

Міністерство освіти і науки України
Західноукраїнський національний університет
Кафедра менеджменту, публічного управління та персоналу

БАШИНСЬКИЙ
Володимир Антонович
Організація медичного обслуговування в закладі охорони здоров'я
Organization of medical care in a health care institution
Спеціальність 073 «Менеджмент»
Освітня програма «Менеджмент закладів охорони здоров'я»
Кваліфікаційна робота за освітнім рівнем «магістр»

Сухач магістратури за спеціальністю
«Менеджмент закладів охорони здоров'я»
Башинський В.А. _____
Науковий керівник: д.е.н, професор
Желюк Т.Л. _____

Дипломну роботу допущено
до захисту

«__»_____ 2021р.

Зав. кафедри, д. е. н., професор

Шкільняк М. М.

(підпис)

Тернопіль – 2021

ЗМІСТ

Вступ	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	3
1.1. Суть організації обслуговування громадян в медичному закладі	5
1.2. Правові засади організації медичного обслуговування	16
Висновки до розділу 1	25
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ СТАНУ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ ГРОМАДЯН В ДОСЛІДЖУВАНОМУ ЗАКЛАДІ	27
2.1. Діагностика стану та структури медичних послуг.	27
2.2. Оцінка ресурсного забезпечення медичного обслуговування	32
2.3. Оцінка стримуючих та стимулюючих чинників медичного обслуговування	38
Висновки до розділу 2	44
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ОБСЛУГОВУВАННЯ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	46
3.1. Запровадження сучасних технологій конкурентного позиціонування на ринку медичних послуг.	46
3.2. Моніторинг результативності надання медичних послуг	56
Висновки до розділу 3	63
Висновки	65
Перелік використаних джерел	68

ВСТУП

Актуальність теми.

Реформа в сфері медицини передбачає появу як комунальних некомерційних підприємств, так і приватних медичних закладів, що в свою чергу трансформує систему управління цими закладами відповідно до нових викликів та потреб децентралізації, актуалізує питання модернізації моделей управління закладами охорони здоров'я, перегляду підходів до діючої практики надання медичних послуг з врахування міжнародних стандартів якості, вдосконалення форм та методів адміністрування їх функціональної діяльності.

Аналіз останніх досліджень та наукових праць.

В Україні значний внесок в розробку наукових засад організації діяльності медичних установ зокрема, зробили такі вчені як Вовк С.М., Лобас В.М. Білинська М. М., Желюк Т.Л., Корицький Г.А., Литвинова О.Н., Радиш Я. Ф., Мельник А.Ф., Попович Т.М., Шкільняк М.М. і інші.

Подальшого дослідження потребують підходи до вдосконалення організації функціональної діяльності приватних медичних закладів. Отже обрана тема дослідження є актуальною і має науковий інтерес і прикладне значення.

Метою випускної кваліфікаційної роботи є вдосконалення теоретичних та прикладних аспектів організації функціональної діяльності закладу охорони здоров'я .

Для досягнення поставленої мети окреслені такі завдання:

- провести аналіз та оцінку теоретико-методологічного та інституційного супроводу організації функціональної діяльності закладу охорони здоров'я;
- проаналізувати механізм організації діяльності закладу охорони здоров'я через призму менеджменту, планування та ресурсного супроводу;

- обґрунтувати організаційно-методичні підходи діяльності закладу охорони здоров'я;
- запропонувати напрями вдосконалення організації діяльності закладу охорони здоров'я;

Об'єктом є процес функціональної діяльності закладу охорони здоров'я зокрема Лор -центру та центру корекції слуху.

Предметом роботи є прикладні засади організації функціональної діяльності закладу охорони здоров'я.

Методи дослідження. При виконанні дослідження використано системний підхід для того, щоб показати місце організації в системі адміністрування діяльності медичного закладу. Методи наукового узагальнення, порівняння, системного аналізу – використано при обґрунтуванні аналітичного забезпечення організації роботи закладу охорони здоров'я та оцінювання результативності надання отоларингічних послуг.

Інформаційною базою дослідження є законодавчі та нормативно-правові акти України, інформація Національної Служби Здоров'я України (НСЗУ), Міністерства охорони здоров'я України, Світової організації охорони здоров'я, звіти досліджуваного закладу охорони здоров'я, монографії, статті вітчизняних і зарубіжних авторів, матеріали круглих столів, медичних симпозіумів та конференцій.

Практичне значення. Синтез усіх проаналізованих у ході дослідження матеріалів було покладено в основу обґрунтування заходів з удосконалення організації діяльності досліджуваного медичного закладу.

Апробація. Основні результати дослідження апробовані у роботі Університетської науково-практичної конференції молодих вчених «Інноваційні технології в менеджменті та публічному управлінні» (25.11.21, ЗУНУ, Тернопіль; II Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах інноваційного розвитку економіки» (Тернопіль, 28 травня 2021 року). [3, 4].

Структура та обсяг роботи. Кваліфікаційна робота включає три розділи, 7 параграфів, список використаних джерел із 82 позиції, 15 рисунків і 6 таблиць.

РОЗДІЛ 1.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Суть організації обслуговування громадян в медичному закладі

Організація є важливою складовою адміністрування діяльності будь-якої установи. Вона дозволяє створити необхідну структуру, впорядкувати через певну послідовність дій функціональну діяльність, налагодити ресурсний супровід, відпрацювати досконалий алгоритм прийняття управлінських рішень, створити відповідний документальний супровід. Організація є складовою адміністрування діяльності установи (рис.1.1), що включає планування; створення формальної структури підпорядкованості, розподіл функцій між підрозділами, організаційно-розпорядчу діяльність; оперативне управління шляхом використання інструментів адміністративно-розпорядчого характеру; функції обліку; поточного та підсумкового контролю; моніторингу; комунікацій та ресурсного супроводу.

Механізм організації діяльності закладів охорони здоров'я обмежується правовими інструментами, методичними інструкціями і стосується управлінської діяльності, звітності, ресурсного супроводу, надання медичних послуг, комунікаційного забезпечення, аналітичного супроводу, документообігу

У світі нині склалися різні моделі та підходи до управління сферою охорони здоров'я, вони відрізняються механізмами управління, фінансування, адміністрування надання медичних послуг, фінансовими та не фінансовими перевагами для медичних працівників, системами управління якістю тощо.



Рис. 1.1. Місце функції організації в системі адміністративного менеджменту закладу охорони здоров'я

Примітка: складено з використанням [1, 3, 6, 11].

У кожній країні під впливом політичних, соціальних, економічних, етичних підходів сформувався свій досвід підходи до залучення ресурсів для надання медичних послуг, невідкладної медичної чи високоспеціалізованої медичної допомоги. збереження та зміцнення здоров'я населення.

Залежно від політичного та соціально-економічного устрою можна виокремити п'ять підходів до побудови моделей організації систем охорони здоров'я: 1) традиційна або класична, 2) плюралістична, 3) страхова, 4) національна, 5) соціалістична.

Експертами Всесвітньої Організації Охорони здоров'я (ВООЗ) (С. Хаканссон, В. Майноні, Д'Інтіньяно, Г.Х. Муні, Дж. Л. Робертс, Г. Л. Стодарт, К.С. Йогансен, Х. Цольнер) запропонована класифікація, за якою розрізняються

три первинні типи систем: 1 - державна, або система Беверіджа; 2 – система, що базується на всеосяжному страхуванні здоров'я, або система Бісмарка; 3 – недержавна, ринкова чи приватна система охорони здоров'я.

Зазвичай більшість авторів [9,11, 14, 25] виділяють такі моделі: 1) універсалістська (модель Беверіджа), 2) соціального страхування (модель Бісмарка), 3) "південна модель" (Іспанія, Португалія, Греція та частково Італія), 4) інституційна чи соціал-демократична "скандинавська модель", 5) ліберальна (залишкового соціального забезпечення), 6) консервативна корпоративна (Японія), 7) латиноамериканська, 8) системи охорони здоров'я індустриальних країн Східної Азії, 9) системи охорони здоров'я країн із перехідною економікою.

Економічну підсистему закладів охорони здоров'я складають форми фінансування, централізована та децентралізована моделі управління медичними закладами. В залежності від цих ознак в міжнародному просторі виокремлюють: платну модель надання медичних послуг з розрахунком їх ринкової вартості та використання системи повного чи часткового покриття вартості медичних послуг за рахунок приватного, корпоративного чи державного фінансування; модель державної бюджетної підтримки закладів охорони здоров'я, при якій держава повністю покриває вартість надання медичних послуг; модель змішаного багатоканального фінансування медичних послуг.

Для першої моделі характерним є надання медичної допомоги на умовах платності, при цьому споживач сам оплачує. Головним регулятором вартості та інструментом задоволення потреб у медичних послугах є ринок медичних послуг. Якщо соціально вразливі категорії не можуть отримати належні платні послуги, то держава вирішує це питання шляхом розробки та фінансування громадських програм медичної допомоги.

Дана модель поширена в США, де поєднана ринкова і державна програмна моделі організації діяльності закладів охорони здоров'я. Зокрема

ринок медичних послуг доповнюють державні програми медичного обслуговування бідних "Medicaid" та пенсіонерів "Medicare". Таку модель зазвичай називають платною.

Друга модель характеризується домінуючою роллю держави. Фінансування охорони здоров'я здійснюється головним чином із держбюджету, за рахунок добре налагодженої фіскальної функції, яка через податки створює необхідні кошти для фінансування медицини.

Таким чином, держава є і надавачем і замовником послуг охорони здоров'я. Ринку тут відведено другорядну роль, але інституційно правила гри визначає держава. Такий підхід до організації сфери охорони здоров'я з 1948 р. існує у Великій Британії. Він є поширеним в Ірландії (з 1971 р.), Данії (з 1973 р.), Португалії (з 1979 р.), Італії (з 1980 р.), Греції (з 1983 р.) і Іспанії (з 1986 р.). Його називають державною моделлю.

Третьою є страхова модель, яка набула поширення в Франції, Японії, Швейцарії, Нідерландів, Бельгії, Голландії, Австрії, Канаді. Дана модель поєднує принципи соціального, приватного страхування і державних гарантій медичної допомоги для всіх категорій населення. Ринок на правах інклюзії надає більшу кількість медичних послуг понад рівень, гарантований державою. В даній моделі підтримується диференційоване фінансування закладів охорони здоров'я і надання ними медичних послуг.

В даних моделях медичні послуги є можливим товаром зі своєю ціною і якістю.

Так, ринкова модель послугу розглядає як об'єкт попиту та пропозиції на ринку медичних послуг. Скажімо, сфера охорони здоров'я у США представлена розвинутою мережею приватних медичних закладів та приватним медичним страхуванням, де лікарі пропонують послуги, а пацієнти – їх купують. Це модель максимально наближена до ринкової і має всі його переваги і недоліки. Через гостру конкуренцію і лікарі і виробники лікарських

засобів повинні думати над тим, які технології використовувати, як адаптовувати новітні практики, які стратегії роботи медичного закладу на ринку вибирати. В тому і проявляються позитиви ринкового підходу.

