони здоров'я, які будуть в плановому році.

2. Визначте раціональність пропозиції щодо введення нової посади, ґрунтуючись на розрахунку економії витрат на персонал у плановому році.

У плановому році передбачається зростання витрат на персонал в закладі охорони здоров'я на 35 % порівняно з попереднім роком, в якому витрати на персонал склали 186000 грн.

Структуру витрат на персонал в закладі охорони здоров'я наведено в таблиці 1.

Таблиця 1

Структура витрат на персонал закладу охорони здоров'я

Роки	Структура витрат на персонал, %		
	Заробітна плата, %	Премії і заохочення, %	Навчання і підвищення кваліфікації, %
2021	65	25	10
2022	70	15	15

Завдання 3

1. Розрахуйте коефіцієнт плинності кадрів на основі показників стану та плинності персоналу наведених в таблиці 1.

2. Розрахуйте коефіцієнт закріплення кадрів, якщо в 2020 році в заклад охорони здоров'я було прийнято 32 працівника.

На основі проведеного аналізу визначте кількість працівників станом на 01.01.2021 року та розробіть заходи щодо зниження плинності кадрів в закладі охорони здоров'я.

Таблиця 1.

Показники стану та плинності персоналу закладу охорони здоров'я

№ п/п	Показники стану та плинності персоналу	Значення показників
1.	Кількість працівників станом на 01.01.2020 року, осіб	245
2.	Кількість працівників переведених в інші заклади охорони здоров'я, осіб	10
3.	Кількість працівників, які вибули за власним бажанням, осіб	6
4.	Кількість працівників звільнених за порушення трудової дисципліни, осіб	4
5.	Кількість працівників, які вибули за 2020 рік, осіб	20

Завдання 4

1.Проведіть комплексну оцінку персоналу закладу охорони здоров'я, розрахувавши систему показників, що наведені в таблиці 1.

Таблиця 1

Вихідні дані для комплексної оцінки претендентів

Елементи комплексної оцінки	Петренко І. С.	Іваненко В. М.
Професійно-кваліфікаційний рівень (Кп)	0,82	0,61
Ділові якості (Дя)	2,65	2,28
Складність функцій (Сф)	0,38	0,32
Результати праці (Рп.)	3	4

2. Обґрунтуйте елементи комплексної оцінки як самих претендентів, так і роботи, яку вони виконуватимуть. Розробіть заходи щодо ефективного процесу відбору персоналу.

ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ

1. Кадрове забезпечення закладу охорони здоров'я – це:

- а. діяльність, що спрямована на забезпечення виконання працівниками нових складніших завдань;
- б. діяльність, що спрямована на забезпечення закладу охорони здоров'я персоналом з необхідним рівнем кваліфікації, професійних та особистих якостей, здатних вирішувати поставлені завдання;
- в. діяльність керівного складу закладу охорони здоров'я на розробку концепції, стратегії кадрової політики і методів управління персоналом;
- г. система впливу на претендентів та працівників закладу охорони здоров'я з метою підвищення ефективності їх використання.

2. Метою кадрового забезпечення закладу охорони здоров'я є:

- а. сукупність рішень, що спонукають до визначення майбутніх цілей і дій у межах функціональних сфер управління персоналом закладу охорони здоров'я;
- б. взаємозв'язок стратегічних напрямів управління персоналом в закладі охорони здоров'я;
- в. сукупність заходів по підвищенню продуктивності праці в закладі охорони здоров'я;
- г. залучення до роботи працівників, здатних виконувати свої посадові обов'язки на рівні, що відповідає вимогам роботодавця.

3. Відбір персоналу – це:

- а. процес залучення працівників до заповнення вакансій;
- б. процес залучення людей для подання заяв про зарахування на посади ззовні закладу охорони здоров'я;
- в. процес оцінки якостей кола претендентів, визначення придатності кожного з них для виконання посадових обов'язків;
- г. процес вивчення документів та інформації з попереднього місця роботи претендентів, результатів анкетного опитування, рекомендаційних листів.

4. Джерела залучення персоналу в заклад охорони здоров'я класифікують на:

- а. внутрішні та зовнішні;
- б. зовнішні та спеціальні;
- в. активні та пасивні;
- г. приховані та явні.

5. Професійний розвиток персоналу закладу охорони здоров'я – це:

- а. просування у кваліфікаційному плані працівника до визначення його як професіонала;
- б. цілеспрямований і систематичний вплив на працівників за допомогою професійного навчання протягом їхньої трудової діяльності;
- в. рівень освіти, який здобувається особою у вищому навчальному закладі;
- г. формування навчально-наукових комплексів ступеневої підготовки фахівців.

6. Ефективним засобом підвищення потенціалу закладу охорони здоров'я є:

- а. навчання персоналу;
- б. кар'єрний ріст персоналу;
- в. адаптація персоналу;
- г. управлінський вплив на персонал.

7. Неформальна освіта у закладі охорони здоров'я – це:

- а. покращення стандартів професійної діяльності відповідно до потреб закладу охорони здоров'я;
- б. поглиблення власних знань і вдосконалення вмінь згідно з освітніми програмами, що не передбачає присвоєння визнаних державою освітніх кваліфікацій за рівнями освіти, але може завершуватися присвоєнням професійних або часткових освітніх кваліфікацій;
- в. самоорганізоване здобуття фахівцями професійних компетентностей під час повсякденної практики, пов'язаної з професійною, громадською або іншою діяльністю;
- г. здобуття освіти відповідного освітньо-кваліфікаційного рівня за іншою спеціальністю у межах, як правило, відповідної галузі знань.

8. Інформальна освіта у закладі охорони здоров'я – це:

- а. здобуття освіти відповідного освітньо-кваліфікаційного рівня за іншою спеціальністю у межах, як правило, відповідної галузі знань;
- б. самоорганізоване здобуття фахівцями професійних компетентностей під час повсякденної практики, пов'язаної з професійною, громадською або іншою діяльністю;
- в. покращення стандартів професійної діяльності відповідно до потреб закладу охорони здоров'я;
- г. поглиблення власних знань і вдосконалення вмінь згідно з освітніми програмами, що не передбачає присвоєння визнаних державою освітніх кваліфікацій за рівнями освіти, але може завершуватися присвоєнням професійних або часткових освітніх кваліфікацій.

9. Оцінювання діяльності персоналу є:

- а. процедурою оцінки якостей кола претендентів, визначення придатності кожного з них для виконання посадових обов'язків;
- б. процедурою, яка проводиться з метою виявлення рівня відповідності особистісних якостей працівника зайнятій посаді;
- в. процедурою, яка проводиться з метою виявлення рівня відповідності особистісних якостей працівника визначеним вимогам;
- г. процедурою, яка проводиться з метою виявлення рівня відповідності особистісних якостей працівника, кількісних та якісних результатів його діяльності.

10. Атестація персоналу – це:

- а. результати професійного тестування;
- б. організація роботи атестаційної комісії;
- в. періодична оцінка персоналу;
- г. винагорода за досягнуті результати праці.

ГЛОСАРІЙ

Атестація медичних кадрів – це оцінювання діяльності персоналу, яке проводиться у певний час, у встановленій формі, за спеціально розробленою процедурою, за результатами якої приймаються рішення щодо професійно-кваліфікаційного просування працівників на керівні посади щодо професійного навчання чи звільнення персоналу.

Безперервний професійний розвиток фахівців у закладах охорони здоров'я – це безперервний процес навчання та вдосконалення професійних компетентностей фахівців після здобуття ними вищої освіти у сфері охорони здоров'я та післядипломної освіти в інтернатурі, що дозволяє фахівцю підтримувати або покращувати стандарти професійної діяльності відповідно до потреб закладу охорони здоров'я та триває впродовж усього періоду професійної діяльності.

Введення на посаду – це процес порівняння необхідної кваліфікації для виконання посадових обов'язків та наявних у працівника знань, умінь навичок та здібностей.

Відбір персоналу – це процес оцінки якостей кола претендентів, визначення придатності кожного з них для виконання посадових обов'язків.

Добір персоналу – це процес залучення працівників до заповнення вакансій.

Інформальна освіта (самоосвіта) у закладі охорони здоров'я – самоорганізоване здобуття фахівцями професійних компетентностей під

час повсякденної практики, пов'язаної з професійною, громадською або іншою діяльністю.

Кадрове забезпечення – це діяльність з відновлення трудових ресурсів, головний елемент управління людськими ресурсами, необхідний чинник досягнення цілей суспільного розвитку.

Навчання персоналу – сукупність цілеспрямованих систематичних дій, спрямованих на поглиблення і розширення певних елементів професійних компетенцій працівників, впровадження нових елементів відповідно до актуальних і майбутніх потреб закладу охорони здоров'я.

Неформальна освіта у закладі охорони здоров'я – це поглиблення власних знань і вдосконалення вмінь згідно з освітніми програмами, що не передбачає присвоєння визнаних державою освітніх кваліфікацій за рівнями освіти, але може завершуватися присвоєнням професійних або часткових освітніх кваліфікацій.

Оцінювання діяльності персоналу – це процедура, яка проводиться з метою виявлення рівня відповідності особистісних якостей працівника, кількісних та якісних результатів його діяльності визначеним вимогам.

Перепідготовка працівників закладу охорони здоров'я – це здобуття освіти відповідного освітньо-кваліфікаційного рівня за іншою спеціальністю у межах, як правило, відповідної галузі знань.

Підготовка працівників закладу охорони здоров'я – це здобуття освіти відповідного освітньо-кваліфікаційного рівня за спеціальностями та спеціалізаціями, спрямованими для професійної діяльності в закладі охорони здоров'я.

Підвищення кваліфікації працівників закладу охорони здоров'я – навчання після одержання працівниками певної освіти, спрямоване на оновлення теоретичних і практичних знань у відповідності до вимог освітніх стандартів з метою підтримки рівня їхньої кваліфікації, достатнього для ефективного виконання завдань.

Професійний розвиток персоналу закладу охорони здоров'я – це цілеспрямований і систематичний вплив на працівників за допомогою професійного навчання протягом їхньої трудової діяльності з метою досягнення високої ефективності наданих медичних послуг, підвищення дієздатності персоналу, забезпечення виконання працівниками нових складніших завдань на основі максимально можливого використання їхніх здібностей та потенційних можливостей.

Література

1. Батченко Л. В., Шевченко О. Б. Стан кадрів в медичній галузі : проблемний стан. *ДонДУУ «МЕНЕДЖЕР»*. 2016. № 4 (73). С. 18-24.
2. Васюк Н. О. Удосконалення кадрового забезпечення державного управління охороною здоров'я в Україні. *Збірник наукових праць Національної академії державного управління при Президентові України*. 2015. Вип. 2. С. 34-51.
3. Гладун З.С. Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування й реалізації): URL: <http://www.library.tane.edu.ua>
4. Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів. Наказ МОЗ України від 22.02.2019 р. № 446. URL: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-22022019--446-dejaki-pitannja-bezperernogo-profesijnogo-rozvitku-likariv>
5. Дячук Д.Д., Шпак Г.В. Характеристика кадрового забезпечення системи охорони здоров'я України. К., Україна. *Здоров'я нації*, | 1(17).2011. С. 40-44.
6. Круп'як Л.Б. Кадрове забезпечення закладів охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи. *Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи*: матеріали доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю. (Кам'янець-Подільський, 12-13 грудня 2018 року). 349 с. С. 118-121.
7. Медичні кадри та мережа закладів охорони здоров'я системи МОЗ України за 2018-2019 роки. *МОЗ України. ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України»*. Київ, 2019. 63 с.
8. Охорона здоров'я України: стан, проблеми, перспективи: спеціалізоване видання /В.В. Лазоришинець, Н.О. Лісневська, Л.Я. Ковальчук, Г.О. Слабкий, М.В. Голобчиков, Д.Д. Дячук, А.Ф. Шипко. К., 2014. 608 с.
9. Погоріляк Р. Ю. Окремі соціально-психологічні характеристики керівників закладів охорони здоров'я на регіональному рівні. *Acta medica Leopoliensia*. 2015. Т. 21. № 3. С. 69-72. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/223/Lmch_2015_21_3_15.
10. Погоріляк Р. Ю., Гульчій О. П. Соціально-психологічні характеристики керівних кадрів на регіональному рівні. *Україна. Здоров'я нації*. 2015. № 2 (34). С. 85-87.
11. Порядок проведення атестації лікарів. Нака МОЗ України від 22.02.2019 року № 446 URL: <https://www.sunrisemy.com/atestaciya-likariv-z-2019-roku-novij-poryadok-nakaz-moz-446-vid-22-02-2019-r>

12. Порядок проведення конкурсу на зайняття посади керівника державного, комунального закладу охорони здоров'я. Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 року № 1094 зі змінами від 25.04.2018 року №316. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1094-2017-%D0%BF>

13. Про атестацію молодших спеціалістів з медичною освітою. Наказ МОЗ України від 23.11.2007 № 742 (зі змінами від 12.05.2020 р. №1106 та від 19.01.2021 р. №74). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1368-07>

14. Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 р. № 302. *Офіційний вісник України*. 2018. № 36, ст. 1264.

15. Савіна Т.В. Кадрове забезпечення сфери охорони здоров'я в Україні: стан та перспективи розвитку. *Інвестиції: практика та досвід*. 2017. № 15. С. 95-98.

РОЗДІЛ XI. ЦІНОУТВОРЕННЯ В СИСТЕМІ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

Рекомендовані питання для розгляду:

- 1. Актуальність ціни медичної послуги**
- 2. Затрати виробництва та собівартість продукції, як складові ціни.**
- 3. Ціна, її види та функції.**
- 4. Механізм ціноутворення в системі медичної допомоги**
- 5. Особливості ціноутворення в системі медичної допомоги.**
- 6. Маркетинговий підхід до ціноутворення.**

1. Актуальність ціни медичної послуги

Система медичної допомоги є особливою галуззю, яка в умовах ринку працює здебільшого за оберненими економічними законами. Якщо вся економіка працює за принципом: чим більше, тим краще, то в системі медичної допомоги такий принцип стає абсурдним. З гуманістичних позицій не можна аж ніяк стверджувати, що чим більше проведено операцій – тим краще, чим більше призначено ліків – тим краще, чим більше госпіталізовано хворих – тим краще і т.д. В ідеалі ця система мала б працювати за принципом: чим менше – тим краще. Але тоді акценти слід зміщувати в сторону профілактики захворювань. Що ж до закладів охорони здоров'я, які профілюються у наданні медичної допомоги, то до їх організації слід підходити за принципом, щоб «і вовки були ситі, і кози цілі», а це вже питання державного рівня управління.

Що ж до визначення ціни медичної послуги, то проблема актуальна, якщо зважити на те, що нічого безоплатного не існує у цьому матеріальному світі і питання полягає лише в тому, хто платитиме.

Вперше питання визначення ціни медичної послуги постало ще в середині вісімдесятих років, коли в соціалістичній економіці колишнього Радянського Союзу почали назривати прояви занепаду і, як варіант порятунку було розроблено дві моделі госпрозрахунку, який запроваджувався з метою максимізації самостійності та ефективності діяльності закладів охорони здоров'я. Мета такої господарської одиниці полягала у досягненні максимального прибутку за мінімальних затрат при максимальній орієнтації на пацієнта. Угоди та договори виступали базовим інструментом у взаємовідносинах між окремими господарськими одиницями.

Основними принципами діяльності таких структур була організаційна і господарська самостійність та матеріальна зацікавленість медичного персоналу у позитивних результатах їх діяльності. Рентабельність структури була гарантом її успішної діяльності – витрати

однозначно повинні були перекинутись доходами такою мірою, щоб забезпечувалось розширене відтворення підприємства. В іншому випадку госпрозрахункова структура ризикувала працювати за принципом: «Тату, закінчіть продавати, вже немає чим здачу давати!».

І останній, найважливіший принцип діяльності госпрозрахункової структури – це принцип відповідальності за свою діяльність, яка базувалась в основному на матеріальній відповідальності та могла закінчитись як процвітанням структури, так і штрафними санкціями, збитками, банкрутством і навіть конфіскацією майна.

Для запровадження та удосконалення госпрозрахункового механізму в системі охорони здоров'я було розроблене спеціальне «Положення про новий господарський механізм у системі охорони здоров'я», яке затвердила Комісія по удосконаленню госпрозрахункового механізму при Раді Міністрів СРСР 23 червня 1989 року.

Найголовнішою метою Нового господарського механізму в системі охорони здоров'я було забезпечення якості медичної допомоги, значне піднесення зацікавленості медичних працівників у результатах їхньої праці, а пацієнтів – у збереженні їх здоров'я.

Для реалізації мети Нового господарського механізму було заплановано заходи, які наближено можна подати у такій редакції:

- дозволити закладам охорони здоров'я надавати платні медичні послуги;
- кошти на медичну допомогу виділяти не по окремих статтях кошторису, зокрема, на кількість ліжок, а з розрахунку на душу населення, враховуючи вік, стать, екологічні умови тощо;
- кошти на медичну допомогу виділяти не на стаціонари, а на поліклінічні заклади, а останні відшкодовуватимуть стаціонарам проліковування хворих;
- невикористані кошти лікувально-профілактичними закладами не повертатимуться, а використовуватимуться на потреби власного розвитку за рішенням трудового колективу;
- оплату праці медичних працівників проводити за кінцевими результатами діяльності;
- широко запроваджувати використання матеріального стимулювання.

Такі економічні важелі повинні були стимулювати в першу чергу лікарів лікувати хворих швидко і надзвичайно якісно, з високим ступенем ефективності. Інакше кажучи, хворого треба було вилікувати якнайдешевше, якнайшвидше і на якомога довший період часу, а ще краще, зробити так, щоб вони зовсім не хворіли. Лише при виконанні таких умов у медичних працівників залишалось найбільше коштів для власного використання.

Саме такі пропозиції наближали систему надання медичної

допомоги до ідеального стану соціальної справедливості. І саме тоді виникла гостра необхідність визначати ціну медичної послуги та методи її формування.

Основні позиції щодо фінансування системи медичної допомоги викладені в Законі України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [1].

Послуга, в тому числі медична, являє собою матеріальне виробництво з отриманням нематеріального його продукту.

Ринкові відносини у сфері охорони здоров'я також мають особливості:

- споживачу дуже важко визначити споживчу вартість медичної послуги;
- немає поки єдиних критеріїв визначення якості медичної послуги;
- вартість медичної послуги в різних лікувально-профілактичних установах визначається різними методами;
- державна власність у сфері охорони здоров'я в значній мірі обмежує дію закону попиту і пропозиції та конкуренцію, хоча питання про перехід до різноманіття форм власності в цій сфері, і про введення платності послуг охорони здоров'я назріло.

На жаль, Новий господарський механізм у системі охорони здоров'я через політичні реформи не був запроваджений. Але деякі елементи, зокрема фінансування охорони здоров'я із розрахунку на душу населення, впроваджені сьогодні в систему охорони здоров'я України. Вирваний із контексту цілісної системи епізод, звичайно не може призвести до позитивних наслідків, що і привело до необхідності реформи системи охорони здоров'я. Та проблеми визначення ціни медичної послуги залишилися і до сьогоднішнього дня.

І, аж 27 грудня 2017 р Кабінет Міністрів України виніс Постанову № 1075 «Про затвердження Методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування» Із змінами, внесеними Постановою КМУ від № 1073 від 27.11.2019 вона діє і на період 2021 року [4].

2. Затрати виробництва та собівартість продукції, як складові ціни

Будь-яке виробництво, в т.ч і заклад охорони здоров'я, як виробник медичних послуг, неможливе без попередніх базових затрат. Лише Бог був творцем у тому розумінні, що з нічого створив світ – людина може лише перетворювати. Щоб перетворити щось у певний продукт – це щось треба мати, отже, початкові затрати у будь-якому виробництві будуть завжди, і вони представляють собою минулу уречевлену та живу працю людей. Або

можна сказати, що цими початковими затратами будуть затрати на предмети праці, засоби праці та вартість затраченої праці.

Затрати можна розглядати як у речовій формі, так і у вартісній. У вартісній вони в основному виступають як економічні витрати.

Економічні витрати – це ті платежі, які повинен зробити виробник за всі використовувані ресурси.

Економічні витрати складаються із двох частин: явних витрат та неявних витрат.

Явні витрати ще називають розрахунковими або бухгалтерськими, або грошовими витратами. Це платежі за ресурси: електроенергію, паливо, сировину, працю тощо.

Неявні витрати – це ті, за які підприємство явно не платить, бо ці ресурси є його власність, наприклад, управлінські навички генерального директора закладу охорони здоров'я, частина капіталовкладень тощо. Неявні витрати ще називають безповоротними витратами, оскільки вони вже зроблені (куплене приміщення або обладнання) і їх неможливо повернути назад, тому вони не повинні впливати на прийняття економічного рішення.

Але заклад не несе матеріальних затрат на створення додаткового продукту, який створюється виключно робочою силою. Лише цей додатковий продукт і дає можливість закладу отримувати прибуток. Величина цього прибутку залежить від багатьох чинників і пов'язаний він як із суспільними затратами так із власними затратами закладу, унікальністю послуги, попитом на неї у пацієнтів, цін конкурентів тощо.

Порівняння власних затрат із суспільними і дає можливість визначити собівартість власної продукції.

Собівартість – це грошовий вираз затрат закладу на виробництво і реалізацію послуг.

У собівартість входять виробничі і позавиробничі витрати. До виробничих відносять вартість ресурсів і амортизаційні відрахування, а до позавиробничих – затрати на реалізацію послуг, їх рекламу, підвищення кваліфікації працівників, а також наукові розробки, пов'язані із виробництвом та реалізацією даних послуг та інші інновації. Собівартість можна визначати як для окремої послуги, так і для всього випадку захворювання у ракурсі системи надання медичної допомоги.

Собівартість є основою рівня ціни. Зниження цін на медичні послуги найбільш можливим є за рахунок саме собівартості. Головним і найдієвішим чинником, що змушує зменшувати собівартість, є конкуренція. Шляхами зниження собівартості в закладах охорони здоров'я є зростання продуктивності праці, найбільш ефективне використання наявного обладнання, оптимальне і адекватне використання ресурсів тощо.

Отже, зниження собівартості є головним засобом зростання прибутку в закладах охорони здоров'я.

Прибуток – це різниця між продажною ціною послуги та витратами на її виробництво.

Прибуток у процесі виробництва створюється у формі додаткового продукту і теоретично дорівнює його вартості, але на практиці, залежно від ситуації на ринку та місця продукту на ньому, ціна на дану послугу може бути різною, і в такому випадку прибуток буде більшим або меншим від додаткового продукту.

Сьогодні в умовах реформування, коли заклади охорони здоров'я стали окремими комерційними неприбутковими підприємствами, з прибутками слід бути дуже обережними. Якщо заклад працює в режимі неприбутковості – ціна його послуг наближається до собівартості і оподаткуванню не підлягає, коли ж заклад надає додаткові послуги до тих, які визначені угодами з НСЗУ і має певний прибуток, то оподатковуються його доходи уже за зовсім іншою схемою і заклад уже працює, як справжня бізнес організація з усіма витікаючими ризиками.

Частина прибутку йде на виплату податків, сплату процентів за кредит, виплату дивідендів тощо. За величиною прибутку можна з впевненістю говорити про ефективність підприємницької діяльності.

Тісно пов'язаним із прибутком є показник рентабельності.

Рентабельність від нім. Rentabel – дохідність, прибутковість – це показник ефективності виробництва на підприємстві, визначається відношенням прибутку до затрат.

Рентабельність (P_c) можна визначати двома шляхами. Ефективність поточних виробничих витрат можна визначати шляхом співвідношення прибутку (Π) до собівартості (C_b).

$$P_c = \Pi / C_b \times 100\%, \quad (1)$$

Бачимо, що показник рентабельності залежить від величини прибутку і собівартості, чим більший прибуток і менша собівартість, тим вища рентабельність підприємства. Оптимальний варіант для споживачів, коли прибуток закладу помірний, а собівартість максимально низька, тоді і ціна на дану продукцію знижується, і добробут пацієнтів зростає.

Рентабельність можна нарощувати штучно, просто виправдано і не виправдано піднімаючи ціну на послуги. Тоді навіть при збільшенні собівартості послуги заклад отримує чималі прибутки. Був період у 90-х роках, коли в Україні рентабельність деяких підприємств при реалізації окремих медикаментозних засобів сягала 800%. Така ситуація спричинила введення в державі обмеження на рентабельність у реалізації та випуску медикаментів до 30-50%.

3. Ціна, її види та функції.

Щоб говорити про ціноутворення в системі медичної допомоги взагалі і в умовах ринку зокрема, необхідно спочатку визначитися, що ж таке ціна і як вона поводить себе на ринку. Основні положення викладені в Законі України «Про ціни і ціноутворення» [2].

Ціна – це грошовий вираз вартості товарів і послуг. Ця економічна категорія характеризує економічні відносини між продавцями і покупцями з приводу купівлі-продажу будь-яких товарів, в тому числі товарів медичного призначення і медичних послуг. Ціна в основному прямо пропорційна вартості даного товару і обернено пропорційна ціні золота.

На ринках медичних послуг різні заклади можуть встановлювати різні ціни на однакові послуги. Така позиція має багато причин, починаючи від попиту на певну послугу і закінчуючи сервісом і перевагою, яку надають пацієнти тому чи іншому закладу охорони здоров'я. Ціни на медичні послуги значною мірою залежать від попиту. При підвищенні попиту ціни будуть зростати і навпаки. Для прикладу можемо навести ціни на косметичні послуги та послуги пластичних хірургів, де ціни в кілька разів перевищують собівартість просто через наявний підвищений попит на ці послуги.

Залежність однієї величини від іншої в економіці називається еластичністю.

Еластичність попиту – це процентна зміна попиту на товари в результаті зміни ціни на цей товар на відсоток.

Позначивши кількість товару літерою K , а ціну літерою C , можемо побудувати таку математичну модель еластичності попиту за ціною (E_C):

$$E_C = (\% \Delta K) / (\% \Delta C), \quad (2)$$

де $\% \Delta K$ – процентна зміна в кількості товару

$\% \Delta C$ – процентна зміна в ціні

Еластичність попиту за ціною в переважній більшості випадків є від'ємним числом. Якщо коефіцієнт еластичності менший від одиниці, то є привід говорити, що попит нееластичний за ціною. Коли коефіцієнт еластичності більший від одиниці, то попит еластичний, тому що процентний спад величини попиту більший від процентного зростання ціни. В системі надання медичних послуг спостерігається і еластичний і нееластичний попит на послуги. Так надання медичних послуг при важких патологіях, коли є ризик смерті попит буде нееластичний, тоді ж як у тій же пластичній хірургії він носить виражено еластичний характер.

Для визначення ціни необхідно орієнтуватися, наскільки чутливий попит до зміни ціни, тобто в еластичності попиту від ціни. Коли збільшення ціни на незначну величину веде до незначного падіння попиту, то попит нееластичний. Це трапляється при дефіциті даного виду послуги чи при її життєвоважливості, коли пацієнти не зразу помічають зміну цін, або коли

вони вважають, що ціни підвищені за рахунок підвищення якості послуги, престижності закладу, титулованості медпрацівника, який надає послугу тощо.



Рис. 1 Криві еластичності попиту

Якщо попит еластичний, зрозуміло, що продавцям це не на руку, і їм слід шукати шляхи зниження ціни. Загальний дохід збільшуватиметься за рахунок акцій, реклами, піару, обсягу продаж до тих пір, поки витрати по збуту не перевищуватимуть витрат на виробництво.

Для ціни характерні певні функції, які вона виконує стосовно до товарів чи послуг, та з допомогою яких впливає на процес обміну. Ціна виконує інформаційну, вимірювальну, співрозмірну, облікову, регулюючу, стимулюючу та перерозподільчу функції, кожна з яких має певні особливості.

Інформаційна функція передбачає, що ціни є носіями інформації про наявність різноманітних товарів і послуг на ринку, приблизні витрати на їх виготовлення. Це є орієнтиром для інших товаровиробників і змушує їх пристосовуватися до вимог сучасного ринку.

Вимірювальна функція ціни полягає в тому, що ціна виступає як сума грошей, яку платить покупець і отримує виробник за конкретну послугу чи товар.

Співрозмірна функція ціни відбиває мінову вартість або корисність товару чи послуги і суспільні затрати на її виготовлення;

Облікова функція перетворює у грошову форму матеріальні товари і послуги.

Регулююча функція встановлює баланс між попитом та пропозицією за допомогою ціни.

Стимулююча функція полягає в тому, що рівень ціни служить стимулом до застосування найбільш економічних методів виробництва послуг.

Перерозподільна функція ціни забезпечує співвідношення цін на різні види товарів та послуг і веде до перерозподілу доходів між галузями економіки, окремими ланками всередині галузі, групами споживачів тощо.

В економічному механізмі ринку, залежно від державного регулювання ціни бувають регульовані та вільні.

Вільні ціни – це ціни, які встановлюються самим виробником на основі обліку попиту та пропозиції.

До вільних цін відносяться: ціна виробника, ціна попиту, ціна пропозиції.

Ціна виробника формується на основі витрат виробництва, включаючи прибуток на всі використовувані ресурси. Тут слід враховувати, які ресурси й у якій кількості використовуватимуться для виробництва даного товару чи послуги. Ціна виробника включає його прибуток, витрати, в т.ч. на рекламу, кон'юнктуру ринку тощо.

Ціна попиту формується на основі платоспроможного попиту та пропозицій споживача. Це гранично максимальна ціна, за якої споживачі чи пацієнти ще можуть придбати товар чи отримати послугу. На ціну попиту впливає також кон'юнктура ринку, значною мірою якість даної продукції, також реклама, але не як витрати, а як вербальна дія, компетенція самого споживача тощо.

Ціна пропозиції або вона ще називається роздрібною ціною, оголошена в офіційній пропозиції продавця. Найнижча ціна пропозиції – це гранично мінімальна ціна, за якою виробники ще можуть виробляти даний товар чи послугу. За цінами пропозиції чи роздрібними цінами споживачі купують товари. Ці ціни тісно пов'язані з іншими видами цін і на їх рівень впливає споживчий попит, мода, інфляція чи дефляція, традиції, сезонність тощо. Вони можуть відрізнятися територіально, бути постійними, тимчасовими, сезонними тощо.

Регульовані ціни – це ціни, встановлені органами виконавчої влади, чи ціни, у відношенні яких устанавлюються певні обмеження.

За способом фіксації регульовані ціни поділяються на:

- **тверді ціни** – встановлені на момент підписання угоди і не міняються протягом усього терміну його дії;
- **рухливі ціни** – ціни, у відношенні яких договором передбачаються правила зміни спочатку фіксованої ціни (наприклад, при значному відхиленні ринкових цін від контрактних);
- **змінні ціни** – ціни, що визначаються після виконання договору на основі перегляду базисної ціни з урахуванням змін у витратах.

За розмахом регульовані ціни поділяються на:

- **граничні ціни**, вище яких виробники не можуть устанавлювати ціну своїх послуг;
- **фіксовані ціни**, устанавлювані на визначеному рівні. Фіксовані ціни встановлюються або в результаті проведення переговорів усіх зацікавлених сторін (виробника, споживача, покупця), або адміністративним рішенням органу виконавчої влади (наприклад, тарифи на медичні послуги).

За ступенем уніфікації ціни поділяються на:

- **єдині**, встановлені для всіх структур, які беруть участь у реалізації даного товару чи послуги;
- **групові**, встановлюються для однотипних виробників, які виробляють однакового призначення товар, мають подібні виробничі характеристики і види діяльності;
- **індивідуальні** для конкретної організації, яка виробляє товари чи надає послуги, які не мають аналогів.

За способом отримання інформації про ціни:

- **опубліковані**, інформація про які публікується у спеціальних джерелах (прайс-листах, довідниках, каталогах тощо);
- **розрахунків**, які визначаються для окремих видів замовлень згідно угод, контрактів тощо.

У системі медичної допомоги використовуються здебільшого регульовані ціни, що обумовлені основним принципом медичної допомоги – доступністю. Найбільш характерними для них є такі види регульованих цін, як "бюджетні оцінки", державні ціни у вигляді преїскурантів та тарифи.

"Бюджетні оцінки" використовуються для здійснення взаємних розрахунків між закладами охорони здоров'я (ЗОЗ) однієї чи кількох територій або між окремими відділеннями однієї установи. Величина бюджетних оцінок не залежить від величини реальних витрат закладу. Розраховуються вони за принципом "від загального до конкретного", тобто загальний обсяг обмежених фінансових засобів розподіляється між закладами охорони здоров'я за принципом, скільки можна їм дати, а не скільки їм потрібно для господарської діяльності. Бюджетні ціни не розпадаються на собівартість і прибуток. Вони визначаються із принципу можливого, як сьогодні, в межах гарантованого пакету медичних послуг [6].

Державні ціни на платні послуги у виді преїскурантів включають фактичні витрати на медичні роботи з обліком трудових і матеріальних норм і нормативів, а також включають прибуток у розмірі від 15 до 30% від собівартості. Слід звернути увагу на те, що рентабельність медичних установ обмежується законодавством, тому прибуток у них не може перевищувати 30%. Розробка і затвердження державних цін на платні медичні послуги здійснюються за єдиними правилами. Це уніфіковані (єдині) ціни для різних виконавців на різних територіях.

Тариф (від італ. «Tariffa») – система ставок, за якими оплачують виробничі й невиробничі послуги у системі охорони здоров'я. Сьогодні використовується два основні методичні підходи до визначення вартості і ціни медичної допомоги – це визначення ціни окремої медичної послуги чи маніпуляції і другий шлях визначення вартості і ціни кожного окремого випадку медичної допомоги, тобто пролікованого окремого пацієнта. [5]

У системі охорони здоров'я тарифи використовують в основному у системі обов'язкового медичного страхування (ОМС), там під тарифами розуміють грошові суми, що визначають склад і рівень компенсації витрат медичних установ на виконання програм ОМС.

Особливості тарифів у системі охорони здоров'я є те, що вони устанавляються тільки на ті види медичної допомоги, які включаються до програми ОМС. Розраховується на кожний з використовуваних об'ємних показників: річна програма амбулаторного ведення пацієнта, пролікований хворий у стаціонарі, консультація спеціаліста, операція, діагностична маніпуляція тощо. До складу тарифу входять поточні витрати та засоби на розвиток медичної установи.

Договірні ціни на медичні послуги за замовленнями організацій і підприємств. Ці ціни затверджуються прямими договорами між медичними закладами та організаціями-замовниками робіт. Ці ціни включають повні витрати на медичні послуги, а також прибуток у розмірі, що відповідає інтересам сторін договору. До складу витрат входять не обмежений, як у преїскурантних цінах, а розгорнутий набір витрат, у т.ч. сервісні послуги, послуги посередників, рекламні, представницькі витрати тощо. Договірна розцінка враховує при оплаті праці складність робіт, ризик, запровадження дозволених нових ефективних методик, терміновість обслуговування, психоемоційне навантаження виконавців і інше.

Механізм розрахунку тарифів за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення, передбаченою Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», визначає Методика розрахунку тарифів [5].

Тарифи розраховуються Національною службою здоров'я України (НСЗУ) та подаються до Міністерства охорони здоров'я України щороку, виходячи з прогнозного обсягу видатків на Програму, переліку та обсягу медичних послуг, лікарських засобів за Програмою на відповідний бюджетний рік.

Референтна вартість медичної послуги – вартість конкретної послуги у кожному окремому референтному закладі охорони здоров'я, визначена на основі «Методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування», дані про яку використовуються для розрахунку єдиних тарифів на медичні послуги, що надаються за договорами про медичне обслуговування населення у межах програми медичних гарантій [4].

Сума прогнозних обсягів видатків на оплату усіх видів медичних послуг за Програмою, розрахованих за тарифами, визначеними за цією Методикою, з урахуванням коригувальних коефіцієнтів не повинна перевищувати прогнозну суму бюджетних асигнувань на Програму на оплату цих видів медичних послуг на відповідний бюджетний рік.

Капітаційна ставка визначає середньозважений розмір оплати за медичне обслуговування одного пацієнта протягом визначеного періоду незалежно від кількості фактичних звернень пацієнта за медичною допомогою.

Розмір капітаційної ставки ($КС_i$) обчислюється за формулою:

$$КС_i = \frac{Вк_{сi}}{КП_i}, (3)$$

де i – види медичних послуг;

$Вк_{сi}$ – прогнозний обсяг видатків за Програмою на оплату послуг відповідного виду протягом визначеного періоду незалежно від кількості фактичних звернень пацієнтів за медичною допомогою;

$КП_i$ – прогнозна кількість пацієнтів, за медичне обслуговування яких сплачується відповідна капітаційна ставка у відповідному бюджетному році.

Ставка на пролікований випадок визначає середньозважений розмір оплати за один пролікований випадок (або базова ставка).

Ставка на медичну послугу визначає середньозважений розмір оплати за окрему медичну послугу

Глобальна ставка

Передбачає фіксовану суму оплати надавачам медичних послуг за визначений період, розраховану на основі прогнозної кількості медичних послуг.

Для розрахунку глобальної ставки враховуються тарифи, визначені цим наказом, або їх комбінація та прогнозний обсяг медичних послуг, що оплачуються за Програмою у відповідному бюджетному році.

Ставка за результатами виконання договору Про медичне обслуговування населення надавачем медичних послуг визначає розмір оплати за факт або ступінь досягнення кількісних або якісних показників медичного обслуговування за договором.

Ставка за результатами виконання договору застосовується додатково до інших ставок для мотивації надавачів медичних послуг підвищувати якість та доступність медичного обслуговування населення за договором та розраховується за формулою залежно від типу ставки.

4. Механізм ціноутворення в системі медичної допомоги

Механізм ціноутворення в системі медичної допомоги є досить складним і динамічним процесом, який залежить від багатьох чинників інтравиробничого і екстравиробничого плану.

Ціноутворення – це процес формування цін, визначення їх рівня і пошук їхнього оптимального сполучення.

Політика визначення ціни залежить в першу чергу від типу ринку,

на якому реалізовуватиметься даний товар чи послуга. Сьогодні виділяють чотири основні типи ринку, кожен із яких диктує свої умови до визначення ціни і реалізації товару чи послуги.

Ринок чистої конкуренції, коли багато продавців продають подібний товар, тому ніхто з них суттєво не впливає на його ціну і потреби у глибоких маркетингових розробках немає.

Ринок монополістичної конкуренції -багато продавців продають різний за видом і якістю товар, тому вони і ціни ставитимуть різні і маркетингові розробки запроваджуватимуть різні.

Ринок олігополістичної конкуренції, коли небагато продавців продають різний товар, тому вони дуже чутливі до ціноутворення і маркетингової політики один одного

Ринок чистої монополії – лише один продавець, тому ціни він буде, переслідуючи свою мету, і саме тому ніякої маркетингової політики йому проводити не потрібно.

Враховуючи вищевикладене, продавці повинні мати універсальну методику визначення початкової ціни на свої товари. Ф. Котлер пропонує шестиетапну методику визначення початкової ціни. На першому етапі слід визначитися із метою реалізації товару і завданнями ціноутворення, на другому – необхідно вивчити попит на даний товар, далі необхідно провести оцінку затрат виробництва, тоді слід проаналізувати ціни і товари конкурентів. Наступним етапом є вибір методу ціноутворення і аж тоді встановлюється кінцева ціна.

За допомогою ціноутворення вирішуються такі завдання:

- розширення ринку збуту медичних послуг;
- збільшення маси прибутку закладу охорони здоров'я;
- забезпечення балансу попиту та пропозиції на медичні послуги;
- створення умов оптимальної пропорційності споживання і нагромадження.

Механізм формування цін полягає у процесі аналізу суб'єктами, що господарюють, економічної ситуації і розробки на цій основі цінової політики.

Загалом ціноутворення в системі медичної допомоги, як, зрештою і в інших галузях, складається із п'яти послідовних етапів, які пов'язані між собою логікою маркетингових процесів.

I етап – визначення рівня ціни залежно від маркетингової мети

Забезпечення виживання, коли знижені ціни покривають лише собівартість, а комерційна діяльність продовжується – виробництво працює за схемою простого відтворення. За таким принципом визначалась ціна в системі державного фінансування охорони здоров'я в Україні.