Проте, з іншого боку, монополізм продавця медичної послуги обумовлює і негативні моменти: надмірні ціни і як наслідок витрати споживачів послуги, недостатній державний контроль, недостатні гарантії безпеки отримання послуги тощо. Страхові програми для споживача частково знижують витрати і цим самим сприяють збільшенню числа споживачів медичних послуг.

У разі ринкової організації системи охорони здоров'я пацієнту постійно доводиться вирішувати дилему: який ринок – фінансовий чи страхової - вкласти свої заощадження. Вибір здійснюється між дохідним вкладенням грошових коштів та ризиком захворіти, і виявитися не в змозі сплатити медичну допомогу. Закономірність тут, як правило, така: чим вища ймовірність хвороби, тим сильніший страх перед фінансовими витратами, але тим ширшими мають бути страхові покриття страхових програм.

Переваги та недоліки організації надання медичних послуг в рамках різних моделей охорони здоров'я наведено нами в таблиці 1.1.

Таблиця 1.1

Порівняльний аналіз моделей організації надання медичних послуг

Назва моделі	Переваги	Недоліки
Державна модель	<ul style="list-style-type: none"> • Надійна бюджетна система фінансування; • рівномірний плановий розвиток медичної мережі; • безкоштовність та доступність медичної допомоги; • пріоритет профілактичних заходів та ін. 	<ul style="list-style-type: none"> • недостатній зв'язок між обсягом та якістю медичних послуг та величиною заробітної плати медичних працівників; • відсутність конкуренції у сфері надання медичних послуг; • централізоване керівництво системою, що обмежує творчу активність медичних працівників; • обмеження державних витрат на охорону здоров'я та ін.

Продовження таблиці 1.1

Страхова модель	<ul style="list-style-type: none"> • багатоканальний механізм фінансування охорони здоров'я, що базується на страхових джерелах; • наявність гарантованого обсягу медичної допомоги для застрахованого населення; • наявність на ринку медичних послуг конкуренції, заснованої на співробітництві; • ефективна, організаційно-оперативна система контролю якості медичного обслуговування населення, що базується на фінансово-юридичному механізмі; • наявність оптимально-ефективного зв'язку між обсягом та якістю медичних послуг з одного боку та прибутком виробників медичних послуг з іншого; • наявність економічних стимулів у виробників медичних послуг щодо розширення спектру та підвищення якості медичних послуг; • соціально-шадний механізм ціноутворення, заснований на законодавчо-обумовлених коефіцієнтах страхових внесків; • організаційна динамічність та оперативна сприйнятливність інновацій у розвиток медичних технологій. 	<ul style="list-style-type: none"> • зростання вартості медичних послуг • низький рівень ймовірності загального охоплення населення медичним страхуванням • неспрацювання страхової системи охорони здоров'я в умовах економічних чи військово-політичних криз; • низький пріоритет медичних послуг суспільного характеру та низький психологічний рівень їх життєвої значущості через недостатню мотивацію населення; • недоступність медичних послуг для незастрахованого населення або медичних послуг, що виходять за рамки страхової програми для застрахованих пацієнтів;
Приватна модель	<ul style="list-style-type: none"> • абсолютно ринкова система господарювання у медицині; • децентралізована система управління; • багатоканальний механізм фінансування, заснований на приватних • пряма оплата медичних послуг; • жорстка конкуренція на 	<ul style="list-style-type: none"> • високий рівень вартості медичних послуг; • низький рівень доступності через дорожнечу; • низький пріоритет медичних послуг суспільного значення • (профілактика, диспансеризація та ін.).

	<p>ринку медичних послуг;</p> <ul style="list-style-type: none"> • високий рівень задоволення попиту населення на медичні послуги; • високий рівень комфортності при отриманні медичних послуг; • високі технології у наданні медичних послуг та ін. 	
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Джерело: систематизовано автором з використанням [14, 25].

Сьогодні в організації медичного обслуговування на перше місце ставлять валеологічний та людиноорієнтований підхід (інклюзивний), який базується на врахуванні найкращим чином потреб споживача, підтримки рівня його здоров'я та тривалості життя і головне побудови оптимальної моделі взаємних стосунків між лікарем і споживачем медичних послуг. В цьому контексті в глобальному просторі варто виокремити американську модель.

Американська медицина займає лідируючі світові позиції за рівнем конфіденційності та поважним ставленням до хворих, а також за своєчасністю надання допомоги та задоволення потреб пацієнтів. Крім того, в американській медицині працює налагоджена система контролю якості послуг – тут постійно контролюються права пацієнта та його стосунки з лікарем. Якщо так трапляється, що лікар помиляється, то лікування, що проходить лікування, відразу ж надаються послуги спеціальних адвокатів, які допоможуть домогтися великих матеріальних компенсацій. Але посилена концентрація на правових аспектах не завжди дозволяє належним чином розвивати необхідні напрямки, тому останні десять років США стабільно перебувають лише у третьому десятку учасників світового рейтингу за рівнем надання медичної допомоги та загальним рівнем здоров'я нації. В американській медицині є такі якості як стабільність і швидке реагування в умовах, що змінюються. Як відомо, Америка в пандемію коронавірусу втратила чимало людей, однак саме ця країна залишається флагманом щодо створення найефективніших медичних напрацювань у боротьбі з цим вірусом.

Зробити доступним отримання медичної послуги можливо за рахунок системи страхування. У США працюють переважно приватні охорони здоров'я, а частка державних становить лише 20%. У країні є кілька варіантів того, як оформлюються медичні страховки: самостійна покупка; якщо людина працює офіційно, то деяку частину витрат покриває держава; держава повністю бере на себе оплату страхового полісу (пенсіонери, люди з низьким доходом, діти тощо); варіант, коли оплатою страхового поліса займається роботодавець, повністю чи частково.

У США можна придбати два варіанти медичного страхування: перший - НМО (Health maintenance organizations) з низькою вартістю, але такий варіант забезпечує лікування тільки в певних охоронних організаціях єдиної мережі та лише в одного терапевта, який і приймає рішення про необхідність та можливість відвідування пацієнта інших спеціалістів. Без страховки прийом у спеціаліста коштує близько 150 доларів, але в середньому, навіть маючи медичний поліс, все одно доведеться доплатити від 50 до 100 доларів, адже страховка у США не покриває 100% лікування пацієнта.

У випадках екстреної необхідності швидка допомога в інших лікарнях постраждалому зі страховкою НМО все-таки буде надана. Нижня межа мінімального страхування становить приблизно 160 доларів на місяць. До речі, також необхідно знати, що США штраф за відсутність страхового поліса становить близько 100 доларів на рік.

Другий варіант медичної страховки в США - PPO (Preferred provider organizations), він обійдеться дорожче, зате в такому разі можна користуватися послугами на вигідних умовах певної мережі охорони здоров'я. Така страховка гарантує вільне та самостійне відвідування потрібного спеціаліста. PPO має на увазі спеціальні тарифи, які залежать від розміру компенсації послуг: Platinum – внесок страхової компанії 90%; Gold – внесок страхової компанії 80%; Silver – внесок страхової компанії 70%; Bronze – внесок страхової компанії 60%;

Minimum – екстрені випадки, особам до 30-річного віку або з важким матеріальним становищем.

Але навіть при варіанті дорогої страховки (її вартість залежатиме від доходів, регіону та обраного страхової програми в проміжку 150-300 доларів) зазвичай доводиться оплачувати окремо всі послуги, пов'язані зі стоматологією, офтальмологією та психіатричною допомогою, тому що послуги досить дорогі. Вартість однієї пломби без видалення нерва та додаткових маніпуляцій коштуватиме 250 доларів. Щодо традиційних оглядів, то серія загальних аналізів та оглядів «check up» коштуватиме 700 доларів, тоді як за страховкою людина оплачує близько 250 доларів. Вартість проведення операцій починається 25 000 доларів, тоді як зі страховкою становитиме 2500 доларів.

В сучасному світі організація надання медичних послуг залежить від їх специфіки та місця на ринку медичних послуг: 1) екстренні або невідкладні медичні послуги; 2) послуги первинного рівня, які носять здебільшого, первинну діагностику, консультативний характер і при потребі скерування пацієнтів до спеціалізованих лікарів; 3) послуги спеціалізованої допомоги у лікарнях; 4) високоспеціалізовані медичні послуги, складні хірургічні втручання, кардіо- та нейрохірургія, лікування онкологічних захворювань тощо; 5) індивідуальні, високоінноваційні та високотехнологічні медичні послуги, надання яких вимагає спеціальних медичних показань, пов'язані з високим рівнем ризику (наприклад, трансплантація органів), здійснюються не «масовою», а «експериментальною» медициною; 6) специфічні медичні послуги: паліативне лікування, домашній догляд, допомога у післяопераційній реабілітації; 7) превентивні медичні послуги профілактика куріння, дієтологія, лікувальна гімнастика; 8) послуги косметичної та естетичної медицини; 9) послуги медичного туризму.

В сучасній практиці організації надання медичних послуг саме медичний туризм є потужним світовим трендом у сучасній медицині. За даними спільного дослідження VISA та Oxford Economics (2017 р.), обсяг медичного сегменту

глобального туристичного ринку становить 439 млрд. доларів США, а частка медичних туристів від загального міжнародного туристичного потоку – 4-5% щорічним зростанням до 25%. Розвиток медичного туризму створює мультиплікуючий вплив на економіку приймаючої країни, крім оплати власне медичних послуг, медичні туристи здійснюють оплату послуг, що супроводжують лікування (наприклад, перебування в палаті та харчування); послуг посередників, які здійснюють підбір клініки та підготовку документів для зарубіжної подорожі; витрат на організацію дозвілля (екскурсії, відвідування театрів та музеїв тощо); витрат на транспорт; витрат на оплату туру для супроводжуваних осіб та ін.

В умовах цифровізації надання якісних і доступних медичних послуг неможливе без створення інформаційних інтернет-платформ з відповідним маркетинговим супроводом цифрового просування медичних послуг.

«Стратегічними цілями будь-якої моделі системи охорони здоров'я є: доступність медичної допомоги, загальне охоплення населення медичною допомогою, рівність та справедливість в отриманні медичної допомоги, якість медичної допомоги. Ціннісні характеристики будь-якої моделі системи охорони здоров'я створюють: право людини на здоров'я, повага людської гідності, участь населення у прийнятті рішень, відсутність дискримінації, справедливість, солідарність, стійкість системи охорони здоров'я, прозорість, підзвітність. Поряд із цим існують і загальні проблеми охорони здоров'я: зростання поширеності факторів ризику, старіння населення, зростання вимог до доступності та якості медичних послуг, що підвищуються запити населення отримання медичної допомоги, збільшення вартості медичних послуг, дефіцит ресурсів охорони здоров'я» [53, с.5].

Незважаючи на багатоманітність моделей організації надання медичних послуг, еталонної моделі не створено до цих пір, однак без модернізації, інноватизації даного сектору життєдіяльності досягнути максимального

задоволення потреб людини у отриманні якісних медичних послуг буде неможливо.

1.2. Правові засади організації медичного обслуговування

Актуальними завданнями регулювання надання медичних послуг в Україні є передусім удосконалення інституційних засад надання медичних послуг; регламентування її надання в розрізі різних видів і різними суб'єктами (приватними, державними, комунальними, ФОПами); підвищення вимог до ліцензування (в тому числі індивідуального) та акредитації медичних закладів для забезпечення високої якості медичних послуг; нових форм постачання, закупівлі, медичної логістики.

Основу організації надання медичних послуг створюють фінансові ресурси. На даний час система «фінансування закладів охорони здоров'я, яка полягала 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» [37], Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» [16], постанова Кабінету Міністрів України від 18.12.2018 р. № 1117 «Деякі питання реалізації програми медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2020 рік» [16], постанова Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 р. № 410 «Деякі питання щодо договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій» [16], наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.03.2018 № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» [16].

«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» [50].

«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» [5].

«Специфіка організації діяльності залежить від типу закладу. Нині заклади охорони здоров'я (ЗОЗ) умовно можна структурувати залежно від форми власності, організаційно-правової форми, та виду медичної допомоги, що надається закладом. В залежності від форми власності заклади охорони здоров'я створюються як державні, комунальні, приватні. За організаційно-правовою формою заклади охорони здоров'я можуть бути створені як бюджетні установи, державні та комунальні некомерційні підприємства, господарські товариства, приватні підприємства, відокремлені підрозділи юридичних осіб, об'єднання підприємств тощо» [3].

В Україні відповідно до Основ законодавства про охорону здоров'я Стаття 6 «кожний громадянин України має право на охорону здоров'я, що передбачає: кваліфіковану медичну допомогу, включаючи вільний вибір лікаря, вибір методів лікування відповідно до його рекомендацій і закладу охорони здоров'я» [35].

Згідно статті 7 «Держава згідно з Конституцією України гарантує всім громадянам реалізацію їх прав у сфері охорони здоров'я шляхом:... фінансування надання всім громадянам та іншим визначеним законом особам гарантованого обсягу медичних послуг та лікарських засобів...»[18].

За характером, способом надання медичної допомоги заклади охорони здоров'я поділяються на:

«1) заклади охорони здоров'я із забезпечення надання первинної медичної допомоги; 2) заклади охорони здоров'я із забезпечення стаціонарної та/або амбулаторної вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, до яких належать: багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування, лікарня планового лікування; консультативно-діагностичний центр; спеціалізований медичний центр (спеціалізована лікарня); 3) заклади охорони здоров'я із забезпечення третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, до яких належать: багатопрофільна обласна лікарня високоспеціалізованої медичної допомоги, високоспеціалізований медичний центр; 4) заклади охорони здоров'я системи екстреної медичної допомоги, що діють відповідно до положень, визначених законом; 5) хоспіси - заклади охорони здоров'я, що забезпечують надання паліативної допомоги; 6) заклади охорони здоров'я з медичної реабілітації» [3].

Інші заклади охорони здоров'я (університетські лікарні, клінічні лікарні, аптеки) також можуть надавати медичну допомогу або здійснювати іншу господарську діяльність відповідно до свого профілю та спеціалізації, що визначена переліком закладів охорони здоров'я, які погоджуються Міністерством охорони здоров'я, що формує та реалізує публічну політику у сфері охорони здоров'я.

Інфраструктура та перелік закладів охорони здоров'я формується відповідно до поточних і прогнозних потреб населення в різних видах охорони здоров'я з урахуванням регіональних демографічних, соціально-економічних, кліматико-географічних, медико-соціальних особливостей, стану та перспективи транспортної інфраструктури.

Мережа закладів охорони здоров'я функціонує з урахуванням потреб населення в охороні здоров'я для забезпечення її належної якості відповідно до державних соціальних норм та галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

«Особливе місце на ринку медичних послуг відводиться діяльності фізичних осіб - підприємців(ФОП), які здійснюють господарську діяльність з медичної практики. Фізична особа - підприємець провадить діяльність згідно з ліцензією на медичну практику в умовах облаштованих приміщень. Порядок організації та вимоги до функціонування медичних кабінетів затверджуються НСЗУ. Лікарі загальної практики - сімейні лікарі, що провадять господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи - підприємці, можуть залучатися центрами первинної медичної (медико-санітарної) допомоги для надання такого виду допомоги на договірних засадах. Фізичні особи - підприємці, які надають первинну медичну допомогу враховуються як структурна одиниця при формуванні і плануванні мережі закладів охорони здоров'я, що надають цей вид медичної допомоги. З питань провадження медичної діяльності фізичні особи - підприємці підзвітні територіальним органам охорони здоров'я і надають статистичну звітність в порядку, який встановлений для державних і комунальних закладів» [4].

Кількість ФОП у медицині зросла по Україні у 2021 році в порівнянні з 2020 роком на 1,8% і становила 685 осіб. Впродовж 2020 року щомісячно долучалося до роботи по 9 лікарів ФОП (рис.1.2).

«На нашу думку, саме функціонування ФОПів на ринку медичних послуг сприятиме доступності та підвищенню якості медичної допомоги, сприятиме продуктивній зайнятості медичного персоналу, посилить оновлення матеріально-технічної бази, забезпечення інформаційного ресурсу закладів охорони здоров'я відповідно до міжнародних стандартів; сприятиме впровадженню інноваційних технологій у щоденній медичній практиці» [4].

Для того, щоб працювати як фізична-особа і надавати медичні послуги необхідно отримати ліцензію, для її отримання ФОП повинен пройти певні регламентаційні процедури (рис.1.3).

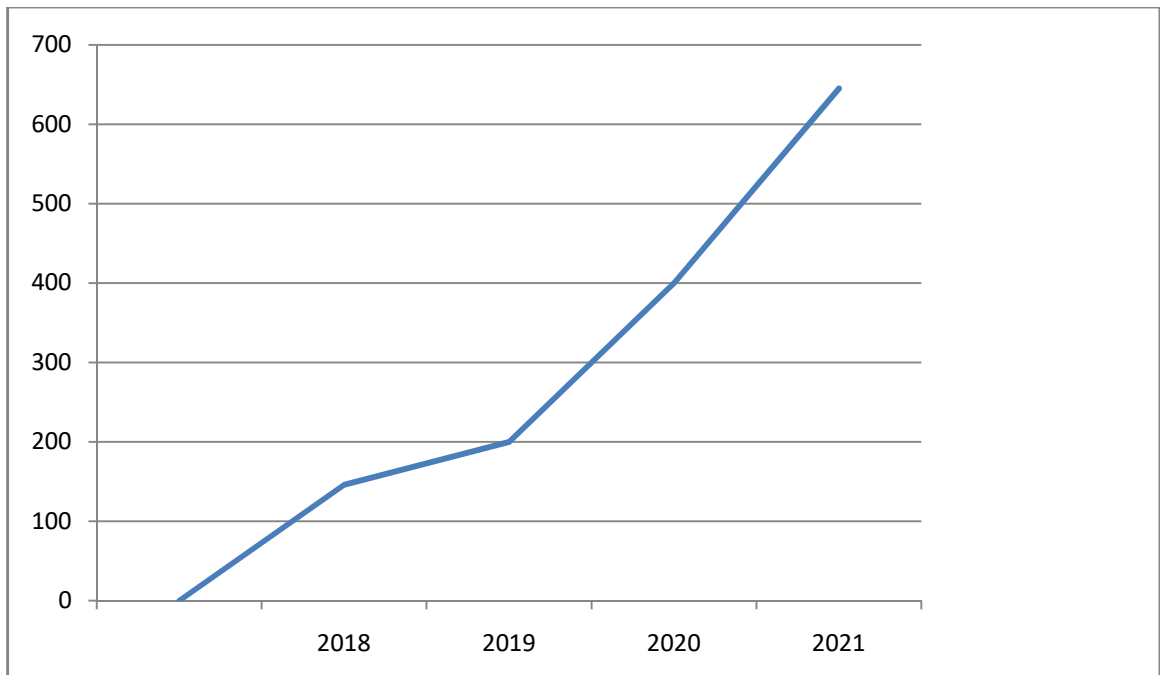


Рис.1.2. Динаміка кількості ФОП на ринку медичних послуг за 2018-2021рр.

Примітка: складено на основі інформації НСЗУ [10].

Після отримання ліцензії можна використовувати для якісного надання медичної практики механізм угод, діючі медичні програми та цифрові платформи. Наприклад, угоди з медичними лабораторіями для проведення аналізів. Оплату за ці послуги ФОП оплачує із сум отриманих від НСЗУ за пацієнта, так як при розрахунку оплати за послугу в капітаційну ставку суми для проведення аналізів закладаються. Щодо виписування рецептів, то, тут ФОП може користатися інформаційним модулем за програмою «Доступні ліки», яку також адмініструє НСЗУ. Для видачі листків непрацездатності приватного лікаря державну акредитацію не проходять. Лікар ФОП може видати листок непрацездатності, в тому числі з 2021 року і електронної форми на строк до п'яти календарних днів з подальшим продовженням (залежно від тяжкості захворювання) до десяти календарних днів. При необхідності продовжувати лікування далі – за погодженням з Лікарсько-консультативною комісією (ЛКК) лікар ФОП може продовжувати перебування в стаціонарі до десяти днів.



Рис.1.3. Алгоритм ліцензування діяльності ФОП для надання медичних послуг

Примітка: побудовано з використанням [20]

«Ліцензійними умовами провадження господарської діяльності з медичної практики (постанова Кабінету Міністрів України від 02.03.2016 № 285) встановлено організаційні, кадрові й технологічні вимоги до матеріально-технічної бази ліцензіата, обов'язкові для виконання під час провадження господарської діяльності з медичної практики, а також визначено вичерпний перелік документів, що додаються до заяви про отримання ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики» [20].

Загалом відмінності у наданні медичних послуг лікарем ФОП і звичайним лікарем в рамках окремого взятого медичного органу є доволі суттєві, передусім вони стосуються фінансової складової та фіскальної (оподаткування). Загалом порівняльні характеристики до надання такого роду медичних послуг систематизовані нами на рис.1.4.



Рис.1.4. Специфіка надання медичних послуг лікарем в рамках медичного закладу та ФОПм

Примітка: складено автором на основі чинного законодавства [16].

Отже відповідно до вимог до надавача медичних послуг, затверджених постановою КМУ від 28 березня 2018 р. № 391 для належного організаційного супроводу надання медичних послуг необхідно дотримуватися таких вимог:

«...наявність ліцензії та необхідних дозвільних документів, наявність необхідної матеріально-технічної бази, яка відповідає вимогам галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я, примірних табелів матеріально-технічного оснащення, затверджених МОЗ; наявність умов для медичного обслуговування та вільного доступу для осіб з особливими потребами, реєстрація надавача як юридичної особи (крім державної або комунальної установи) або як фізичної особи – підприємця, відповідність критеріям, установленим у порядку використання коштів відповідної бюджетної програми, на виконання якої укладаються договори про медичне обслуговування населення» [44].