Отримання максимального прибутку, коли встановлюється така ціна, яка забезпечує значне перевищення собівартості, чим

досягається значний прибуток. Виробництво працює за схемою розширеного відтворення.

Завоювання ринку, коли максимально знижується ціна для того, щоб завоювати ринок і вижити конкурентів. Виробництво працює за схемою звуженого відтворення і якщо така політика триватиме довго, підприємство може збанкрутувати.

II етап – оцінка ринкової кон'юнктури:

З позицій ринкового попиту слід оцінювати:

- корисність медичної послуги;
- можливість її заміни;
- платоспроможність споживача;
- психологія споживача.

З позицій ринкової пропозиції оцінюємо:

- вивчення видів ринку;
- поведінка конкурентів;
- прогноз можливої зміни цін.

III етап – оцінка витрат медичних послуг

У витрати враховуємо всі затрачені ресурси:

- робочу силу,
- матеріальні витрати
- сировинні ресурси

Витрати визначають собівартість послуги і, відповідно, ціну. Попит диктуватиме можливість визначення розміру прибутку, залежно від ринкових середніх цін.

IV етап – аналіз цін і медичних послуг конкурентів

Аналіз цін і медичних послуг конкурентів оцінюємо за видами ринків та з позицій своїх можливостей конкурувати з існуючою ситуацією.

Аналіз діяльності конкурентів на ринку дає можливість визначити можливість розміщення продукції за прийнятними цінами або знайти можливість відкоректувати характеристики продукції з метою знаходження для неї ринкової ніші.

V етап – вибір методу ціноутворення

Розрахунок ціни на основі беззбитковості – метод, заснований на врахуванні витрат підприємства, маркетингових заходів, витрат з реалізації даного товару чи послуги і плюс отримання бажаного прибутку. Так сьогодні визначають ціну більшість стоматологічних приватних фірм.

Розрахунок ціни за методом прямих витрат плюс прибуток – цей метод визначення ціни базується на величині собівартості плюс стандартна націнка. Такий метод використовували в системі охорони здоров'я України при госпрозрахунковій діяльності. Виробника більше цікавлять його витрати, ніж попит. Така позиція на ринку є небезпечна для

виробника, якщо тільки він не монополіст.

Визначення ціни на основі закритих торгів. Ця ціна визначається не на основі витрат чи попиту, а виходячи із очікуваних цінових пропозицій конкурентів. Застосовується у випадках боротьби за підряд у процесі торгів. У системі охорони здоров'я такий метод має місце під час проведення тендерних торгів.

Визначення ціни на основі відчутної цінності товару чи послуги, коли ціна залежить не від затрат виробника, а від відчуття потрібності даного товару чи послуги самим покупцем. Чим більше вартує в уяві споживача даний товар, тим вища його ціна. Дані відчуття виробник успішно формує з допомогою реклами, створюючи ауру необхідності даного виду послуг чи товару, формуючи своєрідну моду на нього. Такі заходи ми можемо спостерігати в Україні щоденно в засобах масової інформації або рекламних листках, які приносять нам додому чи роздають на вулиці. Такий підхід забезпечує найбільший прибуток, хоч сама послуга може стати доступною лише для високоплатоспроможного прошарку населення.

Визначення ціни на основі рівня існуючих цін. В основі цього методу лежать не власні витрати, а ціни конкурентів, які можемо спостерігати в окремих стоматологічних кабінетах України.

Визначення ціни на основі цільового прибутку, коли медичний заклад призначає таку ціну на медичну послугу, яка забезпечить йому бажаний обсяг прибутку. Для ринку така позиція є безпечною лише в умовах чистої монополії.

5. Особливості ціноутворення в системі медичної допомоги

Ціноутворення в системі медичної допомоги має ряд особливостей. По-перше, з точки зору оцінки затрат. Затрати на діагностику та лікування різні, так само як і різні затрати в поліклініці та стаціонарі, також різні затрати в стаціонарах різних закладів охорони здоров'я тощо. Обладнання, яке виконує одні і ті ж функції має вартість, що різниться у кілька порядків, наприклад, вартість апарата УЗД становить від 10 до 200 тис. доларів, отже, амортизаційні відрахування за проведення УЗД на різних апаратах теж буде відрізнятися у кілька порядків.

Друге, є певні проблеми з оцінкою інтелектуальної праці лікарів. Сьогодні практикується платити лікарю визначену ставку і його робочий час обліковувати певною кількістю годин. При такій системі винагороди лікар мало зацікавлений у результатах своєї роботи. Проводити оплату за складність випадків чи кількість пролікованих або вилікованих хворих теж не вихід, оскільки результати роботи лікаря не завжди залежать від його вмінь та кваліфікації. В системі медичної допомоги складним є сама

кількісна оцінка роботи лікаря, як зрештою і всього іншого медичного персоналу. Найоптимальнішою видається комплексна оцінка роботи лікаря за індексним принципом, коли враховується велика кількість показників його діяльності. Всі ці показники переводяться в індекси, де факт ділиться на норму і розміщуються у вигляді дробу, де в чисельнику розміщаються показники, які працюють за принципом «чим більше – тим краще», а в знаменнику ті, які працюють за принципом «чим менше – тим краще». В результаті чим вищий бал – тим краща робота.

Трете, складність полягає в оцінюванні ризику роботи медичного персоналу. Не дивлячись на засоби індивідуального захисту, професійний ризик для медичного персоналу є у всіх країнах, незважаючи на ступінь їхнього розвитку. Інше питання, що ступінь цього ризику різний. В умовах ринкової економіки лікарі мають певні страховки. У нас обов'язковому страхуванню від нещасних випадків застраховані лікарі швидкої допомоги і від ВІЛ-інфекції – деяка категорія лікарів. Чи потрібно враховувати такий ризик при оплаті праці медичного персоналу? Безперечно, що так, а чи відіб'ється це на вартості надання медичної допомоги – також так. Отже ціни на медичні послуги зростатимуть залежно від ступеня небезпечності захворювання.

І четверте, індивідуальність пацієнта і змінність його стану як предмета праці. Динамічність поведінки організму кожного пацієнта практично не дає можливості точно визначити затрати, які необхідні будуть для його лікування. Калькуляцію (термін калькуляція – означає підрахування) можна буде провести лише після завершення його лікування. Такий підхід також містить значну долю ризику для повноти оплати послуги. Зрозуміло, що санкції до неплатників вживати в системі охорони здоров'я є нереальним.

Таким чином, процес ціноутворення в системі охорони здоров'я відбувається в стані суцільної невизначеності, що зумовлює певні труднощі і вимагає єдиного методологічного підходу.

В різних країнах по-різному підходять до ціноутворення на медичні послуги.

У Німеччині добре налагоджена система ціноутворення на медичні послуги, де за одиницю ціноутворення прийняли так званий «пункт». Число «пунктів» пропорційне складності послуги, ціни в «пунктах» подаються в довідниках, вони стабільні і відомі всім учасникам медичного обслуговування і страхування. Ціна «пункту» переглядається відповідно до змін рівня цін і конкретних умов медичного обслуговування в країні щорічно, а за необхідності – і частіше. Ця система ціноутворення дозволяє оперативно, без великого обсягу роботи змінювати ціни відповідно до економічних умов.

Кожній окремій послугі (групі послуг) присвоюється своя кількість «пунктів». На регіональному (земельному) рівні кожний «пункт» має вартісну оцінку. Сукупність послуг, наданих хворому, яка виражається конкретною кількістю «пунктів» і помножена на їх вартість, визначає ціну роботи лікаря. «Пунктова» і вартісна оцінка послуг фіксуються в карті хворого, з якою він приходить на прийом. Для запобігання зниження якості лікування лікарняна каса регулює прибуток лікаря шляхом обмеження його практики. Якщо прибуток лікаря перевищує встановлену верхню межу, то лікарняна каса зменшує йому кількість пацієнтів.

Вартість лікарського обслуговування, за винятком послуг дантистів, визначається безпосередньо після надання медичної допомоги. Для одержання оплати праці кожний лікар 4 рази за рік здає карти своїх хворих до професійного об'єднання лікарів, а воно в свою чергу – до лікарняної каси, яка перераховує гроші за медичні послуги на розрахунковий рахунок об'єднання лікарів, а вже воно видає заробітну плату лікарю.

При наданні послуг з протезування зубів встановлено інший порядок їх оплати. Лікар попередньо визначає обсяг і вартість робіт, що фіксується в спеціальній карті. Рахунок перевіряється лікарняною касою, а потім оплачується застрахованим. При цьому для малозабезпечених верств населення лікарняною касою оплачуються 100%, а для більш забезпечених – 60% вартості робіт по протезуванню зубів.

У Франції інший порядок ціноутворення. Багато приватних клінік не приймуть хворого, не переконавшись в його платоспроможності, інші вимагають гарантійний лист. Виклик пожежних і швидкої допомоги безкоштовні, але за візит лікаря належно від його кваліфікації та часу виклику треба платити від 150 до 350 франків. Пацієнт самостійно платить лікарю за візит і за всі види медичних послуг: аналізи, консультації, ліки, перебування в лікарні. Потім лікар або лікарня заповнює спеціальний лист, за яким пацієнт отримує в касі страхування через хворобу повну чи часткову компенсацію. Так, наприклад, консультація лікаря вартує 90 франків. За вищевказаною угодою відвідувач сплачує цю суму, «Секюріте сосьаль» відшкодовує йому тільки 75% обов'язкового страхування, тобто 25% складає «тіке модератер».

В Японії перше звернення до лікаря – платне (200 ієн). У національній системі страхування здоров'я пільги при оплаті всіх видів медичної допомоги главі сім'ї і його утриманцям складають 70% її вартості, для пенсіонерів – 80%, а для членів сімей – 80% амбулаторної і 70% стаціонарної допомоги.

За рахунок пацієнта повністю сплачуються медикаменти, послуги приватної медичної сестри, перебування в окремій палаті. Оплата медичної допомоги проводиться за рахунками медичних закладів щомісячно.

Попередньо ці рахунки перевіряють консультанти-медики для встановлення раціональності наданих послуг. Розрахунок проводиться за тарифами на медичні послуги і лікарські засоби, які затверджені Міністерством охорони здоров'я і соціального забезпечення.

Отже у системі медичної допомоги до визначення ціни можна підходити двома шляхами: визначення ціни кожної окремої послуги або кожної окремої процедури і тоді вартість послуги складатиметься із суми вартостей окремих процедур.

Вартість одиниці послуги – вартість визначеної законодавством одиниці кінцевого продукту/результату надання медичного обслуговування, (пролікованого випадку, лабораторного тесту тощо) [4].

Загальна (повна) вартість – вартість усіх ресурсів, що використовуються закладом охорони здоров'я для виробництва послуги з медичного обслуговування, у тому числі з прямими і непрямими витратами [4].

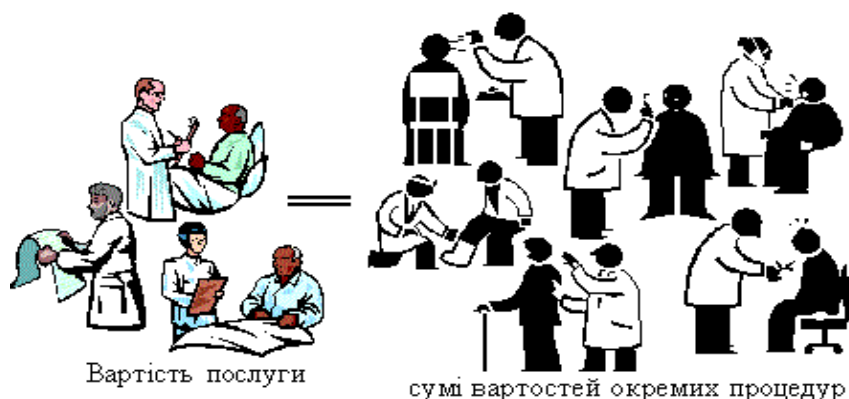


Рис. 2. Шляхи визначення ціни в системі охорони здоров'я

Звичайно, що більш точно відображатиме затрати системи другий метод, але, з позицій маркетингу, такий підхід не є виправданим, бо застосовується постфактум. Хоч у ряді країн, де запроваджена система медичного страхування, цей метод використовується дуже широко, бо платіжні ризики бере на себе страхова компанія.

Для планового господарства зручніший перший метод, де наперед відома вартість лікування кожного випадку окремого захворювання, що дає можливість прорахувати затрати системи наперед за даними середньостатистичної захворюваності, де можна будувати фінансові прогнози, розраховувати і планувати витрати, керувати ними тощо.

При визначенні вартості медичної послуги, як одиниці продукції, враховують постійні і змінні, а також прямі і непрямі витрати.

Постійні витрати – це такі витрати, які не змінюються при змінах обсягу випуску продукції чи надання послуг.

Змінні витрати змінюються при змінах обсягу випуску продукції чи надання послуг. При збільшенні кількості послуг вони зростають і навпаки.

Сума постійних та змінних витрат називається загальними витратами.

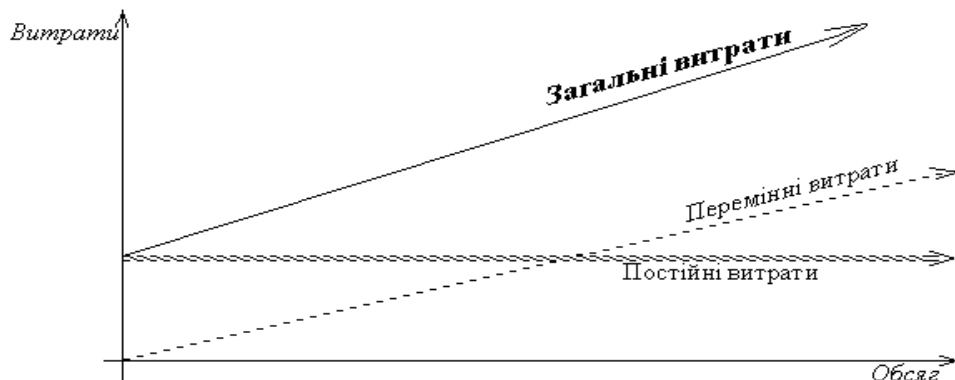


Рис.3. Структура витрат

До постійних витрат відносяться витрати на утримання приміщення, господарські витрати, вартість обладнання тощо. Слід розуміти, що величина постійних витрат формує початковий рентабельний розмір підприємства. Так, наприклад, лікарня менша, ніж на 40 ліжок, є нерентабельною

До змінних витрат належать в першу чергу витрати на купівлю робочої сили (заробітна плата), витрати на матеріали, які зараз споживаються при виробленні даного продукту чи послуги. Наприклад, при наданні послуг з косметології змінними витратами будуть разові серветки, дезінфікуючі та медикаментозні засоби, разовий інструментарій, заробітна плата обслуговуючого персоналу тощо.

Змінні витрати поділяються на прямі і непрямі.

Прямі витрати безпосередньо пов'язані із об'єктом витрат і носять очний, об'єктивний характер.

Прямі витрати – вартість виробничих ресурсів (персоналу, лікарських засобів тощо), які безпосередньо пов'язані з виробництвом медичної послуги та, за даними бухгалтерського обліку, можуть бути безпосередньо віднесені до об'єкта витрат (структурного підрозділу/відділення закладу охорони здоров'я, послуги або конкретного пацієнта) [4].

Непрямі витрати розраховуються на об'єкт витрат, але носять завуальований характер, тому їх ще називають накладними витратами, бо вони не на пряму пов'язані із об'єктом витрат. На прикладі із косметичною послугою до непрямих чи накладних витрат відноситимуться витрати на

заробітну плату не лише безпосередньо обслуговуючого персоналу, а й адміністрації, витрати на електроенергію тощо. В умовах госпрозрахунку величину накладних витрат нараховували у розмірі 75% до вартості послуги. Склад витрат визначається законодавчими і нормативними документами.

Непрямі витрати – вартість виробничих ресурсів (комунальні послуги, адміністративні видатки, накладні витрати тощо), які важко простежити безпосередньо до конкретних об'єктів витрат (організацій, відділень, послуг, пацієнтів тощо) та які мають розподілятися [4].

Ще в системі охорони здоров'я використовуються показники середніх, граничних та альтернативних витрат.

Середні витрати – це загальні витрати, розділені на обсяг наданої допомоги, або кількість наданих послуг. Вони показують, скільки затрачає лікувально-профілактичний заклад на виробництво однієї медичної послуги.

Граничні витрати – це витрати на надання однієї додаткової одиниці допомоги. Їх застосовують для оцінки зміни витрат, пов'язаних із збільшенням чи зменшенням числа послуг, що надаються.

Альтернативні витрати, або їх ще називають витратами втрачених можливостей – це додаткові витрати, які компенсують проблемні місця організації. Наприклад, на підприємстві виражена плінність кадрів – альтернативними виплатами буде збільшена заробітна плата працюючих. Для системи медичної допомоги найважливішим елементом ціни є собівартість, що фактично є грошовим виразом виробничих витрат.

Собівартість і прибуток формують фінансові засоби організації.

Собівартість визначає ті виробничі витрати, без яких неможливий сам процес виробництва і його відтворення.

Прибуток використовується на покриття тих видів витрат, які необхідні для розширеного відтворення виробництва і обкладається 30% податком.

Структура ціни на медичні послуги має такі ж елементи, як і на будь-які інші товари: витрати виробництва – податки – прибутки.

Загалом ціноутворення в системі охорони здоров'я, зрештою і в інших галузях, складається із п'яти послідовних етапів, які пов'язані між собою логікою маркетингових процесів.

I етап – визначення рівня ціни залежно від маркетингової мети.

Забезпечення виживання, коли знижені ціни покривають лише собівартість, а комерційна діяльність продовжується – виробництво працює за схемою простого відтворення. За таким принципом визначалась ціна в системі державного фінансування охорони здоров'я в Україні.

Отримання максимального прибутку, коли встановлюється така ціна, яка забезпечує значне перевищення собівартості, чим досягається значний прибуток. Виробництво працює за схемою розширеного відтворення.

Завоювання ринку, коли максимально знижується ціна для того, щоб завоювати ринок і вижити конкурентів. Виробництво працює за схемою звуженого відтворення і якщо така політика триватиме довго, підприємство може збанкрутувати.

II етап – оцінка ринкової кон'юнктури:

З позицій ринкового попиту слід оцінювати:

- корисність медичної послуги;
- можливість її заміни;
- платоспроможність споживача;
- психологія споживача.

З позицій ринкової пропозиції оцінюємо:

- вивчення видів ринку;
- поведінка конкурентів;
- прогноз можливої зміни цін.

III етап – оцінка витрат медичних послуг

У витрати враховуємо всі затрачені ресурси: робочу силу, матеріальні витрати та сировинні ресурси. Витрати визначають собівартість послуги і, відповідно, ціну.

V етап – вибір методу ціноутворення

- 1) Розрахунок ціни на основі беззбитковості.
- 2) Розрахунок ціни за методом прямих витрат плюс прибуток.
- 3) Визначення ціни на основі відчутної цінності товару чи послуги.
- 4) Визначення ціни на основі рівня існуючих цін.
- 5) Визначення ціни на основі цільового прибутку.

Попит диктуватиме можливість визначення розміру прибутку, залежно від ринкових середніх цін.

VI етап – аналіз цін і медичних послуг конкурентів

Аналіз цін і медичних послуг конкурентів оцінюємо за видами ринків та з позицій своїх можливостей конкурувати з існуючою ситуацією.

Аналіз діяльності конкурентів на ринку дає можливість визначити можливість розміщення продукції за прийнятними цінами або знайти можливість відкоректувати характеристики продукції з метою знаходження для неї ринкової ніші.

Зупинимось детальніше на окремих видах ціноутворення.

Розрахунок ціни на основі беззбитковості – метод, заснований на врахуванні витрат підприємства, маркетингових заходів, витрат з реалізації даного товару чи послуги і плюс отримання бажаного прибутку. Так сьогодні визначають ціну більшість стоматологічних приватних фірм.

Розрахунок ціни за методом прямих витрат плюс прибуток

– цей метод визначення ціни базується на величині собівартості плюс стандартна націнка. Такий метод використовували в системі охорони здоров'я України при госпрозрахунковій діяльності. Виробника більше цікавлять його витрати, ніж попит. Така позиція на ринку є небезпечна для виробника, якщо тільки він не монополіст.

Визначення ціни на основі закритих торгів. Ця ціна визначається не на основі витрат чи попиту, а виходячи із очікуваних цінових пропозицій конкурентів. Застосовується у випадках боротьби за підряд у процесі торгів. У системі охорони здоров'я такий метод має місце під час проведення тендерних торгів.

Визначення ціни на основі відчутної цінності товару чи послуги, коли ціна залежить не від затрат виробника, а від відчуття потрібності даного товару чи послуги самим покупцем. Чим більше вартує в уяві споживача даний товар, тим вища його ціна. Дані відчуття виробник успішно формує з допомогою реклами, створюючи ауру необхідності даного виду послуг чи товару, формуючи своєрідну моду на нього. Такі заходи ми можемо спостерігати в Україні щоденно в засобах масової інформації або рекламних листках, які приносять нам додому чи роздають на вулиці. Такий підхід забезпечує найбільший прибуток, хоч сама послуга може стати доступною лише для високоплатоспроможного прошарку населення.

Визначення ціни на основі рівня існуючих цін. В основі цього методу лежать не власні витрати, а ціни конкурентів, які можемо спостерігати в окремих стоматологічних кабінетах України.

Визначення ціни на основі цільового прибутку, коли медичний заклад призначає таку ціну на медичну послугу, яка забезпечить йому бажаний обсяг прибутку. Для ринку така позиція є безпечною лише в умовах чистої монополії.

Ціни в умовах ринку залежать від багатьох чинників, найважливіші з яких: попит, пропозиція і конкуренція.

Попит – це потреба, підтверджена купівельною спроможністю покупця.

Попит залежить не лише від ціни, а також від нецінових факторів, зокрема, рівня доходів населення (прямо пропорційна залежність), кількості населення в країні (прямо пропорційна залежність), структури населення (діти та люди похилого віку потребують значно більше медичних послуг), зміни смаку пацієнтів та реклами, збільшення попиту на медичні послуги за рахунок діагнозів лікарів.

Ціна попиту – це максимальна ціна, за яку пацієнти згодні отримувати послуги.

Ринкова ціна не може перевищувати ціну попиту, тому що пацієнти будуть нездатні заплатити за ці послуги.

Пропозиція – це кількість медичних послуг, які лікарі можуть надати пацієнтам за визначений час.

Пропозиція прямо пропорційна до ціни, тобто чим вища ціна на медичну послугу, тим більше послуг надають медичні працівники.

Ціна пропозиції – це мінімальна ціна, за якою медичні працівники ще надають медичні послуги.

Ринкова ціна не може бути меншою, ніж ціна пропозиції, бо праця медичних працівників стає неефективною.

Ціна пропозиції на медичні послуги включає витрати на їх здійснення та прибуток.

При взаємодії попиту та пропозиції встановлюється ринкова ціна.

Ринкова ціна – це ціна, яка склалася на ринку в результаті взаємодії попиту і пропозиції під впливом конкуренції.

Ціна прагне до такого рівня, коли попит дорівнює пропозиції. Якщо під дією нецінових факторів збільшується попит при незмінній пропозиції чи зменшується пропозиція при незмінному попиті, то ціна на медичні послуги зростатиме. Якщо при незмінній пропозиції попит знижується чи при незмінному попиті збільшується пропозиція, то ціна на медичні послуги зменшуватиметься.

Про вільні ціни уже говорилось, вони орієнтовані на зацікавленість виробника у розширенні асортименту продукції чи послуг, запобіганні ажіотажного попиту чи спекуляцій. З розвитком ринкових механізмів зростає частка вільних цін на ринку. Вільні ціни дають можливість виробникам самостійно регулювати свої витрати і прибутки, вирішувати питання розширення чи згортання виробництва.

З метою захисту малозабезпечених членів суспільства, задля виконання окремих державних програм, для стримування інфляції використовують державне регулювання цін.

Регулювання цін – це система заходів, направлена на впорядкування взаємодії всіх елементів господарювання.

Види регулювання цін:

– **саморегулювання** – це механізм вільної дії ринкових структур (попиту та пропозиції);

– **регулювання на рівні фірми** – включає угоди про розподіл ринків і рівень цін.

– **державне регулювання** здійснюється: 1) прямим впливом, коли держава сама формує рівень, склад і структуру цін: фіксовані ціни, зниження цін, антимонопольне законодавство; 2) непрямым впливом держави посередництвом: пільгового оподаткування, пільгового кредитування, субсидування, введення в дію спеціальних державних програм.

Методи регулювання ринку послуг охорони здоров'я:

– за рахунок формування та використання бюджетних коштів;

- організаційно-економічні: створення державних відомчих служб (військова медицина, медицина річкового та морського транспортів тощо);
- правові: розробка та реалізація законів; нормативних документів, які регламентують економічну діяльність у охороні здоров'я.

На сьогодні для України є актуальною тема правової основи платних медичних послуг.

Стаття 49 Конституції України гарантує усім безоплатну медичну допомогу в закладах державної і комунальної форм власності. Однак поряд з такою соціальною гарантією існує добровільне медичне страхування, де можливе вільне встановлення ціни за узгодженням зі страховою компанією. Існують також договірні ціни, які за своїм характером найбільш вільні на сьогоднішній день.

Заслуговує на увагу і той факт, що закладів охорони здоров'я державної і комунальної форм власності вже сьогодні в Україні немає. Всі заклади охорони здоров'я із бюджетних організацій стали самостійними комунальними некомерційними підприємствами з усіма витікаючими наслідками.

Однак питання визначення ціни на медичні послуги постало в іншому світлі – НСЗУ задекларувала, що закуплятиме медичні послуги для населення у закладах охорони здоров'я. Гостро постало питання про реальну вартість тих послуг. Вирішення його потребує комплексного, уніфікованого підходу.

Щодо питання про платні медичні послуги в Україні, то воно останні 10 років визначається по-різному. У 1996 році Кабінет Міністрів України виніс Постанову №1138 від 17 вересня «Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти», а у 1997 році Постанову № 449 про внесення змін і доповнень до неї. На основі цих постанов в Україні набуло широкої практики запровадження найрізноманітніших платних послуг у системі охорони здоров'я. Фактична ідентифікація понять «медична допомога» і «медична послуга» призвели до того, що майже весь обсяг лікувальної та профілактичної допомоги населенню потрапив під критерій медичної послуги. Таким чином, в Україні згідно Конституції, ст 49. медична допомога була безоплатною, а згідно постанов Кабміну – належала до платних послуг. Тому у 1998 році Конституційний Суд України виніс рішення № 15 – рн/98 від 25 листопада про скасування дії вищеназваних Положень і підтвердив чинність дії 49 статті Конституції України щодо безоплатного надання медичної допомоги у державних та комунальних закладах охорони здоров'я.

Неоднозначною ситуація все-таки продовжувала залишатись через те, що на той час існувало ще 16 законодавчих актів, крім Постанов КМ України, які дозволяли і передбачали надання державним і комунальним закладам охорони здоров'я платних послуг.

Однак Конституційним Судом України було дозволено приймати від хворих плату за надані їм медичні послуги як внесення добровільної компенсації. «Порядок отримання благодійних (добровільних) внесків і пожертв від юридичних та фізичних осіб бюджетними установами і закладами освіти, охорони здоров'я, культури, науки, спорту та фізичного виховання для потреб їх фінансування» затверджений Постановою Кабінету Міністрів України від 4 серпня 2000 року № 1222. Загальні засади благодійництва та правове регулювання цих відносин у суспільстві визначає Закон України «Про благодійництво та благодійні організації» від 16 вересня 1997 року №531/97-ВР.

Постановою КМУ від 27 грудня 2017 р. № 1075 із змінами, внесеними згідно з Постановою КМУ № 1073 від 27.11.2019 Затверджено Методику розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування [4].

Важливе значення цієї методики полягає у забезпеченні стандартизації та уніфікації підходів до обліку витрат у закладах охорони здоров'я та встановлення базових принципів універсальної національної системи розрахунку вартості послуг з медичного обслуговування, фінансування яких забезпечується за рахунок бюджетних коштів [3].

6. Маркетинговий підхід до ціноутворення

У практиці маркетингу застосовуються такі методи ціноутворення:

1. Витратний метод. Ціна розраховується, виходячи із суми постійних і змінних витрат на одиницю продукції й запланованого прибутку з урахуванням нижнього порогу ціни. При опосередкованому збуті ціна продажу кінцевому споживачу збільшується на розмір націнки, яка залежить від особливостей послуги (сезонність, мода, новизна), а також еластичності попиту за цінами. Витратний метод не враховує ринкових факторів (характер попиту, рівень платоспроможності попиту, політику конкурентів), а ціна, визначена за таким методом, практично завжди завищена і в конкурентній ситуації може мати негативні наслідки для продавця. Однак є й позитивні сторони цієї моделі: якщо в рамках однієї галузі всі виробники використовують витратний метод ціноутворення, цінова конкуренція мінімальна, а ціни більш реальні й виключають збагачення за рахунок пацієнтів. Такий підхід лежить в основі Методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування. Яка запроваджується при розрахунках з НСЗУ.

2. Метод на основі цільової норми прибутку. Ціна встановлюється таким чином, щоб можна було досягти бажаної норми прибутку на вкладений капітал. Необхідно взяти до уваги, що розрахунки ціни в цьому випадку залежать від обсягу виробництва та реалізації, у зв'язку з чим необхідно визначити критичну точку обсягу виробництва.

Критичний обсяг виробництва – це постійні витрати / ціна – змінні витрати. Критичний обсяг виробництва зменшується внаслідок зниження постійних і змінних витрат, які необхідно враховувати у виробничій фірмі. Крім того, на розраховані ціни впливатимуть ще й ринкові фактори (характер попиту й конкуренція).

3. Метод встановлення ціни на основі відсутньої цінності послуги обумовлений специфічними підходами до роботи на ринку. Розрахунок робиться на певну категорію пацієнтів, які погоджуються платити гроші не тільки за вартість послуг, а й за комплекс інших послуг: доплати, пов'язані з сервісом, обслуговуванням тощо. Рівень послуг, що надаються, визначити безумовно важко. Для прикладу можна навести престижні послуги з косметичної хірургії, за які за різних обставин і різних умов покупець погоджується платити будь-які гроші.

4. Вибір ціни на основі рівня поточних цін орієнтує діяльність щодо ціноутворення передусім не на власні витрати, а на ситуацію на ринку, на цінову політику конкурентів. Поведінка закладів адекватна їхньому становищу на ринку. Лідер, як правило, диктує свої умови. Дрібніші заклади можуть собі дозволити орієнтуватися на лідера, змінювати ціну після того, як це зробив він. Метод ціноутворення, що орієнтується на рівень поточних цін, досить поширений. Він створює атмосферу справедливого підходу до встановлення ціни в цілому по галузі. А це дає змогу закладам охорони здоров'я отримувати певну норму в прибутку.

Остаточна ціна на послугу встановлюється з урахуванням таких факторів: цінова політика фірми, психологія ціносприйняття, вплив ціни на інших учасників ринкової діяльності.

ТРЕНІНГОВИЙ БЛОК

Питання для самоконтролю

1. Поясніть економічний зміст дефініції «ціна»?
2. Яка структура ціни?
3. Які функції ціни в умовах ринку?
4. Які особливості функції ціни в системі медичної допомоги?
5. Які види цін Вам відомі?
6. Дайте характеристику еластичності попиту в системі медичної допомоги?
7. Який механізм визначення ціни медичних послуг?
8. Що представляє собою капітаційна ставка?
9. У чому суть тарифів, як форми ціни?
10. В чому суть референтної вартості медичної послуги?
11. Які Вам відомі методи ціноутворення в системі медичної допомоги?

Практичні завдання

Завдання 1

Аптечна фірма має велику партію рідини для зміцнення нігтів. Не дивлячись на рекламу, товар не користується попитом. виробник товар назад не приймає. Яку стратегію ціноутворення ви запропонуєте керівництву фірми?

Завдання 2

Приватна клініка надає послуги оздоровчого характеру. Попит на дані послуги помірний, на рівні із конкуруючими фірмами. Затрати на надання даних послуг у фірми середньоринкові. Яку стратегію ціноутворення ви запропонуєте керівництву фірми?

Завдання 3

Молодий підприємець відкрив приватний лікарський кабінет за місцем свого проживання. Стратегічна мета його підприємництва – створити родинний бізнес. Затрати на надання даних послуг у нього середньоринкові. Яку стратегію ціноутворення він обере?

Завдання 4

Чоловік 45 років, хворіє неускладненим попереково-крижовим радикулітом. Було здійснено 2 відвідування до лікаря.

Перше зайняло 23 хв. (збір анамнезу – 5 хв., пальпація, перкусія, аускультация – 10 хв., запис в амбулаторну картку – 5 хв., виписка рецептів, листка непрацездатності – 5 хв.). Друге відвідування зайняло 8 хв. Визначте ціну даної послуги, використовуючи прямі та непрямі витрати.

ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ

1. Ціноутворення – це:

- а. процес формування цін, визначення їх рівня і пошук їх оптимального сполучення;
- б. це система заходів, що спрямована на впорядкування взаємодії всіх елементів господарювання;
- в. певна кількість грошових одиниць, отриманих за одиницю товару;
- г. максимальна ціна, за яку споживачі згодні отримувати послуги.

2. Що є основним завданням ціноутворення?

- а. покриття витрат вироблення послуг і одержання прибутку;
- б. визначення балансу попиту і пропозиції;

- в. визначення максимальної ціни попиту;
- г. визначення мінімальної ціни пропозиції.

3. Від чого залежить в першу чергу політика визначення ціни?

- а. від типу ринку;
- б. від потреб виробника;
- в. від можливостей споживача;
- г. від дотацій держави.

4. Ціна – це:

- а. всі відповіді правильні;
- б. певна кількість грошових одиниць, отриманих за одиницю товару;
- в. це форма виявлення вартості при обміні товару на грошовий;
- г. грошовий вираз вартості товару.

5. Які ціни називаються договірними?

- а. зафіксовані договором угоди між виробником та споживачем;
- б. зафіксовані договором угоди між виробником та продавцем;
- в. зафіксовані договором угоди між виробником та державою;
- г. це ціни про які домовляється продавець та споживач.

6. Які ціни називаються вільними?

- а. ціни, на які не поширюється дія жодних державних актів;
- б. зафіксовані продавцем;
- в. зафіксовані державою;
- г. зафіксовані споживачем.

7. Що таке ринкові ціни?

- а. ціни, які склалися під впливом попиту та пропозиції;
- б. ціни і тарифи зафіксовані у касовій книзі продавця;
- в. ціни і тарифи зафіксовані у спеціальних ринкових документах;
- г. трансферні ціни.

8. Як визначається рентабельність?

- а. відношення прибутку до собівартості;
- б. відношення прибутку до ціни;
- в. відношення прибутку до доходу;
- г. відношення прибутку податку.

9. Що насамперед відбиває капітаційна ставка?

- а. середньозважений розмір оплати за медичне обслуговування одного пацієнта протягом визначеного періоду;
- б. відношення прибутку до ціни;

- в. розмір оплати за медичне обслуговування одного пацієнта протягом періоду лікування;
- г. обмежений державою рівень рентабельності.

10. Регулювання цін – це:

- а. це система заходів, що спрямована на впорядкування взаємодії всіх елементів господарювання;
- б. процес формування цін, визначення їх рівня і пошук їх оптимального сполучення;
- в. кількість послуг, які виробники можуть надати покупцям за певний період часу;
- г. певна кількість грошових одиниць, отриманих за одиницю товару.

ГЛОСАРІЙ

Новий господарський механізм – створений за принципом організаційної господарської самостійності та рентабельності закладів охорони здоров'я та матеріальної зацікавленості медичного персоналу у позитивних результатах їх діяльності

Послуга, в тому числі медична, являє собою матеріальне виробництво з отриманням нематеріального його продукту.

Економічні витрати – це ті платежі, які повинен зробити виробник за всі використовувані ресурси.

Собівартість – це грошовий вираз затрат закладу на виробництво і реалізацію послуг.

Рентабельність – від нім. Rentabel – дохідність, прибутковість – це показник ефективності виробництва на підприємстві, визначається відношенням прибутку до затрат.

Прибуток – це різниця між продажною ціною послуги та витратами на її виробництво.

Ціна – це грошовий вираз вартості товарів і послуг.

Еластичність попиту – це процентна зміна попиту на товари в результаті зміни ціни на цей товар на відсоток.

Тариф – від італ. tariffa – система ставок, за якими оплачують виробничі й невиробничі послуги у системі охорони здоров'я.

Капітаційна ставка визначає середньозважений розмір оплати за медичне обслуговування одного пацієнта протягом визначеного періоду незалежно від кількості фактичних звернень пацієнта за медичною допомогою.

Ціноутворення – це процес формування цін, визначення їх рівня і пошук їхнього оптимального сполучення.

Регулювання цін – це система заходів, направлена на впорядкування взаємодії всіх елементів господарювання.

Література

1. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». Редакція від 01.01.2021 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>
2. Закон України «Про ціни і ціноутворення» від 21 червня 2012 року № 5007-VI / Сайт Верховної ради України. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/5007-17>
3. Постанова КМУ від 27 грудня 2017 р. № 1075 «Про затвердження Методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування» URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1075-2017-%D0%BF#Text>
4. Постанова КМУ від 27 грудня 2017 р. № 1075 із змінами, внесеними згідно з Постановою КМУ № 1073 від 27.11.2019 Про затвердження Методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1075-2017-%D0%BF#Text>
5. Наказ МОЗ України № 2559 від 19.12.2019р. «Про затвердження методики розрахунку тарифів» URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1270-19#Text>
6. Пакети медичних послуг. зміст та підхід до контракування закладів охорони здоров'я НСЗУ 7.02.2020 URL: https://nszu.gov.ua/storage/editor/files/paketi-medichnikh-poslug-07022020_1581100466.pdf

РОЗДІЛ XII. УПРАВЛІННЯ ЗНАННЯМИ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Рекомендовані питання для розгляду:

- 1. Знання як ресурс розвитку закладів охорони здоров'я.**
- 2. Сутність, мета і завдання управління знаннями в закладі охорони здоров'я.**
- 3. Моделі трансформації знань: соціалізація; екстерналізація; комбінація; інтерналізація.**
- 4. Побудова системи управління знаннями в закладі охорони здоров'я.**

1. Знання як ресурс розвитку закладів охорони здоров'я

В умовах посилення конкуренції в глобальному й національному медичному просторі, динамічного розвитку медичних технологій, підвищення вимог до сфери охорони здоров'я з боку суспільства та її динамічної цифрової трансформації визначальним чинником ефективного функціонування й розвитку закладів охорони здоров'я та забезпечення їх конкурентоспроможності виступає знанневий чинник.

Перед закладами охорони здоров'я постає цілий ряд викликів, пов'язаних з необхідністю забезпечити: належну якість медичних послуг; використання прогресивних методик діагностування і лікування; доступ медичного персоналу до передових вітчизняних та зарубіжних наукових медичних знань; персоналізацію знань; умови для використання і створення знань; налагодження партнерської взаємодії з іншими медичними закладами, науковими установами, міжнародними організаціями щодо придбання, створення, використання прогресивних медичних знань та знань з питань організації здійснення медичної практики.

В закладах охорони здоров'я знання виступає як ресурс і чинник діяльності та розвитку, як продукт праці, як складова кадрового потенціалу.

Категорія «знання», у науковій літературі трактується досить широко, як:

- нематеріальний ресурс;
- основа будь-яких процесів;
- як відображення дійсності, процес, інструмент;
- результат переробки інформації, що має досить тривалий цикл життя, несе визначену ідею і обумовлений контекстом, що визначає галузь його ефективного застосування в даному місці і часі;
- форма існування і систематизації результатів пізнавальної діяльності людини;

- перевірений практикою результат пізнання дійсності, вірне її віддзеркалення в мисленні людини;

- володіння досвідом і розумінням, які є правильними і в суб'єктивному, і в об'єктивному відношенні і на підставі яких можна побудувати судження і висновки, що здаються досить надійними, для того, щоб розглядатися як знання.

Слід брати до уваги, що в економіці, заснованій на знаннях, під терміном «знання» приймається не тільки масив інформації, якою володіють конкретні люди, а й частина продукту і послуги.