При характеристиці організації надання медичних послуг лікарем слід звернути увагу ще на одному аспекті. Послуги медичні надає лікар, фопом може бути як людина з медичною освітою, так і звичайний підприємець, який наймає за договором на роботу лікаря.

Для отримання ліцензії на провадження медичної практики та організації надання медичних послуг приватним особам не обов'язково мати медичну освіту та бути лікарем. Договори на надання медичних послуг для населення за програмою медичних гарантій НСЗУ укладаються не з лікарем, який є працівником ФОП, а з ФОП (без вимоги бути лікарем). При цьому ФОП має право наймати лікарів для надання медичної допомоги, у тому числі і за вказаним договором в рамках програми медичних гарантій, укладеною з НСЗУ, та оплачуваними державою послугами.

У той час як ліцензування гарантує мінімальні стандарти безпеки пацієнтів і мінімізує ризики для здоров'я, акредитація закладів охорони здоров'я покликана забезпечити постійне підвищення якості та спрямована на досягнення оптимальних стандартів. Національний орган з акредитації шляхом

незалежного зовнішнього оцінювання публічно підтверджує досягнення тією чи іншою установою стандартів акредитації.

«У Концепції управління якістю медичної допомоги зазначено, що аналіз результатів роботи закладів охорони здоров'я ґрунтується на затверджених державними органами облікових і звітних документах (статистичних даних і річних звітах про діяльність), а також на результатах окремих досліджень якості медичної допомоги та визначення напрямків її покращання» [47].

«Наказ МОЗ України від 05.02.2016 р. № 69 «Про організацію клініко-експертної оцінки якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування» «осучаснює» експертну оцінку другої та третьої груп експертизи, яка здійснюється у випадках смерті пацієнтів, розбіжності встановлених діагнозів, недотримання стандартів медичної допомоги та медичного обслуговування, клінічних локальних протоколів, табелів матеріально-технічного оснащення, а також у випадках, котрі супроводжувалися скаргами заявника» [16].

Загалом модель функціонування ФОП в сфері охорони здоров'я матиме вигляд (див. рис.1.5).

«Лікарі надають саме медичну допомогу, а вона є частиною медичного обслуговування та частиною послуги з медичного обслуговування (медичної послуги), яку організують не лікарі, а ФОПи» [56]

Отже, правовий супровід організації надання медичних послуг створює базис для функціональної діяльності закладів охорони здоров'я, фізичних осіб - підприємців, передусім шляхом ліцензування, встановлення нормативних вимог, контрольних-координаційних процедур з дотримання належності якості надання медичних послуг.



Рис.1.5. Організація надання медичних послуг ФОП

Примітка: складено автором.

Висновки до розділу 1

Результати проведеного в даному параграфі дослідження дозволили нам:

1. Систематизувати підходи, які склалися у світовій практиці щодо організації надання медичних послуг, зокрема це: платна медицина, заснована на ринкових засадах із використанням приватного медичного страхування, державна медицина з системою централізованого фінансування, змішана з диференційованою системою фінансування.

2. Провести групування класифікаційних підходів до надання медичних послуг, які склалися в глобальній економіці: екстренні, діагностично – консультативні, спеціалізовані, високоспеціалізовані, високо інноваційні,

послуги експериментальної медицини; паліативні; реабілітаційні; косметичної та естетичної медицини; послуги медичного туризму.

3. Проаналізувати діючий інституційний базис, який є відправним в початку організації надання медичних послуг в умовах національної економіки закладом охорони здоров'я та фізичною особою підприємцем на ринку медичних послуг. При цьому заклади охорони здоров'я можуть бути структуровані на такі, що надають первинну, стаціонарну, високоспеціалізовану, паліативну, реабілітаційну медичну допомогу. Вказана мережа закладів охорони здоров'я функціонує на основі отриманих ліцензій (для медичних закладів підтверджених акредитаційних вимог) на основі вивчення запитів населення шляхом забезпечення належної якості медичної допомоги в рамках державних соціальних норм, діючих галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 2.

АНАЛІЗ СТАНУ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ ГРОМАДЯН В ДОСЛІДЖУВАНОМУ ЗАКЛАДІ

2.1. Діагностика стану та структури медичних послуг

Досліджуваною медичною установою є приватний медичний центр, що заснований у 2014 році і працює як ФОП та спеціалізується на наданні послуг дорослим та дітям з захворюваннями вуха, горла, носа. Також вузькоспеціалізований напрямок складають слухопротезування сучасними слуховими системами від світових лідерів у галузі виробництва слухових апаратів.

Досліджуваний центр має лінійно-функціональну структуру (рис.2.1) і включає два підрозділи – лор-центр та центр корекції слуху. Він оснащений всім сучасним обладнанням, що необхідне для діагностики, лікування, профілактики отоларингологічної допомоги: 2 лор-комбайни, ендоскопічна ЛОР установка, тонзилор 2М, пневмомасажер, лазер лікар-хірург, лікар-терапевт, автоклав, УФО.

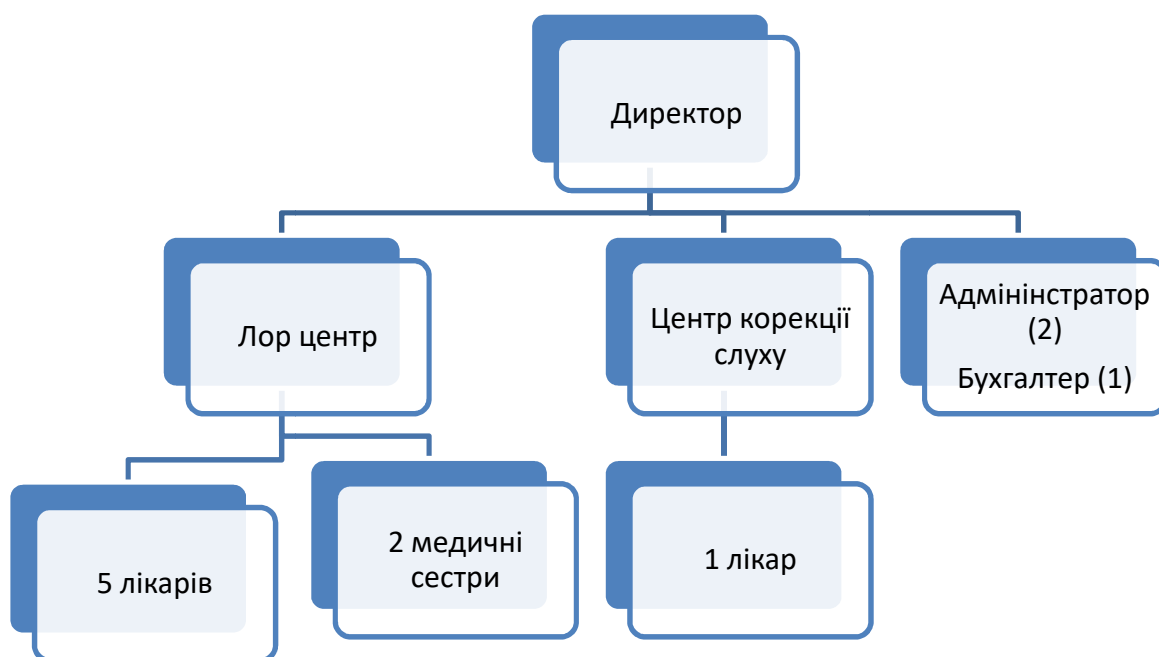


Рис.2.1. Структура отоларингічного центру

Щоб даний центр почав працювати, його керівник отримав ліцензію на надання таких послуг шляхом створення ФОП. Кроки здійснені, щоб відкрити приватну медичну практику передбачали:

1. Реєстрацію та отримання свідоцтва про державну реєстрацію фізичної особи – підприємця.
2. Отримання довідки з управління статистики (ЕГРПОУ).
3. Вибір та оренду приміщення та підпис договору з орендодавцем на право володіння і користування нежилим приміщенням.
4. Дозвіл від пожежної частини.
5. Дозвіл Державної санітарно-епідеміологічної служби.
6. Закупівлю обладнання відповідно до табеля матеріально - технічної забезпечення медичних закладів та ФОПів в рамках первинної медичної допомоги.
7. Представлення кваліфікаційних документів, які дозволяють мати медичну практику (диплом про медичну освіту, виданий вищим медичним навчальним закладом III - IV рівня акредитації, закладом післядипломної освіти державного зразка).
8. Підтвердження відповідної кваліфікаційної категорії за фахом.
9. Представлення свідоцтва про результати підвищення кваліфікації за професійними програмами в уповноважених установах.

Кадрове забезпечення лор-центру складають:

1. Центр корекції слуху: лікар – 1 ставка, адміністратор – ставка.
2. ЛОР центр: лікар – 5 ставок, медична сестра – 1 ставка, маніпуляційна молодша медична сестра – 1 ставка, адміністратор – 1

Кабінети для надання отоларингічних послуг в дсодіжуаному лор-центрі використовують сучасні матеріально-технічні засоби для лікування та діагностики захворювань лор-органів. Новітнє обладнання дозволяє безболісно діагностувати захворювання та патології і цим самим забезпечує результаивність надання медичної послуги

«В Лор-центрі забезпечується точне діагностування, дієве лікування та надійну профілактику широкого спектру захворювань горла (гортані, глотки і трахеї), носа та вуха. Окрім того, пропонується також професійна допомога у підборі слухових апаратів, які забезпечать ефективну корекцію порушень слуху: "Audio Servise", "Beltone", "Simens", "Interton", "Unitron", "GNReSound", "Phonak", "Widex", "Starkey"» [35].

Тернопільський ЛОР-центр Слуху оснащений не лише необхідним медичним діагностичним обладнанням, але й сучасними інструментами для ефективного лікування усіх захворювань ЛОР-органів. Лікарі постійно проходять підвищення кваліфікації та мають змогу отримані нові знання використовувати для якісного надання медичних послуг.

Клініка працює з 8:30 – 18:00 Пн.- Пт., 9:00 – 15:00 Сб в дві лікарські зміни, згідно попереднього запису, а також ургентна допомога дітям і дорослим без запису (гострий біль, стороннє тіло, травма...). Нд вихідний.

На кожного первинного пацієнта на діагностику з призначенням лікування виділено 0,5 год. Для зручності лікаря-пацієнта впровадили електронну реєстратуру «Appointer». Документація та фінансовий облік електронний. Встановлений еквайринг від Приватбанку для безготівкових розрахунків. Медична документація видається на руки пацієнту в друкованому екземплярі.

Ринкова модель господарювання породжує нові підходи до ведення медичної практики та ціноутворення. Ціни на послуги у ринкових умовах повинні відображати як вартість послуги, що надається, так і реально

кон'юнктуру на ринку медичних послуг і безпосередньо попит на дану послугу. Отже при ринковому ціноутворенні за основу береться цінова еластичність попиту, рівноважна ціна.

Цінова політика є демократичною спектр лор-послуг (понад 60 видів) є дуже диференційованим (табл.2.1)

Таблиця 2.1

Перелік послуг та їх вартість в діяльності медичного центру

Перелік послуг	Ціна, в грн..
1. Огляд первинний лікаря лора дорослого, дитячого	300
2. Огляд повторний лікаря лора дорослого, дитячого	200
3. Огляд контрольний лора дорослого, дитячого	150
4. Огляд сімейний лора дорослого, дитячого	400
5. Консультація бесіда	100
6. Огляд сімейний повторний	300
7. Внутрішньом'язова ін'єкція	20
8. Ультразвук	50
9. Ультразвук, УФО, Лазеротерапія	100
10. Вакуумне промивання піднебінних мигдалин на апараті "тонзилор ММ ", змащування р-ном антисептика, лазеротерапія на мигдалини, УФО (забезпечення ліків ЛОР центру)	250
11. Промивання піднебінних мигдалин, змащування р-ном антисептика, лазеротерапія на мигдалини, УФО (забезпечення ліків ЛОР центру)	200
12. Кріотерапія на аденоїдні вегетації повторно	350
13. Огляд первинний з аудіометрією	350
14. Кріотерапія на аденоїдні вегетації	700
15. Кріотерапія на піднебінні мигдалини повторно	350
16. Кріотерапія на піднебінні мигдалики	700
17. Промивання піднебінних мигдалин	100
18. Видалення із зовнішнього слухового проходу сірчаної пробки (1 вухо)	150
19. Блокада нижніх носових раковин	150
20. Каустика зони Кисельбаха лазером	150
21. Катетеризація слухової труби	100
22. Аплікаційна анестезія	30
23. Вливання лікарських речовин в гортань, трахею	80
24. Закрита репозиція кісток зовнішнього носа	500
25. Блокада в заушну область	100
26. Консультація ЛОР лікаря вдома	500
27.	
28. Пункція верхньощелепової пазухи без дренажу (одностороння)	350
29. Видалення синехії порожнини носа	550
30. Розкриття фурункула носа, вуха	300
31. Туалет зовнішнього слухового проходу (1 вухо)	50

Продовження таблиці 2.1

32. Тимпанометрія	200
33. Продування слухових труб по Політцеру	50
34. Розкриття абсцесів (гнійників)	300
35. Лазерна коагуляція гранул задньої стінки	300
36. Підслизова лазерна вазотомія нижніх носових раковин	900
37. Видалення папіломи м'якого піднебіння лазером	300
38. Пункція гайморової пазухи	350
39. Розкриття паратонзиллярного абсцесу	400
40. Огляд слухових проходів на наявність сірчаних корків	50
41. Поліпотомія -1 -й рівень складності	900
42. Лазерна корекція нижніх носових раковин	1200
43. Парацентез барабанної перетинки	250
44. Малі хірургічні втручання	280
45. УФО, Лазер	100
46. Лазеротерапія	70
47. Пневмомасаж барабанних перетинок	50
48. Пункція верхньощелерової пазухи з дренажем (одностороння)	300
49. Редресація кісток носа	350
50. Промивання ДПН методом переміщення рідин	100
51. Введення лікарських речовин інтратонзиллярно	20
52. Змазування слизової оболонки глотки лікарськими речовинами	25
53. Змазування слизової оболонки глотки лікарськими речовинами	25
54. Промивання піднебінних мигдалин, змашування р-ном антисептика, лазеротерапія на мигдалини, УФО (забезпечення ліків пацієнта)	150
55. Введення лікарських речовин на турунді	25
56. Туалет порожнини носа	20
57. Промивання ДПН методом переміщення рідин	100
58. Каустика зони Кисельбаха лікарськими речовинами	100
59. Каустика зони Кисельбаха лікарськими речовинами	90
60. Забір матеріалу на дослідження	20
61. Пневмомасаж барабанних перетинок	50
62. Підбір слухового апарата	0
63. Налаштування слухового апарата повторне (придбаних не у ЛОР центрі)	300
64. Аудіометрія	150

Джерело: складено автором на основі інформації Лор-центру СЛУХУ [35].

Оцінка організаційного забезпечення приватного отоларингічного центру дозволила виокремити такі його конкурентні переваги на ринку медичних послуг: «це висококваліфікована отоларингологічна допомога у Тернополі; це комплексна діагностика та ефективне лікування хвороб вуха, горла, носа; це досвідчені лікарі з багаторічним досвідом» [35].

Досвід, інноваційні підходи у лікуванні це дуже важливо, оскільки пострадянська система лікування за моделі Семашка мала проблему невідповідності між тим на стільки якісно надається послуга, і хто нестиме відповідальність за неналежне її надання. Це пов'язане з хибною думкою, що „клієнт в будь-якому випадку прийде”. Більше того, маркетинг категорично заперечує такий підхід, адже він суперечить конкурентному позиціонуванню медичного закладу.

Тому сучасним керівництвом лор-центру важлива увага приділяється сучасним технологіям просування послуг на ринку, серед них інструменти інтернет-маркетингу. Адміністраторами Центру моніторяться запити споживачів на діагностовані хвороби і розміщуються відразу інформаційні повідомлення про способи їх лікування. Для кращого вивчення потреб ринку медичних отоларингічних послуг вважаємо за доцільне розробити план просування медичних послуг і медичного брендінгу з набором засобів боротьби з фактором неминучості приходу пацієнта.

2.2. Оцінка ресурсного забезпечення медичного обслуговування

Медичні кадри є головною і досить вагомою частиною функціонування закладу охорони здоров'я, забезпечуючи його результативну та ефективну діяльність. Організація кадрового забезпечення медичного закладу здійснюється через кадрову політику, що передбачає добір, адаптацію, кадрове планування, статусну та фінансову мотивацію, систему соціального захисту, звільнення тощо.

Щодо рівня професіоналізації, то вищу категорію мають 6 лікарів (табл.2.1).

В питаннях фінансового забезпечення Центр має необхідні ресурси для того, щоб надавати якісні медичні послуги і перебуває повністю на засадах самофінансування.

Матеріально-технічне забезпечення складають приміщення, техніка, медичні засоби та препарати. Частково обладнання взяти в оренду та розділено витратами з партнером, який відкрив спільну практику з іншими лікарями.

При закупівлі обладнання орієнтувалися на «Примірний табель матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб — підприємців, які надають первинну медичну допомогу» [41], затверджений наказом МОЗ від 26.01.2018 №148.

Таблиця 2.1

Оцінка фахового кваліфікаційного рівня кадрів

Структура кадрів	Усього облікова кількість осіб на 01.01. 2021	Із загальної кількості лікарів (графа 1), які мають кваліфікаційну категорію		
		вищу	I	I
А	1	3	4	5
1. Лікарі	6	6	-	-
у тому числі жінок	5	4	1	-
2. Середній медичний персонал	1	1	1	
3. Молодший медичний персонал	1	1	1	
4. Спеціалісти з вищою немедичною освітою	3	2	-	-

Джерело: наведено на основі адміністративно-управлінської інформації отоларингічного центру.

«Ліцензійними умовами провадження господарської діяльності з медичної практики (постанова Кабінету Міністрів України від 02.03.2016 № 285) встановлено організаційні, кадрові й технологічні вимоги до матеріально-технічної бази ліцензіата, обов'язкові для виконання під час провадження господарської діяльності з медичної практики, а також визначено вичерпний перелік документів, що додаються до заяви про отримання ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики» [20].

Для отримання ліцензії було подано в МОЗ:

- заяву на отримання ліцензії щодо можливості реалізації господарської медичної практики;
- відомості суб'єкта господарювання про стан інфраструктурне, матеріальне, технічне, кадрове забезпечення з обов'язковою верифікацією освіти та кваліфікації персоналу;
- опис документів на провадження господарської діяльності з медичної практики.

Директор лор-центру займає одночасно і адміністративну посаду і надає кваліфіковану медичну допомогу. Зокрема, ним було виконано необхідні вимоги. Наявність:

1. Диплому фахівця про медичну освіту.
2. Сертифікату лікаря - фахівця, виданий вищою медичною учбовою установою, установою післядипломної освіти 3-4 рівень акредитації.
3. Підтвержуючі документи про підвищення кваліфікації чи у разі потреби перепідготовку у встановлених законом закладах.
4. Свідоцтва про закінчення курсів (спеціальність).
5. Категорія (спеціальність) для медичної практики.
6. Трудова книжка із записами за останні 12 років.

Особливою складовою ресурсного забезпечення є інформаційно-комунікативне забезпечення, яке частково реалізується через Інтернет маркетинг, а також включає необхідні методично-інструктивні матеріали, вимоги щодо регламентування лікарської практики ФОП, умови ліцензування діяльності .

Загалом інформатизація медичного закладу здійснюється відповідно до програми eZdorovya, яка є основним розробником технічного ядра eHealth в Україні. «eHealth - це інтегрована електронна система охорони здоров'я, що

забезпечує обмін медичною інформацією та реалізацію програми медичних гарантій населення, впровадження якої регулюється МОЗ. Система eHealth складається з: Центральної бази даних (ЦБД) (адміністратор ДП “Електронне здоров’я”); Електронних медичних інформаційних систем (МІС) (системи, які дають змогу автоматизувати роботу медзакладів з ЦБД)» [57].

Отже, можна стверджувати, що лікарня має належний рівень організаційного забезпечення для того, щоб виконувати покладені на неї функції.

Щодо податків, то згідно з чинним законодавством ФОП сплачує 5% отриманої суми від НСЗУ. Також сплачує єдиний соціальний внесок, податок на нерухомість. Тому було б добре, якби держава надала податкові пільги лікарям, приватним підприємцям, хоча б на рік, хоча в деяких країнах Європи вони надаються і на 3- 5 років. Це буде стимулювати молодих працівників. Однак, для індивідуального підприємця з невеликим досвідом стартового капіталу цього недостатньо. Також слід стимулювати перехід лікарів у статус приватних підприємців, практикувати практику укладання взаємних договорів, коли приватні лікарі при необхідності замінюють один одного. У комунальних закладах такі угоди між собою фахівці укладають, і чи візьме хтось із них відповідальність за співпрацю з ФОП – невідомо.

У нашій роботі також є невирішені питання, наприклад, про неможливість співпраці з лікарсько-консультативними комісіями, створеними в комунальних закладах. Наразі маємо вибіркового підхід у співпраці з ФОП, результат рішення ЛКК залежить від головних лікарів дільничних лікарень. Сьогодні ми не можемо домовитися з головними лікарями, щоб через ЛКК укласти договір на обслуговування наших пацієнтів.

Зараз ми також не відчуваємо жодної підтримки ні матеріальної, ні навіть моральної з боку місцевої влади. Голови громад, голови районів допомагають комунальним підприємствам, тобто їхнім установам, а ФОПи їх нецікаві. Тому нам доводиться працювати інституційно окремо.

На нашу думку, лікар-ФОП ставиться більш зважено та відповідально до організації роботи, до надання медичних послуг чи консультацій для попередження захворювань своїх пацієнтів. В цьому випадку це його престиж і матеріальна мотивація, а відтак і більше зацікавлений у пацієнтові, за яким надходять гроші.