Для оптимального умонтування знання в систему ресурсного забезпечення закладу охорони здоров'я доцільним є його розгляд як вміння співробітників організації розв'язувати проблеми і завдання, що постають перед ними; як обізнаності, компетентності чи розуміння, досягнутого в результаті досвіду або навчання.

За своїми якостями та властивостями знання відрізняються від традиційних факторів виробництва. У них суперечливо поєднуються справжня безмежність з рідкісністю, об'єктивний характер з суб'єктивізмом, невичерпність із здатністю до тиражування, імітації тощо.

Дослідник з теорії організацій та управління знаннями Б. З. Мільнер вважає, що з практичного погляду трактування цієї категорії базується на тому, що знання не можна відокремити від діяльності, а знання того, що, хто, як, коли, де й чому буде відбуватися дія, є найважливішим ресурсом підприємства [1, с.178].

В умовах посилення динамічності середовища функціонування закладів охорони здоров'я, знання виступають основою розроблення стратегій їх розвитку, генерації нових ідей та прийняття рішень щодо удосконалення організації надання медичних послуг, запровадження прогресивних технологій здійснення медичної практики, вироблення корпоративної політики налагодження ефективних відносин з стейкхолдерами.

Категорія «**знання**» характеризується специфічними *особливостями*:

1) *довговічність* – знання нематеріальні і тому не руйнуються з часом;

2) *інваріантність до простору* – швидке та практично безкоштовне поширення сучасними цифровими мережами телекомунікацій;

3) *постійно збільшуються* – знання являються єдиним ресурсом, що збільшується під час використання;

4) *можливості багатократного продажу* – проте існує специфічна проблема: мало хто готовий купувати знання, поки не зрозуміють їх зміст, а пізнавши – втрачають бажання купувати те, що вже мають;

5) *чуттєвість до фактору часу* – їх цінність сильно пов'язана із часом тоді, коли йдеться про прийняття рішення;

б) *соціальність* – одночасно являються і суспільним і особистим благом;

7) *знаряддя конкуренції* – надають переваги у конкурентній боротьбі [2, с.6].

У закладах охорони здоров'я знання є частиною вартості медичних послуг як ресурс, використаний під час їх надання. Цінність знання як економічного ресурсу знаходить прояв у впливові на підвищення ефективності функціональної діяльності закладів охорони здоров'я, зростання якості медичних послуг, розширення можливостей оптимального поєднання і використання традиційних видів ресурсів, забезпечення динамічного розвитку та конкурентоспроможності медичних установ.

Для закладів охорони здоров'я знання є одним з найважливіших ресурсів, а розвиток корпоративної здатності їх отримувати, нагромаджувати, передавати, створювати, використовувати є найбільш дієвим методом створення власних конкурентних переваг та утвердження в конкурентному медичному просторі. Використання прогресивних наукових знань закладами охорони здоров'я створює ресурсний базис формування їх унікальних послуг, запровадження прогресивних форм медичного обслуговування, конкурентних переваг та стабільного розвитку, членства у міжнародних медичних спільнотах.

У процесі поєднання нових знань з тими, що вже використовуються в закладах охорони здоров'я, відбувається формування нових унікальних підходів до здійснення функціональної діяльності, розширення потенціалу створення нових знань в контексті реагування на виклики і вимоги середовища функціонування. За своєю природою, знання є гранично невичерпним, таким, що прогресивно зростає залежно від рівня його використання, ресурсом, а людина виступає унікальним носієм та власником знань.

При створенні й виробленні політики розвитку закладів охорони здоров'я слід враховувати, що знання: 1) наявні в будь-якій діяльності; 2) є інструментом, що впливає на діяльність людини та її результати; 3) не є товаром у чистому вигляді, проте впливають на вартість послуги; 4) характеризуються прогностичністю (володіння знаннями, дозволяє передбачити загрози й появу певних можливостей); 5) їх корисність залежать від корисності послуги для конкретного споживача, дій чи рішень для досягнення організаційних цілей; 6) їхня вартість визначена вартістю рішень, отриманих за їх допомогою; 7) є об'єктом купівлі-продажу як економічне благо на ринку товарів і послуг та ринку ресурсів; 8) відносно рідкісний ресурс; 9) мають відносний дефіцит в отриманні та дефіцит отримання через проблеми, що ускладнюють пошуки; 10) рідкісні з погляду застосування в певній заданій ситуації; 11) є основою для вдосконалення,

підвищують ефективність будь-яких процесів, підвищують професійну компетентність [3, с.314].

Динамічний інноваційно-технологічний поступ зумовлює тенденції знецінення знань в часі, оскільки вони підлягають моральному зносу. Тому постійне оновлення і створення знань, застосування прогресивних технологій їх нагромадження, зберігання й обміну, ефективно використання є визначальними умовами формування стратегічних переваг закладами охорони здоров'я.

У діяльності закладів охорони здоров'я використовується великий обсяг знань, що класифікуються за різними ознаками (табл. 1).

Перетворення знань у важливу складову ресурсного забезпечення закладу охорони здоров'я сприяє:

- ефективному формуванню й використанню організаційного потенціалу в результаті використання нових прогресивних наукових знань і їх втіленні у процеси надання медичної допомоги та медичного обслуговування;
- підвищенню якості й забезпечення унікальності медичних послуг, розширенню їх асортименту, зростанню продуктивності й ефективності діяльності за рахунок постійного поповнення нових знань;
- створенню організаційних знань, збільшенню рівня нагромадження людського капіталу у вигляді високопрофесійних знань й компетентностей, креативних динамічних здібностей;
- підвищенню обґрунтованості стратегічних та оперативних цілей організаційного розвитку й механізмів їх реалізації, зниженню ризиків здійснення функціональної діяльності;
- формуванню спроможності якомога повнішого використання можливостей зовнішнього середовища та запобігання й усунення загроз.

Знання є основним ресурсом забезпечення функціонування і розвитку закладів охорони здоров'я, що обумовлює потребують розробки особливих підходів до їх створення, поширення та ефективного застосування в рамках вироблення і реалізації корпоративної політики.

2. Сутність, мета і завдання управління знаннями в закладі охорони здоров'я

Посилення ролі знань у забезпеченні ефективного функціонування та конкурентоспроможності закладів охорони здоров'я детермінується спроможністю останніх створювати нові та поширювати наявні знання, продуктивно їх використовувати у відповідності до специфіки вирішення нагрітих завдань. Формування такої спроможності досягається у процесі управління знаннями.

Класифікаційні ознаки знань закладів охорони здоров'я

Ознака класифікації	Види знання
Функції, що виконують	Стратегічне (знати «що?»); епізодичне (знати «де?»); практичне (знати «як?»); комунікативне (знати «хто?»); теоретичне (знати «чому?»); ситуативне (знати «коли?»)
Можливість концентрування в одному місці	Знання, що може накопичуватися в конкретному місці організації; ідіосинкратичне (несистематичні) знання
Термін існування	Давно набуте знання (які укорінилися в організації); нове знання
Ступінь інноваційності	Базове (мінімальне знання, що забезпечує доступ до тієї чи іншої діяльності); просунуте (знання, що формує конкурентний потенціал співробітника / організації); новаторське (знання, що забезпечує лідерство й дає можливість «змінювати правила» в певній сфері діяльності)
За походженням	Залучене (із зовнішнього середовища); вирощене (створене та розвинене всередині підприємства)
Носії знань на підприємстві	Людське (індивідуальне); соціальне; структуроване
Галузь застосування	Знання першого рівня (виробничо-технічне та економічне); другого рівня (соціально-психологічне знання культури); третього рівня (управлінське)
Об'єкт прикладення	Знання об'єктів; знання процесів
Ступінь формалізації та усвідомлення носієм	Імпліцитне (приховане) та експліцитне (явне); формалізоване та неформалізоване
Рівень існування	Міжорганізаційне; організаційне; групове; індивідуальне
Частота оновлення	Довгострокове (оновлюються один раз на 10 років); середньострокове (оновлюються один раз на 3-5 років); короткострокове (оновлюються один раз на 1-2 роки)
Період використання	Стратегічне; оперативне
Часом виникнення	Постфігуративне; конфігуративне; предфігуративне
Відносини власності	Знання, що має правову захищеність; знання зі квазіправовою (на міжнародному рівні) захищеністю; знання зі суспільним доступом
Об'єкт пізнання	Природно-наукове; технологічне; економічне; психологічне; соціологічне
За носієм	Матеріальне; квазіматеріальне; соціальне; людське
Рівень новизни	Знаний рівня; галузевого рівня; рівня підприємства; рівня групи; особистого рівня
Приналежність	Особисте; колективне; індивідуальне; групове
Спосіб вираження	Втілене; консультативне; свідоме; впроваджене; закладене
Сфера застосування	Операційне; специфічне; комерційне; загальне / типове
Ступень структуризації	Структуроване (знання у вигляді схем, теорій, процесів, формул, алгоритмів тощо); напівструктуроване (знання у вигляді суб'єктивних суджень та оцінок, евристичних правил прийняття рішень); неструктуроване (знання, що не має теоретичної основи, а представлене лише у вигляді окремих фактів на основі досвіду)
Форма існування	Явне (знання в документах, на компакт-диск дисках, в персональних комп'ютерах, в мережі Inetnet) і неявне (знання персоналу); імпліцитне і експліцитне; кодифіковане і некодифіковане
Доступність публічного спостереження	Спостерігається при використанні; не спостерігається при використанні
Результат використання	Позитивне; негативне
Умова використання	Автономне; системне
Носій	Індивідуальне; організаційне
Організаційні компетенції та динамічні здібності	Базове організаційне; ключове організаційне; організаційне метазнання (це знання про способи і методи пошуку і переробки інформації, прийняття рішень про те, коли необхідно вдаватися до того чи іншого типу знань)
Перетворення творчих знань на конкретні	Інституційне; соціальне; технологічне
Конкурентоспроможність підприємства	Корінне (основне); специфічне; інноваційне

Управління знаннями є новим напрямом у системі менеджменту закладів охорони здоров'я. У науковій літературі наводяться різні підходи до визначення поняття управління знаннями (табл. 2).

Таблиця 2

Підходи до визначення поняття управління знаннями

Автор	Визначення
В.Р. Буковіц Р.Л. Уільямс	Управління знаннями є процесом, за допомогою якого організація накопичує багатство, опираючись на свої інтелектуальні чи засновані на знаннях організаційні активи [4].
Д.Ж. Скірме	Управління знаннями – це чітко окреслене і систематичне управління важливими для організації знаннями і пов'язаними з ними процесами управління, збирання, організації, дифузії, застосування і експлуатації з метою досягнення цілей організації[5].
Р. Руглес	Управління знаннями може бути визначене як підхід до збільшення або створення цінності шляхом активнішої підтримки досвіду, пов'язаного з ноу-хау та знанням, що і як робити, які існують однаковою мірою як у межах організації, так і поза нею[6].
Т.Стюарт	Управління знаннями – це систематичний процес ідентифікації, використання і передачі інформації, знань, які працівники можуть створювати, удосконалювати і застосовувати [7].

Управління знаннями – це складова менеджменту, яка полягає в систематичному формуванні, оновленні та застосуванні знань з метою максимізації ефективності діяльності закладу охорони здоров'я.

Будучи складним багатоаспектним явищем, управління знаннями може розглядатися як: процес; засіб досягнення мети; технологія, стратегія тощо. Розглянемо основні підходи до трактування поняття "управління знаннями".

Процесний підхід передбачає розгляд управління знаннями як формального процесу, який полягає в оцінці організаційних процедур, людей і технологій та у створенні системи, яка використовує взаємозв'язки між цими компонентами з метою представлення потрібної інформації потрібним людям у потрібний час, що призводить до підвищення продуктивності організації.

Тобто, управління знаннями – це процес, який дає змогу отримувати, інтегрувати, трансформувати, застосовувати і поширювати знання всіх типів і видів з метою вирішення актуальних проблем, задоволення потреб та створення нових можливостей. Це дає розуміння того, що основне призначення управління знаннями, як серії безперервних,

взаємопов'язаних, цілеспрямованих дій, полягає у формуванні та використанні знань.

Процес управління знаннями включає ряд послідовних етапів: ідентифікацію, отримання, накопичення, розвиток, поширення та обмін, використання знань, з певним набором необхідних і доцільних дій на кожному з них (рис. 1).

Управління знаннями – це засіб, за допомогою якого заклади охорони здоров'я можуть досягати кращих результатів діяльності, ефективніше використовувати всі види ресурсів, налагоджувати дієву взаємодію з стейкхолдерами тощо.

Управління знаннями можна розглядати як нову технологію менеджменту, що в сучасних умовах набуває глобального характеру і має стати частиною філософії кожної організації, а також її корпоративної культури. Управління знаннями є технологією, яка охоплює комплекс формалізованих методів, а саме: пошук та отримання знань із живих та неживих об'єктів (носіїв знань); структурування та систематизацію знань (для забезпечення їх зручного зберігання та пошуку); аналіз знань (виявлення залежностей і аналогій); оновлення знань; поширення знань; генерацію знань [8, с. 345].

З огляду на значимість та складність формування й використання знаннєвого ресурсу, управління знаннями слід розглядати як стратегію закладу охорони здоров'я, яка зорієнтована на трансформацію усіх видів інтелектуальних активів у більш високу продуктивність й ефективність, нові можливості підвищення якості медичного обслуговування, швидкого гнучкого реагування на запити споживачів медичних послуг.

Мета управління знаннями в закладі охорони здоров'я – створення таких умов, при яких накопичені знання і досвід ефективно використовуються для досягнення організаційних цілей.

Управління знаннями зорієнтоване на вирішення двох основних завдань:

- забезпечення ефективного функціонування закладу охорони здоров'я шляхом спрямування знань на пошук способів підвищення продуктивності та зниження витрат;
- створення і стимулювання впровадження інновацій в процеси надання медичних послуг, розширення їх асортименту та підвищення якості, формування організаційно-функціональної структури закладу охорони здоров'я тощо.

До завдань управління знаннями в закладах охорони здоров'я також належать:

- підвищення рівня задоволеності споживачів медичних послуг;
- створення конкурентних переваг закладу охорони здоров'я;
- обмін досвідом, поширення найкращих медичних практик;

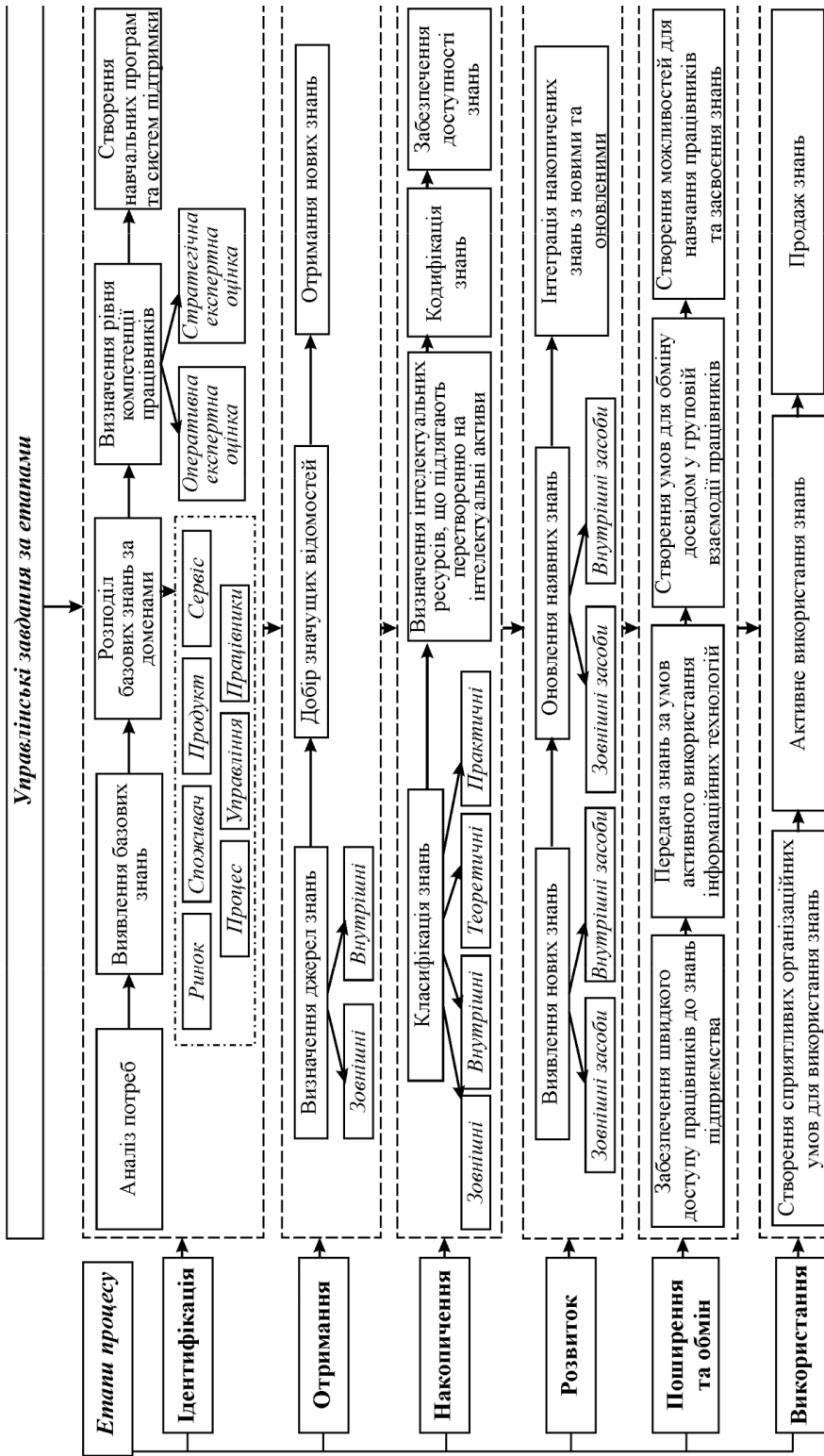


Рис. 1. Процес управління знання в організації [8]

- розвиток, збереження й ефективне використання людського потенціалу;
- сприяння розвитку співпраці та корпоративної культури;
- аудит і оцінка наявних знань та джерел їх оновлення;
- визначення необхідних знань з врахуванням типу закладу охорони здоров'я;
- розроблення сценарію управління організаційними знаннями;
- здійснення класифікації організаційних знань;
- забезпечення технологічного та інформаційно-технічного супроводу управління знаннями.

Управління знаннями як спеціальна функція менеджменту закладів охорони здоров'я має ряд особливостей. По-перше, воно охоплює всі сфери діяльності закладу охорони здоров'я та всі підрозділи, адже кожен із них використовує знання як джерело розвитку та вдосконалення. По-друге, управління знаннями безпосередньо пов'язане з використанням інформаційних технологій. По-третє, ця функція виконує координаційну та інтеграційну роль у процесі організаційного навчання. І, по-четверте, необхідною умовою ефективності управління знаннями слід вважати демократизацію стосунків персоналу, надання можливості кожному учаснику діяльності закладу охорони здоров'я брати безпосередню участь у формуванні корпоративних знань та досягненні цілей організації.

3. Моделі трансформації знань: соціалізація; екстерналізація; комбінація; інтерналізація

Реалізуючи стратегію розвитку закладу охорони здоров'я постають перед викликом формування власної моделі управління знаннями, адаптованої до специфіки їх діяльності і спроможної забезпечити створення й використання організаційного знання, як основної детермінанти ефективного функціонування.

Носіями знання в закладі охорони здоров'я, як і в будь-якій організації, є працівники, з їхніми явними і неявними індивідуальними знаннями. Організаційне середовище закладу охорони здоров'я окреслюється нормативним, інформаційним, комунікаційним, організаційним, технічним, психологічним, консультативно-дорадчим забезпеченням і формує умови трансформації індивідуальних знань в організаційне знання.

Тобто, знання закладу охорони здоров'я – це знання його працівників, які виведені на організаційну площину й стали надбанням всіх фахівців, і збагачене їх індивідуальним знанням. Організаційне знання закладу охорони здоров'я охоплює як загальні фундаментальні знання медичні знання так і спеціалізовані, якими володіють окремі медичні

працівники. З огляду на це, принципового значення набуває трансформація явного і неявного знання окремих працівників і поширення цих трансформованих знань всередині організації.

Створення організаційного знання відбувається через соціальну взаємодію явного (формалізованого, яке можна описати, задокументувати, розповісти іншим людям) і неявного (неформалізованого, яке є продуктом особистого досвіду людини, що відображає її переконання, моральні цінності й погляди, і може бути передане тільки через особисте безпосереднє спілкування) знання. Таку взаємодію відомі японські фахівці у сфері управління знаннями Нонака і Такеучі назвали трансформацією знання, в процесі якої проходить його якісне і кількісне збільшення, та запропонували модель, що включає чотири основні форми трансформації (рис.2).

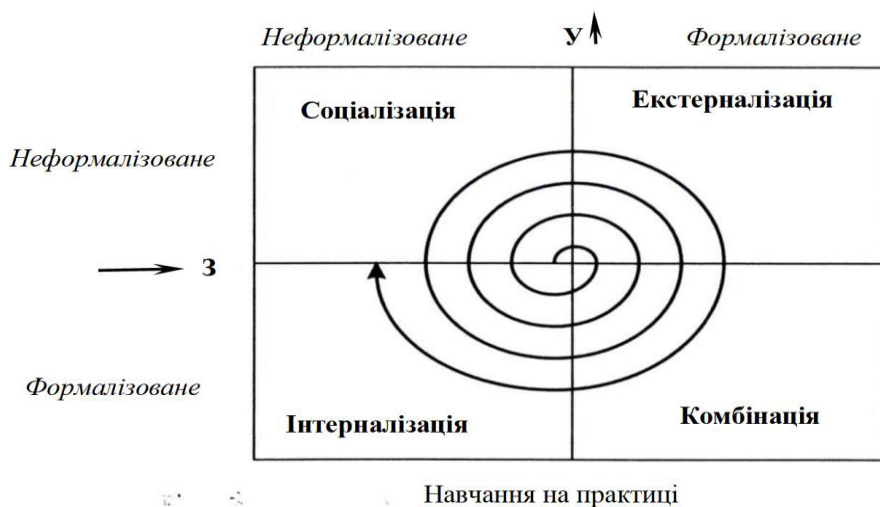


Рис 2. Спіраль трансформації знань

Виокремлені чотири моделі трансформації формують розуміння про можливі перетворення знань, що різняться за формами представлення (формалізоване і неформалізоване) і рівнями поширення (індивідуальне, організаційне):

- перетворення із неформалізованих у неформалізовані – соціалізація (дружнє знання);
- із неформалізованих в формалізовані – екстерналізація (концептуальні знання);
- із формалізованих у формалізовані – комбінація (системне знання);
- із формалізованих у неформалізовані – інтерналізація (операційне знання).

Кожна з моделей трансформації базується на певних умовах і здійснюється певними способами. Перетворення неформалізованих знань в

неформалізовані відбувається через персональну взаємодію носіїв знань, або соціалізацію, неформальними шляхами. Забезпечення ефективності цього процесу базується на чіткому розумінні значення неявних знань у загальному обсязі організаційних знань, а також постійній роботі, пов'язаній з формуванням сприятливої атмосфери для обміну знаннями між працівниками, розвитку корпоративної культури, що спонукає працівників реалізувати прагнення до обміну досвідом і знаннями. Соціалізація створює дружнє знання, яке передається у процесі навчання через настанови, спостереження, наслідування, спільне виконання роботи. Так, щоб навчитися професійно здійснювати хірургічні втручання, лікарю важливо набути практичних навиків під час проходження стажування у більш досвідчених колег, бути присутнім і працювати в команді хірургів-професіоналів при проведенні значної кількості операцій, виробити власний професійний стиль. Для соціалізації важливим є створення поля взаємодії, яке б сприяло поширенню досвіду й інтелектуальних знань співробітників (табл. 3).

Таблиця 3

Моделі трансформації знань в організації

Форма трансформації	Характеристика способу трансформації
Соціалізація	створює дружнє знання, передбачає передачу знань в процесі навчання через спостереження, наслідування, спільне виконання роботи
Екстерналізація	ініціюється діалогом або колективним роздумом, що допомагають членам команди виразити своє неформалізоване знання і створити концептуальне знання
Комбінація	створює системне знання за рахунок утворення зв'язків між тільки що створеними і таким знанням, що вже існує, але яке належить іншим структурам організації. За допомогою комбінації створюються нові продукти, послуги, системи управління.
Інтерналізація	створює операційне знання у формі загальної інтелектуальної моделі або технологічного ноу-хау, як правило за допомогою навчання на практиці

Перетворення неформалізованих знань у формалізовані відбувається в результаті процесу екстерналізації, під час якого неявні, інтуїтивні знання стають явними, можуть бути письмово зафіксовані і використовуватись в процесі функціональної діяльності. В кінцевому результаті неформалізовані знання перетворюються у формалізовані концепції, а індивідуальні знання – в організаційні, що є одним з основних завдань управління знаннями. Екстерналізація створює концептуальне знання, забезпечує спільне формування концепцій і базових моделей. При цьому використовуються такі методи як наставництво, метод поведінкового моделювання, сторітеллінг (мотиваційна розповідь), екшен-

навчання, shadowing («стеження»).

Слід пам'ятати, що головним в процесі екстерналізації є розвиток корпоративної культури, яка б сприяла формуванню у співробітників відчуття приналежності до єдиного колективу, причетності до досягнення організаційних цілей, розуміння взаємозалежності досягнення особистісних й організаційних цілей.

Переведення формалізованих знань у формалізовані, в рамках такої форми як комбінація, передбачає реформування існуючих явних знань з метою вироблення більш ефективних методів і процесів. Комбінація дозволяє організації створювати системне знання, що досягається зв'язками між новим та уже існуючим знанням, що належить іншим її структурам. За допомогою комбінації створюються нові продукти, послуги, технології та системи управління. Знання в організації нагромаджуються і зберігаються у різній формі і з використанням різноманітних технічних засобів. Дуже важливою є орієнтація системи управління знаннями на забезпечення прямого доступу до баз знань користувачів у якомога зручній і прийнятній спосіб.

Перетворення формалізованих знань у неформалізовані є процесом трансформації, що називається інтерналізацією. Інтерналізація полягає у тому, що досвід через соціалізацію, екстерналізацію та комбінацію перетворюється у неформалізоване знання у формі інтелектуальної моделі або ноу-хау, він набуває цінності. Вона здійснюється ефективно коли формалізовані знання приведені до стандартних вербальних форм (текстів): інструкцій, положень, методик. Так, наприклад, детальне вивчення працівниками інструкцій зумовлює виконання ними необхідних дій на рівні автоматизму, оскільки у них сформувались навички на рівні неформального знання.

При прийнятті даної моделі більшістю співробітників організації неформальне знання стає частиною організаційної культури. Знання з індивідуального рівня переходять на рівень організації. Виникає новий індивідуальний досвід, який може бути переданим через соціалізацію, тобто цикл виходить на новий виток.

4. Побудова системи управління знаннями в закладі охорони здоров'я

Успіх діяльності організації у сучасних умовах значною мірою залежить від наявності в них системи управління знаннями, спроможної забезпечити ефективне використання колективного досвіду та знань і перетворення їх у корпоративний капітал, продукування і застосування нових актуальних знань, які дозволяють оперативно визначити і посилити порівняльні конкурентні переваги, привести у відповідність внутрішні

можливості розвитку до зовнішніх, які генеруються ринком.

Значимість і складність процесу управління знаннями обумовлює необхідність системного підходу до його здійснення.

Управління знаннями – це комбінація окремих аспектів управління персоналом, інноваційного та комунікаційного менеджменту, а також використання нових інформаційних технологій в управлінні організаціями. Тобто управління знаннями – складна управлінська система, що охоплює всі аспекти діяльності і розвитку організації.

Система управління знаннями, повинна бути цілеспрямованою і здатною створювати організаційно-економічні, технологічні і психологічні умови для того, щоб організація могла:

- швидше відповідати на вимоги клієнтів за допомогою більш ефективних інноваційних рішень, які є конкурентною перевагою компанії;
- прискорювати втілення знань в товари та послуги;
- використовувати нематеріальні активи партнерів, здійснюючи спільну технічну, функціональну, галузеву експертизу;
- підвищувати ефективність навчання і передачі навичок для персоналу;
- своєчасно здійснювати дослідження, пов'язані з виробництвом нових знань і найшвидшим втіленням результатів в товари і послуги;
- створювати і застосовувати системи відповідальності за цілеспрямоване досягнення ефективних результатів використання знань.

В умовах розвитку знаннєвого суспільства організації постають перед викликом трансформації в інституції, які виробляють не тільки традиційні продукти (товари і послуги), але й інформацію та знання, призначені як для внутрішнього споживання (натуральний інтелектуальний продукт), так і продажу на ринку інтелектуальної власності (товарний інтелектуальний продукт).

Для цього керівництво закладу охорони здоров'я може використати три стратегічні підходи:

- централізований, при якому в організації створюються всі необхідні для продукування знань умови: відділи навчання персоналу, науково-дослідні підрозділи, патентні служби, служби роботи з інформацією, підрозділи з проектування і впровадження інформаційних технологій. Використовуючи такий підхід, організації формують систему виробництва знань, що включає дві підсистеми: 1) виробництво інформації і знань; 2) управління виробництвом інформації і знаннями;
- мережевий, при якому організація встановлює довготривалі договірні відносини з іншими організаціями (фізичними особами), кожна з яких виробляє окремий елемент системи знань: навчальними закладами, консалтинговими й інжиніринговими фірмами, науково-дослідними організаціями і т. п. При цьому організація чітко окреслює свою потребу в

знаннях, визначає їх форму: підготовлений персонал, об'єкт інтелектуальної власності, "ноу-хау", інформаційні технології, консультації та ін., строки, вартість й інші умови їх надання. Налагоджуючи відносини з партнерами, організація створює інфраструктуру інтелектуально-інноваційної діяльності, забезпечує повний інноваційний лаг ("ланцюг цінностей") від ідеї до комерційного результату. В цьому випадку організація виступає основою створеного інтелектуального економічного мережевого простору. Слід зауважити, що в мережевому варіанті, порівняно з централізованим змінюється структура витрат на формування знань й інтелектуального капіталу організації. При централізованому варіанті – це в основному затрати на створення навчальних класів, науково-дослідних лабораторій, на формування і розвиток працівників знань. При мережевому варіанті – це затрати на придбання готових знань і трансакційні затрати, пов'язані з веденням переговорів, діловими взаємовідносинами, іншими видами комунікацій;

– комбінований, при якому організація поєднує власну інтелектуальну діяльність із залученням партнерів (аутсорсинг). Критеріями такого розподілу є вимоги щодо дотримання конфіденціальності інформації і знань. Якщо організація прагне забезпечити свої конкурентні переваги шляхом створення якихось унікальних продуктів і технологій їх виробництва, то вона власними силами виробляє нові знання, які потім матеріалізує в ці продукти і технології і включає в об'єкти комерційної таємниці. Критеріями прийняття рішень щодо розподілу інтелектуальної власності на власну і залучену виступають структура і величина затрат, умови їх повернення.

Після прийняття керівництвом організації однієї з трьох стратегічних альтернатив необхідно перейти до проектування системи управління знаннями організації.

Основними складовими елементами системи управління знаннями виступають: об'єкти та суб'єкти знань; цілі та завдання управління знаннями в організації; організація управління знаннями; функції управління знаннями; підходи щодо управління знаннями; принципи управління знаннями; культуру управління знаннями, тощо.

Об'єктами знань в системі управління знаннями виступають реальні процеси, їх учасники, ресурси що використовуються, моделі організації виробництва, технологій, тощо. Об'єкти знань є базисом, навколо якого формуються й розвиваються інші складові системи знань. Суб'єктами знань є елементи знань, які формують ці знання, а також користувачі цих знань, в якості яких в окремих випадках можуть виступити одні й ті ж самі працівники організації.

Головна мета управління знаннями полягає у накопиченні та поширенні знання, тобто ліквідації їх дефіциту та використання знання для підвищення ефективності діяльності організації та її конкурентоздатності. Управління знаннями в організації повинно здійснюватися в чітко організованій управлінській системі. Складові системи управління знаннями в організації, як сукупності різнорідних компонент, представлено на рис. 1.

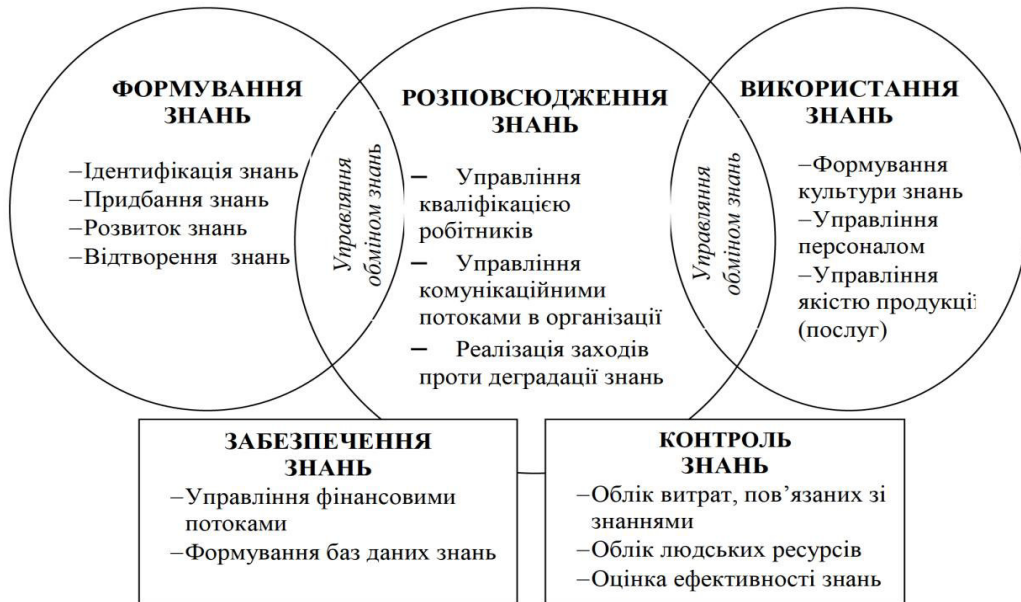


Рис. 1. Зміст організації управління знаннями [9]

Основними функціями управління знаннями є: аналітична; розподільна; охоронна; інтеграційна; створення нових знань.

Аналітична функція передбачає: пошук знання в потоці інформації; фільтрацію інформації; вибір ефективних інформаційних ресурсів, аналіз методів діяльності, досвіду і кваліфікації персоналу; надання додаткової цінності наявній інформації шляхом виявлення, відбору, узагальнення.

Розподільна функція управління знаннями зорієнтована на: впорядкування знань, оцінку їх корисності; класифікацію за певними критеріями існуючих знань, накопиченого досвіду, методів роботи і кваліфікації персоналу; внесення класифікованих знань в корпоративну пам'ять.

Охоронна функція управління знаннями реалізує завдання щодо побудови бар'єрів на шляху витоку знань та інформації з організації. Поширюється на: виробничі процеси, знання про клієнтів, фінансові результати, набутий досвід, стратегічні плани та цілі і ін.

Інтеграційна функція управління знаннями передбачає відбір знань з корпоративної пам'яті (шляхом обміну знаннями між підрозділами, різними рівнями управління, а також обміну експертними знаннями і досвідом співробітників і т.п.) і забезпечення їх доступності при прийнятті управлінських рішень, пошук і генерування ідей, навчання.

Функція створення нових знань полягає у налагодженні постійного спостереження за клієнтами, аналізі зворотного зв'язку, здійсненні еталонного тестування знань, а також різного роду досліджень й експериментів.

Забезпечення ефективного управління знаннями досягається через використання певних управлінських підходів, зорієнтованих на врахування всіх властивостей знання, як специфічного ресурсу діяльності організації. Виокремлюють такі методологічні підходи до управління знаннями як:

- когнітивний або пізнавальний підхід (аналізує процеси виробництва та засвоєння знань організації в основному на індивідуальному рівні, такому як інтелектуальна діяльність);
- системний підхід (передбачає сприйняття знання як цілісної системи, що утворюється єдністю різнорідних елементів. Цей підхід допомагає досліджувати знання як комплекс взаємозв'язаних підсистем, об'єднаних спільною метою). На основі системного підходу розробляється система управління знаннями;
- поведінковий підхід (сприяє наданню допомоги працівникам організації в усвідомленні своїх власних можливостей та здібностей за рахунок підвищення ефективності усіх людських ресурсів, що використовуються в організації);
- логістичний підхід (виявляється в організації процесів передачі і засвоєння (інтеграції) знань у формі їх потоків).

Управління знаннями як і будь-яка діяльність будується на основі певних принципів. До основних принципів управління знаннями в організації належать:

- принцип науковості (передбачає побудову системи управління знаннями на основі наукових рекомендацій, що вимагає використання всього спектру сучасних досягнень науки);
- принцип ситуативності (передбачає врахування стану і тенденцій розвитку середовища функціонування і розвитку організації загалом та в розрізі ситуативних чинників формування й використання ресурсу знань);
- принцип системності (передбачає врахування взаємодії і взаємозалежності всіх компонентів системи управління знаннями в організації);
- принцип використання кількісних методів в управлінні знаннями;
- принцип розуміння та використання психологічних чинників

(передбачає створення умов для найбільш повної реалізації особистого потенціалу кожного працівника організації та оптимізацію міжособових стосунків у колективі);

- принцип закріплення повноважень і відповідальності (полягає в тому, що кожен працівник повинен володіти повноваженнями, достатніми для того, щоб нести відповідальність за якісне виконання роботи);

- принцип демократичного централізму (передбачає надання самостійності працівникам та підрозділам організації із збереженням за керівництвом функцій координації).

Підходи до управління знаннями в організації, з огляду на складність і динамічність цього процесу, доцільно розглядати в таких аспектах:

- організаційному (побудова системи управління знаннями на підприємстві, налагодження її внутрішніх і зовнішніх взаємозв'язків, окреслення цілей функціонування);

- економічному (налагодження економічних відносин в процесі виробництва, поширення та використання знань);

- соціально-психологічному (створення творчої атмосфери, налагодження ефективних міжособистісних стосунків);

- інформаційно-комунікаційному (створення і підтримка функціонування системи внутріорганізаційних і міжорганізаційних комунікацій).

Кожна організація з врахуванням специфіки своєї діяльності здійснює пошук власної моделі управління знаннями. При цьому за основу може бути покладена потрібна модель управління знаннями, яка базується на трьох основних складових:

- співробітники, які використовують і транслюють наявні знання; управління знаннями в контексті залучення людського потенціалу дозволяє створювати ефективну соціальну мережу в середині компанії і за її межами;

- технології, що використовуються для спрощення комунікацій, нагромадження і поширення знань;

- процес вибудовування всієї діяльності щодо управління знаннями в єдину систему.

Методика побудови системи управління знаннями з використанням даної моделі передбачає виявлення точок використання знань, зв'язків між ними, визначення джерел знань та інструментів управління і поетапне здійснення таких заходів:

- виявлення точок використання знань, коли на основі моделі діяльності організації ідентифікуються точки прийняття рішень, алгоритми взаємодії, типові завдання;

- для кожної з виявлених точок здійснюється опис знань, що використовуються (наприклад для прогнозування тривалості проєкта

доцільно використовувати знання про потенційні ризики, статистику реалізації подібних проєктів, інструменти реалізації);

- визначення джерел знань (використовуючи інформацію про ІТ-систему, компетенції співробітників і т. д.);
- побудова шляхів просування знань всередині організації і формування карти, яка б відображала рух знань від джерел до точок (місць) їх використання;
- виявлення ключових співробітників (носіїв і споживачів знань) в побудованій моделі;
- вибір інструментів обміну, нагромадження, зберігання, поширення знань;
- поступове запровадження розробленої моделі і корекція процесу управління знаннями.

Побудова системи управління знаннями з використанням наведеної моделі закладає її орієнтацію на реальні потреби організації в знаннях.

Найбільш ефективним засобом розповсюдження та отримання знань є систематичний обмін ними між працівниками організації. Це актуалізує необхідність формування в організаціях відповідної культури управління знаннями, спрямованої на заохочення працівників отримувати і ділитись знаннями. При формуванні системи управління знаннями треба враховувати, що знання можуть бути отримані з різних як зовнішніх, так і внутрішніх джерел.