Повний перелік необхідного обладнання лікаря-ФОП наведений у таблиці матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я, які надають первинну медичну практику (табл.2.3).

Таблиця 2.3

Табель матеріально-технічного оснащення ЛОР-центру

N з/п	Перелік медичної техніки та виробів медичного призначення	Мінімальна необхідна кількість
1.	Апарат для масажу вушної барабанної перетинки «ЕЛЕМА Н»	1
2.	Опромінювач бактерицидний	4
3.	Рециркулятор бактерицидний	1
4.	Груша гумова медична	3
5.	Дзеркало вушне	50
6.	Дзеркало носове	50
7.	Відсмоктувач хірургічний «БІОМЕД»	1
8.	Ємність для дезрозчину, дезінфекції інструментарію	10
9.	Камертон	1
10.	Крісло Барані	1
11.	Кушетка медична	2
12.	Лоток ниркоподібний	10
13.	Лоток медичний	5
14.	Відсмоктувач хірургічний	1
15.	Набір ЛОР-інструментів	40
16.	Негатоскоп	1
17.	Отоскоп	1
18.	Рефлектор лобний	5
19.	Столик інструментальний	5
20.	Термометр медичний	5
21.	Трубка гумова	3
22.	Шафа медична	2
23.	Шпатель	50
24.	Шприц Жане	2
25.	Аудіометр «AUDITUS-1»	2
26.	Тимпанометр «MAICO touch Tump MI 34»	1
27.	Апарат лазеро-терапевтичний «Лікар-терапев Мт»	1

28	Коагулятор лазерний «Лікар-хірург»	1
29	УФО опромінювач «Сонечко»	3
30	ЛОР комбайн ST-E-500 – робоче місце лор лікаря	1
35	ЛОР комбайн GT-30 – робоче місце лор лікаря	1
36	ЛОР ендоскопічна камера XD 303	1
37	Налобний освітлювач	5
38	Автоклав «SATVA»	1
39	Пакувальна машина стерильних інструментів «MELAG»	1

Примітка: складено на основі інформації лор-центру.

Слід відмітити, що все медичне та технічне обладнання сертифіковане, придбане в українських постачальників безготівково. У клініці наявне вартісне обладнання, устаткування, яке купувалося під відтермінування або в кредит.

Для прикладу, Коагулятор лазерний «Лікар-хірург» придбаний в ПП «Фотоніка плюс» м. Черкаси з відтермінуванням 6 міс., двома платежами.

Аудіометри «AUDITUS-1» - 2шт, Тимпанометр «MAICOtouthTymпMI 34» придбані у ТОВ «Аудіодіагностик» м. Київ, підвідтермінування на 6 міс., трьома платежами.

ЛОР комбайн ST-E -500 – робоче місце лор лікаря придбаний у ТОВ «UMDC» м. Київ під виплату на 8 міс., трьома платежами.

До слова, цифрові слухові пристрої «ВІЖЕКС» для слабчучючих людей ПП «Реотон», м Київ надає під реалізацію.

В досліджуваному лор-центрі налагоджена співпраця з некомерційними та комерційними закладами міста для скерування пацієнтів, що потребують стаціонарного лікування. Заклучено договір з медичною лабораторією «Біокурс» по лабораторній діагностиці. Заклучена домовленість з ПП «Реотон» по засобах слухопротезування та реабілітації слабчучючих.

2.3. Оцінка стримуючих та стимулюючих чинників медичного обслуговування

Огляд категорій відвідувачів в лор центрі показав, що серед відвідувачів дозволили показати, що лєвова частка відвідувачів – 60 відсотків це маленькі пацієнти у віці від 6 місяців і дітки у віці до 10 років. 20 відсотків становлять підлітки та люди молодого віку, лише 10 відсотків старші люди і похилого віку. Основна причина такого діапазону криється в тому, що більшість діток за умов ранньої діагностики і маючи своєчасно кваліфіковану допомогу вирішують проблеми з вадами слуху. Старші люди за умов наявності фінансових можливостей також можуть звернутися до Лор-центру і отримати кваліфіковано допомогу із виготовлення слухових протезів чи підбору серед наявних для покращення слухової активності. Основна проблема ціна послуги: медичне консультування вартує 350 грн. за прийом, повторний прийом складає 200 грн. існує великий ризик для ринку наявність потреби у послугах уї неплатоспроможний сегмент, яким більшою мірою рухає бажання мінімізувати свої витрати. Підвищення цін на слухові протези суттєво знижує кількість первинних пацієнтів та підвищує вимоги до якості обслуговування, та факторів комфорту.

Другий важливий аспект – чутливість пацієнтів до зміни вартості вторинного прийому. Приблизно дві третини доходів від клієнта центр отримує від повторних прийомів, цей інструмент став дуже ефективним. Більше того, споживач, який приходить повторно завжди позитивно прорекламує послуги медичного центру своїм друзям, колегам, знайомим.

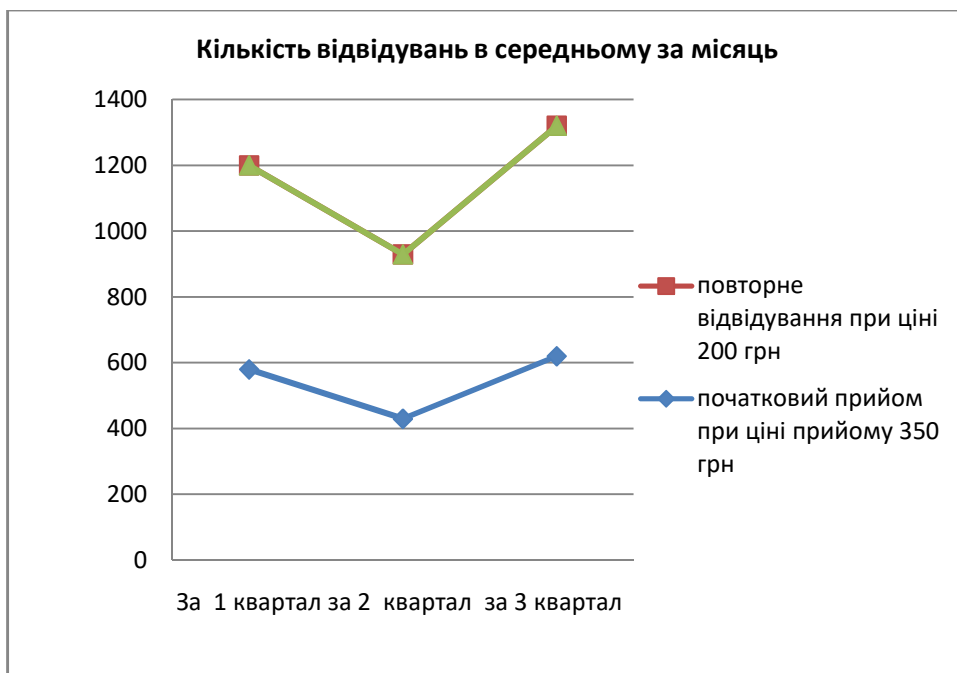


Рис.2.2. Кількість відвідувань Лор-центру СЛУХУ за три I-III квартали 2021 року.

Примітка: побудовано автором з використанням інформації Лор-центру.

Стимулюючим чинником в роботі Лор-центру є:

- високий професіоналізм у поєднанні з багаторічним досвідом - запорука правильного діагнозу;
- індивідуальний делікатний підхід до кожного пацієнта - від рожевощоких карапузів до сивочолих пацієнтів похилого віку;
- лояльна цінова політика;
- дотримання норм стерильності обладнання та інструментів;
- зручна логістика в розташуванні (біля зупинки громадського транспорту, на першому поверсі з наявністю пандусів для візочків).



Рис.2.3. Стимулюючі чинники функціонування Лор-центру СЛУХУ в м.Тернопіль

Примітка: побудовано автором на основі експертного опитування пацієнтів Лор-центру СЛУХУ.

Слід зазначити, що Лор-центр СЛУХУ розташований в спальному районі міста Тернопіль, зі зручною транспортною логістикою. Перший поверх, можливість заїхати з каляскою чи візком для людей з особливими потребами посилює інклюзивність центру. Зовнішній медичний вигляд працівників, адміністраторів і лікарів особливо подобається маленьким пацієнтам, оскільки він нагадує улюблених героїв із мультиків та казок. В умовах карантинних обмежень і у випадку відвідування пацієнтів з різним фізичним станом (температурний режим) прийом пацієнтів організовується так, щоб вони не перетиналися при відвідуванні закладу, передбачено електронний прийом та запис.

Інноваційним стимулюючим чинником функціонування Лорцентру СЛУХУ є наявність спеціальних програм надання медичної допомоги, зокрема «Підготуйте дитину до школи», які реалізуються щорічно перед тим, як діти ідуть до школи чи дитячого садка, плановий або профілактичний огляд ЛОР-

захворювань. В п'ятницю і в суботу перед школою проходить огляд пацієнтів шкільного віку.

В контексті посилення превентивної складової Лор-центр веде інформаційно-просвітницький блок в якому розповідається про специфіку побудови лор-органів, про слух, нюх, характер больових відчуттів, алергічний риніт, можливі супутні захворювання. Наприклад, найбільш відвідуюною є сторінка, що містить інформацію про риніт. В цьому контексті отоларинголами ведеться постійний блок про риніт, зокрема «алергічний риніт», алергічне запалення слизової оболонки носової порожнини. Лікарі акцентують увагу на тому, як розпізнати це захворювання, на що слід звернути увагу, зокрема на такі симптоми: закладеність носа, чхання, нежить і свербіж в носовій порожнині. Лікарі виділяють три форми цього захворювання – сезонний, професійний і цілорічний алергічний риніт. Сезонний алергічний риніт дуже схожий на вірусний, але відрізняється тривалістю і складністю. Його поява обумовлена періодом запилення рослин.

Зростання захворюваності на алергічний риніт пов'язане з погіршенням екології, безконтрольним застосуванням антибіотиків, антисептиків в побуті, неправильним харчуванням, широким використанням консервантів, різким зниженням імунітету та багатьма іншими факторами. При контакті з алергеном запальна реакція починає розвиватися в найбільш вразливих місцях. Вхідними воротами для алергену, а разом з ним і для полінозу, є наші верхні дихальні шляхи. У слизовій оболонці носа утворюються патологічні комплекси антиген-антитіло. Вони можуть не з'являтися, поки не з'явиться нова порція дратівливих антигенів. Як тільки це відбувається, виникає негайна реакція. Іншими словами, алергія - це зворотна реакція імунітету нашого організму. Імунні клітини руйнують власні клітини, в яких заселяється патологічний комплекс, в даному випадку - алерген.

Тема лікування полінозу є напрочуд актуальною, адже нею страждають від 10 до 25% дітей. Це захворювання передається у спадок. Дослідження

показали, що якщо один з батьків страждає на алергічний риніт, ризик рецидиву у дитини становить 30%. Якщо в обох батьків є одна з алергій, ризик зростає до 80%. Алергічна реакція може виникнути не тільки навесні. Сторонні речовини можуть викликати захворювання в інший час року, наприклад, шерсть тварин. Саме тому лікування алергічного риніту можна проводити в будь-який час року. Діагностика даного захворювання здійснюється шляхом ретельного збору анамнезу, ендоскопії носової порожнини, мазків слизової оболонки носа, шкірних проб з алергенами тощо. Історія захворювання дозволяє лікарю віднести його до певної пори року або до певних зовнішніх факторів.

Лікування полінозу зазвичай проводиться препаратами, які пригнічують хворобливу імунну відповідь організму на алерген. Ліки від алергічного риніту можуть бути місцевими (спреї, аерозолі тощо) або загальними (пероральні, ін'єкційні). За механізмом дії на окремі ланки алергічної реакції застосовують судинозвужувальні, протизапальні, антигістамінні та імунокоригуючий препарати. Зазвичай при алергічному риніті досить виявити алерген і виключити його вплив на пацієнта, щоб без будь-якого медикаментозного лікування припинити всі симптоми захворювання. Профілактика полінозу полягає у використанні гіпоалергенних продуктів в побуті, вживанні гіпоалергенних продуктів, загартовування і лікувальної фізкультури.

В досліджуваному медичному закладі найбільш популярними серед фізіотерапевтичних процедур є процедури: інгаляції, ларингоскопія, підбір слухового апарату.

Інгаляції є одним з найвідоміших місцевих методів лікування, який ефективний при лікуванні ряду респіраторних захворювань. По суті, ця процедура є інгаляцією лікарських речовин з лікувальною метою. Інгаляції – це вид місцевої терапії, що дає можливість забезпечити дію ліків безпосередньо на місці ураження слизової. Висока ефективність процедур досягається розпиленням спеціальних препаратів на мікроскопічні частинки. Таким чином,

збільшується площа контакту між препаратом і слизовою, відповідно, всмоктування діючої речовини відбувається швидше, що прискорює одужання. Крім того, інгаляційні розчини сприяють поліпшенню виведення слизу і мокротиння, що є одним з основних завдань при лікуванні цілого ряду сезонних захворювань органів дихання. Список показань до застосування цієї процедури досить широкий – різноманітні гострі та хронічні респіраторні захворювання: риніт, тонзиліт, фарингіт, бронхіт та пневмонія. Крім того, інгаляції є відмінним профілактичним засобом при бронхіальній астмі. Однак слід пам'ятати, що інгаляції верхніх дихальних шляхів є лікувальною процедурою, яка також має протипоказання. Тому в кожному конкретному випадку вид інгаляції та її склад повинен визначати лікар за вашими медичними показаннями. Тернопільський ЛОР-центр пропонує послуги кваліфікованих спеціалістів, які допоможуть підібрати правильний вид інгаляції, підібрати лікувальні компоненти та провести цю процедуру з максимальною користю для здоров'я.

Правильний підбір слухових апаратів – запорука максимальної користі від використання придбаного апарату. Щоб апарат максимально відповідав вашим потребам, ми використовуємо для обстеження спеціальне обладнання. Дані детального опитування та аудиметричного опитування є основою для вибору конкретної моделі. Також важливим фактором при виборі слухового апарату є спосіб життя користувача та ситуації, в яких він планує використовувати апарат. Потужність, необхідну пацієнту, визначається на основі аудіометричного обстеження, а клас слухового апарату більше залежить від способу життя, оскільки цифрові багатоканальні слухові апарати мають більш широкий спектр необхідних функцій. Тому в процесі слухових апаратів фахівець Центру детально розпитує пацієнта про особливості способу життя та налаштовує апарат під задані потреби та ситуації. Ефективність слухового апарату багато в чому залежить від того, чи правильно підібраний і налаштований апарат. З відгуків пацієнтів, розміщених на сайті центру можна

зробити висновок про те, що слухові апарати підібрані таким чином, що приносять максимальну користь.

Незважаючи на те, що в місті Тернополі є достатньо медичних закладів, які надають отоларингічні спеціалізовані послуги («Мій лікар», «Лорімед, «Оксфорд-медікал», «Фоніатр центр») Лор-центр Слуху утримує конкурентні позиції на ринку послуг за рахунок якості, доступності, максимального врахування потреб споживачів, помірної цінової політики, наявністю безплатних медичних оглядових програм для школярів, зручними умовами обслуговування.

Висновки до розділу 2

Результати проведеного в другому розділі дослідження дозволили оцінити організацію надання медичних послуг приватним медичним кабінетом, який засновано фізичною особою підприємцем, що має і медичну освіту і навчається за економічною освітньою програмою «Менеджмент закладів охорони здоров'я і отримав належну ліцензію для ведення приватної медичної практикою.

Місце медичних отоларингічних спеціалізованих послуг на ринку медичних послуг є доволі суттєвим і значимим, оскільки багато дітей народжується з вадами слуху чи переносять важкі захворювання наслідком яких є вади слуху і потребують допомоги. Незважаючи на те, що ці проблеми вирішуються сучасною медициною і таким дітям реально допомогти, деякі з них внаслідок нестачі коштів, своєчасної діагностики, кваліфікованої оперативної допомоги, допомоги у реабілітації та багатьох інших факторів продовжують жити зі своєю патологією. Це не лише особиста проблема, яка не дає цим дітям повноцінно розвиватися, навіть маючи при цьому великий потенціал. Але це велика соціальна проблема. Тому що глуха людина залишається непомітною для суспільства. Ці люди замикаються у своєму світі, як у печері, ізольованій від будь-яких голосів, навіть свого власного внутрішнього голосу.

Досліджуваний Лор-центр центр - це монофахова установа отоларингологічної (доросла та дитяча) амбулаторної допомоги, сурдологічної допомоги, слухопротезування. Центр надає кваліфіковані медичні послуги, які включають діагностику, слухопротезування, ультразвукове, медикаментозне, фізіотерапевтичне, лазерне, лікування хвороб горла, вуха, носа з використанням необхідного обладнання. Все медичне та технічне обладнання сертифіковане, придбане в українських постачальників безготівково. У клініці наявне вартісне обладнання, устаткування, яке купувалося під відтермінування оплати (на засадах лізингу) або в кредит. Заключено договір з медичною лабораторією «Біокурс» по лабораторній діагностиці

Медична допомога в Лор-центрі надається згідно протоколів МОЗ України. П'ять лікарів Лор-центру вищої або першої категорії, вчасно проходять спеціалізацію, вдосконалюються на тематичних курсах, товариствах, конференціях. Молодший медичний персонал вчасно проходить спеціалізацію. Налагоджена співпраця з некомерційними та комерційними закладами міста для скерування пацієнтів, що потребують стаціонарного лікування.

РОЗДІЛ 3.

НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ОБСЛУГОВУВАННЯ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Запровадження сучасних технологій конкурентного позиціонування на ринку медичних послуг.

На даний час, щоб бути на ринку медичних послуг конкурентним, медичні заклади активно використовують інструменти менеджменту якості, який передусім передбачає впровадження внутріорганізаційних системи якості відповідно до стандарту ISO 9001:2008 та золотого стандарту надання медичних послуг JCI. Менеджмент якості містить чотири основні складові: планування якості, забезпечення якості, контроль якості, покращення якості. Результатом запровадження міжнародних стандартів є процесний підхід і потік вдосконалення управлінської діяльності та медичної практики.

При цьому політику дотримання цих стандартів реалізують не лише приватні медичні установи, які вважаються прогресивнішими та мобільнішими і відкритішими до змін, а й державні. Однак акредитуватися на стандарти ISO легше, а вже потім акредитуються на стандарти JCI. Відмітимо, що у світі лише 754 в 60-ти країнах світу медичні заклади відповідають золотим медичним стандартам, і їх визнають Всесвітня організація охорони здоров'я (World Health Organization) і Міжнародна організація з якості у сфері охорони здоров'я (International Society for Quality in Healthcare). Порівняльна модель ISO та JCI представлено на рис.3.1.

Таблиця 3.1

Порівняльний аналіз систем забезпечення якості медичних послуг

Специфіка стандарту	ISO Міжнародної організації стандартизації	JCI Міжнародної організації з якості у сфері охорони здоров'я
Офіс розробника	Швейцарія (м. Женева)	США (штат Іллінойс)
Сфера використання	Усі сфери	Медична сфера

Рівень стандарту	Міжнародний	Міжнародний
Кількість закладів, які пройшли акредитацію за стандартом	1, 1 млн.	754
Базові положення стандарту	Навчання, компетентність персоналу Саморозвиток і самовдосконалення Орієнтація на потреби споживача послуги Превентивні заходи Якість медичних послуг	Підвищення рівня професіоналізму Безперервний саморозвиток Залучення пацієнтів до медичного процесу Якість медичних послуг Безпека пацієнтів і співробітників

Примітка: складено з використанням [51, 52].

Стандарти JCI є спеціалізованими стандартами якості медичної діяльності. Їх використання передбачає високий рівень розвитку та культури роботи медичної організації. Якщо порівнювати їх з іншими системами якості, то стандарти JCI є найбільш складними, тому що охоплюють не лише медичну частину, а всю роботу клініки в цілому, включаючи процеси бюджетування закладу, закупівлі, протипожежну безпеку, логістику медичного супроводу, страхові послуги та багато інших.

Сучасна міжнародна медицина виділяє шість областей, у яких необхідні покращення.

Шість цілей високоякісної медичної допомоги:

1. Безпека пацієнта – безпека передусім.
2. Ефективність – надавати медичні послуги, спираюся на науковий підхід.
3. Пацієнтоорієнтованість – шанобливе, уважне ставлення до особистих уподобань та потреб пацієнта, а також активне залучення пацієнта до процесу лікування.
4. Своєчасність – лікування має бути вчасно при скороченні часу очікування.
5. Економічна доцільність – усунення зайвих витрат.

6. Неупередженість – надання якісної медичної допомоги незалежно від статі, національності чи соціального статусу.

Стандарти JCI у створенні медичної діяльності набагато вимогливіші ніж вимоги вітчизняного законодавства, отже, клініка має знайти грамотний баланс побудувати ефективну роботу з дотриманням всіх вимог. Під час аудиту експерти JCI здійснюють перевірку медичної організації на відповідність вимогам стандартів. За результатами перевірки видається висновок, якщо він позитивний, то медична організація отримує сертифікат та знак відповідності стандартам JCI на три роки. Після завершення цього періоду клініка має пройти повторну акредитацію. Але, в інтервалі між акредитаціями експерти JCI здійснюють наглядові перевірки за діяльністю акредитованих організацій.

Для проведення аудиту якості необхідно дотримуватися чітко виписаних процедур (рис.3.1)



Рис.3.1. Модель аудиту якості медичних установ

Саме аудит якості дозволить визначити готовність організації до запровадження міжнародних стандартів якості, а послідує використання

інструментів аудиту якості прийтиме постійному моніторингу стану підтримання цих стандартів в медичному закладі. Етапи та алгоритм впровадження міжнародних стандартів якості медичної допомоги представлено на рис.3.2.