До зовнішніх джерел знань слід віднести: публікації (книги, журнали, матеріали конференцій, галузеві звіти, інші періодичні видання); соціальні мережі; галузеві консультаційні послуги; спеціальні документи з галузевого знання; комерційні бази даних і системи експертних знань; галузеві і міжгалузеві конференції; курси, семінари, симпозиуми; інтелектуальний потенціал суміжних організацій; зворотний потік інформації від агентів ринку (про продукцію і послуги); зворотний потік інформації від споживача (скарги, рекламації, пропозиції, вимоги); потік інформації від постачальників; нові співробітники, менеджери-консультанти; наукові дослідження; вивчення передових методів роботи; співпраця, партнерство, стратегічні альянси і спільні підприємства; моніторинг середовища і сканування подій та тенденцій; засоби масової інформації (преса, телебачення, радіо). До факторів зовнішнього оточення, які є джерелом знання належать: засоби масової інформації; громадськість; постачальники; споживачі; органи влади; групи працівників; профспілки; асоціації; конкуренти; кредитори, власники тощо.

Внутрішніми джерелами знань в організації є: фахівці підприємства, внутрішні замовники та постачальники; організаційна оцінка; корпоративні експерти; моделювання процесів; політика, практика і методи; внутрішнє навчання і освіта; орієнтири організаційного розвитку

(завдання, цінності, принципи); стратегія розвитку організації (плани, прогнози); заходи щодо вдосконалення і ініціативи з організаційного розвитку; операційне планування і бюджет; корпоративне управління (повноваження, функції, взаємозв'язки, розміщення ресурсів, організаційні графіки); організаційна структура і види робіт; практичний досвід і аналіз робіт після впровадження нових розробок (проекти, ініціативи, заходи щодо підвищення якості); постійне документування процесів, роботи команд; пропозиції працівників; корпоративні інформаційні бюлетені, тощо [10].

Система управління знаннями будується на базі даних, доступ до яких має тільки персонал організації. Кожен працівник зобов'язаний ділитися з базою даних придбаними знаннями і досвідом, що має відношення до виконання ним посадових обов'язків. Знання окремих працівників та колективний досвід персоналу формують єдину організаційну систему знань. Кожен працівник підприємства має доступ до певних зон, ділянок системи корпоративних знань і повинен використовувати інформацію, що зберігається там, і знання для ефективного виконання закріплених за ним повноважень і завдань, і забезпечення на цій основі цілей компанії.

Система управління знаннями виконує функцію особливої матриці для інформації і генерації її в знання, при цьому чим більше об'єм і складність накопичуваних на підприємстві знань, тим більше необхідною стає система управління знаннями. Особливо системи управління знаннями потрібні на підприємствах, де інтелектуальні ресурси грають провідну роль.

Література:

1. Мильнер Б. З. Управление знаниями. М. : ИНФРА-М, 2003. XIV. 178 с.
2. Навчально-методичний посібник з дисципліни «Управління знаннями та інтелектуальним капіталом» для здобувачів освітньо-наукового ступеня «доктор філософії» спеціальності 051 «Економіка» усіх форм навчання / уклад.: д.е.н., професор Захарова О.В., к.е.н., доцент Поляков М.В. Черкаси: ЧДТУ, 2017. 118 с.
3. Управление ресурсами предприятия [Электронный ресурс] : монографія / за заг. ред. к.е.н., проф. Г. О. Швиданенко. К. : КНЕУ, 2014. С.314.
4. Bukowitz W., Williams R. The Knowledge Management Fieldbook. London, Financial Times Prentice Hall, 1999. P.2.
5. David Skyrme. Information Resources Management. URL: <http://www.skyrme.com>.
6. Rugles, R. (1988) The State of Notion: Knowledge Management in Practice, California Management Review, Spring, Vol. 40, No. 3.

7. Андросюк Б. Креативная экономика. 2007. № 3. URL: [http:// www.creativeconomy.ru](http://www.creativeconomy.ru)
8. Вовк Ю.А. Процес управління знаннями підприємства та його особливості. Науковий вісник НЛТУ України. 2013. Вип. 23.17. С.345.
9. Новікова М.М., Боровик М.В. Організація системи управління знаннями. URL: https://mmgh.kname.edu.ua/images/Borovik/borovik_m_article_24.pdf
10. Боровик М.В. Особливості формування системи управління знаннями в сучасних умовах. URL: https://mmgh.kname.edu.ua/images/Borovik/borovik_m_article_13.pdf

ТРЕНІНГОВИЙ БЛОК

Питання для самоконтролю

1. Якими специфічними особливостями характеризується поняття "знання"?
2. Які характеристики знання доцільно враховувати при виробленні політики розвитку закладів охорони здоров'я ?
3. За якими ознаками класифікуються знання, що використовуються у діяльності закладів охорони здоров'я ?
4. Які можливості відкриваються перед закладами охорони здоров'я при перетворенні знань у складову їх ресурсного забезпечення?
5. Які етапи процесу управління знаннями доцільно виокремлювати у закладі охорони здоров'я ?
6. На вирішення яких завдань зорієнтоване управління знаннями у закладі охорони здоров'я ?
7. Які моделі трансформації знань реалізуються у закладі охорони здоров'я?
8. На використанні яких стратегічних підходів слід зосередити увагу при перетворенні закладів охорони здоров'я в організації, які створюють знання?
9. Які методологічні підходи слід враховувати при здійсненні управління знаннями у закладі охорони здоров'я ?
10. В чому сутність побудови потрійної моделі управління знаннями в закладі охорони здоров'я?

Практичні завдання

Завдання 1

Розкрийте сутність та окресліть базові характеристики знання як ресурсу закладу охорони здоров'я.

Наведіть виявлені і відчужені знання, що використовуються у функціональній діяльності закладу охорони здоров'я, в якому Ви працюєте.

Завдання 2

Окресліть основні етапи створення організаційного знання та наведіть набір доцільних дій на кожному з них.

Здійсніть оцінку процесів створення знань в закладі охорони здоров'я, в якому Ви працюєте, та наведіть своє бачення щодо їх удосконалення.

Завдання 3

Охарактеризуйте організаційну політику використання знань, розвитку людського та інтелектуального капіталу в закладі охорони здоров'я, в якому Ви працюєте.

Наведіть пропозиції щодо проведення доцільних змін в цих аспектах.

Завдання 4

Наведіть види знань, що застосовуються на всіх рівнях управління в закладі охорони здоров'я, в якому Ви працюєте.

Які джерела знань при цьому використовуються?

Як Ви оцінюєте рівень достатності знань для забезпечення конкурентоспроможного розвитку підприємства?

Завдання 5

Розкрийте сутність управління знаннями як процесу, як засобу досягнення мети, як нової технології менеджменту, як стратегії.

Охарактеризуйте особливості управління знаннями як спеціальної функції менеджменту, що реалізується управлінським персоналом закладу охорони здоров'я, в якому Ви працюєте.

Завдання 6

Окресліть виклики, що постають перед закладами охорони здоров'я в умовах динамічного розвитку економіки знань.

Розкрийте принципи, які доцільно враховуватися при побудові і функціонуванні закладу охорони здоров'я в умовах економіки знань.

Завдання 7

Наведіть фактори, що впливають на процес управління знаннями в закладі охорони здоров'я.

Проаналізуйте як враховується прояв окремих факторів з метою вироблення ефективних механізмів управління знаннями в закладі охорони здоров'я, в якому Ви працюєте.

Завдання 8

Окресліть комплекс цілей, на досягнення яких має орієнтуватись управління знаннями в закладі охорони здоров'я.

Які види знань і з яких джерел доцільно залучати для досягнення визначених організаційних цілей?

Завдання 9

Охарактеризуйте процес управління знаннями в закладі охорони здоров'я за основними етапами. Наведіть перелік необхідних і доцільних дій на кожному з етапів процесу управління знаннями.

Дайте оцінку використання процесного підходу до управління знаннями в закладі охорони здоров'я, в якому Ви працюєте.

Завдання 10

Охарактеризуйте моделі трансформації знань в організації: соціалізацію; екстерналізацію; комбінацію; інтерналізацію.

Наведіть 2-3 приклади трансформації формалізованого і неформалізованого знання в закладі охорони здоров'я в рамках чотирьох базових моделей.

ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ

1. Знання – це:

- а. перевірений практикою результат пізнання дійсності, його правильне відображення у мисленні людини;
- б. набір структурованих даних, що є основою для періодичного ухвалення яких-небудь рішень;
- в. сукупність відомостей про певні процеси і явища, що формують інформаційний базис для вироблення підходів щодо здійснення певної діяльності;
- г. формалізовано представлені дані, що характеризують умови здійснення певного виду діяльності.

2. Базовими характеристиками знання як ресурсу організації є:

- а. системність, комплексність, всезагальність;
- б. актуальність, розмаїтість форм представлення, невичерпність, здатність до приросту;
- в. повнота, узгодженість, нагромадженість;
- г. об'єктивність, гнучкість, адаптивність.

3. Виявлені і відчужені знання знаходять відображення у:

- а. поведінці людей;
- б. організаційній культурі;
- в. формалізованих документах;
- г. інституційній пам'яті.

4. Життєвий цикл знань охоплює такі основні процеси (етапи):

- а. появу, розвиток, згорання;
- б. ідентифікацію, придбання, створення нових знань;
- в. придбання, поширення, використання;
- г. створення, трансфер, нагромадження.

5. Управління знаннями – це :

- а. організація процесу пошуку знань для досягнення визначених цілей;
- б. управлінська діяльність, яка полягає в систематичному формуванні, оновленні та застосуванні знань з метою максимізації ефективності діяльності організації;
- в. діяльність з управління ресурсним потенціалом організації;
- г. сукупність управлінських механізмів розширення можливостей досягнення організаційних цілей.

6. Особливістю управління знаннями як спеціальної функції менеджменту є:

- а. врахування умов зовнішнього середовища функціонування організації;
- б. охоплення всіх сфер діяльності компанії та всіх підрозділів, оскільки кожен із них використовує знання як джерело розвитку та вдосконалення;
- в. узгодження цільовизначення і цілереалізації при використанні ресурсу знань;
- г. формування ієрархічної організаційної структури управління.

7. Управління знаннями як технологія охоплює:

- а. ланки управління всіх рівнів та взаємозв'язки між ними;
- б. комплекс способів залучення знань;
- в. сукупність процедур навчання і підвищення кваліфікації персоналу;
- г. комплекс формалізованих методів пошуку, отримання, структурування, систематизації, аналіз, оновлення, поширення, генерацію знань.

8. Основними укрупненими стадіями в процесі управління знаннями є:

- а. отримання знань, нагромадження, зосередження розвиток;
- б. формування знань, поширення та обмін, використання знань;
- в. нагромадження знань, відбір знань, поширення та обмін;
- г. ідентифікація знань, розвиток, використання знань.

9. В процесі управління процесом поширення й обміну знаннями вирішується завдання щодо:

- а. формування чіткої ієрархії управління в організації;
- б. діагностики зовнішнього середовища функціонування організації;
- в. створення умов для обміну досвідом внаслідок групової взаємодії, неформального спілкування співпрацівників;
- г. налагодження взаємодії з споживачами продукції.

10. Екстерналізація (концептуальні знання) як форма трансформації знань – це:

- а. перетворення знань з неформалізованого у неформалізоване;
- б. перетворення знань з неформалізованого в формалізоване;
- в. перетворення знань з формалізованого в формалізоване;
- г. перетворення знань з формалізованого в неформалізоване.

ГЛОСАРІЙ

Аналітична функція управління знаннями – пошук знання в потоці інформації; фільтрація інформації; вибір ефективних інформаційних ресурсів, аналіз методів діяльності, досвіду і кваліфікації персоналу; надання додаткової цінності наявній інформації шляхом виявлення, відбору, узагальнення.

Знання – форма існування і систематизації результатів пізнавальної діяльності людини; перевірений практикою результат пізнання дійсності, вірне її віддзеркалення в мисленні людини; володіння досвідом і розумінням,

які є правильними і в суб'єктивному, і в об'єктивному відношенні і на підставі яких можна побудувати судження і висновки, що здаються досить надійними, для того, щоб розглядатися як знання.

Екстерналізація – перетворення неформалізованих знань у формалізовані, під час якого неявні, інтуїтивні знання стають явними, можуть бути письмово зафіксовані і використовуватись в процесі функціональної діяльності.

Інтеграційна функція управління знаннями – відбір знань з корпоративної пам'яті (шляхом обміну знаннями між підрозділами, різними рівнями управління, а також обміну експертними знаннями і досвідом співробітників і т.п.) і забезпечення їх доступності при прийнятті управлінських рішень, пошук і генерування ідей, навчання.

Інтерналізація – перетворення формалізованих знань у неформалізовані, коли досвід через соціалізацію, екстерналізацію та комбінацію перетворюється у неформалізоване знання у формі інтелектуальної моделі або ноу-хау і набуває цінності.

Комбінація – переведення формалізованих знань у формалізовані, що передбачає реформування існуючих явних знань з метою вироблення більш ефективних методів і процесів.

Мета управління знаннями в закладі охорони здоров'я – створення таких умов, при яких накопичені знання і досвід ефективно використовуються для досягнення організаційних цілей.

Об'єкти знань в системі управління знаннями – реальні процеси, їх учасники, ресурси що використовуються, моделі організації виробництва, технологій, тощо. Об'єкти знань є базисом, навколо якого формуються й розвиваються інші складові системи знань.

Основними завданнями управління знаннями є: забезпечення ефективного функціонування закладу охорони здоров'я шляхом спрямування знань на пошук способів підвищення продуктивності та зниження витрат; створення і стимулювання впровадження інновацій в процесі надання медичних послуг, розширення їх асортименту та підвищення якості, формування організаційно-функціональної структури закладу охорони здоров'я тощо.

Особливостями управління знаннями як спеціальної функції менеджменту закладів охорони є: по-перше, воно охоплює всі сфери діяльності закладу охорони здоров'я та всі підрозділи, адже кожен із них використовує знання як джерело розвитку та вдосконалення; по-друге, управління знаннями безпосередньо пов'язане з використанням інформаційних технологій; по-третє, ця функція виконує координаційну та інтеграційну роль у процесі організаційного навчання; по-четверте, необхідною умовою ефективності управління знаннями є демократизація стосунків персоналу, надання можливості кожному працівнику закладу

охорони здоров'я брати безпосередню участь у формуванні корпоративних знань.

Охоронна функція управління знаннями – реалізація завдання щодо побудови бар'єрів на шляху витоку знань та інформації з організації.

Розподільна функція управління знаннями – впорядкування знань, оцінка їх корисності; класифікація за певними критеріями існуючих знань, накопиченого досвіду, методів роботи і кваліфікації персоналу; внесення класифікованих знань в корпоративну пам'ять.

Соціалізація – створення дружнього знання, яке передається у процесі навчання через настанови, спостереження, наслідування, спільне виконання роботи.

Суб'єкти знань – елементи знань, які формують ці знання, а також користувачі цих знань, в якості яких в окремих випадках можуть виступити одні й ті ж самі працівники організації.

Управління знаннями – це складова менеджменту, яка полягає в систематичному формуванні, оновленні та застосуванні знань з метою максимізації ефективності діяльності закладу охорони здоров'я; це процес, який дає змогу отримувати, інтегрувати, трансформувати, застосовувати і поширювати знання всіх типів і видів з метою вирішення актуальних проблем, задоволення потреб та створення нових можливостей.

Функція створення нових знань – налагодження постійного спостереження за клієнтами, аналіз зворотного зв'язку, здійснення еталонного тестування знань, а також різного роду досліджень й експериментів.

РОЗДІЛ XIII. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ КРЕАТИВНОГО МЕНЕДЖМЕНТУ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Рекомендовані питання для розгляду:

- 1. Сутність креативного менеджменту: методологічні підходи до його трактування**
- 2. Вимоги до формування креативного менеджменту в закладах охорони здоров'я**
- 3. Можливості та бар'єри імплементації креативного менеджменту в закладах охорони здоров'я**
- 4. Чинники медичної реформи як виклик для імплементації креативного менеджменту в практику роботи закладів охорони здоров'я**

1. Сутність креативного менеджменту: методологічні підходи до його трактування

Методологічні підходи до трактування креативного менеджменту розкриваються через: висвітлення знань і досвіду щодо креативного менеджменту, його логіки, зв'язку з іншими процесами на макро-, мезо- і мікрорівнях, підходи, через які він реалізується.

У результаті значного розповсюдження інновацій у всіх сферах життя людини можна спостерігати тенденцію до формування так званого креативного суспільства, в якому головну роль відіграють нові ідеї та інновації. Серед основних характеристик креативного суспільства виділяють: систематичне інвестування в креативність у формі витрат на інновації в різних сферах (економіка, наука, техніка, мистецтво, соціальна сфера, політика та ін.); зростання практичної віддачі від витрат на інновації; зростання кількості професіоналів, зайнятих креативною роботою в різних сферах; розвиток венчурного капіталу; розвиток інноваційних інфраструктур (технопарків, інноваційно-технологічних центрів і комплексів, інноваційних венчурних фірм, бізнес-інкубаторів).

У якості інтегральної величини, яка характеризує рівень креативності економік різних країн світу та їх регіонів, Р.Флоріда запропонував глобальний індекс креативності, який обчислювався на основі трьох коефіцієнтів – технології, таланту і толерантності. Цікавим у контексті визначення рівня креативності регіонів є дослідження, у яких розраховані зведені індекси таланту, технологій та толерантності. Вони були покладені в основу кластерного аналізу регіонів України за рівнем креативності (табл. 1).

Підсумовуючи дані, наведені в табл. 1, скористаємось тезою Г.Назарової [9], яка зазначає, що «тільки третина українських регіонів має високі значення креативного розвитку відповідно до методики, запропонованої Р.Флорідою.

Таблиця 1

Результати кластерного аналізу регіонів України за рівнем креативності, розраховані на основі зведених індексів таланту, технологій та толерантності

Кластер і регіони України, що увійшли до нього	Характеристика кластеру
<p>1-й кластер Харківська Дніпропетровська</p>	<p>Характеризуються найвищими індексами толерантності, таланту та технологій, регіони-лідери за рівнем креативності. До першого кластера увійшли регіони, що є великими, з тривалими університетськими традиціями, науково-освітніми центрами. У цих регіонах сконцентрована велика кількість талановитої молоді, яка після закінчення закладів вищої освіти частіше працевлаштовується саме в так званих креативних індустріях.</p>
<p>2-й кластер Закарпатська Луганська Львівська Одеська Чернівецька</p>	<p>Характеризуються середнім і високим рівнями індексів таланту толерантності відповідно й низьким рівнем індексу технологій. У другий кластер увійшли регіони, які характеризуються високим рівнем толерантності та питомою вагою креативного класу. Високий творчий потенціал цих регіонів забезпечується позитивними характеристиками місцевих співтовариств, але поки що слабо підкріплений реальною інноваційною діяльністю.</p>
<p>3-й кластер Житомирська Полтавська Сумська Херсонська Хмельницька Черкаська</p>	<p>Низький рівень індексів таланту та толерантності і середній рівень індексу технологій. Третій кластер представлений регіонами, в яких, навпаки, у не зовсім сприятливих умовах для розвитку креативного середовища, високі значення інвестицій у дослідження та технології. До цього кластера увійшли агро-орієнтовані регіони. Саме цей кластер має значні можливості для розвитку креативного потенціалу.</p>
<p>4-й кластер Вінницька Волинська Донецька Запорізька Івано-Франківська Київська Кіровоградська Миколаївська Рівненська Тернопільська Чернігівська</p>	<p>Найнижчі рівні всіх індексів, регіони аутсайтери за рівнем креативності. До четвертого кластера належать регіони-аутсайтери рейтингу креативності. Це здебільшого так звані старопромислові регіони, в яких важливу роль, як і раніше, відіграють створені ще за радянських часів промислові гіганти. У міжорганізаційній взаємодії всередині таких регіонів домінують вертикальні контракти. Частка малого бізнесу в місцевій економіці незначна. Кваліфіковані, творчі кадри масово виїжджають з цих областей до сусідніх і центральних регіонів із менш жорстко організованим виробничим життям і більш різноманітним культурним середовищем.</p>

Примітка: Сформовано за [9]

Розвиток креативного потенціалу вітчизняної економіки стає першочерговим завданням з огляду на особливості міжнародної економічної конкуренції, ключові позиції в якій відводяться креативній економіці США, дохід якої в 960 млрд дол. перевищує 40% від загальної суми доходів. Інноваційний прорив здійснюють ті регіони та країни, в яких культурне розмаїття спочиває на міцному фундаменті ефективних інститутів і сильної місцевої влади».

Креативний менеджмент є складним та багатоплановим поняттям і може розглядатися щонайменше у двох значеннях:

- як самостійна галузь знань, що має властиві їй специфічні цілі, завдання, предмет і методи дослідження;
- як практична діяльність з управління інноваційно-креативними процесами в організації.

У першому значенні креативний менеджмент виступає як наукова дисципліна, що досліджує теоретичні закономірності і практику креативно-інноваційної діяльності організацій із метою підвищення ефективності генерації нових ідей і знань, що слугують основою інновацій. У другому значенні креативний менеджмент представляється системою певних управлінських заходів, спрямованих на максимальну мобілізацію творчого потенціалу працівників і створення нових конкурентоздатних ідей, які можуть бути використані в інноваційній діяльності організації.

У сучасній науці сформувалося уявлення про креативний менеджмент як управління працівниками, спрямоване на максимальне розкриття і використання їх творчих здібностей на передпроектній і проектній стадіях інноваційного циклу для створення нових конкурентоздатних ідей у різних галузях людської діяльності.

Формування та розвиток творчих здібностей персоналу організації, зокрема, закладу охорони здоров'я, є завданням креативного менеджменту. Останній тісно пов'язаний з розвитком таких напрямів менеджменту як: управління персоналом, стратегічний менеджмент, інноваційний менеджмент, самоменеджмент, організаційна культура, маркетинг.

Розвиток закладу охорони здоров'я вимагає розвитку усіх його підсистем (кадрової, управлінської, ресурсної підсистем, підсистеми підготовки і ухвалення рішень та інших). У забезпеченні інноваційних змін в закладі охорони здоров'я вирішальне значення відіграє персонал, ефективність використання якого є одним з основних показників оцінки систем управління інноваційними процесами. У зв'язку з цим, необхідність формування творчих здібностей, креативності персоналу набуває особливого значення для інноваційного розвитку закладу охорони здоров'я, його конкурентоспроможності. Головним тут є формування колективу творчих особистостей, здатних адекватно реагувати на інноваційні зміни та ініціювати такі зміни в закладі охорони здоров'я.

У науковій літературі мають місце різні підходи до визначення сутності та змісту креативного менеджменту. Це відображає табл. 2.

Таблиця 2

Підходи у науковій літературі до визначення сутності та змісту поняття «креативний менеджмент»

№ з/п	Назва підходу і його зміст
1	Системний підхід. Креативний менеджмент – це підсистема інноваційного менеджменту, яка передбачає забезпечення здатності суб'єктів управління висувати і розвивати нові ідеї, що набувають форми наукової або технологічної інформації
2	Функціональний підхід. Креативний менеджмент – це конкретна функція менеджменту, яка націлена на забезпечення здатності суб'єктів управління пропонувати і розвивати нові ідеї, що набувають форми наукової або технологічної інформації, а також на безпосереднє акумулювання нових ідей
3	Ситуаційний підхід. Креативний менеджмент – це сукупність сприятливих умов та обставин, які створюють керівники організації для творчого розвитку трудового колективу й окремих працівників з метою акумулювання креативних ідей щодо вирішення виробничо-господарських проблем, подолання їхніх наслідків тощо
4	Поведінковий підхід. Креативний менеджмент – це сукупність цілеспрямованих дій і вчинків керівників організації, націлених на акумулювання креативних ідей щодо вирішення виробничо-господарських проблем, подолання їхніх наслідків, також сприяння перманентному творчому розвитку трудового колективу й окремих працівників
5	Адміністративний підхід. Креативний менеджмент – це сукупність дозвільно-розпорядницьких, спонукальних та інших управлінських відносин між керівниками і підлеглими на предмет встановлення цілей щодо пошуку креативних ідей, пов'язаних із вирішенням виробничо-господарських проблем, подоланням їхніх наслідків

Примітка: Сформовано за джерелом [6]

Креативний менеджмент в закладі охорони здоров'я – це особлива управлінська діяльність, що спрямована на активізацію творчої діяльності медичних кадрів щодо генерування, пошуку, розвитку, поєднання креативних ідей, їх оцінювання та вибору з метою реалізації інноваційного розвитку закладу охорони здоров'я та одержання високих економічних, соціальних, екологічних результатів.

Креативний менеджмент набуває найбільшого прикладного значення за умови його розкриття з позиції системного підходу. Також, креативний менеджмент є одним із напрямів інноваційного менеджменту та пов'язаний він, здебільшого, з новими видами продукції (послуг) [6, С. 8].

В умовах реформування сфери охорони здоров'я актуальності набуває використання у діяльності закладів цієї сфери інноваційного і

креативного підходів до управління ними. Вперше, розділив сфери інноваційного та креативного менеджменту А.Прігожин, обумовлюючи його наступними тезами, на які посилається у своїй науковій праці [14]:

- проблема креативного менеджменту, з організаційної точки зору, полягає у створенні тимчасових творчих колективів для формування банку нових ідей, а інноваційний менеджмент стосується реалізації найбільш слушних пропозицій та їх втілення;

- креативний менеджмент опирається на креативістику – галузь знань про продуктивне колективне вирішення творчих завдань, а інноваційний – на інноватику – галузь, що вивчає формування нововведень та їх поширення, а також способи розробки інноваційних рішень;

- інноваційний менеджмент оперує з інтелектуальним продуктом як цілим і неподільним, а креативний – розглядає його, поелементно, як складне утворення;

- інноваційний менеджмент та креативний менеджмент розглядають один і той самий об'єкт, однак інноваційний – із зовнішнього боку, як статичний, завершальний, а креативний – з внутрішнього, як процес створення у динаміці.

Креативний менеджмент виокремився з інноваційного менеджменту через потребу більш глибокого і системного дослідження процесу створення нових ідей, визначення чинників, що на нього впливають, і підвищення ефективності цього процесу.

2. Вимоги до формування креативного менеджменту в закладах охорони здоров'я

Вимоги до формування креативного менеджменту в закладах охорони здоров'я розкривають концептуальні засади такого менеджменту.

Концептуальні засади креативного менеджменту в закладах охорони здоров'я базуються на покладенні в їх основу системного, ситуаційного, процесного і функціонального підходів.

Креативний менеджмент в закладах охорони здоров'я як процес націлений на досягнення кінцевої мети і цілей, а саме:

- метою креативного менеджменту є формування креативних рішень, реалізація яких забезпечуватиме закладу охорони здоров'я отримання конкурентних переваг та інноваційний розвиток в цілому.

- цілями креативного менеджменту є генерування креативних ідей, їх оцінювання і відбір, що дозволить закладу охорони здоров'я сформулювати ефективні креативні рішення у сфері власної діяльності.

Завданням навантаження креативного менеджменту опирається на системний і процесний підходи. Це обумовлюється тим, що креативний менеджмент є і процесом (він передбачає поетапне досягнення мети і цілей) і

системою (досягнення його мети і цілей забезпечується через реалізацію закладом охорони здоров'я системи завдань) креативного менеджменту.

Концептуальні позиції креативного менеджменту відображені на рис. 1.



Рис. 1. Концептуальні позиції креативного менеджменту в закладі охорони здоров'я

Як видно з рис. 1, в основу концептуальних позицій креативного менеджменту в закладі охорони здоров'я покладені системний, процесний, ситуаційний і функціональний підходи. З позицій системного і процесного підходів, креативний менеджмент, будучи системою, вимагає наявності її компонентів, якими є: суб'єкти і об'єкти такого менеджменту; принципи;

функції цього менеджменту. Більше того, безпосередньо функціональний підхід вимагає визначення переліку функцій, покладених на креативний менеджмент. Сутність креативного процесу полягає «в реорганізації наявного досвіду і формуванні на його основі нових комбінацій», у створенні за допомогою дій нового продукту. У креативному процесі спостерігаються дві протилежні різноспрямовані тенденції: руйнування сталих моделей (дисоціація, розщеплювання стереотипних зв'язків, шаблонів); процес створення нових моделей [2].

Завдання, принципи, суб'єкти і об'єкти та функції креативного менеджменту в закладі охорони здоров'я представлені в табл. 3.

Таблиця 3

Завдання, принципи, суб'єкти і об'єкти, функції та методи креативного менеджменту в закладі охорони здоров'я

№ з/п	Завдання, принципи, суб'єкти і об'єкти та функції креативного менеджменту в закладі охорони здоров'я
1	<p>Завданнями креативного менеджменту в закладі охорони здоров'я є:</p> <ul style="list-style-type: none"> - формування стратегічної політики створення креативної організації (закладу охорони здоров'я); - встановлення стратегічних, довго- і короткострокових цілей креативної діяльності; - створення творчої атмосфери в колективі; - розвиток креативного потенціалу працівників закладу охорони здоров'я; - формування та розвиток потенціалу менеджера креативного типу; - створення ефективних креативних команд в закладі охорони здоров'я; - забезпечення здатності будь-якого закладу охорони здоров'я висувати креативні ідеї; - створення можливостей застосування в закладі охорони здоров'я різноманітних методик і технік креативності для генерації, оцінювання та відбору креативних ідей; - регулювання креативних процесів в закладі охорони здоров'я; - стимулювання творчої активності персоналу закладу охорони здоров'я; - оцінка та контроль креативної діяльності в закладі охорони здоров'я.
2	<p>Суб'єктами креативного менеджменту в закладі охорони здоров'я є:</p> <p>1) внутрішні суб'єкти креативної діяльності: працівники закладу, які займаються висуненням і розвитком інноваційних ідей (керована підсистема); менеджери закладу охорони здоров'я, які займаються плануванням і організацією креативної діяльності, мотивуванням працівників, які залучені до креативної діяльності, їх контролюванням і регулюванням (керуюча підсистема);</p> <p>2) зовнішні суб'єкти креативної діяльності: фахівці консалтингових та інжинірингових компаній; споживачі послуг тощо.</p>
3	<p>Об'єктом креативного менеджменту в закладі охорони здоров'я є процес прийняття креативних рішень за допомогою</p>

№ з/п	Завдання, принципи, суб'єкти і об'єкти та функції креативного менеджменту в закладі охорони здоров'я
	<p>послідовної сукупності процедур, що утворюють загальну схему управління креативним процесом в закладі.</p>
4	<p>Принципами креативного менеджменту в закладі охорони здоров'я є:</p> <ul style="list-style-type: none"> – ціленаправленості (формується на засадах узгодження цілей креативного менеджменту і методів їх досягнення із цілями і методами закладу загалом); – гнучкості (забезпечення швидкого адекватного реагування на зміни зовнішнього і внутрішнього середовища функціонування закладу охорони здоров'я); – інтуїтивності (використання інтуїтивного підходу до прийняття управлінських рішень в умовах невизначеності); – латеральності (пошук рішень за всіма можливими напрямками з метою формування якомога більшої кількості нестандартних варіантів, які сприятимуть прийняттю ефективного креативного рішення); – комбінованості (застосування різних методів акумулювання креативних ідей і вироблення креативних рішень); – результативності (спрямованість на вироблення закладом охорони здоров'я креативних рішень в ході креативного процесу); – оптимальності (забезпечення мінімізації витрат часу на розроблення та аналізування креативних ідей і рішень); – ефективності (забезпечення позитивного ефекту від реалізації креативних ідей та рішень); – ініціативності (надання можливості будь-якому правнику закладу охорони здоров'я, незалежно від посади, брати участь у діяльності робочих груп із висунення креативних ідей і розроблення креативних рішень); – інформаційної безпеки (забезпечення конфіденційності інформації про сутність креативних ідей і рішень); – стимулювання (забезпечення засобів і умов для зацікавлення працівників закладу охорони здоров'я у творчому розвитку та генерації креативних ідей).
5	<p>Загальними функціями креативного менеджменту в закладі охорони здоров'я є: планування, організація, регулювання, мотивація, та контроль.</p> <p>Специфічними функціями креативного менеджменту є:</p> <ul style="list-style-type: none"> – інформаційно-аналітична функція (у результаті творчих пошуків суб'єктів креативного менеджменту заклад охорони здоров'я отримує інформацію про можливі альтернативні способи вирішення виробничо-господарських проблем або про напрями подальшого розвитку. Перетворення цієї інформації на конкретне креативне (інноваційне) рішення передбачає застосування різних методів і форм її аналізу, що дає змогу виокремити переваги однієї з можливих альтернатив над іншими); – спонукальна функція (у загальній сукупності креативних ідей, які пропонують працівники закладу охорони здоров'я, певні ідеї набувають статусу креативних рішень, тобто керівники різних

№ з/п	Завдання, принципи, суб'єкти і об'єкти та функції креативного менеджменту в закладі охорони здоров'я
	<p>рівнів закладу охорони здоров'я визнають їх як такі, які доцільно реалізувати задля отримання конкретних ефектів (економічного, соціального).</p> <p>Залежно від характеру креативної ідеї ці рішення можуть передбачати розроблення інноваційної послуги або технології. Виконання цього завдання охоплює створення дослідного зразка, створення, переналадження або придбання нового обладнання, перепідготовку працівників тощо. Тобто ідея може стати спонукальним фактором технологічного оновлення послуги, підвищення рівня професійності працівників. Очевидно, що виконання цих завдань може спричинити опір суб'єктів як керівної, так і керованої підсистеми управління. Аргументами опору можуть бути збільшення витрат на оновлення обладнання і виготовлення дослідних зразків інноваційної послуги тощо);</p> <p>– відтворювально-розвивальна функція (творчі пошуки працівників є ознакою їхньої активної участі в удосконаленні розвитку закладу охорони здоров'я. Під час розроблення та аналізу креативних ідей суб'єкти креативного менеджменту поглиблюють професійні знання, розширюють власний кругозір, отримують повагу і визнання з боку колег і т. д. Це сприяє відтворенню і розвитку кадрового, зокрема інтелектуального потенціалу закладу охорони здоров'я. Незалежно від кількості і вагомості ухвалених рішень, реалізація системою креативного менеджменту цієї функції позитивно впливає на розвиток закладу охорони здоров'я, емоційно-психологічний стан працівників, їхню вмотивованість до результативної діяльності, трудову дисципліну).</p>
6	<p>Основними групами методів креативного менеджменту є: економічні, адміністративні та соціально-психологічні методи.</p>

Примітка. Сформовано на основі джерел [4; 14]

З точки зору закладу охорони здоров'я найбільш очікуваними і цінними результатами креативної діяльності, що призводять до підвищення його конкурентоспроможності, є такі: інновації за рахунок нових послуг, процесів, ідей; безперервне поліпшення якості послуг; підвищення продуктивності і ефективності; економічне прискорення; збільшення організаційної гнучкості і здібності до адаптації.

Основні аспекти управління організаційною креативністю розкриваються через такі **чотири ключові аспекти управління:** креативною особистістю і групою; креативним процесом чи процесом генерації нового знання; креативним середовищем; креативним (або інтелектуальним) продуктом (рис. 2).

Основні аспекти управління організаційною креативністю

➤ **1. Управління креативною особистістю і групою.** За останні роки наукове розуміння природи організаційної креативності значно поглибилося. Знаючи закономірності функціонування творчих груп і фактори їх ефективності, менеджери організацій можуть активніше впливати на творчий потенціал через використання широкого арсеналу відповідних управлінських заходів

➤ **2. Управління креативним процесом чи процесом генерації нового знання.** У цьому процесі виділяють такі етапи: пошук і визначення можливостей, власне генерування нових ідей, їх оцінка і відбір, планування реалізації. Ефективність творчих зусиль працівників на кожному з етапів може бути підвищена шляхом застосування відповідних креативних технік

➤ **3. Управління креативним середовищем.** Як показують численні дослідження, соціальне середовище важливе для формування організаційної креативності, оскільки впливає на частоту прояву креативної поведінки і ступінь креативності працівників. Креативне середовище в сучасній науковій літературі розуміється як сфера, структура, соціаль-ний контекст, що формують вимоги до креативного продукту і створюють умови, які сприяють його утворенню. Креативне середовище заохочує працівників до пошуку нових ідей і складається із специфічних структур і систем, культури і лідерства, що «працюють» на креативність

➤ **4. Управління креативним (або інтелектуальним) продуктом – кінцевим результатом креативного процесу і основою інновацій.** Креативний продукт, щоб перетворитися на інновацію, повинен володіти такими характеристиками:

- креативна сила – висока новизна і корисність;
- стратегічність – забезпечення конкурентних переваг і успішної діяльності на ринку у довгостроковій перспективі;
- реалізація – можливість бути реалізованим у вигляді конкретних товарів чи послуг;
- прибутковість – підвищення до максимуму цінності кінцевого продукту для організації;
- соціальний попит – підвищення цінності кінцевого продукту для споживачів і суспільства

Рис. 2. Основні аспекти управління організаційною креативністю

Якщо розкласти вартість новоствореного продукту (послуги) на нематеріальну і матеріальну складову, а з нематеріальної складової виділити творчу, то креативний продукт – це продукт, у вартості якого превалює творча складова.

На формування і розвиток креативного менеджменту в закладі охорони здоров'я безпосередньо впливають ряд наступних факторів: рівень розвитку креативного суспільства; формування креативної економіки; розвиток креативної освіти; рівень інноваційності організації; творчий потенціал особистості; потенціал менеджера креативного типу.

Взаємозв'язок і взаємодоповнення цих факторів є запорукою успіху у формуванні і розвитку креативного менеджменту в закладі охорони здоров'я.

Система внутрішніх і зовнішніх факторів впливу на формування і розвиток креативного менеджменту в закладі охорони здоров'я представлена на рис. 3.

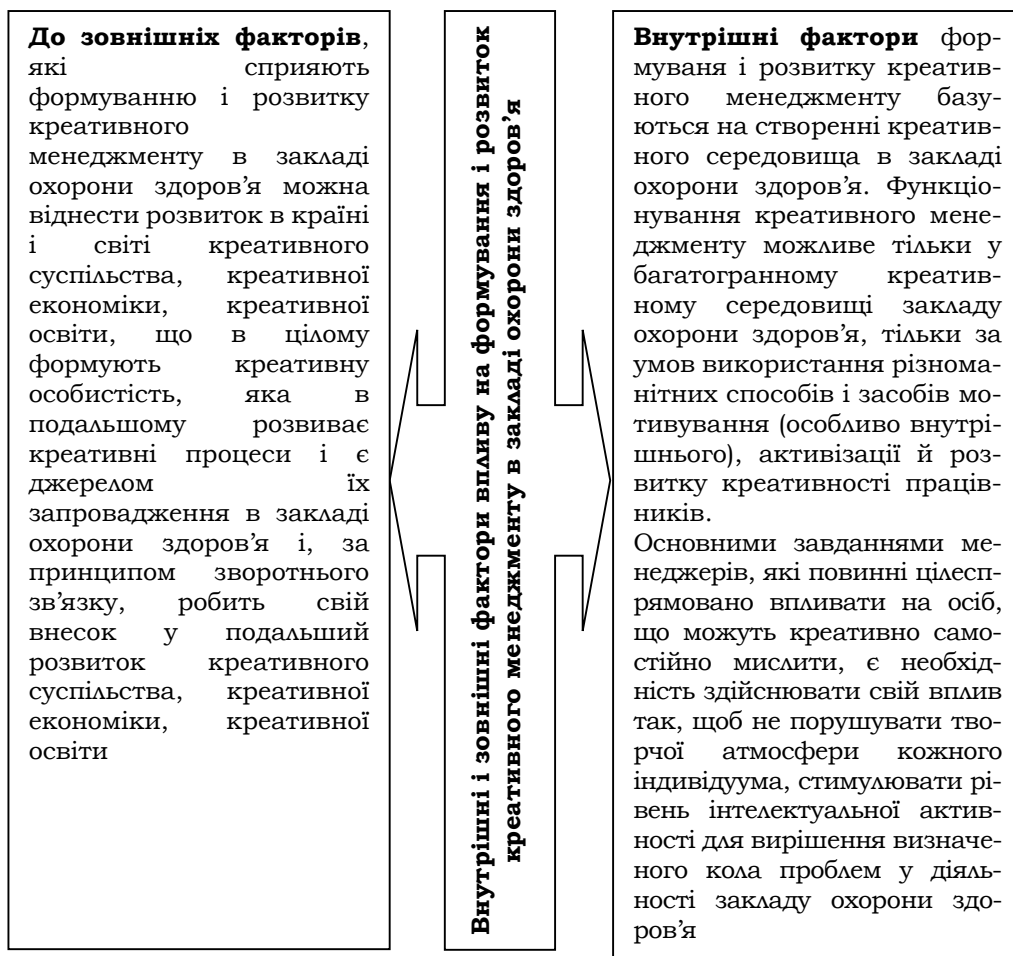


Рис. 3. Внутрішні і зовнішні фактори впливу на формування і розвиток креативного менеджменту в закладі охорони здоров'я

Сформовано на основі джерел [4-5]

Динамізм зовнішнього середовища закладів охорони здоров'я вимагає прояву їх креативності в різних сферах діяльності: у процесі розроблення нових послуг, побудови стратегії розвитку, в управлінні, організації і здійсненні маркетингової діяльності, під час взаємодії з споживачами, постачальниками, партнерами і конкурентами, державними органами. Саме креативний менеджмент дозволяє розширити діапазон бачення проблем розвитку і проектування варіантів їх вирішення.

Імплементация креативного менеджменту в закладах охорони здоров'я вимагає виявлення можливостей та бар'єрів для цього.

3. Можливості та бар'єри імплементации креативного менеджменту в закладах охорони здоров'я

Дослідники креативного менеджменту виокремлюють щонайменше **п'ять головних причин, що зумовлюють зростання потреби у використанні креативно-інноваційного потенціалу організацій** в сучасному бізнес-середовищі:

- все більш глобалізовані ринки ведуть до росту конкуренції навіть у традиційних галузях промисловості, які вважаються мало динамічними;
- все більш досконалі інформаційні і комунікаційні технології призводять до скорочення життєвого циклу продуктів і послуг, збільшення швидкості інновацій і організаційних змін;
- інформаційні технології збільшують масштаб автоматизації в тих секторах економіки, які раніше вимагали активного втручання людини. Тим самим зменшується питома вага «не креативних» видів діяльності;
- підвищення рівня життя супроводжується зростанням потреб споживачів у сфері освіти, охорони здоров'я, індустрії розваг і виробництва продуктів креативної економіки;
- спостерігається індивідуалізація потреб споживачів у всіх сферах, що вимагає постійної диверсифікації продукції і послуг організацій.

Заклад охорони здоров'я є організацією, соціальною системою, складним організмом, у якому переплітаються і уживаються інтереси особистості і окремих груп, стимули і обмеження, жорстка технологія і інновації, дисципліна і креатив, нормативні вимоги і неформальні ініціативи. У закладів охорони здоров'я є своя культура, традиції і репутація. Однак, для того, щоб забезпечити відповідність своєї діяльності потребам ринку і споживачів медичних послуг, зберегти власну стабільність або практично реалізувати урядові стратегії закладам охорони здоров'я необхідно реалізувати організаційні зміни. Важливим інструментом реалізації цих змін є креативний менеджмент.

Так, з 01.01.2016 року офіційно набули чинності 17 проголошених цілей сталого розвитку: подолання бідності; боротьба з голодом; гарне

здоров'я і добробут; якісна освіта; гендерні рівність; чиста вода і санітарія; недорога і відновлювальна енергія; гідна робота і економічне зростання; індустріалізація, інновація та інфраструктура; зменшення нерівності; стійкі міста та населені пункти; відповідальне споживання і виробництво; боротьба зі змінами клімату; збереження морських екосистем; збереження екосистем суші; світ, правосуддя й ефективні інституції; партнерство заради сталого розвитку. Ці нові цілі мають комплексний і неподільний характер і повинні забезпечити збалансованість усіх трьох компонентів сталого розвитку: економічного, соціального і екологічного, що ставить нові завдання для організацій охорони здоров'я і зумовлює потребу проведення ними організаційних змін, використовуючи в якості інструменту для цього креативний менеджмент.

Результат зіставлення традиційного і креативного менеджменту у закладах охорони здоров'я представлений в табл. 4.

Таблиця 4

Зіставлення традиційного і креативного менеджменту у закладах охорони здоров'я

№з /п	Теоретичні концепції	Традиційний менеджмент	Креативний менеджмент
1	Вчить	Управляти закладами охорони здоров'я та їх медичними допомогою і послугами науково, за процедурами і правилами, стандартами, медичними протоколами	Нестандартному, творчому підходу до управління закладами охорони здоров'я та їх медичними допомогою і послугами
2	Розробляє і використовує	Теорії конкурентної боротьби	Теорії співпраці (між закладами сфери охорони здоров'я, з громадськістю), гармонізації відносин із стейкхолдерами, споживачами послуг)
3	Приймає стратегію	Як траєкторію руху закладу охорони здоров'я до поставленої мети	Як комплекс рішень по позиціонуванню закладу охорони здоров'я в зовнішньому середовищі (стратегічний потенціал, ключові компетенції)
4	Вважає основою побудови організації	Фрагментацію дій	Виділення організаційних процесів (цінність медичної послуги, потік створення цінності)
5	Задає спрямованість інформаційних потоків	Зверху вниз	У будь-якому напрямку

№з /п	Теоретичні концепції	Традиційний менеджмент	Креативний менеджмент
6	Визначає основного користувача інформації	Індивід, який займає певну посаду в закладі охорони здоров'я і інші особи, допущені до участі у процесі інформаційного супроводу закладу охорони здоров'я	Будь-який працівник закладу охорони здоров'я і будь-яка група
7	Організовує роботу	Індивідуально і в групах	У командах
8	Здійснює керівництво	Через вплив, владу і мотивацію персоналу	Через побудову довіри до керівника закладу охорони здоров'я, співробітництво членів трудового колективу, управлінське лідерство і розвиток організаційної культури
9	Організовує навчання персоналу	Індивідуальне і дискретне	Групове і постійне навчання працівників закладу охорони здоров'я (безперервний професійний розвиток, управління знаннями)
10	Сповідує концепцію продукту	Головне якість, яка диференціює послуги і дозволяє підвищувати їх ціну	Головним є зниження ціни, а якість медичних допомоги і послуг повинна бути об'єктивно необхідною

Використання закладами охорони здоров'я креативного менеджменту обумовлене їх реакцією на розвиток навколишнього середовища, процеси, які у ньому відбуваються. Тобто, зміни, здійснювані закладами охорони здоров'я, в тому числі, завдяки використанню креативного менеджменту, є процесом поступового переходу закладів охорони здоров'я на інший рівень.

Так, засновану в радянську добу традиційну модель (модель М.Семашка), яка ґрунтувалась на профілактичній домінанті організації системи охорони здоров'я, сьогодні має змінити змішана багатоукладна 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 [1].

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 їй створює необхідні умови для системи медичного забезпечення населення.

Отже, використання закладами охорони здоров'я креативного менеджменту «запускається» необхідністю проведення змін у діяльності закладів. Трактуювання дефініції «зміна» як переходу до іншого стану у сферах внутрішнього та зовнішнього середовища закладу охорони здоров'я потребує уточнень, зокрема:

- **сферою можливих змін** може бути будь-що у внутрішньому або зовнішньому середовищі закладу охорони здоров'я (чисельність медичних працівників та їх освітньо-кваліфікаційний рівень, цілі та пріоритети політики держави сфері охорони здоров'я тощо);

- **масштаб змін** може бути різним – від радикальних перетворень до незначних;

- **зміни стосуються працівників** закладу охорони здоров'я, яких за рівнями управління доцільно розділяти на три типи: окрему особу (індивід), групу осіб (команду), персонал організації загалом (трудоий колектив).

Відповідно до визначень у працях науковців у літературі, – «змінити» – означає: задати інший напрям або змінити положення; зробити зрушення; модифікувати; трансформувати, перевести в іншу якість.

Напрями використання креативного менеджменту в закладах охорони здоров'я під впливом проведення змін є наступні (табл. 5).

Таблиця 5

Напрями використання креативного менеджменту в закладах охорони здоров'я під впливом проведення змін

Напрямок змін	Приклади проведення змін з використанням креативного менеджменту	Переваги
Зміни у меті, цілях та завданнях діяльності (цільова підсистема закладу охорони	наприклад, збільшення попиту на медичні послуги через зниження ціни на них, розширення переліку супутніх послуг;	- більш повне врахування потреб споживачів; - більш результативна робота закладу охорони здоров'я і його персоналу завдяки чіткому встановленню цілей і завдань

Напрямок змін	Приклади проведення змін з використанням креативного менеджменту	Переваги
<i>здоров'я)</i>		діяльності; – вдосконалення системи «виробник послуги – її споживач»; – покращення іміджу закладу охорони здоров'я;
Зміни технологій, що застосовуються (інформаційна підсистема закладу охорони здоров'я)	приміром, удосконалення застосування закладом охорони здоров'я інформаційних технологій через додаткове інформування споживачів медичних послуг шляхом надсилання їм смс-повідомлень; До прикладу, використання медичною установою інформаційних технологій дозволяє збільшити пропускну здатність лікувальної установи за рахунок управління потоками пацієнтів на 10-20% і зменшити час на заповнення документації та на пошук інформації в 4 рази;	– розширення переліку послуг, що надаються закладом охорони здоров'я, їх сервісизація; – покращення якості медичних послуг та їх споживчої цінності; – посилення конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я;
Зміни в організації і управлінських процесах (організаційна і управлінська підсистема закладу охорони здоров'я)	наприклад, розподіл і перерозподіл управлінських функцій з метою посилення цінності медичної послуги; нові управлінські технології, зокрема, технології коучингу, управлінського лідерства;	– перехід від механістичних до адаптивних структур, які дозволять закладу охорони здоров'я швидше реагувати на потреби ринку і запити споживачів; – децентралізація управління закладом; – вдосконалення роботи закладу охорони здоров'я і його працівників завдяки введенню нових правил і процедур та ін.;
Зміни в організаційній культурі (підсистема організаційної культури)	охоплюють зміни: цінностей (через формування етичного кодексу персоналу), неформальних відносин в колективі (через спільну групову роботу), стилю керівництва (через управлінське лідерство);	– забезпечення організаційно-культурного і етичного розвитку завдяки використанню поведінкових методів, спрямованих на поліпшення соціально-психологічного клімату закладу охорони здоров'я і вдосконалення системи внутрішніх взаємин його працівників тощо;
Зміни в персоналі (кадрова підсистема)	наприклад, підвищення результативності роботи кадрів завдяки організації їх активної групової роботи, використанню командного менеджменту;	– більш результативна робота закладу охорони здоров'я і його персоналу завдяки оптимізації механізму управління персоналом;

Напрямок змін	Приклади проведення змін з використанням креативного менеджменту	Переваги
Зміни в результатах роботи закладу охорони здоров'я (результативна підсистема)	Включає зміни фінансових, економічних, соціальних показників, що відображають зв'язок з навколишнім середовищем і використання закладом охорони здоров'я нових можливостей.	– досягнення організаційного розвитку під яким розуміємо концепцію планування, ініціювання і здійснення процесів у закладі охорони здоров'я із залученням широкого кола учасників (стейкхолдерів, громадськості, інституцій).

Процес імплементації креативного менеджменту в закладах охорони здоров'я супроводжується впливом чинників на цей процес (табл. 6).

Таблиця.6

Основні чинники, які впливають на креативну діяльність в закладах охорони здоров'я

Групи чинників	Бар'єри для використання креативного менеджменту	Чинники, які сприяють (створюють можливості) використанню креативного менеджменту
Техніко-економічні	<ul style="list-style-type: none"> – економічна криза; – низький науково-інноваційний потенціал держави та регіонів; – слабе підкріплення сфери охорони здоров'я реальною інноваційною діяльністю; – ускладнення та збільшення вартості науково-дослідних розробок; – недостатність маркетингових досліджень в сфері охорони здоров'я; – високий економічний ризик; – необхідність пошуку додаткових джерел фінансування, відсутність резервів фінансових ресурсів; – неналежна матеріально-технічна база закладів охорони здоров'я; – домінування поточних інтересів у роботі закладів охорони здоров'я; – орієнтація на короткострокову перспективу; – відсутність необхідної інфраструктури; – неналежний професійно-кваліфікаційний рівень персоналу 	<ul style="list-style-type: none"> – формування й розвиток креативної економіки; – рівень креативності регіонів. Так, для Закарпатського регіону характерні: високий рівень креативності, високий рівень толерантності та питома вага креативного класу (див. табл. 1).

Групи чинників	Бар'єри для використання креативного менеджменту	Чинники, які сприяють (створюють можливості) використанню креативного менеджменту
Організаційно-управлінські	<ul style="list-style-type: none"> – механістичність організаційних структур закладів охорони здоров'я; – надмірна централізація; – недосконалість стратегічного планування; – незначна кількість креативних колективів через значну регламентованість діяльності; – переважання авторитарного стилю керівництва закладами охорони здоров'я; – недосконалість зворотного зв'язку та ефективних комунікацій, переважання вертикальних потоків інформації; – труднощі в міжсекторній взаємодії 	<ul style="list-style-type: none"> – наявність стратегічного мислення у керівників закладів охорони здоров'я; – наявність креативних колективів (хоча й незначної їх кількості); – безперервне професійне навчання і поступова імплементація у освітній процес креативної складової; – поступова трансформація закладів охорони здоров'я у організації, що самонавчаються
Юридичні	<ul style="list-style-type: none"> – недосконалість законодавчої бази з питань інноваційної діяльності, охорони інтелектуальної власності 	
Соціально-психологічні	<ul style="list-style-type: none"> – вплив наукових кадрів у сфері охорони здоров'я; – незначне місце в освітній діяльності сфери охорони здоров'я креативної компоненти; – відсутність матеріальних і моральних стимулів та умов творчої праці персоналу закладів охорони здоров'я; – низький професійний статус інноватора та слабе сприйняття його керівництвом і колегами; – опір змінам, спротив усьому новому, що надходить («синдром чужого винаходу»); – страх збільшення обов'язків та відповідальності 	<ul style="list-style-type: none"> – поступовий розвиток креативного суспільства та креативної компоненти в освітній діяльності в сфері охорони здоров'я; – співпраця із громадськими організаціями; – поступовий розвиток організаційної та інноваційної культури закладів охорони здоров'я; – поступове створення для медичних кадрів можливостей до самореалізації та саморозвитку, набуття знань.

Загалом, **на формування й розвиток креативного менеджменту безпосередньо впливають такі фактори:** рівень розвитку креативного суспільства; формування креативної економіки; розвиток креативної освіти; рівень інноваційності організації; творчий

потенціал особистості; потенціал менеджера креативного типу.

Однак, впровадження креативного менеджменту у систему менеджменту закладів охорони здоров'я вимагає врахування специфіки цих закладів. Так, одним із найважливіших управлінських завдань в галузі охорони здоров'я населення стає досягнення цільових орієнтирів щодо підвищення якості та доступності медичної допомоги за рахунок ефективного використання обмежених фінансових, матеріальних, трудових та інших ресурсів охорони здоров'я в умовах швидко зростаючої конкуренції на ринку медичних послуг. Найбільш показовим проявом нових тенденцій в управлінні закладами охорони здоров'я є поява приватних організацій з властивими їм особливостями. Вони відрізняються від державних закладів більш гнучким управлінням, свободою у прийнятті управлінських та фінансових рішень. У зв'язку з цим, приватні медичні установи становлять реальну конкуренцію державним і комунальним закладам: краще задовольняють індивідуальні запити населення на більш високому технологічному рівні, забезпечують високу якість обслуговування. Наведене вище посилює значимість використання креативного менеджменту закладами охорони здоров'я.

Поряд із цим, значним є адміністративний вплив на сферу охорони здоров'я та діяльність її закладів, який охоплює:

- розробку та контроль виконання державних програм з надання громадянам України безкоштовної медичної допомоги;
- контроль діяльності муніципальної та приватної систем охорони здоров'я;
- акредитацію лікарняних установ;
- видачу ліцензій на надання медичних послуг;
- регулювання цін на медичні послуги;
- застосування санкцій;
- підготовку та планування необхідної кількості кадрів;
- атестацію медичних працівників;
- установлення стандартів;
- визначення системи статистичної звітності;
- сертифікацію послуг;
- видачу дозволів на застосування нових технологій;
- організацію та забезпечення державного санітарно-епідеміологічного нагляду за медичними установами;
- встановлення квот.

Використання адміністративних методів сприяє збереженню соціальної справедливості та доступності благ, а також регулює асиметрію інформації на ринку медичних послуг, однак, обмежує використання креативного менеджменту закладами охорони здоров'я.

4. Чинники медичної реформи як виклик для імплементації креативного менеджменту в практику роботи закладів охорони здоров'я

Чинники медичної реформи є викликом для імплементації креативного менеджменту в практику роботи закладів охорони здоров'я.

З метою пошуку найбільш оптимальної для України національної моделі охорони здоров'я, діяльність та інфраструктура якої відповідатимуть потребам населення, з урахуванням географічних, історичних та культурних особливостей України і її регіонів, на думку, Є.Кульгінського, необхідно забезпечити:

- проведення поточного та ретроспективного аналізу елементів сучасних світових моделей охорони здоров'я, які показали свою ефективність;
- оптимізацію системи збору та аналізу статистичних даних, зокрема узгодження порядку надання та обігу інформації між Міністерством охорони здоров'я України, регіональними центрами медичної статистики та Державним комітетом статистики України;
- запровадження системи оцінки якості надання медичних послуг кінцевому споживачу та ефективного зворотного зв'язку задля розроблення науково та економічно обґрунтованих механізмів реформування вітчизняної системи охорони здоров'я [7].

Причому, пріоритетними шляхами реформування сфери охорони здоров'я в Україні, згідно наукової праці [7] є:

- створення умов для реформування системи охорони здоров'я;
- визначення гарантованого обсягу медичної допомоги громадянам;
- надання платних медичних послуг у сфері охорони здоров'я;
- удосконалення системи фінансування галузі охорони здоров'я;
- врегулювання на законодавчому рівні питання запровадження обов'язкового державного соціального медичного страхування;
- поліпшення стану забезпечення населення лікарськими засобами і виробами медичного призначення;
- удосконалення системи профілактики захворювань;
- удосконалення системи контролю за якістю надання медичної допомоги;
- удосконалення кадрової політики у сфері охорони здоров'я;
- забезпечення розвитку державно-приватного партнерства в галузі охорони здоров'я;
- залучення громадськості та науковців до процесів реформування системи охорони здоров'я тощо.

З огляду на те, що креативний менеджмент є компонентом інноваційного управління сферою охорони здоров'я, сьогодні особливої уваги потребують питання реалізації державної політики інноваційного

розвитку цієї сфери. Особливу увагу у цьому контексті доцільно приділяти дотриманню таких **принципів державної політики інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я** як:

- мінімізація ризиків (завдяки розширенню співробітництва та партнерства в інноваційному секторі, удосконалення експертизи проектів, підвищення якості інформаційного забезпечення);
- емпірична критика (використання інструментів і методів інтенсифікації інноваційної діяльності, які ефективно апробовані);
- стратегічна послідовність (визначення стратегічних пріоритетів і забезпечення довгострокового виконання вказаних цілей);
- безперервне вдосконалення (концептуальні елементи державної інноваційної політики, стратегічні пріоритети, методи й інструменти державного регулювання варто коригувати під впливом змін середовища);
- послідовна лібералізація;
- інституційне будівництво;
- прецизійність у підтримці та контролі;
- диверсифікація;
- взаємодоповнення [12].

Здійснення державної політики інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я повинно охоплювати:

- орієнтацію на споживача і впровадження елементів конкурентних відносин в сфері охорони здоров'я;
- системний підхід і постійне поліпшення процесів, медичних технологій, продукції (засобів, ліків тощо), медичних послуг;
- удосконалення інструментів стратегічного управління та контролю в сфері охорони здоров'я;
- створення інформаційного середовища і технологій для реалізації стратегічно-інноваційних управлінських рішень;
- відповідність принципам і вимогам програмно-цільового та проектного управління;
- використання інструментів стратегічного управління, тактичного, операційного планування, логістики;
- підвищення якості фінансового управління у сфері охорони здоров'я;
- встановлення вимірних результатів двох типів: ті, що характеризують задоволення вимог населення; ті, що характеризують обсяги і якість надання медичної допомоги [12].

Цікавим у контексті практичного використання є комплексний механізм державного регулювання інноваційного розвитку у сфері охорони здоров'я через запровадження інтегрованої структурно-інвестиційної VIP-моделі (Budget Insurance Private), що передбачає сукупність взаємообумовлених та цілеспрямованих засобів і способів досягнення загальної мети – забезпечення суспільного здоров'я на основі поєднання

конкретних механізмів та технологій їх застосування. Однак, такий підхід не враховує потребу: інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я; посилення інвестування вітчизняної інноваційної діяльності в сфері охорони здоров'я; створення необхідних медичних засобів, передових управлінських технологій для поліпшення функціонування цієї сфери та надання якісних медичних послуг населенню.

У процесі проведення медичної реформи важливим є вдосконалення інституційного забезпечення діяльності сфери охорони здоров'я і її закладів. Тому, імплементації креативного менеджменту в практику роботи закладів сфери охорони здоров'я сприятиме посилення принципу соціальної справедливості, який має лежати в основі регламентів і практичної роботи усіх закладів цієї сфери, і охоплювати: медичного працівника і пацієнта. Це гарантуватиме: доступність і якість медичної допомоги, дотримання прав медичних працівників і пацієнтів та їх захист.

Відповідно до принципу соціальної справедливості соціальна держава забезпечує кожному своєму громадянину гідний рівень життя, усуває або мінімізує невинуваті соціальні розрізнення між людьми, допомагає всім, хто цього потребує. При цьому вона обов'язково має створювати умови для самореалізації особистості, стимулювати її активність у самозабезпеченні високого матеріального добробуту і цим самим підтримувати та гарантувати її свободу. Вказане, а також той факт, що джерелом креативу є персонал і креативна діяльність реалізується саме через нього, обумовлюють виключну значимість вирішення проблемних кадрових питань в сфері охорони здоров'я.

Одним із першочергових напрямів оптимізації кадрової політики сфери охорони здоров'я має бути вдосконалення регуляторної бази, виходячи з наявних проблем галузі, умов її розвитку та враховуючи рекомендації та досвід міжнародної практики. Реалізація цього напрямку має починатися з систематизації та узгодженості чинної нормативно-правової бази, що регламентує питання кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я в Україні та засад його діяльності (питання підготовки, розподілу, працевлаштування медичних кадрів, посилення мотиваційної складової персоналу, підвищення ролі етичної складової, творчої компоненти тощо).

Ефективне функціонування і розвиток закладів охорони здоров'я залежить від своєчасного передбачення змін у їх зовнішньому середовищі та здатності адаптуватись до нових умов. Важливе місце у цих процесах має відводитись стратегічному управлінню, базованому, передусім, на принципі соціального партнерства, оскільки стратегічний успіх будь-якої організації залежить від її здатності змінюватись відповідно до вимог зовнішнього середовища і від ступеню її залучення до інтеграційних процесів.

Реалізація закладом охорони здоров'я інтеграційних процесів і

налагодження партнерських відносин вимагають формування ним взаємозв'язків, взаємодії із зацікавленими сторонами (стейкхолдерами) (іншими медичними установами, організаціями соціальної сфери, споживачами медичних послуг як індикаторами якості їх надання, експертами тощо).

Щодо реалізації закладами охорони здоров'я інтеграційних процесів, скористаємось визначенням ВООЗ, згідно якого **інтегрована допомога – це концепція надання медичної допомоги, що забезпечує координованість дій окремих постачальників медичних послуг з метою досягнення економічної ефективності, поліпшення якості і підвищення рівня задоволеності користувачів і постачальників медичної допомоги**. Засоби для цієї мети включають: зниження неефективності в рамках системи, підвищення безперервності процесу надання медичної допомоги та розширення прав і можливостей споживачів послуг [15].

У наведеному вище визначенні закладена необхідність і потреба імплементації креативного менеджменту в практику роботи закладів охорони здоров'я.

Важлива роль у процесі імплементації креативного менеджменту в сфері охорони здоров'я має відводитись виявленню і подоланню опору змінам. Складність функціонування закладів охорони здоров'я обумовлює непрості реалії і перешкоди змінам в цій соціально важливій сфері послуг. На сьогодні у цій системі продовжують домінувати хаотичні і важкопрогнозовані події та процеси, а організаціями управляють зовнішні чинники, а не навпаки. Найбільш суттєвою перешкодою змінам в закладах охорони здоров'я, як свідчать результати опитування їх учасників, є соціальна підсистема останніх. Тому, процедури управління змінами та креативного менеджменту в закладах охорони здоров'я мають складатися з двох фаз – фази підготовки і фази реалізації цих процедур.

ТРЕНІНГОВИЙ БЛОК

Питання для самоконтролю

1. Розкрийте зміст поняття «креативний менеджмент» з позиції різних підходів.
2. Що таке креативний менеджмент в закладі охорони здоров'я ?
3. Обґрунтуйте концептуальні позиції креативного менеджменту в закладі охорони здоров'я.
4. Систематизуйте завдання креативного менеджменту в закладі охорони здоров'я.
5. Які принципи креативного менеджменту в закладі охорони здоров'я?

6. Назвіть суб'єктів і об'єктів креативного менеджменту в закладі охорони здоров'я.

7. Розкрийте зміст функцій креативного менеджменту в закладі охорони здоров'я.

8. Охарактеризуйте систему внутрішніх і зовнішніх факторів впливу на формування і розвиток креативного менеджменту в закладі охорони здоров'я.

9. Визначте напрями використання креативного менеджменту в закладах охорони здоров'я під впливом проведення змін.

10. Які основні чинники впливають на креативну діяльність в закладах охорони здоров'я. Поясніть цей вплив.

Практичні завдання

Завдання 1

Нещодавно на території лікарні відкрилась нова аптека. Відповідно, репутація ще не завойована. Стається неприємна ситуація. До адміністратора аптеки привселюдно звертається жінка з претензією, що ліки, які вона купила декілька днів назад, це крейда. Товарний чек у жінки є.

Яким чином і якими методами креативного менеджменту можна вирішити ситуацію? Уявіть, що Ви адміністратор аптеки і прийміть управлінське рішення.

Завдання 2

У закладі охорони здоров'я працює штатний працівник, роботою якого керівник невдоволений. Працівник працює повільно, безініціативно та постійно чимось не задоволений – то виробничими умовами, то кліматом у трудовому колективі. Має місце конфліктне спілкування з колегами. Однак, звільнитися працівник не збирається, а підстав за трудовим законодавством його звільнити у керівника немає. Керівник же розуміє, що треба звільнити цього працівника, однак, без шуму і скандалу.

Яким чином і якими методами креативного менеджменту можна вирішити ситуацію? Уявіть, що Ви керівник закладу охорони здоров'я і прийміть управлінське рішення.

Завдання 3

Бар'єри креативності – це певні фільтри, що визначають можливість прояву креативності в різних ситуаціях при вирішенні нестандартних завдань, проведенні наукових досліджень чи розробленні інноваційного

продукту (послуги). Бар'єри креативності можуть зумовлюватися як особистісними (внутрішніми), так і ситуативними (зовнішніми) факторами (табл. 1) наведені внутрішні та зовнішні перешкоди самовираження та креативності.

Таблиця 1

Бар'єри індивідуальної креативності

Бар'єри	Шляхи подолання
1	2
Внутрішні:	
висока самокритичність	
лінь	
страх	
низька самооцінка	
неуважність	
Зовнішні:	
неконструктивна критика	
орієнтація на швидкий результат	
дефіцит часу або інших ресурсів	
тиск соціальних правил	

1. Запропонуйте шляхи подолання бар'єрів індивідуальної креативності.

2. Назвіть три бар'єри, з якими ви стикалися на власному досвіді. Чи вдалося вам їх подолати?

3. Як заклад охорони здоров'я може допомогти працівникам у подоланні бар'єрів індивідуальної креативності?

ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ

1. Під креативним менеджментом в закладі охорони здоров'я слід розуміти:

а. особливу управлінську діяльність, що спрямована на активізацію творчої діяльності медичних кадрів щодо генерування, пошуку, розвитку, поєднання креативних ідей, їх оцінювання та вибору з метою реалізації інноваційного розвитку закладу охорони здоров'я та одержання високих економічних, соціальних, екологічних результатів;

б. процес активізації творчої діяльності медичних кадрів щодо генерування, пошуку, розвитку, поєднання креативних ідей, їх оцінювання та вибору з метою реалізації інноваційного розвитку закладу охорони здоров'я;

в. особливу управлінську діяльність;

г. творчу діяльність медичних кадрів.

2. Метою креативного менеджменту в закладі охорони здоров'я

є:

- а. формування креативних рішень, реалізація яких забезпечуватиме закладу охорони здоров'я отримання конкурентних переваг та інноваційний розвиток в цілому;
- б. стабільне функціонування закладу охорони здоров'я;
- в. поступовий розвиток закладу охорони здоров'я;
- г. генерування креативних ідей, їх оцінювання і відбір, що дозволить закладу охорони здоров'я сформуванати ефективні креативні рішення у сфері власної діяльності.

3. Цілями креативного менеджменту в закладі охорони здоров'я

є:

- а. генерування креативних ідей, їх оцінювання і відбір, що дозволить закладу охорони здоров'я сформуванати ефективні креативні рішення у сфері власної діяльності;
- б. формування креативних рішень, реалізація яких забезпечуватиме закладу охорони здоров'я отримання конкурентних переваг та інноваційний розвиток в цілому;
- в. стабільне функціонування закладу охорони здоров'я в умовах, що сформувалися;
- г. поступовий розвиток закладу охорони здоров'я.

4. Об'єктом креативного менеджменту в закладі охорони здоров'я є:

- а. процес прийняття креативних рішень за допомогою послідовної сукупності процедур, що утворюють загальну схему управління креативним процесом в закладі охорони здоров'я;
- б. процес управління закладом охорони здоров'я;
- в. процес управління персоналом охорони здоров'я як «джерелом креативу»;
- г. процес надання медичних послуг.

5. Використання закладами охорони здоров'я креативного менеджменту «запускається» необхідністю:

- а. проведення змін у діяльності закладів охорони здоров'я;
- б. забезпечення стабільного функціонування закладів охорони здоров'я в умовах, що сформувалися;
- в. поступового розвитку закладів охорони здоров'я;
- г. адаптації до вимог, які висуває держава.

6. Основними чинниками, які впливають на креативну діяльність в закладах охорони здоров'я, є:

- а. техніко-економічні, організаційно-управлінські, юридичні, соціально-психологічні;
- б. техніко-економічні, організаційно-управлінські, юридичні, соціально-психологічні, кадрові;
- в. техніко-економічні, організаційно-управлінські, юридичні, соціально-психологічні, кадрові, політичні;
- г. техніко-економічні, організаційно-управлінські, соціально-психологічні, кадрові, політичні.

7. Креативний менеджмент в закладах охорони здоров'я вчить:

- а. управляти закладами охорони здоров'я та їх медичними допомогою і послугами науково, за процедурами і правилами, стандартами, медичними протоколами;
- б. працювати індивідуально і в групах;
- в. працювати у командах;
- г. нестандартному, творчому підходу до управління закладами охорони здоров'я та їх медичними допомогою і послугами.

8. Креативний менеджмент в закладах охорони здоров'я розробляє і використовує:

- а. роботу індивідуально і в групах;
- б. роботу у командах;
- в. теорії конкурентної боротьби;
- г. теорії співпраці (між закладами сфери охорони здоров'я, з громадськістю), гармонізації відносин із стейкхолдерами, споживачами послуг).

9. Креативний менеджмент в закладах охорони здоров'я реалізується через:

- а. роботу індивідуально і в групах;
- б. роботу у командах;
- в. вплив, владу і мотивацію персоналу;
- г. побудову довіри до керівника закладу охорони здоров'я, співробітництво членів трудового колективу, управлінське лідерство і розвиток організаційної культури.

10. Креативний менеджмент в закладах охорони здоров'я сповідує концепцію продукту такого змісту:

- а. головне якість, яка диференціює послуги і дозволяє підвищувати їх ціну;

- б. головним є зниження ціни, а якість медичних допомоги і послуг повинна бути об'єктивно необхідною;
- в. головним є підвищення цін на послуги;
- г. головним є зниження ціни на послуги.

ГЛОСАРІЙ

Інтегрована допомога – це концепція надання медичної допомоги, що забезпечує координованість дій окремих постачальників медичних послуг з метою досягнення економічної ефективності, поліпшення якості і підвищення рівня задоволеності користувачів і постачальників медичної допомоги.

Креативний менеджмент в закладі охорони здоров'я – це особлива управлінська діяльність, що спрямована на активізацію творчої діяльності медичних кадрів щодо генерування, пошуку, розвитку, поєднання креативних ідей, їх оцінювання та вибору з метою реалізації інноваційного розвитку закладу охорони здоров'я та одержання високих економічних, соціальних, екологічних результатів.

Література

1. Білинська М.М. Управління змінами в сфері охорони здоров'я. М.М.Білинська, Т.П.Авраменко. Київ : Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. 2015. 80с.
2. Довгань Л.Є., Ситник Н.І. Креативний менеджмент: Навчальний посібник. Л.Є.Довгань, Н.І.Ситник. К.: НТУУ «КПІ», 2014. 248 с.
3. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я / кол. монографія за ред. Желюк Т.А., Шкільняка М.М. Тернопіль, Крок. 2020. 560 с.
4. Калюжна О.В. Креативний менеджмент: конспект лекцій. Миколаїв, 2018. URL: <http://dspace.mnau.edu.ua/jspui/bitstream/123456789/5010/1/Kreatyv-nyu%20menedzhment.pdf>
5. Креативний менеджмент: практикум [Електронний ресурс]: навч. посіб. для студ. спеціальності 073 «Менеджмент» освітньо-професійної програми «Менеджмент і бізнес адміністрування» / КПІ ім. Ігоря Сікорського; уклад.: Н.І. Ситник – Електронні текстові дані (1 файл: 74,1 Кбайт). Київ : КПІ ім. Ігоря Сікорського, 2021. 147 с.
6. Кузьмін О.Є. Креативний менеджмент :навч. посібник. О.Є. Кузьмін, С.В. Князь, І.В. Литвин, Д.К. Зінкевич. Львів: Видавництво Львівської політехніки, 2010. 124 с.

7. Кульгінський Є. Пріоритетні напрями державної політики охорони громадського здоров'я. URL: [http://www.dridu.dp.ua/vidavnictvo/2016/2016_03\(30\)/14.pdf](http://www.dridu.dp.ua/vidavnictvo/2016/2016_03(30)/14.pdf)
8. Лехан В.М. Управління змінами в системі охорони здоров'я України: історія та уроки пілотних регіонів: навчальний посібник. В. М. Лехан, Л. В. Крячкова, В. В. Волчек. Дніпропетровськ, 2016. 53с.
9. Назарова Г.В. Креативна економіка та менеджмент : навчальний посібник. URL: Г.В.Назарова, Ю.В.Сотнікова. Харків : ХНЕУ ім. С. Кузнеця, 2018. 160с.
10. Пашков В. Державна політика щодо соціальних інновацій у галузі охорони здоров'я. Online Аптека.UA. Специализированное медицинское интернет-издание для врачей, провизоров, фармацевтов, студентов медицинских и фармацевтических вузов. 2017. URL: <http://www.apteka.ua/article/3647>.
11. Перерва П.Г., Кобелева Т.О. Креативний менеджмент. URL: http://repository.kpi.kharkov.ua/bitstream/KhPI-Press/44235/1/Pererva_Kreatyvnyi_menedzhment_2019.pdf
12. Петрух О.А. Державне регулювання інноваційного розвитку сфери охорони здоров'я України. Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата економічних наук за спеціальністю 08.00.03 «Економіка та управління національним господарством». Львівський національний університет імені Івана Франка, Львів, 2019. URL: https://www.lnu.edu.ua/wp-content/uploads/2019/04/dis_petruk.pdf
13. Пічугіна Т.С. Управління змінами : навч. пос. Т.С.Пічугіна, С.С.Ткачова, О.П.Ткаченко. Х. : ХДУХТ, 2017. 226 с.
14. Свидрук І.І. Креативний менеджмент: навч.посібник. І.І. Свидрук. К. Центр учбової літератури, 2012. 224 с.
15. Health Systems Financing. The path to universal coverage : The World Health Report. WHO, 2010. 128 p.

РОЗДІЛ XIV. УПРАВЛІННЯ ПРОЕКТАМИ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Рекомендовані питання для розгляду:

1. Визначення проекту
2. Управління проектами
3. Типи проектів
4. Життєвий цикл проекту
5. Структура і оточення проекту
6. Учасники проекту
7. Формування інвестиційного задуму проекту
- 8 Оцінка життєздатності проекту
- 9 Аналіз проекту на основі комплексної експертизи. Критерії оцінки проектної ефективності

1. Визначення проекту

Донедавна в жодного спеціаліста не виникало питань щодо змісту терміну "проект", – зрозуміло, що це креслення, пояснювальна записка, кошториси, на основі яких можна здійснювати, наприклад, будівництво підприємства. Сьогодні частіше зустрічаються словосполучення "здійснили проект", "спільний проект", "фінансування проекту", "проектна команда", "проектний менеджер" і т. ін. Вони мають інше трактування, ніж звичні, використовувані дотепер вирази, як-от "технічний проект", "робочий проект" тощо. Ці зміни зумовлені появою нових реалій, що увійшли в наше життя, в економіку.

Нова для нас концепція управління проектами протягом багатьох років розвивається і використовується в країнах з розвинутою ринковою економікою. Щодо терміну "проект" у сучасній методології управління проектами існує ряд визначень. Кожне з них має право на існування залежно від конкретного завдання, що стоїть перед спеціалістами.

Проект (англ. – project) – це те, що якимось замислюється або планується: наприклад, підприємство (тлумачний словник Webster).

Проект – якась задача з певними вихідними даними й очікуваними результатами (цілями), що обумовлюють спосіб її розв'язання ("Кодекс знань про управління проектами", Інститут управління проектами, США).

Отже, у сучасному розумінні, те, що змінює наш світ, будівництво будинку, створення програми науково-дослідних робіт, реконструкція підприємства, створення нової організації, розробка нової технології й техніки, спорудження корабля, створення кінофільму, розвиток регіону і т. ін. – усе це проекти.

Якщо результатами реалізації проекту є фізичні об'єкти (будинки,

споруди, виробничі комплекси), визначення проекту зазнає коригування. Під проектом тоді розуміють систему обумовлених його межами цілей, створюваних або модернізованих для їхньої реалізації фізичних об'єктів, технологічних прийомів, технічної та організаційної документації, матеріальних, трудових та інших ресурсів, а також управлінських рішень і заходів щодо їхнього виконання.

Об'єкти, створювані в ряді галузей, таких як авіаційно-космічна, оборонна, є настільки складними, що робота над ними здійснюється в межах не проектів, а програм. Це більш складне й об'ємне завдання, що потребує тривалого часу для вирішення. У даному випадку термін "проект" передбачає відносно короткострокові проекти у складі програм.

У методології управління проектами існує розширене визначення розглядуваного поняття. **Проект – цілеспрямована, орієнтована в часі послідовність, як правило, одноразових, комплексних і нерегулярно повторюваних дій (заходів або робіт) з такими ознаками:**

- одноразовість і комплексність структури;
- складність структури;
- специфічність змістовних і фінансових результатів;
- заданість термінів початку й закінчення і звідси – заданість часової мети;
- нерегулярність здійснення.

Наведемо найбільш широке визначення проекту. Проект – це одноразова сукупність дій і завдань з такими відмітними ознаками:

1. Чіткість цілей, які мають бути досягнуті з одночасним, отриманням певних технічних, економічних та інших вимог.
2. Внутрішній та зовнішній взаємозв'язок завдань, робіт, операцій і ресурсів, що потребують чіткої координації в процесі реалізації проекту.
3. Визначеність термінів початку та закінчення.
4. Обмеженість у ресурсах.
5. Певний ступінь унікальності мети, умов її досягнення.
6. Неминучість різноманітних конфліктів.

Вищенаведені риси випливають з принципового положення, що міститься у визначенні поняття "проект": "... це одноразова дія" – тобто кожний проект унікальний і неповторний, не залежний від попередніх та наступних. Проект є товаром, який реалізується згідно з умовами і потребами замовника – майбутнього власника. У ринковій економіці замовник (власник) – окрема, зацікавлена в реалізації проекту фізична або юридична особа, що вкладає в нього свої або позикові кошти і приймає рішення щодо термінів, вартості, контролю, якості і т. ін.

Якщо запитати досвідченого керівника проекту про основне завдання під час його виконання, він радше за все відповість: «Зробити так, щоб роботу було виконано!» Це – універсальне кредо менеджера

проекту. Якщо він матиме більше часу на роздуми, то, напевне, додасть: «Моє найголовніше завдання – зробити так, щоб робота виконувалася в заданих обсягах (відповідно до технічного завдання), вчасно і в межах виділених коштів».

Ці три моменти настільки часто визнаються керівниками проектів як найважливіші параметри у процесі управління проектом, що їх почали називати потрійним обмеженням. Саме ці параметри перебувають у центрі уваги керівника проектів. Управління проектами передбачає виконання проекту як найефективніше з огляду на обсяг, якість, часову та фінансову обмеженість (і ті ресурси, що їх можна придбати на виділені кошти).

Останнім часом було розроблено інструментарій, покликаний допомогти менеджерам проектів справитися з потрійним обмеженням.

Щоб ефективно працювати в умовах часової обмеженості, керівники проектів встановлюють крайній термін завершення етапів роботи і працюють за графіками. У розпорядженні керівників є певні поглиблені комп'ютеризовані інструменти для складання графіків, наприклад сіткових (PERT/CPM), які допомагають ефективніше управляти наданим часом.

Керувати обмеженням коштів можна складанням бюджету. Спочатку визначаються витрати на виконання проектних завдань, а під час здійснення проекту відслідковується дотримання бюджету, щоб запобігти безконтрольним витратам коштів.

Кошти виділяються на придбання ресурсів, і керівники проектів розробили інструментарій для управління людськими і матеріальними ресурсами, наприклад, схеми завантаження ресурсів, графіки Гантта й лінійні схеми відповідальності.

Найскладнішими з трьох основних обмежень є параметри технічного завдання. Це документ, де визначається результат, який має бути отримано від роботи за проектом, і його основні характеристики. Тобто, технічне завдання обумовлює обсяг і зміст робіт, а також вимоги до якості виконання. Якщо, наприклад, ми конструємо човен, то однією з характеристик, яку маємо забезпечити, є його довжина. Коли ж ми працюємо над системою опрацювання текстів, то, можливо, нашим завданням буде те, щоб цю програму секретар міг опанувати протягом трьох днів навчання.

Проблема технічного завдання полягає в тому, що його важко і формулювати, і контролювати. Нижче ми проаналізуємо це питання детальніше. На цьому етапі зазначимо лише, що здавна керівники проектів намагаються знайти правильні прийоми формулювання і контролю технічних завдань, але, на жаль, не досить успішно.

Таким чином, управління проектом – це процес управління командою і ресурсами проекту за допомогою специфічних, методів,

завдяки яким проект завершується успішно і досягає своєї мети.

Чому управління проектами виокремилось у самостійну галузь менеджменту? Можна вказати щонайменше чотири причини:

1. Підвищуються темпи змін у промисловості, тому управління проектами – це один із шляхів досягнення успіху у змаганні зі змінами. Традиційні організаційні форми виправдовують себе у стабільному середовищі з незмінними функціями або задачами, де значними є повторюваність і стабільність. 90-ті роки характеризуються інтенсивністю змін (як національних, так і інтернаціональних), це підвищує конкуренцію і вимоги до організацій скоріше реагувати на зміни потреб ринку. Тому перевага віддається гнучким стратегіям, організаційним структурам і культурам, що забезпечують швидке реагування на зміни. Відповідати цим вимогам допомагає перехід від традиційних оргструктур до гнучких, орієнтованих на проекти, структур.

2. Умови ринку стають більш вибагливими, проекти – масштабнішими і такими, що потребують більшого професіоналізму в управлінні. Клієнти висувають більш високі вимоги, очікування, фінансовий та ринковий пресинг потребує якнайшвидшого завершення проекту із запланованими витратами. Застосовуються складні системи планування і контролю. Важливого значення набувають проблеми людських стосунків, як-от лідерство, мотивація, створення команди, управління конфліктами.

3. Дуже часто діяльність менеджерів пов'язана з виконанням проектів, проте управління проектами відрізняється від іншої управлінської діяльності, вимагаючи спеціальних умінь, інструментів, організаційної структури тощо.

4. Поглиблюються проблеми інтеграції як різних компаній, так і різних видів діяльності у ході виконання проектів, і проектний менеджмент упроваджує форми і методи, які дозволяють справлятися з цими інтеграційними процесами.

2. Управління проектами

Діяльність з управління проектами як окрема галузь менеджменту почала формуватися у 50-х роках минулого століття у двох напрямках одночасно:

- 1) сіткового планування – CPM (critical path method), або CPA, PERT;
- 2) структуризації – C/SPEC (cost specification), або C/SCSC (cost/schedule control system criteria).

Перший напрям було започатковано у хімічній, суднобудівній промисловості, енергетиці. Він зосереджувався на простих об'єктах, і головним, завданням було управляти строками виконання робіт.

Другий – виник в оборонній промисловості. В центрі уваги були три параметри: обсяги робіт, організація і витрати. Обсягами управляли через створення робочої структури проекту (WBS), організацією – за допомогою розробки організаційної структури (OBS), витратами – завдяки формуванню затратної структури (CBS). Головна мета – виконання роботи вчасно, якісно, у межах запланованих витрат.

У 60-х роках в умовах посилення динамізму бізнес-середовища розпочалися пошуки нових гнучких методів управління та організаційних структур проектів. Упродовж 70-х років управління проектами формується, як цілісна система, розвиток якої прискорюється із широким впровадженням комп'ютерних програм опрацювання інформації.

Нині це, як зазначалося, визнана галузь менеджменту. «Світ управління проектами» поєднує національні і міжнародні організації – інвестиційні, промислові, будівельні, консалтингові та інжинірингові фірми. Проводяться конгреси і симпозиуми, видаються журнали, книги, підручники, створюється програмне забезпечення та ін. Найбільша міжнародна організація в галузі проектного менеджменту – Міжнародна Асоціація управління проектами – IPMA – об'єднує більш як 20 національних товариств більшості розвинутих країн світу.

Управління проектами як, синтетична дисципліна використовує специфічні і загальні знання. Специфічні знання відображають особливості тієї сфери діяльності і галузі економіки, до якої належать проекти (будівельні, виробничі, інноваційні, екологічні, організаційні тощо), загальні – це знання з питань теорії управління, операційного менеджменту, організаційної поведінки тощо.

Проте самостійною дисципліною управління проектами стало завдяки знанням та інструментарію, які було одержано в результаті вивчення загальних закономірностей, притаманних проектам в усіх галузях діяльності. Вони дають змогу вирішити такі завдання:

- визначення цілей проекту та його обґрунтування;
- формування структури проекту (підцілі, основні етапи роботи тощо);
- визначення необхідних обсягів і джерел фінансування;
- добір виконавців, наприклад, через процедури торгів і конкурсів;
- підготовка і укладання контрактів;
- визначення термінів виконання проекту, складання графіка його реалізації, обчислення необхідних ресурсів;
- проведення калькуляції й аналізу витрат;
- планування і врахування ризиків;
- аналіз виконання проекту, в тому числі добір «команди» проекту;
- забезпечення контролю за ходом виконання проекту тощо.

3. Типи проектів

Виділяють декілька основних факторів (класифікаційних ознак), що характеризують конкретний проект:

- масштаб (розмір);
- ступінь складності;
- строки реалізації;
- обсяг ресурсів;
- місце й умови реалізації.

Інвестиційний проект. Поняття "інвестиційний проект" вживають у двох значеннях:

- справа, діяльність, захід, які передбачають здійснення комплексу певних дій, з метою досягнення визначених цілей;
- система організаційно-правових та розрахунково-фінансових документів, необхідних для здійснення якихось дій, або таких, що описують ці дії.

Об'єктами інвестицій можуть бути:

– підприємства, будинки, споруди (основні фонди, що будуються, реконструюються чи розширюються);

- програми загальнодержавного, регіонального або іншого рівня.

Об'єкти інвестицій різняться щодо:

- масштабів проекту;
- спрямованості проекту (комерційна, соціальна, пов'язана з державними інтересами);
- характеру та змісту інвестиційного циклу;
- характеру та ступеня участі держави (держкапвкладення, пакети акцій, податкові пільги, гарантії);
- ефективності використання вкладених засобів.

Існують такі форми інвестицій:

– грошові кошти та їхні еквіваленти (цінні внески, оборотні кошти, паї та частки у статутних капіталах підприємства, цінні папери, кредити, позики, застави);

- земля;
- будинки, споруди, устаткування і будь-яке інше майно, використовуване у виробництві та ліквідне;
- майнові права, оцінювані, як правило, у грошовому еквіваленті, таємниці виробництва, ліцензії на передачу прав промислової власності.

Малі проекти. Невеликі за масштабами, прості, обмежені за обсягами (капвкладення до 10-15 млн доларів і трудовитрати у 40-50 тис. люд.-днів). Малі проекти припускають ряд спрощень у процедурі проектування і реалізації, формування команди проекту тощо.

Мегапроекти. Цільові програми, що включають багато проектів, об'єднаних на основі спільної мети, спільних ресурсів і часу. Такі програми

можуть бути міжнародними, державними, регіональними, міжгалузевими, галузевими і змішаними.

Мегапроекти характеризуються такими рисами:

- висока вартість (близько 1 млрд);
- капіталоємкість – потреба таких проектів у фінансових коштах, як правило, вимагає нетрадиційних форм фінансування (акції);
- трудомісткість (15-20 млн люд.-год. на будівництво і проектування), а також тривалість терміну реалізації (понад 5 років);
- необхідність залучення багатьох учасників;
- вплив на соціальне-економічне середовище регіону, країни.

Особливості мегапроектів зумовляють урахування ряду факторів, серед яких:

- розподіл елементів проекту між різними виконавцями та координування їхньої діяльності;
- аналіз соціально-економічного середовища регіону, країни в цілому і навіть ряду країн – учасниць проекту;
- виділення самостійної фази у розробці концепції проекту;
- розробка і постійне оновлення плану проекту;
- виконання фази планування на всіх рівнях – від стратегічного до оперативного – з урахуванням імовірнісного характеру та ризику проекту;
- моніторинг проекту з постійним оновленням (актуалізацією) всіх елементів плану проекту;
- урахування неповторності (унікальності) мегапроекту.

Короткотермінові проекти. Звичайно реалізуються на підприємствах по виробництву новинок різноманітного типу, у дослідних установах, відбудовних роботах терміном до одного року.

Якісно бездефектні проекти. У ролі домінуючого чинника використовують підвищену якість (атомні електростанції).

Мультипроекти. Це комплекс взаємопов'язаних проектів.

Монопроекти. Мають чітко окреслені ресурсні, часові та інші межі, реалізуються єдиною проектною командою і являють собою окремі інвестиційні, спеціальні та інші проекти.

Міжнародні проекти. Звичайно вирізняються великою вартістю, організаційною й технічною складністю, а також певною роллю в економіці та політиці тих країн, для яких їх розроблено.

4. Життєвий цикл проекту

Поняття життєвого циклу проекту. Якою б чудовою не була ідея проекту, вона нічого не варта без реалізації. Задум і проект, що втілює його, цінні здійсненням. Потрібні реалізація, перебіг чітко визначених стадій розвитку проекту. Стадії проектного циклу різняться залежно від сфери

діяльності та прийнятої системи організації робіт, але кожний проект, так само як і план, незалежно від складності та обсягу необхідних для його виконання ресурсів обов'язково передбачає дві стадії: коли проекту ще немає і коли його вже немає.

Початком проекту вважають момент народження ідеї, особливо якщо це потребувало скрупульозних пошуків. Для ділових же людей початок проекту пов'язаний, скоріше, з початком його реалізації та вкладенням коштів.

Щодо завершення проекту існують різні думки. Дотепер вважалося, що завершенням існування проекту є завершення робіт з його реалізації, тобто впровадження в дію об'єкта, початок його експлуатації й використання результатів виконання проекту. Проте останніми роками точка зору на цю проблему змінилась у зв'язку з усвідомленням того, що загальні витрати на реалізацію проекту значною мірою залежать від періоду використання його результатів аж до термінів виведення його з експлуатації (наочний приклад – ЧАЕС).

Для організації, що починає працювати над проектом, становить інтерес не проект як такий, а результат його виконання, продукт, що вироблятиметься, прибуток, який одержуватиме організація від реалізації проекту. Для інших організацій, що беруть участь у проекті як виконавці окремих етапів або робіт, завершенням проекту найчастіше є завершення їх робіт. Завершенням проекту може вважатися також завершення робіт над його реалізацією, тобто впровадження проекту в дію; досягнення заданих результатів; припинення фінансування проекту; початок роботи щодо внесення у проект суттєвих змін, не передбачених початковим задумом; вилучення об'єктів проекту з експлуатації.

Узагальнюючи викладене, можна дати таке визначення поняття "життєвий цикл проекту (проектний цикл)": це період між моментом появи проекту і моментом його закриття.

Поняття життєвого циклу проекту важливе для дослідження й аналізу проблем фінансування пов'язаних з ним робіт і прийняття відповідних управлінських рішень під час його реалізації. Реалізація проекту потребує певної сукупності заходів, пов'язаних з оцінкою можливості реалізації проекту, його техніко-економічним обґрунтуванням (ТЕО), розробкою технічного й робочого проекту, контрактною діяльністю, плануванням ресурсів і безпосередньо роботою над проектом, закупівлею матеріалів і устаткування, матеріалізацією проекту і здаванням об'єктів у експлуатацію. Цей перелік видів діяльності за проектом показує, які вони різноманітні.

У проекті можна виокремити два великих блоки робіт: основна діяльність за проектом і його забезпечення.

Основна діяльність за проектом містить доінвестиційні дослідження; планування проекту; розробку технічної, проектної та

кошторисної документації; проведення торгів і укладення контрактів; матеріалізацію проекту (будівельно-монтажні роботи); виконання пусконаладжувальних робіт; здавання проекту; його експлуатацію; випуск продукції; ремонт устаткування; розвиток виробництва; демонтаж устаткування (закриття проекту).

Забезпечення проекту передбачає організаційну, правову, фінансову, матеріально-технічну, комерційну (маркетингову), кадрову та інформаційну діяльність. Цей перелік неповний, тому чітко й однозначно розподілити роботи в логічній послідовності та в часі взагалі неможливо.

Фази життєвого циклу проекту. Будь-який проект передбачає певні стадії розвитку, які прийнято називати фазами, або етапами. Основні стадії спільні для всіх більш-менш повноцінних проектів; вони логічно випливають з діючого механізму економіки країни. У кожному проекті можна виокремити такі стадії: доінвестиційну, реалізації та експлуатації. Поняття стадій проектного циклу – одне з найважливіших для менеджера, оскільки стадії визначають завдання і види діяльності менеджера, застосовувані методики та інструментальні засоби.

Керівники проектів по-різному поділяють їх життєвий цикл на етапи. Наприклад, проекти з розробки програмного забезпечення можуть містити етапи усвідомлення потреби в інформаційній системі, формулювання вимог, проектування системи, кодування, тестування, інформаційної підтримки. В інвестиційних проектах виокремлюють етапи ідентифікації проекту, підготовки, оцінювання, матеріалізації чи будівництва, експлуатації, оцінки результатів. Кожна фаза має певне призначення і часові межі, проте найчастіше проектний цикл поділяють на чотири етапи: формулювання проекту; планування; виконання; завершення. Кожний з цих етапів можна поділити на фази (етапи) нижчого рівня.

Доінвестиційна фаза об'єднує вивчення прогнозів і напрямків розвитку фірми, регіону, країни; аналіз умов для втілення початкового задуму; розробку концепції проекту; розробку бізнес-плану та попереднє обґрунтування інвестицій – оцінку життєздатності проекту; вибір і обґрунтування місця розміщення проекту; екологічне обґрунтування; аналіз і експертизу; попереднє інвестиційне рішення; розробку попереднього плану реалізації проекту.

Розглянемо детальніше окремі етапи доінвестиційної фази.

Розробка концепції проекту. На цьому етапі визначають кінцеві цілі проекту й виявляють шляхи їх досягнення. При цьому передбачають можливість альтернативних наборів цілей, які б поряд з економічними враховували також політичні, соціальні й технічні чинники. Важлива вимога до визначення цілей проекту – можливість їх кількісної оцінки за обсягами, термінами, прибутками тощо.

Оцінка життєздатності проекту передбачає стисле (попереднє) ТЕО. Розглядають дві-три альтернативи, розроблені на попередньому етапі. Кожну з них оцінюють за добрими критеріями. На цьому етапі встановлюють граничні умови, формують конкретні цілі й обмеження, а також визначають вартість проекту з точністю 25-40 %. Результатом такої оцінки життєздатності проекту є обґрунтування переваги однієї альтернативи перед іншим. Після ухвалення рішення про початок робіт, пов'язаних з проектом, розглядають питання про управління роботами з його реалізації.

Попереднє планування реалізації проекту. Після визначення життєздатності проекту і прийняття рішення про початок його здійснення складають план робіт, тобто структурно визначену послідовність етапів робіт, які виконують до досягнення вже визначеного комплексу цілей (хто й що має робити і в які терміни). На основі плану робіт складають докладний, календарний графік робіт, що дає змогу точніше оцінити вартість проекту.

Інвестиційна фаза містить чотири великих блоки робіт: розробку проектної документації та підготовку проекту до матеріалізації (будівництва); проведення торгів, укладення контрактів, організацію закупівель і поставок; матеріалізацію проекту (будівельно-монтажні роботи); завершення проекту.

До першого блоку належать розробка плану проектно-дослідних робіт; підготовка завдання на розробку ТЕО; розробка ТЕО; узгодження, експертиза й затвердження ТЕО та завдання на проектування; прийняття остаточного рішення про інвестування; відведення землі під будівництво; підготовка завдання на розробку проекту виконання робіт; розробка плану реалізації проекту.

До другого блоку належать проведення тендерів і укладення контрактів на проектно-дослідні роботи; постачання устаткування і підрядні роботи; розробка планів (графіків) постачання устаткування.

Третій блок передбачає розробку оперативних планів матеріалізації проекту (будівництва); складання різноманітних графіків використання робочої сили, машин і устаткування; постачання ресурсів і матеріалів; матеріалізацію проекту (виконання будівельно-монтажних робіт); моніторинг і контроль.

До четвертого блоку належать пуско-налагоджувальні роботи; здача об'єкта замовнику; демобілізація ресурсів і аналіз результатів реалізації проекту; експлуатація; ремонт і розвиток виробництва; закриття проекту (демонтаж, ліквідація). Орієнтовну тривалість реалізації основних фаз життєвого циклу проекту наведено в табл. 1.1.

Орієнтовна тривалість реалізації основних фаз життєвого циклу проекту

Вид будівництва	Тривалість реалізації фази, років		
	Концептуальної	Контрактної і робочого проектування	Будівництва
Великі будівлі ділового призначення	1-7	1-3	1,5-2,5
Житлові будинки	1-4	1-3	1-4
Лікувальні установи	1-5	0,5-4	0,5-5
Навчальні заклади	1-4	0,5-3	0,5-2,5
Невеликі й середні будівлі	0,5-3	0,5-2	0,5-1,5
Дороги й гавані	1,5-10	1-4	0,5-3
Промислові об'єкти	0,5-2	0,5-2,5	0,5-2

План реалізації проекту розробляють спільно спеціалісти всіх заінтересованих сторін. Схвалений і затверджений остаточно план надсилають усім учасникам проекту. Крім того, на цьому етапі призначають керівників робіт з реалізації проекту; створюють проектну команду, вибирають експлуатаційні характеристики майбутніх об'єктів проекту.

На етапі попереднього планування здійснюють геодезичні, інженерно-геологічні, економічні й екологічні дослідження, готують технічні умови на інженерне забезпечення робіт, одержують потрібні дозвільні документи, оцінюють обсяги робіт і ресурсів, необхідних для реалізації проекту. Достовірність оцінювання витрат більшою мірою залежить від точності попередньої оцінки проекту, ніж від наступних етапів її уточнення.

Крім того, на етапі попереднього планування затверджують склад робіт з робочого проектування, коригують і затверджують ТЕО, що є основою для проектування, знову оцінюють витрати. Якщо відома вартість устаткування, матеріалів і робочої сили, точність оцінки може становити 100 %. Якщо підтверджується необхідність виконання робіт, пов'язаних з проектом, формулюють так звані кваліфікаційні вимоги, що є матеріалом для підготовки контракту і здійснення робочого проектування. Із цією метою готують завдання на проектування.

Контрактна фаза проекту. Для залучення до проекту виконавців замовник повинен підготувати декларацію про намір проектувати об'єкт, де викласти основні характеристики й можливі обмеження проекту.

Потенційних виконавців вибирають за такими критеріями: технічні й функціональні якості пропонованих передпроектних розробок; вартісні показники; реальні технічні й інженерні можливості фірми; надійність

фірми як партнера за раніше здійсненими проектами; фінансове положення фірми [39; 40]. За результатами торгів замовник укладає контракт з вибраною проектною організацією, до якого входять графік і завдання на проектування. Після цього вибирають і затверджують остаточний варіант проекту, розробляють у повному обсязі ТЕО, технічний проект і завдання на робоче проектування. Вибір і оформлення відносин з підрядними організаціями – останній етап контрактної фази проекту.

Фаза реалізації проекту поділяється на дві підфази: детальне (робоче) проектування і постачання; матеріалізація проекту (будівництво). Це фаза найбільшого ризику, бо її виконання пов'язане зі значними витратами. Підфаза матеріалізації проекту передбачає закупівлю матеріалів і конструкцій; наймання й підготовку працівників; закупівлю (оренду) технологічного устаткування; виконання будівельно-монтажних і пусконаладжувальних робіт; здачу готових об'єктів в експлуатацію.

Значущість кожної фази життєвого циклу проекту оцінюють за трудовитратами: розробка концепції становить 2-3 %; планування проекту – 4-5; проектування – 10-20; матеріалізація проекту (будівництво) – 60-70; закриття проекту – 10-12 %. Ці п'ять фаз відбивають типовий життєвий цикл правильно виконаного проекту. На перших трьох фазах здійснюють попередні розробки, створюють проект на папері, а на четвертій і п'ятій фазах фізично втілюють проект. Рішення на продовження проекту потрібне наприкінці кожної з трьох перших фаз, а дозвіл на виробництво і завершення – перед початком кожної з двох останніх фаз. Усі зазначені фази є своєрідними міні-проектами з відповідними цілями, обмеженнями і підходами до управління. Успішне завершення кожної фази – це своєрідна віха проекту, контрольна точка його виконання.

5. Структура і оточення проекту

Структура проекту. Для того щоб управляти проектом, доцільно розбити його на ієрархічні підсистеми та компоненти, тобто структурувати. Структура проекту – це організація зв'язків і відносин між його елементами. За допомогою структури визначають, що необхідно розробити чи зробити; вона пов'язує роботи між собою та з кінцевою метою проекту. У процесі структурування виокремлюють компоненти продукції проекту, етапи його життєвого циклу та елементи організаційної структури.

Структурування – невіддільна частина загального процесу планування проекту, визначення його цілей, розподілу відповідальності й обов'язків.

До основних завдань структурування проекту належать такі:

- поділ проекту на блоки, що підлягають управлінню;
- розподіл відповідальності за елементами проекту і визначення зв'язку робіт зі структурою організації (ресурсами);

- точне оцінювання необхідних витрат (коштів, часу і матеріальних ресурсів);
- створення єдиної бази для планування, упорядкування кошторисів і контролю за витратами;
- встановлення зв'язку між роботами, пов'язаними з проектом і системою ведення бухгалтерських рахунків;
- перехід від загальних, не завжди конкретно виражених цілей до конкретних, які виконують підрозділи організації;
- окреслення комплексів робіт (підрядів).

Необхідно чітко окреслити характер, мету і зміст проекту, а також усі його кінцеві продукти з їх точними характеристиками. Доцільно здійснити ієрархію цілей, що показує повний ланцюг кінцевих результатів або засобів їх досягнення. При цьому необхідно обміркувати потрібний рівень деталізації планів і оцінити кількість рівнів у структурі проекту. Слід побудувати схеми життєвого циклу проекту та організаційну, де зазначити групи чи окремих осіб, які працюватимуть над проектом, включаючи заінтересованих у проекті осіб із зовнішнього середовища проекту. Необхідно проаналізувати структуру продукції – схему її поділу на підсистеми чи компоненти, включаючи машини і устаткування, програмне та інформаційне забезпечення, послуги, а також у разі потреби географічний поділ. Крім того, потрібно вивчити план бухгалтерських рахунків організації – систему застосовуваних при структуруванні проекту кодів, яка має ґрунтуватися на діючому в організації плані бухгалтерських рахунків або з урахуванням його коригування. На основі отриманої інформації потрібно скласти генеральний зведений план проекту, який можна буде деталізувати у процесі пошуку критичного шляху. При реалізації проекту цей план можна використовувати для доповідей керівництву. На основі зведеного плану слід скласти робочий план бухгалтерських рахунків (у разі потреби доцільно розробити систему субрахунків), робочий сітковий графік з часовими й ресурсними оцінками всіх робіт, а також запровадити систему нарядів-завдань.

Середовище проекту. Для того щоб правильно організувати реалізацію проекту, слід пам'ятати, що проекти виникають, існують і розвиваються в зовнішньому середовищі. Склад проекту постійно змінюється у процесі його реалізації і розвитку; у ньому можуть з'являтися нові елементи (об'єкти), а вилучатись існуючі; при цьому елементи повинні бути взаємопов'язані.

Середовище проекту – це зовнішні та внутрішні чинники впливу на його підготовку і реалізацію. Від точності визначення середовища проекту залежить його життєздатність.

Поділ середовища, в якому існує і розвивається проект, на внутрішнє та зовнішнє умовний з таких причин:

– проект не є жорстким стабільним утворенням, тобто окремі його елементи у процесі реалізації можуть переходити із зовнішнього середовища до складу проекту і навпаки;

– можливе використання певних елементів проекту як у його межах, так і поза ними (наприклад, спеціалісти, які водночас працюють над реалізацією конкретного проекту і розв'язанням інших проблем, зокрема виконанням іншого проекту).

На проект впливають такі чинники зовнішнього середовища:

– політичні – політична підтримка проекту державою, рівень злочинності, міжнаціональні та міждержавні відносини;

– економічні – структура відносного валового продукту, рівень

– оподаткування, страхові гарантії, умови підприємницької діяльності та регулювання цін, рівень інфляції, стабільність національної валюти, розвиненість банківської системи, стан ринків та ін.;

– суспільні – умови й рівень життя населення, рівень освіти, свобода пересування, соціальні гарантії та пільги, свобода слова, рівень розвитку місцевого самоврядування та ін.;

– правові – стабільність законодавства, дотримання прав людини, а також прав власності та підприємництва;

– науково-технічні – рівень розвитку фундаментальних і прикладних наук, інформаційних і промислових технологій, розвитку енергетики, транспортної інфраструктури, зв'язку, телекомунікацій;

– культурні – рівень освіченості населення, релігійна ситуація, історико-культурні традиції та ін.;

– природні – кліматичні умови, вимоги до захисту навколишнього середовища, екологічні стандарти для продукції, що виробляється.

До чинників внутрішнього середовища проекту належать стиль управління, відносини між учасниками проектною командою, професіоналізм цієї команди, засоби комунікації. Професіоналізм команди проекту має забезпечити досягнення поставлених цілей проекту. Стиль керування визначає психологічний клімат у команді та впливають на її творчу активність. Від засобів комунікації залежать повнота і достовірність обміну інформацією між учасниками проекту.

6. Учасники проекту

Учасники проекту – основний елемент його структури, бо саме вони забезпечують втілення його задуму. Залежно від типу проекту в його реалізації можуть брати участь від однієї до кількох десятків (іноді сотень) організацій. У кожній з них свої функції, ступінь участі в проекті і міра відповідальності за його долю. Усі ці організації, згідно з виконуваними функціями, об'єднані у конкретні групи (категорії) учасників проекту.

Отже, хто є основними учасниками проекту? Головний учасник – замовник, майбутній власник і користувач результатів проекту. Ним може бути як фізична, так і юридична особа, як одна організація, так і декілька, що об'єднали свої зусилля, інтереси та капітали для реалізації проекту і використання його результатів. У ролі замовників (забудовників) можуть виступати інвестори (див. нижче), а також інші фізичні та юридичні особи, уповноважені інвесторами здійснювати реалізацію інвестиційних проектів.

Не менш важливу роль відведено інвестору – стороні, що вкладає в проект кошти. Іноді в ролі інвестора та замовника виступає одна й та ж особа. В іншому випадку інвестор укладає договір із замовником, контролює виконання контрактів і здійснює розрахунки з іншими учасниками проекту.

Інвесторами в Україні можуть бути:

- органи, уповноважені управляти державним і муніципальним майном;
- організації та підприємства, підприємницькі об'єднання, громадські організації та інші юридичні особи всіх форм власності;
- міжнародні організації, іноземні юридичні особи;
- фізичні особи – громадяни України, інших держав.

Проектно-кошторисну документацію розробляють спеціалізовані проектні організації (узагальнена назва – проектувальник). Відповідальною за виконання всього комплексу робіт звичайно є одна організація – генеральний проектувальник (генпроектуювальник). За рубежом найчастіше їх представляють архітектор та інженер.

Архітектор – це особа або організація, що має право професійно, на основі відповідним чином оформленої ліцензії, виконувати роботу щодо створення проектно-кошторисної документації, специфікацій, вимог до проведення торгів і навіть здійснювати загальне управління проектом. Інженер – це особа або організація, що має ліцензію на інжинірингову діяльність, тобто на виконання комплексу послуг, пов'язаних з процесом виробництва і реалізації продукції проекту. Інжиніринг включає фази планування робіт, інженерного проектування, проведення випробувань, контролю за здаванням в експлуатацію.

Забезпечення проекту (закупівлі та постачання) – це справа організацій-постачальників (об'єднаємо їх під назвою постачальник або генеральний постачальник).

Підрядчик (генеральний підрядчик, субпідрядник) – юридична особа, що несе відповідальність за виконання робіт відповідно до контракту.

На цьому коло звичних для вітчизняного спеціаліста учасників проекту вичерпується. Проте реалії ринкової економіки і традиції "Світу

управління проектами" змушують згадати про інших учасників проекту. У першу чергу це фірми і спеціалісти, що залучаються на контрактних умовах з метою надання консультаційних послуг іншим учасникам проекту з усіх питань його реалізації (фаз життєвого циклу) узагальнена назва – консультант.

Особливе місце в реалізації проекту належить керівнику проекту (згідно з прийнятою на Заході термінологією – проект-менеджеру, або менеджеру проекту). Це юридична особа, якій замовник (або інвестор чи інший учасник проекту) делегує повноваження щодо управління роботами: планування, контроль і координацію робіт учасників проекту. Конкретний перелік повноважень керівника проекту (проект-менеджера, менеджера проекту) визначається контрактом із замовником.

Далі будемо використовувати всі три терміни, вважаючи їх взаємозамінними. На думку авторів, навряд чи доцільно віддавати перевагу більш (але не цілком!) українському визначенню "керівник проекту". Справа в тому, що терміни "менеджмент" і "менеджер" – міжнародні і використовуються вони не тільки в англійських країнах. Більше того, відомо, що в Україні ці поняття вживають не лише в діловій лексиці, але і на позначення нових навчальних спеціальностей. Різницю між проект-менеджментом і так званим загальним менеджментом (або просто менеджментом) наведено у вступі до цієї книги.

Під управлінням керівника (менеджера) проекту працює команда проекту – своєрідна організаційна структура, очолювана керівником проекту й утворювана на період здійснення проекту з метою ефективного досягнення його цілей. Склад і функції її залежать від масштабів, складності й інших характеристик проекту.

Варто згадати ще про ліцензіара – юридичну або фізичну особу, володаря ліцензій і "ноу-хау", використовуваних у проекті. Ліцензіар надає (звичайно на комерційних умовах) право на використання в проекті необхідних науково-технічних досягнень.

Завершуючи розгляд функцій основних учасників проекту, відзначимо надзвичайно важливу роль банку – одного з основних інвесторів, що забезпечують фінансування проекту. В обов'язки банку входить безперервне забезпечення проекту грошовими коштами, а також кредитування генпідрядчика для розрахунків із субпідрядниками, якщо в замовника немає необхідних коштів.

7. Формування інвестиційного задуму проекту

Причинами появи проектів є незадоволений попит, надлишкові ресурси, ініціатива підприємців, реакція на політичний тиск, інтереси кредиторів тощо. Очевидно, що ці самі причини відбивають у найзагальнішому вигляді цілі проекту. Ідеї, за допомогою яких можна досягти цих цілей, мають бути піддані попередній експертизі. Після цього попередньо ставляться завдання проекту. Вони мають бути чітко сформульовані, бо тільки за цієї умови можна сформулювати основні характеристики проекту: наявність альтернативних технічних і технологічних можливостей; попит на продукцію проекту; тривалість проекту, зокрема його інвестиційної фази; рівень базових і прогнозованих цін на продукцію (послуги); перспективи експорту продукції; складність проекту; можливість отримання дозвільної документації; інвестиційний клімат у районі реалізації проекту; співвідношення витрат на реалізацію проекту і його результатів. На основі цих та інших показників попередньо аналізують можливості реалізації проекту (зазвичай за допомогою нескладної експертної системи).

Якщо виявляється, що проект перспективний, визначають потрібну для його розробки інформацію. Результати, які отримують на етапі формування ідеї проекту, оформляють у вигляді так званого резюме проекту – аналітичної записки з викладом суті проекту.

Ідея проекту вважається визначеною за таких умов:

- якщо визначено основні варіанти й альтернативи проекту;
- виявлено основні проблеми щодо його здійснення;
- вибір варіантів проекту підкріплений приблизною оцінкою витрат і результатів;
- є підстави очікувати, що проект буде профінансовано;
- створено конкретну програму розробки проекту.

Основними критеріями прийняття ідеї проекту є:

- технічна і технологічна можливість його реалізації;
- довгострокова життєздатність;
- економічна ефективність;
- політична, фахова і екологічна прийнятність;
- відповідне організаційне й адміністративне забезпечення.

Аналіз інвестиційних можливостей передбачає:

- вивчення прогнозів щодо економічного та соціального розвитку регіону, де реалізовуватиметься проект;
- формування інвестиційного задуму інвестора й вивчення можливостей його втілення; передпроектне обґрунтування інвестицій;
- аналіз альтернативних варіантів і вибір найдоцільнішого;
- підготовку варіантів намірів;
- розробку попереднього плану проекту;

- вибір та узгодження місця розміщення об'єкта;
- екологічне обґрунтування та експертизу проекту;
- прийняття попереднього інвестиційного рішення та формування завдання на розробку ТЕО інвестицій.

8. Оцінка життєздатності проекту

Життєздатність проекту оцінюють шляхом порівняння його варіантів щодо вартості, термінів реалізації та прибутковості. У результаті інвестор (замовник) має переконатися, що вироблена в результаті реалізації проекту продукція протягом життєвого циклу матиме стабільний попит, достатній для призначення ціни, яка б забезпечила покриття витрат на експлуатацію й обслуговування об'єктів проекту, сплату заборгованостей і окупність капіталовкладень.

Життєздатність проекту оцінюють при обґрунтуванні інвестицій на основі вихідних даних, номенклатури продукції, потужності підприємства, основних технологічних рішень, забезпечення підприємства ресурсами, місця його розташування, основних будівельних рішень, оцінки впливу на навколишнє середовище, а також оцінки кадрів і соціального розвитку. Цей етап під керівництвом замовника (інвестора) виконують проектна та консультативна організації. Його результат – оцінка життєздатності варіантів проекту, висновки за матеріалами обґрунтувань і документи для прийняття попереднього інвестиційного рішення.

Аналіз і оцінювання життєздатності проекту мають виявити, чи можна забезпечити необхідну динаміку інвестицій, а також здатність проекту генерувати прибутки, достатні для компенсації його інвесторам вкладених ними ресурсів і взятого на себе ризику. Базою порівняння за наявності як альтернативних, так і єдиного варіанта проекту беруть ситуацію "без проекту". Це означає, що показники проекту реконструкції підприємства порівнюватимуть з показниками підприємства, у разі будівництва нового підприємства проект порівнюватиметься із ситуацією "без його будівництва". За часів СРСР було прийнято порівнювати ситуації до і після проекту. Зазначені підходи різняться тим, що у процесі виробництва навіть "без проекту" істотно змінюються структура і розміри інвестицій, що при традиційному підході не завжди було можна визначити і це призводило до значних помилок у підрахунку результатів і витрат, які відносилися на рахунок проекту.

Життєздатність проекту аналізують і оцінюють у два етапи: з альтернативних варіантів проекту вибирають життєздатніший; щодо вибраного варіанта аналізують методи фінансування та структуру інвестицій, які забезпечать максимальну життєздатність проекту.

9. Аналіз проекту на основі комплексної експертизи. Критерії оцінки проектної ефективності

Питання економічної ефективності при плануванні проектів розглядаються в різних масштабах та на різних стадіях планування. Відповідно розрізняють і методи, що застосовуються на окремих етапах планування та оцінки:

- на етапі проведення технічного аналізу та при плануванні фінансування проекту, коли відомі не всі умови підприємницької діяльності, вибір здійснюється на практиці за допомогою спрощеного часткового аналізу;

- на вирішальній стадії оцінки необхідно розглянути проект у цілому, беручи до уваги результати часткового аналізу, а потім прийняти позитивне або відхиляюче проект-рішення.

Це здійснюється за допомогою глобальних моделей. Глобальними вони називаються тому, що дозволяють враховувати всі умови фінансової сфери.

Ефективність проекту характеризується системою показників, які виражають співвідношення вигід і витрат проекту з погляду його учасників.

Виділяють такі **показники ефективності проекту**:

- **показники комерційної ефективності**, які враховують фінансові наслідки реалізації проекту для його безпосередніх учасників;

- **показники економічної ефективності**, які враховують народногосподарські вигоди й витрати проекту, включаючи оцінку екологічних та соціальних наслідків, і допускають грошовий вимір;

- **показники бюджетної ефективності**, які відображають фінансові наслідки здійснення проекту для державного та місцевого бюджетів.

Для розрахунку цих показників можуть використовуватись однакові формули, але значення вихідних показників для розрахунків істотно відрізнятимуться.

Залежно від тривалості циклу проекту оцінка показників ефективності може бути різною. Показники комерційної ефективності можуть розраховуватися не тільки на весь цикл проекту, а й на місяць, квартал, рік.

Розрізняють три основні **методи визначення ефективності проектів на початкових етапах проведення технічного аналізу**, які не враховують фактор часу або враховують його неповністю:

- порівняння витрат;
- порівняння прибутку;
- порівняння рентабельності, до якого належить як спеціальний випадок статистичний метод окупності (pay-back).

До **найпростіших показників ефективності проектів**, які застосовуються при проведенні технічного аналізу відносять:

- капіталовіддачу (річні продажі, поділені на капітальні витрати);
- оборотність товарних запасів (річні продажі, поділені на середньорічний обсяг товарних запасів);
- трудовіддачу (річні продажі, поділені на середньорічну кількість зайнятих робітників і службовців).

Однак ці показники належать до числа показників моментного статичного ряду і не враховують динамічних процесів у їх взаємозв'язку.

Для оцінки ефективності проектів доцільніше використовувати показники, які дають змогу розрахувати значення критеріїв ефективності проектів, беручи до уваги комплексну оцінку вигід і витрат, зміну вартості грошей у часі та інші чинники. Правильне визначення обсягу початкових витрат на проект є запорукою якості розрахунків окупності проекту.

При аналізі ефективності проекту використовують такі показники:

1. Сума інвестицій – це вартість початкових грошових вкладень у проект, без яких він не може здійснюватись. Ці витрати мають довгостроковий характер. За період функціонування проекту протягом його "життєвого циклу" капітал, вкладений у такі активи, повертається у вигляді амортизаційних відрахувань як частина грошового потоку, а капітал, вкладений в оборотні активи, в тому числі в грошові активи, по закінченню "життєвого циклу" проекту має залишатися у інвестора у незмінному вигляді й розмірі. Сума інвестицій у фінансові активи являє собою номінальну суму витрат на створення цих активів;

2. Грошовий потік – дисконтований або недисконтований дохід від здійснення проекту, який включає чистий прибуток та амортизаційні відрахування, які надходять у складі виручки від реалізації продукції. Якщо у завершальний період "життєвого циклу" проекту підприємство інвестор одержує кошти у вигляді недоамортизованої вартості основних засобів і нематеріальних активів та має вкладення капіталу в оборотні активи, вони враховуються як грошовий потік за останній період;

3. Чиста теперішня вартість проекту – Net Present Value (NPV). Це найвідоміший і найуживаніший критерій. У літературі зустрічаються й інші його назви: чиста приведена вартість, чиста приведена цінність, дисконтовані чисті вигоди. NPV являє собою дисконтовану цінність проекту (поточну вартість доходів або вигід від зроблених інвестицій). Чиста теперішня вартість проекту – це різниця між величиною грошового потоку, дисконтованого за прийнятної ставки дохідності і сумою інвестицій. Для розрахунку NPV проекту необхідно визначити ставку дисконту, використати її для дисконтування потоків витрат та вигід і підсумувати дисконтовані вигоди й витрати (витрати зі знаком мінус). При

проведенні фінансового аналізу ставка дисконту, звичайно, є ціною капіталу для фірми. В економічному аналізі ставка дисконту являє собою закладену вартість капіталу, тобто прибуток, який міг би бути одержаний при інвестуванні найприбутковіших альтернативних проектів.

Якщо NPV позитивна, то проект можна рекомендувати для фінансування. Якщо NPV дорівнює нулю, то надходжень від проекту вистачить лише для відновлення вкладеного капіталу. Якщо NPV менша нуля – проект не прийметься.

Розрахунок NPV робиться за такими формулами:

$$NPV = \sum_{t=1}^n \frac{B_t - C_t}{(1+i)^t}, \quad (1)$$

або

$$NPV = \sum_{t=1}^n \frac{B_t}{(1+i)^t} - \sum_{t=1}^n \frac{C_t}{(1+i)^t}, \quad (2)$$

де B_t – вигоди проекту в рік t ;

C_t – витрати на проект у рік t ;

i – ставка дисконту;

n – тривалість (строк життя) проекту.

Основна перевага NPV полягає в тому, що всі розрахунки провадяться на основі грошових потоків; а не чистих доходів. Окрім того, ефективність головного проекту можна оцінити шляхом підсумовування NPV його окремих підпроектів. Це дуже важлива властивість, яка дає змогу використовувати NPV як основний критерій при аналізі проекту.

Основним недоліком NPV є те, що її розрахунок вимагає детального прогнозу грошових потоків на термін життя проекту. Часто робиться припущення про постійність ставки дисконту.

4. Термін окупності інвестицій – час, протягом якого грошовий потік, одержаний інвестором від втілення проекту, досягає величини вкладених у проект фінансових ресурсів. У господарській практиці його можуть визначати без урахування необхідності грошових потоків у часі або з урахуванням такої необхідності. Термін окупності проекту – Payback Period (РВР) використовується переважно в промисловості. Це один із найбільш часто вживаних показників оцінки ефективності капітальних вкладень.

На відміну від показників, які використовуються у вітчизняній практиці, показник «термін окупності капітальних вкладень базується не на прибутку, а на грошовому потоці з приведенням коштів, які інвестуються в інновації та суми грошового потоку до теперішньої вартості. Критерій прямо пов'язаний із відшкодуванням капітальних витрат у найкоротший період часу і не сприяє проектам, які дають великі вигоди

лише згодом. Він не може слугувати за міру прибутковості, оскільки грошові потоки після терміну окупності не враховуються.

Критерій найменших витрат (НВ) використовується тоді, коли оцінка вигід проекту складна й ненадійна. При цьому порівнюють наведені витрати по різних варіантах проекту і вибирають той, який при найменших витратах забезпечує найкращі результати. Критерій прибутку в перший рік експлуатації дає змогу перевірити чи забезпечують вигоди за перший рік експлуатації проекту "достатню" дохідність. При цьому порівнюється чистий дохід за перший рік експлуатації з капітальними витратами проекту, включаючи процентний дохід у період робіт по будівництву (береться накопичена сума процентів, а не наведені проценти). Якщо відношення вигід до витрат менше ціни капіталу, то проект, можливо, є передчасним, а при більшому відношенні можна зробити висновок, що з проектом, очевидно, запізнилися.

5. Внутрішня норма рентабельності – Internal Rate of Return (IRR) у літературі зустрічаються й інші назви: внутрішня ставка рентабельності, внутрішня ставка доходу, внутрішня норма прибутковості. Це рівень ставки дисконтування, при якому чиста приведена вартість проекту за його життєвий цикл дорівнює нулю. IRR проекту дорівнює ставці дисконту, при якій сумарні дисконтовані вигоди дорівнюють сумарним дисконтованим витратам, тобто IRR є ставкою дисконту, при якій NPV проекту дорівнює нулю. IRR дорівнює максимальному проценту за позиками, який можна платити за використання необхідних ресурсів, залишаючись при цьому на безбитковому рівні. Розрахунок IRR проводиться методом послідовних наближень величини NPV до нуля за різних ставок дисконту.

Розрахунки проводяться за формулою:

$$\sum_{t=1}^n \frac{B_t - C_t}{(1+i)^t} = 0 \quad (3)$$

На практиці визначення IRR проводиться за допомогою такої формули:

$$IRR = A + \frac{a(B - A)}{(a - b)}, \quad (4)$$

де A – величина ставки дисконту, при якій NPV позитивна;

B – величина ставки дисконту, при якій NPV негативна;

A – величина позитивної NPV, при величині ставки дисконту A ;

B – величина NPV, при величині ставки дисконту B .

При застосуванні IRR виникають такі труднощі:

– неможливо дати однозначну оцінку IRR проектів, у яких зміна знака NPV відбувається більше одного разу;

- при аналізі проектів різного масштабу IRR не завжди узгоджується з NPV;
- застосування IRR неможливе для вибору альтернативних проектів відмінного масштабу, різної тривалості та однакових часових проміжків.

б. Коефіцієнт вигід/витрат – *Benefit/Cost Ratio (BCR)*. BCR є відношенням дисконтованих вигід до дисконтованих витрат.

Основна формула розрахунку має такий вигляд:

$$BCR = \frac{\sum_{t=1}^n \frac{B_t}{(1+i)^t}}{\sum_{t=1}^n \frac{C_t}{(1+i)^t}} \quad (5)$$

Критерій відбору проектів полягає в тому, щоб вибрати всі незалежні проекти з коефіцієнтами BCR, більшими або рівними одиниці. При застосуванні цього критерію слід пам'ятати, що коефіцієнт BCR має такі недоліки:

- може давати неправильні ранжування за перевагою навіть незалежних проектів;
- не підходить для користування при виборі взаємовиключних проектів;
- не показує фактичну величину чистих вигід. BCR має кілька варіантів розрахунку:

1. При жорстких обмеженнях на капітал, на відміну від обмежень як по капіталу, так і по поточних витратах:

$$BCR = (B-ПВ)/КВ, \quad (6)$$

де ПВ – поточні витрати;

КВ – капітальні витрати.

2. За наявності дефіцитних або унікальних ресурсів:

$$BCR = (B-C)/R, \quad (7)$$

де R – вартість дефіцитних ресурсів.

Прикладом дефіцитних ресурсів може бути іноземна валюта.

Головною потенційною проблемою при застосуванні цих різновидів критерію є подвійний рахунок, якого слід уникати.

Критерій BCR може бути використаний для демонстрації того, наскільки можливе збільшення витрат без перетворення проекту на економічно непривабливий. Основна перевага критерію полягає в можливості швидкого з'ясування його значень для оцінки впливу на результати проекту рівнів ризиків та непевності.

б. *Індекс прибутковості* – Profitability Index (PI) є відношенням суми наведених ефектів (різниця вигід і поточних витрат) до величини інвестицій:

$$PI = \frac{I}{K} * \sum_{i=1}^m \frac{B_i - C_i}{(i+1)^i} . (8)$$

PI тісно пов'язаний із NPV. Якщо NPV позитивна, то й PI > 1, і відповідно, якщо PI > 1, проект ефективний, якщо PI < 1- неефективний.

ТРЕНІНГОВИЙ БЛОК

Питання для самоконтролю

1. Що таке проект? Які різновиди проектів Ви знаєте?
2. Які ознаки відрізняють проекти від інших планів, програм?
3. Що таке управління проектами? В чому полягає об'єктивна необхідність управління проектами?
4. Що таке елементи системи управління проектами, їх склад і взаємозв'язок?
5. Які є фази життєвого циклу проекту ?
6. Як Ви розумієте поняття "ідея проекту"?
7. Які основні етапи передбачає техніко-економічний, фінансовий та загальноекономічний аналіз?
8. З якою метою здійснюють екологічну та соціальну експертизу майбутнього проекту?
9. Охарактеризуйте основні показники оцінки ефективності проекту.
10. Визначте переваги та недоліки різних фінансових показників оцінки ефективності проектів.

Практичні завдання

Завдання 1

Згрупуйте відповідні терміни та визначення згідно з даними таблиці.

Таблиця 1

Термін	Визначення
а) проект	1. Перелік робіт із зазначенням термінів, виконавців, результатів, які ведуть до отримання комплексу показників, намічених концепцією проекту.
б) бізнес-план	2. Детальний виклад цілей та шляхів досягнення виробництва, що створюється для обґрунтування інвестицій.
в) техніко-економічне обґрунтування інвестицій	3. Специфічна організаційна структура, яку очолює керівник проекту. Вона створюється на період здійснення проекту і завданням її є здійснення функцій управління проектом.

Термін	Визначення
г) управління проектами	4. Задум (завдання, проблема) та необхідні засоби його реалізації з метою досягнення бажаного економічного, технічного, технологічного чи організаційного результату.
д) ціль проекту	5. Час від моменту задуму проекту до його ліквідації.
е) життєвий цикл проекту	6. Передпроектна розробка інженерно-конструкторських, технологічних і будівельних рішень, порівняння альтернативних варіантів і обґрунтування вибору конкретного способу здійснення проекту.
є) команда проекту	7. Бажаний результат діяльності, який намагаються досягти за певний проміжок часу при заданих умовах реалізації проекту.
ж) план проекту	8. Процес управління командою, ресурсами проекту за допомогою спеціальних методів та прийомів з метою успішного здійснення поставленої мети.

Завдання 2

Проведіть класифікацію за різними ознаками таких проектів:

- створення спільного підприємства по виробництву офісних меблів;
- наукові дослідження хімічних властивостей добрив з метою їх виробництва, випуску і застосування у сільському господарстві;
- будівництво атомної електростанції;
- розробка газового родовища у Полтавській області та експорт газу;
- перехід на дворівневу систему навчання у вищих навчальних закладах України;
- економічний розвиток регіонів України.

Ситуація 1. Розглядається проект озеленення міста. На підставі власних обмежень і можливих передбачень щодо даного проекту визначте та опишіть:

- цілі проекту;
- основні ознаки;
- учасників проекту із зазначенням їх інтересів при підготовці та реалізації проекту;
- функції управління даним проектом;
- стадії життєвого циклу проекту.

Ситуація 2. Розглядається проект будівництва готельного комплексу на березі р. Дніпро у м. Києві. Упорядкуйте види робіт за стадіями життєвого циклу проекту:

- здійснення контролю за виконанням проекту;
- визначення альтернативних способів досягнення мети проекту та їх оцінка;
- обговорення умов кредитування;
- збір інформації про державну політику та програми адміністрації щодо соціально-економічного розвитку столиці;
- звіт про завершення проекту;

- укладання контрактів на будівельно-монтажні та пусконаладжувальні роботи;
- визначення існуючого попиту на перебування у готелях;
- оголошення про проведення торгів;
- оцінка екологічної припустимості проекту;
- введення об'єкта в експлуатацію;
- уточнення часових меж проекту;
- календарне планування будівельних робіт;
- оцінка інституційної припустимості інвестиційної пропозиції;
- надання готельних послуг;
- відбір можливого рівня обслуговування;
- оцінка доцільності проекту з технічного, комерційного, економічного, фінансового та організаційного погляду;
- діагностика об'єкта, що інвестується;
- визначення конкретних цілей проекту;
- отримання дозволу на купівлю чи оренду землі;
- оцінка доцільності проекту;
- визначення масштабів проекту;
- підготовка будівельної документації;
- набір і навчання персоналу;
- реклама готельного комплексу;
- оцінка потенційних можливостей розвитку готельного комплексу.

Завдання 3

Підприємство передбачає реалізувати інноваційно-інвестиційний проект вартістю 200 тис. грн, практичне здійснення якого спрямоване на виробництво нового виду продукції. Очікуються такі грошові потоки: 1 рік – 40 тис. грн, 2 рік – 40 тис. грн, 3 рік – 60 тис. грн, 4 рік – 50 тис. грн. Необхідно визначити чистий приведений дохід та термін окупності інвестицій за умови, що дисконтна ставка дорівнює 10%.

Завдання 4

Ви маєте 10 тис. дол. і хочете вкласти їх в ефективний проект. Їх можна витратити на купівлю акцій компанії "Різноекспорт" (25% на вкладений капітал), купівлю 5 тис. т товару для продажу його по 2,4 дол. за тону, купівлю офісу 30 м² для здачі його в оренду за 80 дол. за 1 м², або використати як депозит на рахунок в Укресімбанку (22% річних). Ви обрали найменш ризикований варіант і купили офіс. Розрахуйте альтернативну вартість проекту (в дол.).

Завдання 5

Визначити індекс рентабельності проекту, виходячи з таких даних: обсяг інвестицій в інноваційний проект становить 1200 тис. грн (на перший рік припадає 1000 тис. грн, на другий – 200 тис. грн). Грошові потоки, починаючи з другого року реалізації проекту, становитимуть 200 тис. грн, у наступні роки – відповідно 800, 1000, 1000, 1100 тис. грн. Дисконтна ставка – 5%.

ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ

1. Проект – це

- а. план довгострокових фінансових вкладень;
- б. програма дій використання фінансових ресурсів;
- в. завдання з певними вихідними даними й плановими результатами (цілями), що зумовляють спосіб його розв'язання;
- г. задум (завдання, проблема) та необхідні засоби його реалізації з метою досягнення бажаного економічного, технічного, технологічного чи організаційного результату.

2. Управління проектом – це:

- а. мистецтво координувати людські й матеріальні ресурси протягом життєвого циклу проекту;
- б. сукупність заходів, спрямованих на реалізацію проекту з метою отримання прибутку;
- в. процес управління командою, ресурсами проекту за допомогою спеціальних методів та прийомів з метою успішного здійснення поставленої мети.
- г. усі відповіді вірні.

3. До стадій життєвого циклу управління проектом не належать:

- а. зародження;
- б. зростання;
- в. зрілість;
- г. оцінка проекту.

4. Система управління проектами, за якої менеджер проекту не несе ніякої фінансової відповідальності за прийняття рішення, відповідає за координацію і управління розробкою та реалізацією проекту, у контрактні відносини з іншими учасниками проекту не вступає, називається:

- а. простою;
- б. розширеною;

- в. складною;
- г. замкненою.

5. Основними критеріями прийняття проекту є:

- а. технічна та технологічна можливість його реалізації;
- б. довгострокова життєздатність;
- в. економічна ефективність;
- г. усі відповіді вірні.

6. При проведенні технічного аналізу не передбачається:

- а. оцінка компонентів проекту;
- б. аналіз розташування проекту;
- в. розгляд процедур укладання контрактів;
- г. строки і фази виконання.

7. При проведенні комерційного аналізу не передбачається розгляд:

- а. графіка поставок;
- б. доступності та якості потрібних ресурсів;
- в. форм розрахунків та виконання поставок;
- г. законодавчих обмежень.

8. При проведенні фінансового аналізу не розглядається:

- а. обґрунтованість фінансових прогнозів;
- б. достатність оборотного капіталу;
- в. доцільність використання національних ресурсів;
- г. забезпеченість платоспроможності по кредитах.

9. Грошовий потік – це:

- а. різниця між грошовими надходженнями і витратами;
- б. витрати матеріальних, фінансових та інтелектуальних ресурсів із метою одержання доходів;
- в. капітальні вкладення;
- г. прибуток від інвестиційної діяльності.

10. Показник чистої теперішньої вартості відображає:

- а. відношення суми дисконтованих вигід до суми дисконтованих витрат;
- б. різницю між дисконтованими сумами грошових надходжень і витрат, які виникають при реалізації проекту;
- в. норму дисконту, за якою проект вважається економічно доцільним;
- г. міру зростання цінності підприємства в розрахунку на одну грошову одиницю інвестицій.

ГЛОСАРІЙ

Елементи проекту (project elements) – складові проекту, які визначають його сутність. Основними елементами проекту виступають задумка (ідея) проекту, засоби його реалізації, отримувані в процесі реалізації проекту результати.

Життєвий цикл проекту (project life cycle) – достатньо умовний поділ проекту на фази: концепція – проектування – реалізація – завершення.

Замовник проекту (project costumer) – головна сторона, яка заінтересована в здійсненні проекту і досягненні його результатів.

Класифікація проектів (project classification) – системний розподіл проектів за будь-якими суттєвими ознаками для зручності їх вивчення.

Ключові учасники проекту (project stakeholders) – учасники, які можуть суттєво вплинути на проект. Можуть бути як внутрішніми, так і зовнішніми.

Керівник проекту (project supervisor) – юридична особа, якій замовник і інвестор делегують повноваження по керівництву робота-ми по здійсненню проекту.

Проект (project) – захід, який має на меті створення нового продукту чи послуги і яке обмежене в часі.

Розробка проекту (project development) – фаза проекту, змістом якої є розробка основних компонентів проекту і підготовка до його реалізації.

Реалізація проекту (project implementation) – стадія проекту, змістом якої є виконання основних робіт по проекту, необхідних для реалізації цілей проекту.

Література

1. Микитюк П.П. Інноваційний менеджмент: підруч. Тернопіль : Екон. Думка ТНЕУ, 2019. 518 с.
2. Микитюк П.П. Інвестиційно-інноваційний менеджмент. Тернопіль : ВПЦ «Економічна думка ТНЕУ», 2015. 452 с.
3. Микитюк П.П. Управління проектами: навч. пос. Тернопіль : ТНЕУ «Економічна думка», 2017. 320 с.
4. Тарасюк Г. М. Управління проектами. 3-ге вид. Київ : Каравела, 2018. 320 с.
5. Petro Mykytyuk, Inna Semenets-Orlova, Kateryna Blishchuk. Outsourcing as a tool of strategic planning in public administration. Studies of Applied Economics. Vol.39, No 3 (2021) URL: <http://ojs.ual.es/ojs/index.php/eea/article/view/4718/0>.

6. Petro Mykytyuk, Vasyl Brych, Nataliya Halys, Olena Borysiak, Ganna Zhekalo, Mariana Sokol. Management Model of Energy Enterprises Innovative Development Within Physiological Working Conditions. International Journal of Applied Exercise Physiology. Vol.10 No.1 URL: <http://ijaep.com/Journal/vol.10.1.pdf>.

7. P. Mykytyuk, I. Trush Methodical approaches to managing the efficiency of enterprise resources EUREKA: Social and Humanities 2021. Vol. 1 (N° 01). URL <http://www.journal.eu-jr.eu/social>

8. Mykytyuk P. P., Kotys N. V., Mykytyuk Yu. I. Methodical approaches to the analysis of the effectiveness of fixed assets of construction organizations on the basis of economic-mathematical modeling. Revista ESPACIOS. 2020.Vol. 41 (N° 05). URL: <https://www.revistaespacios.com/a20v41n05/20410504.html>.

РОЗДІЛ XV. УПРАВЛІННЯ ЗМІНАМИ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Рекомендовані питання для розгляду:

1. **Зміни як об'єктивна необхідність розвитку закладу охорони здоров'я**
2. **Симптоми, фактори і причини настання проблемних ситуацій в діяльності закладу охорони здоров'я**
3. **Сучасні підходи до реалізації змін в закладі охорони здоров'я**
4. **Індивідуальні зміни керівника закладу охорони здоров'я**
5. **Командні зміни в закладі охорони здоров'я**
6. **Управління опором змінам в закладі охорони здоров'я**

1. Зміни як об'єктивна необхідність розвитку закладу охорони здоров'я

За своїми характеристиками процес управління є достатньо складним видом діяльності, на здійснення якого впливає множина чинників середовища функціонування закладу охорони здоров'я. Його складність полягає у необхідності вибору рішення з безлічі можливих альтернатив, детермінуючий вплив на який мають, насамперед, фактори зовнішнього середовища. Оскільки заклад охорони здоров'я потребує регулярного отримання із зовнішнього середовища ресурсів для забезпечення своєї життєдіяльності, його спроможність до адаптації вимог зовнішніх та внутрішніх стейкхолдерів набуває відправного значення в контексті досягнення цілей його діяльності.

На сьогодні не існує та об'єктивно не може існувати єдиного інтегрованого підходу до побудови раціонального алгоритму процесу управління змінами в умовах мінливості факторів внутрішнього і зовнішнього середовища, який би всебічно враховував гуманітарні, економічні, технологічні, соціальні та політичні впливи на заклад охорони здоров'я. За цих умов знання та подальше виважене використання напрацьованих практикою менеджменту низки методик управління змінами значною мірою нівелює вплив негативних детермінант розвитку закладу охорони здоров'я..

Зміна – це процес появи нових рис і елементів в організаційній системі. Основними елементами системи управління змінами в закладі охорони здоров'я. є:

- **суб'єкти управління змінами** – працівники керівної ланки закладу охорони здоров'я різних рівнів, об'єднаних до робочих груп згідно з обраною сферою впровадження змін;
- **об'єкти управління змінами** – окремі сфери діяльності закладу охорони здоров'я, що потребують певних змін та на які спрямовані дії суб'єктів щодо впровадження цих змін;

– **функції управління змінами** – діяльність, яка відображає процес реалізації управлінської діяльності щодо впровадження змін. Оскільки управління змінами є управлінською діяльністю функції управління змінами інтегруються до загальної системи управління, яке реалізується в наступних функціях: планування, організація, координація, мотивація, контроль. Однак, універсальних функцій управління змінами в організації не існує, оскільки конкретний склад цих функцій залежить від конкретної ситуації в закладі охорони здоров'я в певний період часу за умов конкретного впливу чинників зовнішнього середовища;

– **методи управління змінами** – способи впливу суб'єктів управління на об'єкти змін (економічні, технологічні, соціально-психологічні, адміністративні).

Основними властивостями закладу охорони здоров'я, що зумовляють можливість їх змін є:

– **композиційність** – можливість побудови шляхом цілеспрямованого складання її з елементів;

– **адаптивність** – пристосування до конкретних цілей, ресурсів і умов;

– **комбінаторність** – потенційні можливості розробки та застосування різних варіантів вже використовуваних в закладі охорони здоров'я його складових елементів;

– **селективність** – здатність закладу охорони здоров'я до вдосконалення через свідомий відбір, закріплення і розвиток необхідних якостей;

– **інгресивність** – поступове та свідоме цільове формування закладом охорони здоров'я нових якостей його складових елементів.

Аналіз трактування поняття «зміни» та дослідження різноманітних класифікацій змін, визначають наступну сукупність характеристик, властивих змінам для забезпечення висхідного розвитку закладу охорони здоров'я (табл. 1).

Таблиця 1

Класифікація змін в розвитку організації

Класифікаційна ознака	Приклад змін	Характеристика змін
За масштабами змін	Загальні, часткові	Зміни відбуваються в закладі охорони здоров'я внаслідок загальних або часткових процесів
За джерелом змін	Екзогенні, ендогенні	Джерело змін знаходиться поза закладом охорони здоров'я або є його складовою
За якістю змін	Прогресивні, регресивні	Зміни, які забезпечують підвищення ефективності діяльності закладу

Класифікаційна ознака	Приклад змін	Характеристика змін
		охорони здоров'я, тобто рух «від нижчого до вищого» або навпаки
За швидкістю змін	Еволюційні, революційні	Трансформаційні зміни, що реалізуються поступово впродовж декількох років або впродовж короткого лагу часу
За рівнем невизначеності змін	Планові, реактивні	Своєчасні зміни, які передбачаються з достатньою ймовірністю або є швидкою реакцією на виникаючі потреби
За сутністю змін	Інтенсивні, екстенсивні	Зміни, спрямовані на якісне або кількісне покращення способів, методів та технології надання медичних послуг
За можливістю управління змінами	Керовані, важкокеровані	Зміни, що піддаються управлінню або вимагають складних інструментів управлінського впливу без гарантії їх результативності
За характером змін	Інкrementарні, дискретні	Зміни, які є серією безперервного руху, що не порушує рівноваги медичного закладу в цілому або одноразові зміни, які змінюють вектор розвитку закладу охорони здоров'я

Відомий фахівець в сфері менеджменту І. Адизес вважає, що зміни – це не події, які інколи трапляються в організації, а потік подій у зовнішньому і внутрішньому середовищі, який постійно викликає реакцію організації. Враховуючи це, вважається, що зміни виникають постійно, проблеми зумовлюються змінами, рішення дозволяють вирішити проблеми, а вирішені проблеми викликають нові зміни. Зміни не обов'язково мають охоплювати організацію, а вирішення проблем може спрямовуватися поза межі організації або носити одноразовий характер. Як правило це відбувається при усуненні проблем, що власне пов'язані із постійними змінами. При цьому управління змінами базується на принципах демократії диктатури. Демократичний підхід необхідно застосовувати при прийнятті рішень, а диктатуру – при їх реалізації.

Науковці Каролін Айкені Скотт Келлер звернули увагу, що менеджери надто раціонально підходять до процесу реалізації змін, але при цьому не враховують невербальні аспекти. З метою ідентифікації цих аспектів науковці визначили **9 пасток, що заважають здійсненню ефективних змін.**

1. У своїх діях керівники вважають, що мотиватори їх діяльності до змін автоматично мають стати мотиваторами для інших працівників.

2. Керівники не пояснюють передумови необхідності змін працівникам, а подають лише готовий алгоритм їх реалізації. Такі менеджери вважають, що якщо вони вже знають варіанти змін, то варіант їх реалізації можна просто донести до підлеглих. Однак на практиці необхідно враховувати той факт, що якщо люди приклали зусилля до створення чогось, їх прихильність до цього зростає у 5 разів.

3. При прийнятті рішення про необхідність змін, менеджери опираються на недоліки організації. На практиці часто застосовуваним є підхід до вирішення проблем, що базується на пошуку причин та винних. Однак дослідження науковців доводять, що зміни, передумовами яких є негатив, викликають найбільший спротив співробітників. Також необхідно враховувати дослідження психологів доказали закономірність "self-serving bias", яка обґрунтовує, що люди мають про себе кращу думку, ніж вони є насправді. Це зумовлює необхідність управління змінами через пошук кращого в організації та відображенні позитивних перспектив у плануванні діяльності організації.

4. Керівники вважають, що вони відповідають змінам і часто змінюють все навколо, однак самі залишаються такими як є.

5. Вплив лідерів вважається основною передумовою проведення успішних змін. Однак успіх змін залежить не тільки від особистих якостей менеджера, але від того, як сприймають ці зміни співробітники організації.

6. Гроші є найбільшим мотиватором змін. Практикою доведено, що фінансова мотивація стимулює результативність виконання монотонних робіт, але значно зупиняє розумову і творчу роботу (до якої практично завжди належать зміни). У різних співробітників закладу охорони здоров'я є різні вимоги, а тому грошова мотивація є самим дорогим способом, однак не завжди дієвим.

7. Результат повинен бути досягнутий будь-якою ціною. Необхідно враховувати, що співробітники не будуть діяти проти своїх інтересів, а тому керівники повинні відстежувати відношення співробітників до змін залежно від результатів впровадження останніх.

8. Важливими є лише чітко визначені дії співробітників. Однак, якщо моральні чи інші переконання співробітників є іншими, ніж пропонувані зміни, вони рано чи пізно будуть намагатися повернути колишні правила чи вимоги до їх роботи.

9. Навчання новим навичкам є достатньою умовою для успішних змін. Однак, потрібно враховувати, що виконуючи нову роботу співробітникам може не вистачати часу для якісного опанування нових навичок, тому керівник закладу охорони здоров'я повинні застосовувати системи винагород для працівників та враховувати фактор часу для набуття ними нових професійних компетенцій.

2. Симптоми, фактори і причини настання проблемних ситуацій в діяльності закладу охорони здоров'я

Основним завданням процесу управління змінами є внесення коригувальних дій в напрямку забезпечення стабільності та висхідного розвитку закладу охорони здоров'я. З цією метою керівник закладу охорони здоров'я повинні розрізняти типологію проблем, які є передумовами необхідності проведення змін.

В управлінні за категорією проблем розрізняють:

– **стандартні проблеми.** Їх розв'язання вимагає чіткого дотримання визначених алгоритмів дій. Такі проблеми не допускають ніяких відхилень і в кінцевому випадку в їх вирішенні головну роль повинні відігравати уміння і навички менеджера та працівників, які їх реалізують;

– **типові проблеми.** Вони зважуються на базі безлічі визначених першочергово заданих правил, причому в ході вирішення потрібно з наявної безлічі вибрати конкретний, найчастіше єдиний набір її правил, які дозволяють домогтися успіху;

– **евристичні проблеми.** У ході їх вирішення потрібно або знайти, наприклад, у літературі, або сформулювати самим правила їхнього вирішення з наступним їх використанням.

Загалом поведінка закладу охорони здоров'я характеризується двома видами: як стандартна реакція на типові проблеми і як принципово нова – на змінені умови внутрішнього або зовнішнього середовища свого функціонування.

Менеджер закладу охорони здоров'я з метою ефективного управління змінами повинен вчасно помічати симптоми його небезпечного розвитку для того, щоб вчасно відреагувати і запустити процес управління змінами. Однак, при цьому вони повинні коригувати не симптоми, а фактори і причини, які їх зумовлюють, оскільки у іншому випадку процес реалізації змін буде не ефективним.

Отже, на практиці необхідно комплексно враховувати як симптоми, так і фактори і причини настання проблемних ситуацій. При чому необхідно пам'ятати, що аналогічно до лікування хворих, лікувати необхідно не симптоми, а усувати фактори та причини їх настання. Керівник закладу охорони здоров'я повинен враховувати пам'ятати, що **симптом появи проблемної ситуації** є лише зовнішнім проявом її настання, **фактором виникнення** – як правило, певна подія, що зумовлює її настання, а **причина** – певні події або явища у внутрішньому та зовнішньому середовищі, існування яких зумовлює настання або активізує силу впливу факторів проблемних ситуацій.

Таким чином, при умові врахування симптоматики виникнення проблемних ситуацій та коригування в процесі змін саме факторів і причин їх виникнення значно оптимізується час реакції закладу охорони здоров'я

на потребу у реалізації змін, і, як правило, їх впровадження є менш складним у функціональному і організаційному аспектах.

3. Сучасні підходи до реалізації змін в закладі охорони здоров'я

Управління змінами є процесом, який змінює організаційне або функціональне забезпечення діяльності закладу охорони здоров'я з метою його ефективної діяльності. Процес управління змінами базується на низці базових принципів, зокрема:

- **системності**, який передбачає, що зміни повинні охоплювати заклад охорони здоров'я як цілісну систему, а тому їх результат впливає як на всі без виключення елементи внутрішнього середовища;
- **дуальності**, який передбачає врахування впливу зовнішнього середовища як на етапі формування необхідності у змінах, так і при їх реалізації;
- **ієрархічності**, який враховує те, що реалізація змін повинна враховувати ієрархічність елементів організаційної системи закладу охорони здоров'я та послідовність ефектів від їх реалізації;
- **конфігуративності**, який визначає особливості реалізації та результативність змін через відкриті та приховані інтереси керівництва закладу охорони здоров'я, що їх провадять;
- **узгодженості**, який передбачає погодження методів й процесів змін зі звичайною діяльністю й управлінськими процесами в закладі охорони здоров'я;
- **делегування**, який передбачає визначення заходів і форм участі кожного із рівнів менеджменту у конкретних заходах реалізації змін. Критерієм централізації є складність та пріоритетність виконуваних дій для закладу охорони здоров'я;
- **пріоритету процесів надання медичних послуг**, який передбачає узгодження процесів надання медичної допомоги і управління при реалізації змін;
- **синтезу**, який передбачає врахування без виключень структурних, методичних, людських, психологічних, політичних, фінансових аспектів реалізації змін;
- **інструменталізму**, який визначає необхідність управління змінами через застосування чітко визначених підходів, а не інтуїтивних способів втручання.

На процес управління змінами в закладі охорони здоров'я впливають такі фактори як необхідний термін і темп здійснення змін, стиль управління з боку керівництва медичного закладу, доцільність використання консалтингової допомоги. Процес управління змінами повинен передбачати визначення масштабу залучення працівників закладу охорони здоров'я,

який може бути від високого до низького. У випадку незначних змін залучення всіх працівників не є необхідним, але при радикальних змінах вищий ступінь залучення є ключовою передумовою ефективності їх реалізації. Класичними інструментами залучення працівників закладу охорони здоров'я до процесу реалізації змін є:

- **інформація** через надання письмових та відеоматеріалів, проведення конференцій і презентацій;
- **комунікація** через проведення зустрічей в малих групах;
- **консультування та проведення опитувань**;
- **переговори**;
- **участь** через створення робочих команд, або проектних груп.

На практиці застосовуються різноманітні стратегії управління змінами, що враховують різні аспекти поведінки працівника закладу охорони здоров'я:

- **раціональна стратегія**, яка базується на тому, що люди схильні переслідувати свої власні цілі, а тому завдання керівника закладу охорони здоров'я полягає у тому, щоб поєднати інтереси працівника з перспективами розвитку закладу охорони здоров'я;

- **нормативна стратегія**, яка базується на тому, що люди схильні дотримуватися етичних норм і цінностей, тому проектуючи та впроваджуючи зміни керівництво закладу охорони здоров'я повинно враховувати можливу нову інтерпретацію існуючих норм та рівень прихильності до нових норм;

- **владна стратегія**, яка зумовлена тим, що більшість працівників роблять те, що їм говорять з боку керівництва закладу або до чого їх можна спонукати, а тому зміни повинні ґрунтуватись на владі і санкціях з боку керівництва закладу охорони здоров'я;

- **адаптивна стратегія**, яка обумовлена властивістю людей адаптуватися до нових організаційних обставин, а тому менеджери закладу охорони здоров'я повинні враховувати не тільки час трансформаційних перетворень, але й термін їх сприйняття колективом.

Використання кожного із видів стратегії залежить від низки основних факторів, зокрема:

- **міри протистояння** працівниками щодо нових змін, наприклад, сильне протистояння зумовляє необхідність застосування владної стратегії, у той час як слабе протистояння вимагає раціональної стратегії, а згода – адаптивної;

- **кількість людей**, що охоплюється змінами, оскільки для значної кількості працівників необхідне застосування підходу, який включає в себе всі чотири види стратегій;

- **масштаб цілі змін**, оскільки значний масштаб змін потребує комбінованого застосування усіх окреслених стратегій;

– **необхідний час впровадження змін**, оскільки короткі проміжки часу вимагають застосування владної стратегії, а триваліші – різних видів стратегій;

– **експертні висновки**, оскільки наявність експертної оцінки зумовлює необхідність застосування всіх стратегій сукупно, а її відсутність, як правило, створює передумови використання владної стратегії.

Рішення про використання тієї чи іншої стратегії реалізації змін приймається на основі не лише основних, але специфічних, характерних для кожної окремо взятої медичної установи факторів.

Відомі дослідники процесів змін в діяльності сучасних організацій Фуллан М., Майлз М. визначили сім напрямків дій, які є необхідними для їх успішної реалізації.

1. Проведення змін об'єктивно є процесом, що характеризується невпевненістю, тому він рідко проходить планово.

2. Не існує точних алгоритмів проведення змін, оскільки управління змінами є і процесом пристосування до швидко змінюваних непередбачуваних ситуаціях.

3. Необхідно сприймати проблеми, а не тікати від них.

4. Проведення змін потребує ресурсів.

5. Зміни в організаційній системі не можуть реалізовуватися самі по собі, а повинні впроваджуватися та контролюватися централізовано групою різнофункціональних спеціалістів.

6. Успішні зміни є системним, а не сегментарним процесом, а тому значна увага менеджерів повинна приділятися системі взаємозв'язків між елементами організації

7. Зміни потрібно реалізувати безпосередньо в організації, а не будучи поза її межами.

4. Індивідуальні зміни керівника закладу охорони здоров'я

Професійна діяльність керівника закладу охорони здоров'я вимагає виконання видів робіт, пов'язаних зі збором, аналізом інформації, її оцінкою, порівнянням та засвоєнням, постановкою цілей і завдань, плануванням і прийняттям рішень, власною мотивацією та стимулюванням членів команди. Враховуючи це, **перший компонент якостей керівника закладу охорони здоров'я – індивідуально-психологічний** – складається з вольових, аналітичних, мотиваційних якостей і когнітивних умінь.

Також робота керівника закладу охорони здоров'я пов'язана із проведенням переговорів, презентацій, встановленням і розвитком взаємодії між персоналом та медичною установою, налагоджуванням взаємовідносин, тому **другий компонент якостей керівника закладу охорони здоров'я – комунікативно-креативний** – складається з

комунікативних і творчих якостей, рефлексійних умінь.

В процесі професійної діяльності керівники закладу охорони здоров'я також виконують роботу, пов'язану з плануванням, пошуком ресурсів, організацією процесу надання медичних послуг, аналізом та удосконаленням результату, тому **третій компонент якостей керівника закладу охорони здоров'я – професійно-діловий** – складається з організаторських якостей і професійних умінь.

Оскільки діяльність керівника закладу охорони здоров'я відбувається в певній соціальній групі, то **четвертий компонент лідерських якостей – соціально-груповий** – включає адаптивні, інтегративні якості та кооперативні вміння.

Таким чином, з метою підвищення ефективності роботи керівника закладу охорони здоров'я необхідним є реалізація комплексу управлінських впливів, що спрямовані на набуття ними вищезазначених якостей.

На сьогодні сформовано декілька концепцій до реалізації індивідуальних змін у менеджменті закладу охорони здоров'я, зокрема традиційна, політико-персональна, організаційна.

В межах **традиційної концепції** існує дві різні школи – функціональна та школа людських відносин. У **функціональній моделі** роль керівника закладу охорони здоров'я представлена виконанням основних видів управлінської діяльності, таких як: планування, організаційна робота, укомплектування штатів, керівництво і контроль. Стиль цього підходу має характер інструктажу, в якому формулюються норми того, що повинні робити працівники закладу охорони здоров'я.

Школа людських відносин керується ідеологією, в центрі уваги якої – люди. При цьому знання та розуміння керівником закладу охорони здоров'я соціальних потреб працівників, стають ключовими елементами ефективного управління. У цій моделі увагу зосереджено на обов'язках керівника закладу охорони здоров'я створювати і підтримувати атмосферу відвертості, довіри і підтримки, а також систему співучасті у прийнятті рішень членами колективу.

У **політико-персональній концепції** центральне місце ролі керівника закладу охорони здоров'я відводиться його владі і персональній тактиці.

В **організаційній концепції** дії керівника закладу охорони здоров'я аналізуються з точки зору впливу як внутрішніх, так і зовнішніх чинників та враховується їх взаємний вплив. При цьому підході заклад охорони здоров'я розглядається як відкрита система, що функціонує на трьох рівнях – технічному, адміністративному та інституційному. На **технічному рівні** відбувається діяльність по наданню комплексу медичних послуг. **Адміністративний рівень** забезпечує доцільну комбінацію необхідних ресурсів для закладу охорони здоров'я.

Інституційний рівень представляє органи публічного управління, які прямо або опосередковано регулюють діяльність закладу охорони здоров'я. За таких умов керівник закладу охорони здоров'я стоїть на перехресті внутрішнього (технічного) і зовнішнього (установчого) рівнів та враховує вимоги і потреби, які інколи конфліктують між собою і виникають як в межах, так і поза межами керівника закладу охорони здоров'я.

Важливе значення для професійного розвитку керівника закладу охорони здоров'я мають **управлінські компетенції**, що формуються із таких компонентів, як знання, навички, здібності, позиція чи установки, тобто ставлення до окремих людей і подій та поведінка. На сьогодні українськими науковцями запропонована методика, що дозволяє визначити ступінь готовності менеджерів організацій до набуття досвіду управління індивідуальними змінами (табл. 2).

Таблиця 2

Компоненти методики оцінки готовності керівника закладу охорони здоров'я до управління індивідуальними змінами

Компоненти	Напрями оцінювання менеджера організації
Пошук можливостей для навчання тонкощі управлінської діяльності	зростання ефективності управлінської діяльності протягом певного часу; використання переваг нових видів управлінської діяльності
Здібність до вдосконалення навичок комунікативної взаємодії	швидкість отримання важливих нових навичок комунікативної взаємодії; прояв наполегливості у налагодженні контактів
Пошук і використання зворотного комунікативного зв'язку	отримання уроків управлінського досвіду; прагнення одержати зворотний комунікативний зв'язок; інтерес до взаємодії з людьми; реакція та демонстрація позитивних змін за результатами зворотного комунікативного зв'язку
Отримання уроків з помилок	уміння вносити корективи по ходу роботи; отримання правильних висновків із невдач; можливості зміни неефективної поведінки без прояву захисної реакції; уміння справлятися з критикою, коли він впевнений у власній правоті
Емоційно-психологічна стійкість та відкритість до критики	контроль позитивних і негативних емоцій; навички налагодження робочих зв'язків в умовах психологічної несумісності; ставлення до критики на свою адресу; рівень стійкості до стресів; готовність швидко відновитися після невдачі; наполегливість, дисциплінованість, спокій у складних обставинах

Компоненти	Напрями оцінювання менеджера організації
Розуміння себе	знання своїх індивідуальних смаків, сильних, слабких сторін та переваг; розуміння, яка підтримка йому потрібна від сім'ї або друзів; розуміння власної поведінки в сім'ї; готовність йти на ризик
Прагнення до видатних організаційних досягнень	уміння залишатися сконцентрованим, встановлювати чіткі цілі; сміливість у вчинках, коли інші вагаються; готовність жертвувати своїми інтересами заради розвитку закладу охорони здоров'я
Здібності до діалектичного аналізу	отримання управлінського досвіду, що дозволить повному подивитися на ситуацію; уміння уважно слухати; уміння швидко і точно розпізнати ключове питання при розгляді комплексної проблеми; демонстрація спритності при вирішенні проблем; уміння ставити важливі і правильні запитання
Використання засобів підтримки від інших людей	використання перспективних можливостей від діяльності інших людей; наявність близьких людей, що нададуть допомогу у складних ситуаціях; уміння довіряти іншим людям та завойовувати довіру до себе; використання підтримки колег
Справедливість і чесність у вчинках	відкритість, щирість, чесність, справедливість; уміння ставитися до інших людей з повагою; прагнення до істини незалежно від обставин; відсутність звинувачень в сторону інших людей, приймання відповідальності за свої дії

Відомий науковець у сфері управління Е. Кемерон виділяє п'ять факторів, котрі обумовлюють індивідуальну реакцію керівника на зміни. Знання даних факторів сприяє реалізацію успішних змін.

1. Джерела виникнення змін. Залежно від джерел виникнення змін обумовлюється поведінка керівника закладу охорони здоров'я та працівників у їх реалізації. Джерела змін є зовнішні, внутрішні, еволюційні, революційні, щоденні, одноразові, поверхневі та глибокі.

2. Наслідки змін. Результативність змін залежить від результатів та переваг, що отримують конкретні групи стейкхолдерів закладу охорони здоров'я (різні групи працівників, суспільство в цілому).

3. Історія розвитку закладу охорони здоров'я, котра засвідчує позитивний чи негативний досвід попередніх змін.

4. Тип особистості. Реакція на зміни значною мірою визначається особистими психоемоційними характеристиками керівника закладу охорони здоров'я.

5. Особиста історія. Особиста реакція на зміни залежить від рівня знань, позитивного чи негативного досвіду проведення попередніх змін, етапу кар'єри особи, яка є безпосереднім або опосередкованим об'єктом змін.

5. Командні зміни в закладі охорони здоров'я

Перш ніж управляти змінами, керівнику закладу охорони здоров'я необхідно точно визначити вплив змін на працівників. З метою прогнозування впливу змін на працівників організації відомий психолог Ф. Кругер запропонував наступну типологію працівників:

- прибічники – ті, хто позитивно відноситься до змін;
- потенційні прибічники – хто не повністю переконаний у необхідності змін та знаходить вигоди від їх реалізації;
- суперники – ті, хто відкрито не підтримує зміни;
- скриті суперники – ті, хто підтримує зміни, однак насправді їх не сприймає та стимулює опір змінам. Тому важливим завданням керівника закладу охорони здоров'я є виявлення таких працівників з метою нівелювання їх негативного впливу і коригування їх поведінки.

При цьому розуміння керівником закладу охорони здоров'я того, що в закладі існують різні типи людей з різними системами переконань є вагомим передумовою успішних змін.

Фахівець у сфері практичного менеджменту Д. Майстер, виокремлює **дві характеристики працівників**. Перша характеристика враховує час, на який орієнтуються працівники при виконанні своїх професійних обов'язків. Такі працівники націлені на майбутнє і готові відтермінувати задоволення поточних власних потреб. Друга характеристика працівників враховує їх відношення до колективної діяльності. Об'єднуючи ці дві характеристики Д. Майстер визначає 4 види працівників:

- працівник-одинак, котрий цінує незалежність, не бажає здійснювати будь-які інвестиції у майбутнє, визначає пріоритетом свою здатність приносити щоденну користь;
- працівник, що надає перевагу колективній праці, однак не бажає відтермінувати задоволення власних потреб;
- відносно незалежний працівник, який зацікавлений вкладати ресурси у майбутнє задля нових досягнень;
- працівник колективу, який має достатньо терпіння і цілеспрямованості, щоб допомогти керівнику закладу охорони здоров'я досягати успіху у майбутньому.

Визначити, до якого типу відноситься працівник можна за допомогою двох питань:

- якою хотів би працівник бачити систему винагород в закладі охорони здоров'я (врахування індивідуальної ефективності працівника чи загальної ефективності підрозділу закладу охорони здоров'я);
- чи зацікавлений працівник в інвестиціях закладу охорони здоров'я у її майбутнє, якщо це зумовить зниження його поточного доходу?

Для об'єктивного визначення типу працівника, доцільним є проведення анонімного опитування працівників для подачі ними характеристики на своїх колег.

На основі отриманих результатів можна прогнозувати можливість реалізації змін та коригувати їх реалізацію. Коригування отриманої ситуації передбачає чотири варіанти:

- організувати роботу з врахуванням індивідуальних характеристик працівників;
- розмістити у різних структурних підрозділах працівників з яскраво вираженими антагоністичними характеристиками;
- мотивувати окремі групи працівників з метою переходу їх у іншу т. зв. групу;
- поставити працівника перед вибором залишатися в закладі охорони здоров'я чи звільнитися.

Щоб змінити поведінку людей, потрібно, по-перше, змінити оточення, у якому вони працюють, по-друге, змусити їх повірити, що вони зможуть прийняти нову лінію поведінки і, по-третє, переконати їх, що це приведе до бажаного для них результату.

Готовність працівників закладу охорони здоров'я до змін можна визначити через два аспекти:

- ступінь задоволеності працівника поточним станом організації;
- сприйняттям особистого ризику при реалізації змін.

Згідно цього підходу вважається, що якщо працівник задоволений поточною ситуацією, а ризик від проведення змін є високим, то реалізація змін є практично неможливою. І навпаки, при умові незадоволення працівниками поточним станом речей в закладі охорони здоров'я, і сприйняттям можливих ризиків при реалізації змін, існує реальна передумова їх успішного впровадження.

Американський дослідник проблем управління Джон Келлер, вивчаючи різноманітні системи навчання, звернув увагу на мотивацію в процесі набуття навиків, знань та вмінь. Ним була створена **модель мотивації ARCS**, практична значимість якої засвідчують наступні результати – за умови її використання кількість тих, хто припиняє навчання зменщується з 44% до 22 %.

Мотивація в процесі навчання дуже важлива для управління змінами. В свою чергу зміни пов'язані з здобуттям знань, навичок, привичок мислення і поведінки і дуже часто залишаються безрезультатними через явну чи приховану відмову працівників організації від їх набуття. Модель Дж. Келлера включає 4 етапи: увага (attention); значимість (relevance); впевненість (confidence); задоволення (satisfaction).

Незважаючи на черговість етапів **перший етап – увага** – повинен виконуватися впродовж всього процесу навчання чи реалізації змін. Зосередження уваги працівників до процесу навчання чи змін є початковим кроком процесу навчання. Також в процесі навчання необхідно постійно підтримувати увагу та зацікавлення. У цьому напрямку доцільно

використовувати зміну способів донесення інформації та залучення навчаючих у різні стилі спілкування, наприклад, гумор, неформальні підходи.

На **другому етапі – значимість** – необхідно допомогти працівнику побачити зв'язок між курсом навчання та його практичною цінністю в житті того, хто його вивчає. З цією метою керівнику закладу охорони здоров'я необхідно вміти прислуховуватися до потреб того, хто навчається та вміти говорити з ним "однією мовою". Впевненість полягає у переконанні людини у тому, що вона має достатньо здатностей до навчання. У цьому аспекті цікавим є той доведений науково той факт, що при відсутності впевненості в успіху навіть роль візуалізації буде дорівнювати нулю. В свою чергу, якщо підлеглий або учень має високу коефіцієнт впевненості, роль керівника закладу охорони здоров'я як вчителя буде мінімальна, при цьому підтримує впевненість успішна реалізація перших етапів і кроків навчання.

В кінці процесу навчання значною мірою зростає роль задоволення, однак і водночас з'являється втома, сумніви у застосуванні знань. У цьому випадку керівник закладу охорони здоров'я повинен допомогти у пошуку точок співзалежності результатів навчання з практичною потребою і застосуванням. При цьому доцільно застосовувати мотивацію у вигляді винагород і похвали.

Ґрунтовні дослідження впровадження інновацій в управлінську практику, проведені Евереттом Роджером і Керін Скотт, свідчать, що тільки 2,5 % працівників можуть сприйняти нові ідеї швидко. Як правило, це керівники закладу охорони здоров'я, які мають розуміння складних процесів і добре відчують специфіку діяльності закладу і саме вони виконують функцію ініціаторів змін.

Решті працівникам закладу охорони здоров'я потрібен час, оскільки 13,5 % персоналу схильна до відносно швидкого сприйняття змін. Після того, як вони проникнуться новими ідеями, саме вони стануть здатними поширювати їх в закладі охорони здоров'я і виступати агентами змін. Їхніми зусиллями наступні 68 % працівників залучаються до процесу змін у процесі змін. Таким чином, формується колектив абсолютної більшості налаштованих на зміни.

Залишається пасивна частина персоналу – 16%, які представляють інертну частину колективу. Однак керівнику закладу охорони здоров'я варто враховувати, що вони будуть змушені пливти у фарватері змін, підкоряючись волі активнішої частини працівників закладу.

З метою сприйняття та реалізації змін доцільно застосовувати два види знань:

- запрограмоване, що передається людині через ознайомлення з новим матеріалом,
- фактичне, що отримується в результаті досвіду і використовується людиною у вигляді навичок.

Автор методу звернув увагу, що для ефективного навчання необхідним є зворотній зв'язок і здатність людини сприймати інформацію. Ці властивості були покладені в основу методу і формули **Action Learning (навчання дією)**:

$$L = P + Qt, (1)$$

де L – навчання (learning),

P – запрограмовані знання (programmed knowledge),

Q – навчання за допомогою опитування (insightful questioning).

Зміст цієї формули свідчить, що знання людини можна поглибити, розширити і перетворити у навички за допомогою зворотного зв'язку за допомогою обговорення практичного досвіду. Важливість останнього параметру формули підтверджується принципом Паретто, що засвідчує, що 20% знань люди отримують за допомогою формального навчання у вигляді запрограмованих знань і на 80% застосовуючи його в житті. У 2004 р Michael Marquardt розширив формулу:

$$L = P + Q + R, (2)$$

де R – рефлексія, обдумування (reflection).

Новий елемент формули акцентує увагу на необхідності свідомого осмислювання працівником нового професійного досвіду і ґрунтовного аналізу поточної проблеми.

Таким чином, процес навчання є вивченням власного досвіду вирішення проблем у порівнянні з колегами, що реалізується за допомогою обміну думками і окреслення ключових питань. При цьому не існує єдино правильної форми організації програми навчання дією, оскільки кожний раз вона створюється під певні вимоги, визначені цілі та особливості діяльності закладу охорони здоров'я.

Ключовими елементами методу навчання дією є:

- ініціатор навчання дією – співробітник організації із значними повноваженнями, який несе відповідальність за створення в закладі охорони здоров'я програми навчання дією,
- координаційна рада – працівники закладу охорони здоров'я, що поділяють думку про програму, підтримують ініціатора програми навчання дією,
- консультант – спеціаліст по навчанню дією, що координує програму і роботу у групах.

Стадіями програми навчання дією є:

- презентація програми – знайомство з методом Action Learning, запуск програми і формування груп;
- засідання груп – зустріч учасників з періодичністю один раз у тиждень в процесі якої відбувається обмін досвідом і отримання зворотного зв'язку;

- реалізація проектів – дії по вирішенню проблеми у проміжках між засіданнями груп;
- учбові семінари – зустрічі учасників для поповнення запрограмованих знань, можливо із участю сторонніх спеціалістів;
- заключна конференція – організаційний захід для підведення підсумків і складанням планів відносно програми навчання дією.

Послідовність роботи у робочих групах має свої характерні особливості. Як правило, на початку один із керівників проекту розповідає учасниками про стан проблеми на сьогоднішній день і діях, що була реалізована щодо її усунення. Учасники задають запитання до керівника проекту щодо змісту теми і його відношенню до неї. Далі відбувається обговорення учасників з приводу проекту, які керівник записує, однак не коментує. Далі оголошується перерва, під час якої керівник проекту складає персональний план дій до наступного засідання групи. Даний план зачитується групі, учасники якої коментують його щодо притаманності йому конкретності і реалізованості.

Такий метод навчання є ефективним тільки при вирішенні прикладних проблем закладу охорони здоров'я, тобто складних завдань, що мають невизначеність в умовах і діях. При цьому він розширює наявні знання і стимулює до отримання нових.

Для активізації роботи колективу в напрямку реалізації змін в закладі охорони здоров'я повинен дотримуватися певних правил. Зокрема, керівнику закладу охорони здоров'я доцільно застосовувати наступні методи: вироблення спільного бачення, винагороди, покарання, навчання, використання ресурсів підтримки та реструктуризацію команд чи колективу в цілому.

Д. Майстер окреслює причини, які заважають персоналу активізувати свої зусилля щодо впровадження окреслених керівництвом змін. При визначенні вищезазначених причин автор вказує не причини опору працівників, а причини їх небажання реалізувати зміни. Таким чином, акцент вирішення проблеми переноситься на завдання керівництва закладу охорони здоров'я, а не на працівників, тому кожна із нижчезазначених типових причин має бути керівництвом до дії і завданням, що вимагає певних рішень від керівника закладу охорони здоров'я.

Основні причини, існування яких зумовлює пасивність колективу щодо реалізації змін можна звести до наступних:

1. Працівники закладу охорони здоров'я вважають нововведення довгостроковою інвестицією, однак вони завантажені терміновими заходами, що об'єктивно не дозволяє їм займатися реалізацією змін. У цьому напрямку працівники закладу охорони здоров'я можуть вважати, що нововведення є цікавими і корисними, однак у них немає на це часу.

2. Працівники закладу охорони здоров'я не отримали належної підтримки, інструментів чи системи навчання щодо реалізації нового процесу надання медичних послуг чи діяльності.

3. Працівники можуть вважати запропоновані нововведення т. зв. факультативними завданнями, оскільки за невиконання яких не передбачаються адміністративні стягнення.

4. Нова діяльність йде врозріз із основними положеннями існуючої організаційної культури закладу охорони здоров'я.

5. Якщо зміни торкаються між особистих відносин в колективі, працівники можуть не знати раціональних методів їх вирішення, оскільки володіють лише професійними знаннями.

6. Працівники розглядають нову діяльність як запасний варіант виконання своїх функціональних обов'язків та планують використати його лише при певних умовах.

7. Працівники розуміють суть змін та бачать необхідність їх реалізації, однак не мають достатньо навиків та вмінь щодо їх реалізації.

Будь-які зміни в організації передбачають процес навчання, дієвість реалізації якого може забезпечити чотирьох етапна модель навчання, розроблена у 1984 р. Д. Колбом. Автор моделі виходив з того, що навчання може здійснюватися через діяльність та міркування. Тому на практиці основними способами навчання є досвід, спостереження, абстрактна концептуалізація та експериментування.

Виходячи з цього, Д. Колб розробив повторюваний цикл, що є необхідним для набуття нових навичок:

- конкретний досвід – отримання результату дій (позитивних чи негативних);
- рефлексивне спостереження – роздуми над досвідом;
- теоретичні концепції – отримання висновків, планування змін;
- застосування на практиці – експериментальна перевірка.

При цьому різні люди починають навчання з різних вищезначених етапів, зокрема:

- активіст починає з отримання конкретного досвіду;
- філософ починає з роздумів;
- теоретик починає з аналізу існуючих підходів;
- прагматик розпочинає з окреслення власних перспектив.

При цьому варто Д. Колб зазначає, що самі люди не можуть обирати свою модель поведінки, оскільки вона формується підсвідомо, а сам процес навчання залежить від сили мотивації до отримання нового.

6. Управління опором змінам в закладі охорони здоров'я

Безконфліктне впровадження змін в умовах співробітництва всього колективу є скоріше винятком, ніж правилом, оскільки по-різному оцінюються зміни з боку керівництва закладу охорони здоров'я та його працівників, що спричиняє опір змінам.

Опір змінам – це будь-які вчинки працівників, спрямовані на протидію здійснення змін в закладі охорони здоров'я. В результаті опору змінам виникає відстрочка початку процесу змін, його відставання від намічених термінів досягнення цілей, а часто і їх повний зрив.

Форми опору змінам можуть бути різними:

- пряма відмова брати участь у нововведенні,
- імітації активності з одночасною демонстрацією того, що нововведення не дає позитивних результатів.

На стадії впровадження змін опір набуває наступних форм:

- **«Клаптикове впровадження»**, коли працівниками освоюються лише деякі елементи пропонованих змін;
- **«Вічний експеримент»**, коли стадія експериментальної апробації нововведення продовжується після доведення доцільності змін;
- **«Звітне впровадження»**, яке полягає в розходженні фактичного рівня реалізації змін з декларованою звітністю;
- **«Паралельне впровадження»**, коли нові моделі співіснують зі старим порядком речей.

На практиці більшість закладів охорони здоров'я має кілька центрів впливу, які розташовані на різних рівнях управлінської ієрархії та мають різні інтереси, а тому спрямованість й активність опору в різних частинах установи будуть неоднаковими.

Сила опору працівників залежить від трьох основних обставин:

- ступеня руйнування сформованих життєвих цінностей і норм;
- швидкості та інтенсивності процесу реалізації змін;
- характеру та масштабів загрози втрати посади чи влади.

Основними **причинами опору змінам** є:

- невизначеність майбутнього, яка може бути наслідком поганої інформованості про результати змін;
- відчуття потенційних втрат;
- переконання негативних наслідків змін;
- нерозуміння і відсутність довіри між працівниками і менеджерами;
- неадекватні системи винагороди за нову поведінку працівників.

Умовно причини опору змінам можна розділити на кілька груп:

- **економічні причини**, які пов'язані з можливістю втрати доходу або його джерел через перспективу безробіття, скороченням робочого дня, інтенсифікацію праці, позбавлення пільг і привілеїв. Економічні втрати можуть бути також обумовлені високими витратами часу на виконання професійних обов'язків;

- **організаційні причини**, які пов'язані з небажанням працівників закладу охорони здоров'я змінювати існуючу систему відносин в організації, їх побоюваннями за майбутню кар'єру, новий розподіл неформальних комунікацій у закладі;

- **особистісні причини**, які пов'язані із психологічними особливостями людей, зокрема силою звички, інертності, страху невідомим. Опір змінам окремо взятого працівника часто ґрунтується на страху своєї некомпетентності у нових умовах роботи, невіри щодо здатності освоїти нові види діяльності або брати на себе нові часто додаткові обов'язки;

- **соціально-політичні причини**, які пов'язані з відсутністю у працівників переконання у необхідності змін.

Якщо керівник закладу охорони здоров'я стикаються з опором змінам з боку своїх працівників, вони на основі існуючих симптомів повинні точно з'ясувати фактори і причини їх настання у кожній із однорідних груп працівників, які чинять опір.

На думку дослідника управлінських проблем С. Хелера існує три основні причини негативного відношення до змін і, як наслідок, різні способи усунення спротиву менеджерами.

Таблиця 3

Причини та способи усунення опору змінам в закладі охорони здоров'я

Типи негативного відношення	Способи усунення
<p align="center">Раціональний:</p> <ul style="list-style-type: none"> - нерозуміння плану деталей змін - невпевненість у необхідності змін - недовіра в ефективність змін - очікування негативних наслідків 	<ul style="list-style-type: none"> - чітко та детально пояснити план змін - описати наслідки при умові, коли б зміни не будуть реалізовані - залучати кожного у процес реорганізації процесів та систем
<p align="center">Особистий:</p> <ul style="list-style-type: none"> - страх втрати роботи - тривога щодо власного майбутнього - образи на критику в процесі змін 	<ul style="list-style-type: none"> - зробити акцент на помітне покращення перспектив роботи для кожного - взяти відповідальність за минулі невдачі - деталізувати сценарій, який демонструватиме майбутні вигоди від змін для працівників закладу охорони здоров'я
<p align="center">Емоційний:</p> <ul style="list-style-type: none"> - загальна схильність до спільного активного або пасивного спротиву змінам - недостатнє залучення - апатія до ініціатив - шок - недовіра до мотивів, які викликали зміни 	<ul style="list-style-type: none"> - продемонструвати на прикладах чому старі способи більше на працюють - організувати серії зустрічей, щоб повідомити деталі плани змін - бути відвертим та відповісти на всі питання

Пол Стребел вважає, що основною причиною невдалих змін є різне сприйняття керівниками і працівниками змін. Зокрема:

- керівники розглядають зміни як можливість об'єднати існуючі ресурси та обрану стратегію розвитку закладу охорони здоров'я;
- працівники сприймають зміни як дещо руйнівне.

Усунути зазначені розбіжності П. Стребел пропонує за допомогою перегляду взаємних зобов'язань між працівниками і керівництвом закладу охорони здоров'я. При цьому він виділяє три основні аспекти, котрі складають будь-який особистий договір: формальний, психологічний, соціальний.

Формальний аспект включає формалізовані професійні зобов'язання до працівників, які закріплюються у посадових інструкціях, трудових контрактах. Згідно змісту цих документів працівників зобов'язують виконувати вказані вимоги, а керівництво закладу охорони здоров'я – забезпечувати працівників необхідними повноваженнями і ресурсами для виконання ними їх обов'язків.

Психологічний аспект включає взаємні очікування і зобов'язання, базовані на довірі між керівництвом закладу охорони здоров'я та його працівниками. Свою позицію до керівництва працівник формує в результаті аналізу взаємовідносин з керівництвом, тому саме відчуття справедливості визначає рівень лояльності, довіри та ентузіазму працівника.

Соціальний аспект включає оцінку працівниками дій їх керівників відповідно до офіційно задекларованих цінностей та цілей реалізації змін. На основі цього працівники складають своє враження про те, як заклад охорони здоров'я працює насправді та до чого прагне. Саме ця сторона відносин працівників та керівництва закладу охорони здоров'я страждає передусім усім, оскільки недотримання керівництвом задекларованих цілей викликає спротив колективу.

У класичному менеджменті виокремлюється ряд способів подолання опору змінам, які варто застосовувати в діяльності закладу охорони здоров'я:

1. **Освіта та консультування**, що передбачає відкрите обговорення ідей і заходів та дає можливість працівникам переконатися в необхідності змін до того, як вони будуть проведені. Реалізація цього методу відбувається через індивідуальні бесіди, виступи та проведення дискусій між керівництвом закладу охорони здоров'я і працівниками. Використання цього методу є доцільним, якщо причинами опору є відсутність інформації, її неточність або неадекватний аналіз. При цьому застереженням використання цього методу є великі витрати часу, особливо якщо в цей процес залучено багато людей.

2. **Участь і залучення**, який передбачає, що потенційні противники змін повинні залучатися до їх планування та безпосереднього здійснення.

Використання цього методу є доцільним, коли є значні потенційні можливості для опору. Застереженням використання цього методу є значні витрати часу та можливе допущення помилок у проведенні змін, внаслідок надмірного врахування вимог різних груп стейкхолдерів без проведення ранжування сили їх впливу.

3. **Допомога та підтримка**, яка проявляється у емоційній підтримці керівника закладу охорони здоров'я своїм підлеглим та можливості додаткової професійної підготовки для підвищення кваліфікації працівників, щоб вони могли впоратися з новими вимогами. Використання цього методу є доцільним у випадках, коли опір виявляється тільки зі страху працівників перед особистими проблемами.

4. **Переговори і угоди**, коли для компенсації можливих втрат працівників закладу охорони здоров'я чиї інтереси зачіпає нововведення, можуть використовуватися матеріальні чи інші стимули. Застосовується в ситуаціях, де хтось один працівник або група втрачають при введенні змін, і де вони мають великі потенційні можливості чинити опір. Застереженням використання цього методу є використання надмірної кількості ресурсів для налаштування інших домагатися їх згоди через компенсацію.

5. **Кооптація**, яка передбачає надання особі закладу охорони здоров'я, яка може чинити опір змінам, провідної ролі в прийнятті рішень про введення нововведень і їх здійсненні. Метод рекомендується застосовувати в специфічних ситуаціях діяльності закладу охорони здоров'я, коли використання інших способів є недоцільним, однак може створити проблеми, або якщо особи, котрих кооптували, усвідомлять причини кооптації.

6. **Примус**, який передбачає впровадження змін в порядку наказу, що супроводжується заохоченнями або штрафними санкціями. Нова модель поведінки працівника визначається його страхом перед покаранням. При застосуванні цього методу можливі лише короточасні досягнення в кризові періоди, коли, наприклад, виникає загроза скорочення значної кількості робочих місць.

При використанні методів подолання опору в закладі охорони здоров'я доцільно застосовувати **біографічний підхід**, що базується на історії розвитку медичної установи. У цьому випадку виходять із чинників, що визначають індивідуальні ціннісні уявлення, групові норми і спільні цілі.

В управлінні змінами керівництво закладу охорони здоров'я дуже часто приділяють увагу лише оперативним діям, забуваючи при цьому необхідність диференціації своєї моделі поведінки залежно від ситуації в колективі. Д.Гоулман виокремлює шість завдань, які стоять перед менеджерами на різних етапах змін.

Диференціація стилів керівництва закладу охорони здоров'я на різних етапах змін

Назва стилю	Зміст стилю	Умови використання	Недоліки
Навчання	Керівник підтримує працівників, які здобувають нові вміння і навички для роботи в нових умовах	Коли є потреба у нових знаннях та вміннях працівників для роботи в нових умовах	Підхід не доцільно застосовувати при низькій мотивації працівників або коли керівник закладу є поганим наставником
Завдання тону	Керівник закладу піднімає планку для працівників та прискорює темпи реалізації змін	Коли працівники демонструють високу мотивацію та компетенцію	Не підходить, коли працівники не мають достатнього досвіду, забирає надмірну кількість ресурсів при частому використанні
Демократія	Керівник закладу цікавиться думкою колективу та враховує її	Коли члени колективу реально можуть внести посильний вклад для досягнення окресленої мети змін	Не підходить, коли працівники не мають достатнього досвіду
Залучення	Керівник закладу встановлює активний зворотній комунікативний зв'язок з працівниками	При значних шумах комунікаційних процесів в закладі охорони здоров'я	Неефективний, якщо використовується сам по собі
Авторитаризм	Керівник вмовляє працівників та зацікавлює їх привабливою картиною майбутнього закладу охорони здоров'я	При поступових змінах, коли керівник закладу користується довірою і проявляє ентузіазм	Має протилежний ефект, коли керівник не користується довірою
Примушення	Керівник закладу вказує що і коли необхідно робити	Під час кризи	Стимулює залежність працівників та стримує їх ентузіазм

Залежно від ситуації в якій перебуває заклад охорони здоров'я його керівництво повинні вміло та гнучко диференціювати вищезазначені стилі керівництва з метою подолання опору змінам в колективі.

ТРЕНІНГОВИЙ БЛОК

Питання для самоконтролю

1. Назвіть найбільш типові помилки при управлінні змінами.
2. Розкрийте взаємозв'язок та відмінності між симптомами, факторами і причинами проблемних ситуацій в діяльності закладу охорони здоров'я.
3. Назвіть класичні інструменти залучення працівників до процесу реалізації змін.
4. Охарактеризуйте інноваційні управлінські підходи до управління змінами.
5. Охарактеризуйте фактори індивідуальної реакції на зміни.
6. Яким чином можна визначити та використати на практиці типи особистості по відношенню до змін?
7. Визначте особливості гендерної диференціації індивідуальних змін менеджера закладу охорони здоров'я.
8. Охарактеризуйте зміст навчаючої моделі змін ADKAR-Prosci.
9. Охарактеризуйте 4-етапний цикл навчання працівників.
10. Охарактеризуйте основні типи працівників по відношенню до проведення змін. Яким чином цю типологію менеджер закладу охорони здоров'я може використати в процесі управління змінами?

Практичні завдання

Завдання 1

Доповніть причинно-наслідкові зв'язки виникнення проблемних ситуацій в закладі охорони здоров'я:

Симптом	Фактор	Причина
збої комунікаційних процесів		
	несистемний характер розвитку організації	
	наявність надлишкового персоналу	
		Брак фінансування
	Висока плінність молодшого медичного персоналу	
збільшення скарг з боку пацієнтів на якість медичних послуг		

Завдання 2

Опишіть доцільний цикл змін згідно етапів моделі А. Грейнера для закладу охорони здоров'я, який планує розширити асортимент медичних послуг, зокрема для надання на платній основі.

Завдання 3

Враховуючи тенденції розвитку медичної сфери запропонуйте бренд-орієнтовану трансформацію закладу охорони здоров'я, використовуючи стратегічний форсайт та формулу трансформації бізнесу І. Муті.

Завдання 4

Керівництвом закладу охорони здоров'я прийнято рішення щодо посилення спеціалізації медичної установи за рахунок вкладення ресурсів (пріоритетна закупівля медичного обладнання, стажування лікарів та середнього медичного персоналу тощо) у ті медичні послуги, які забезпечують економічну прибутковість діяльності закладу охорони здоров'я. Опишіть власні дії як менеджера закладу охорони здоров'я в контексті реалізації цих змін за 8-ма кроками управління змінами Д. Коттера.

Завдання 5

У структурному підрозділі закладу охорони здоров'я, де Ви працюєте керівником, з'явився неформальний лідер, професійні погляди якого не завжди збігаються з Вашою позицією як керівника даного структурного підрозділу. Опишіть цикл доцільних до реалізації змін згідно моделі Курта Левіна.

ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ

1. Організаційні зміни:

- а. певний етап розвитку організації;
- б. план розвитку, організації на перспективу;
- в. перехід організації до якісно нового стану або істотна модифікація частини організації;
- г. необхідною передумовою розвитку будь-якої організації.

2. Управління організаційними змінами:

- а. координація дій співробітників організації для досягнення її цілей у нових
- б. умовах розвитку;
- в. зобов'язання співробітників організації до зміни своєї поведінки;

- г. прерогативою топ-менеджменту;
- д. посилення контролю за відхиленнями у процесі виконання плану.

3. Концепція аналізу "силового поля" в управлінні змінами це:

- а. один з інструментів, який передбачає аналіз факторів та сил, що підштовхують і сприяють змінам;
- б. один з інструментів, який передбачає аналіз факторів та сил, що подавляють зміни;
- в. один з інструментів, який передбачає аналіз факторів та сил, що підштовхують і сприяють змінам, чи навпаки подавляють їх;
- г. основний набір інструментів управління змінами.

4. Метод подолання опору змінам "явного і не явного примусу" як правило використовується:

- а. коли інші методи не спрацьовують та є занадто дорогими;
- б. коли необхідно швидко здійснити зміни;
- в. коли необхідно швидко здійснити зміни та ініціатори змін володіють значною силою;
- г. для активізації командної роботи

5. Що потрібно зробити, щоб колектив добровільно підтримав зміни?

- а. залучити людей активно приймати участь на всіх етапах запровадження змін;
- б. пояснити людям важливість запровадження змін;
- в. застосовувати методи стимулювання та примусу;
- г. застосувати інструменти маніпуляції.

6. Опір змінам це:

- а. реакція людей на зміни у зв'язку з відсутністю інформації;
- б. природна реакція людей на зміни;
- в. брак досвіду керівництва організувати процес запровадження змін;
- г. відповідальність працівників за майбутній розвиток закладу охорони здоров'я.

7. Директивна стратегія – це вид стратегії здійснення змін в основі якого є:

- а. підхід, оснований на чіткому визначенні проблеми, збору, аналізу інформації, використанні експертів;
- б. визнання законності інтересів держави та інших сторін що приймають участь в змінах;
- в. нав'язування змін з боку керівника, слабке залучення співробітників до планування, дотримання первісного плану;
- г. імперативний метод управління

8. Що можна не враховувати при виборі стратегії змін?

- а. повноваження ініціатора змін;
- б. сила та вид очікуваного опору;
- в. необхідний час для здійснення змін;
- г. фактори ризику.

9. Моніторинг процесу змін – це:

- а. форма організації управління запланованим бюджетом;
- б. механізм спостереження за результатом змін;
- в. форма контролю за персоналом;
- г. дослідження розвитку організаційних підсистем.

10. Ефективність роботи команди по запровадженню змін залежить від:

- а. розподілу функцій та ролей між членами команди;
- б. управління функціональними обов'язками членів команди;
- в. особистої мотивації членів команди;
- г. управління кількісним складом команди.

ГЛОСАРІЙ

Внутрішній аналіз – це процес оцінки факторів, які піддаються управлінню та контролю з боку закладу охорони здоров'я, тобто факторів, які "виростають" в межах медичної організації та є результатом діяльності або бездіяльності її керівництва.

Зовнішні причини змін – чинники, пов'язані з змінами середовища в якому функціонує закладу охорони здоров'я.

Команда – це невелика кількість працівників закладу охорони здоров'я з додатковими навичками і знаннями, які віддані спільним цілям виконання, взаємодіють між собою та підзвітні один одному.

Модель процесу організаційних змін К. Левіна – це сукупність етапів та пов'язаних з ними процедур: розморожування – здійснення змін – заморожування.

Нововведення – це нове використання наукових і технічних знань, що цілеспрямовано вноситься до діяльності закладу охорони здоров'я для підвищення ефективності і результативності.

Оперативна група – це організаційна група, яка створюється з працівників різних підрозділів закладу охорони здоров'я для виконання спеціального завдання або вирішення специфічної короткострокової проблеми.

Організаційні зміни – це будь-які зміни в одному або кількох елементах закладу охорони здоров'я. Зміни можуть стосуватися будь-якого елемента процесу організації (розподілу повноважень; рівня спеціалізації; способів групування; діапазону контролю; механізмів координації). Зміни у будь-якому одному підрозділі організації, як правило, впливають на інші підрозділи і на організацію в цілому.

Основні причини опору змінам власні (особисті) інтереси окремих співробітників та керівників, різне сприйняття працівниками закладу охорони здоров'я запропонованих змін, відчуття втрати статусу працівника, порушення соціальних взаємозв'язків, між особових відносин.

Планові зміни – зміни, що здійснюються відповідно до планів і програм, які розроблено заздалегідь і впроваджують з метою своєчасного і впорядкованого адаптування закладу охорони здоров'я до умов, що змінюються.

Реактивні зміни – зміни, що здійснюються як реакція закладу охорони здоров'я на тиск нових умов зовнішнього чи внутрішнього середовища, коли цей тиск помічено.

Розморожування – це процес визнання необхідності організаційних змін.

Синергія – це ефект цілісності. Синергія як елемент стратегії означає, що стратегія повинна враховувати можливість отримання додаткового ефекту за рахунок інтеграції всіх можливостей організації.

Управління організаційними змінами – це процес координації дій співробітників закладу охорони здоров'я у процесі розробки та впровадження перетворень та нововведень для досягнення цілей діяльності закладу охорони здоров'я у нових умовах.

Література

1. Адизес Ицхак К. Управління змінами. Видавництво: Book Chef, 2018. 640 с.
2. Адизес Ицхак К. Управління змінами. Видавництво: Book Chef, 2018. 640 с.
3. Буднік, М.М. Управління змінами: підручник. Київ: Кондор, 2017. 225 с
4. Гарафонова О.І. Управління змінами: теорія, методологія та практика: монографія. К.:КНТУД, 2014. 364 с
5. Ділове адміністрування: менеджмент організацій та управління змінами. Навчальний посібник. Чернігів: ЧДІЕУ, 2013. 215с.
6. Живко З. Б. Управління змінами: навч. посіб. Львів, держ. ун-т внутр. справ. Львів: ЛДУВС, 2016. 251 с.

7. Кузьмін О. Є. Управління змінами. Навчальний посібник Львів: Видавництво Львівської політехніки, 2014. 356 с.
8. Менеджмент організацій і адміністрування: зб. тест. завдань / О. І. Карий [та ін.]; Нац. ун-т "Львів. політехніка". Львів: Растр-7, 2018. 276 с.
9. Комарова К. В. Лідерство: навчальний посібник. Університет митної справи і фінансів. Дніпро, 2017. 431 с.
10. Овсянюк-Бердадіна О. Ф. Управління змінами: навчальний посібник. Тернопіль: СПМ Тайп, 2014. 232 с.
11. Оліховська М.В. Менеджмент організацій: навч. посіб. Львів. ін-т приват. акціонер. т-ва "ВНЗ "Міжрегіон. Акад. упр. персоналом", Нац. ун-т "Львів. політехніка". Львів : Ліга-Прес, 2018. 370 с
12. Пічугіна Т. С. Управління змінами: навч. пос. / Т. С. Пічугіна, С. С. Ткачова, О. П. Ткаченко. Х. : ХДУХТ, 2017. 226 с.
13. Cameron E., Green M.. Making Sense of Change Management: A Complete Guide to the Models, Tools & Techniques of Organizational Change. Kogan Page, 2011.384 p.
14. Frank V. Change Management Manage the Change or It Will Manage You.
15. Voehl, Frank, Harrington, H. James; Productivity Pr., 2016. 390 p.
16. Michael Beverland Brand Management: Co-creating Meaningful Brands 1st Edition, Kindle Edition, 2018. 414 p.

ОРГАНІЗАЦІЯ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Навчальний посібник
за ред. Шкільняка М.М., Желюк Т.Л.

Підписано до друку 22.06.2021 р.
Формат 70x100/16. Гарнітура Bookman Old Style.
Папір офсетний. Друк офсетний.
Облік.-видав. арк. 26,7. Умов. друк. арк. 26 Зам. № 43/21.
Наклад 300 прим.

Видавництво «Крок». Свідоцтво №3538 від 30.07.2009 р.
46006, м. Тернопіль, вул. Гайова, 56
тел. 0352248436