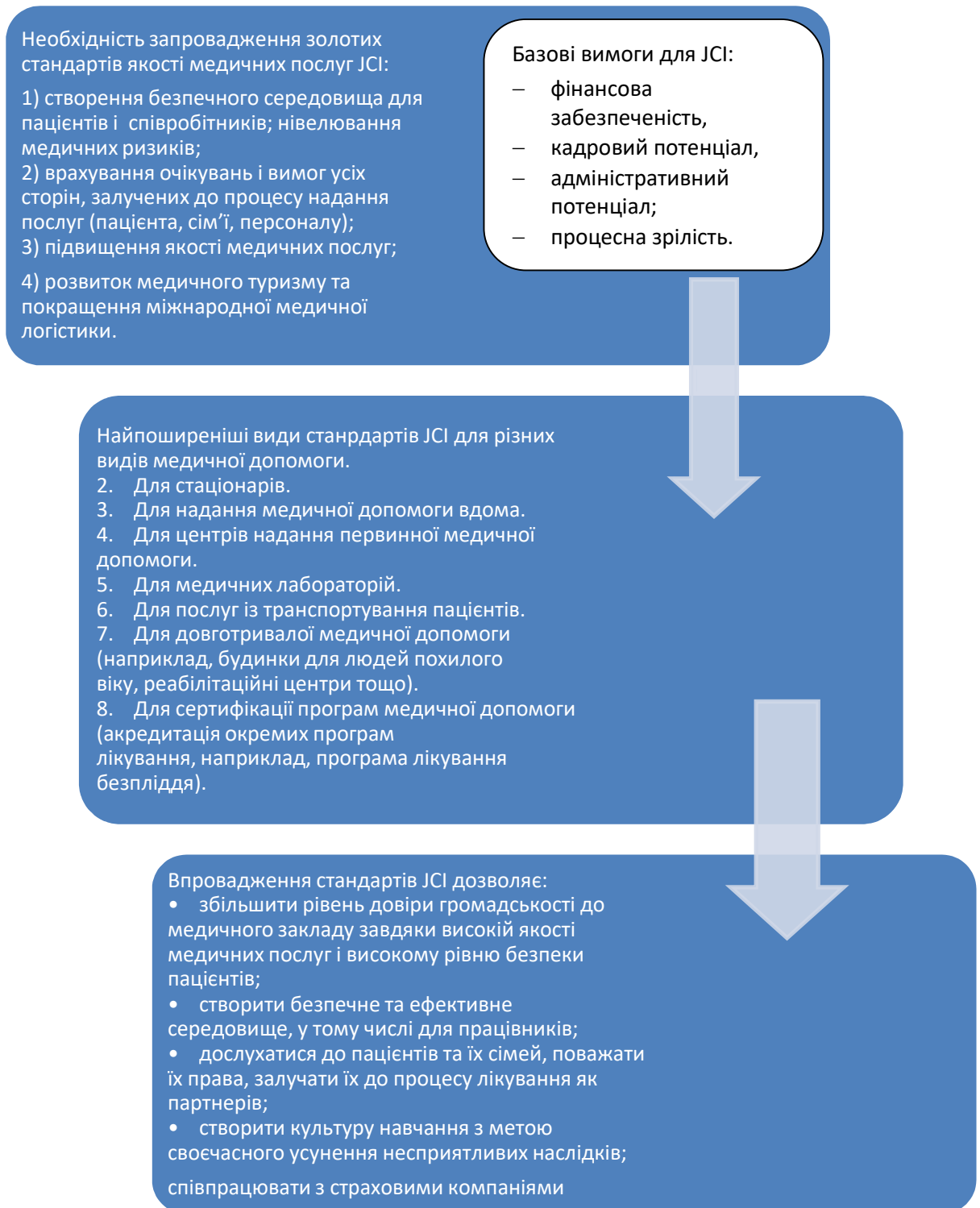


Рис.3.2. Специфіка впровадження золотих стандартів якості медичних послуг JCI

Примітка: побудовано з використанням [60]

Для отримання акредитації JCI медична організація має пройти низку етапів:

1. Вибір відповідного стандарту акредитації та складання плану для її проходження. На цьому етапі медична організація має реально оцінити свої послуги, визначити міжнародні стандарти, що найбільш підходять до її діяльності, спланувати свої дії щодо впровадження цих стандартів.

2. Отримання стандартів та іншої документації для проходження акредитації та пройти процес попередньої реєстрації на сайті компанії Joint Commission International.

3. Проведення навчання персоналу організації. Успішне впровадження стандартів JCI передбачає знання та розуміння стандартів усіма працівниками медичної організації. Для початку впровадження стандартів необхідно, щоб у організації було призначено відповідальних, які пройдуть навчання за стандартами JCI.

4. Початкова оцінка медичної організації. У ході даного етапу відповідальні за впровадження проводять первинну оцінку відповідності організації вимогам стандартів. Оцінка дає можливість оцінити ступінь розходження практики, що склалася роботи та вимог стандартів.

5. Впровадження вимог стандартів JCI є найтривалішим етапом. У ході даного етапу організація повинна розробити та задокументувати велику кількість процесів та процедур, що дозволяють виконати вимоги до міжнародних стандартів. Стандарти систематизовані за функціональним принципом: Розділ 1 – стандарти, пов'язані з пацієнтами; Розділ 2 – стандарти управління медичною організацією.

6. Реєстрація в системі JCI. Для підтвердження готовності до проходження акредитації після завершення впровадження стандартів організація має зареєструватись у електронній системі на сайті компанії Joint Commission International.

7. Проведення акредитації, підчас якої експерти Joint Commission International здійснюють перевірку медичної організації. на відповідність вимогам стандартів. За результатами перевірки вони представляють свій висновок, і якщо воно позитивне, то медичної організації видається сертифікат та надається знак відповідності стандартам JCI.

8. Повторна акредитація кожні три роки та планові наглядові огляди в період між акредитаціями.

Для впровадження стандартів JCI та проходження акредитації медична організація відповідати базовим вимогам: мати необхідну фінансову забезпеченість, кадровий потенціал, адміністративний потенціал; процесну зрілість організації.

Під фінансовою забезпеченістю розуміється здатність медичної організації співвідносити свої фінансові можливості в контексті проведення консультативних та сертифікаційних аудитів, оскільки крім витрат на підготовку до акредитації, оплати самих послуг, на замовника покладаються витрати на проїзд та проживання виїзної комісії, а також на оплату послуг перекладачів. Як правило, величина даних витрат формується за результати консультативного аудиту.

Виходячи із світового досвіду впровадження стандартів JCI у медичних організаціях, будь-які перетворення завжди супроводжуються внесенням змін до штатного розкладу. Змінена форма взаємодії між учасниками процесів, поява чітких регламентів та інструкцій у ряді випадків наголошує на неспроможності окремих співробітників. Оптимізація процесів часто призводить до необхідності кадрових перестановок.

Найбільша частина роботи на етапі впровадження стандартів посідає керівництво медичної організації та структурних підрозділів, оскільки саме їм доведеться відповідати за впровадження самої ідеології JCI та розуміння цієї ідеології співробітниками підвідомчих структур. Саме від адміністративного потенціалу, особистісних характеристик керівників буде залежати доступність

прийняття рішень, використання управлінських інструментів до підлеглих, відсутність з їхнього боку опору змінам, а отже, готовність йти на ці зміни.

Під процесною зрілістю організації розуміється наявність добре регламентованих внутрішніх процедур як управління медичною установою так і надання нею медичних послуг. Концепція рівнів зрілості організації була створена у 90-х рр.. ХХ століття дослідниками Університету Карнегі – Мелоні, і містить п'ять рівнів зрілості (рис.3.3).

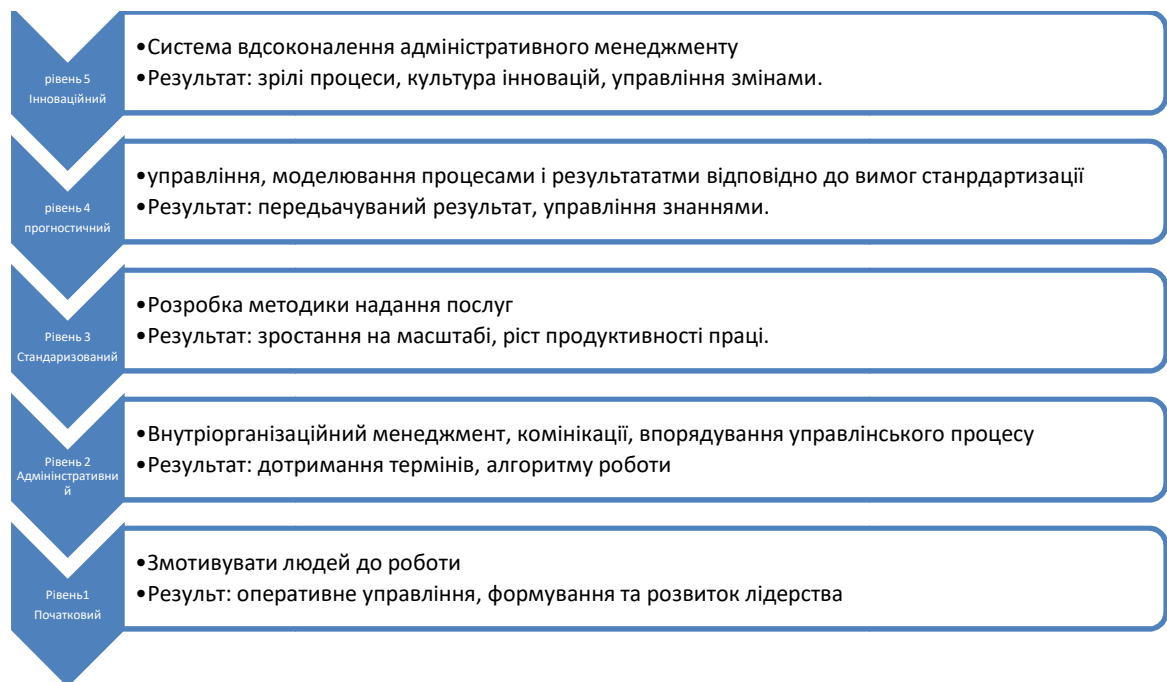


Рис.3.3. Рівні зрілості організації за моделлю Карнегі – Мелоні

Примітка: побудовано на основі [60].

«Модель процесної зрілості (рис.3.4) може стати основою для дорожньої карти впровадження процесного управління і подальшої оцінки його зрілості» [60].

При цьому медична організація, яка впроваджує міжнародні стандарти якості, повинна бути не нижче 4-го рівня, де визначено та регламентовано більшість процесів. Впровадження стандартів JCI завжди супроводжується розробкою внутрішніх регламентів та інструкцій, оскільки для оцінки ефективності роботи потрібні критерії оцінки, якими і є розроблені локальні акти та інструкції.

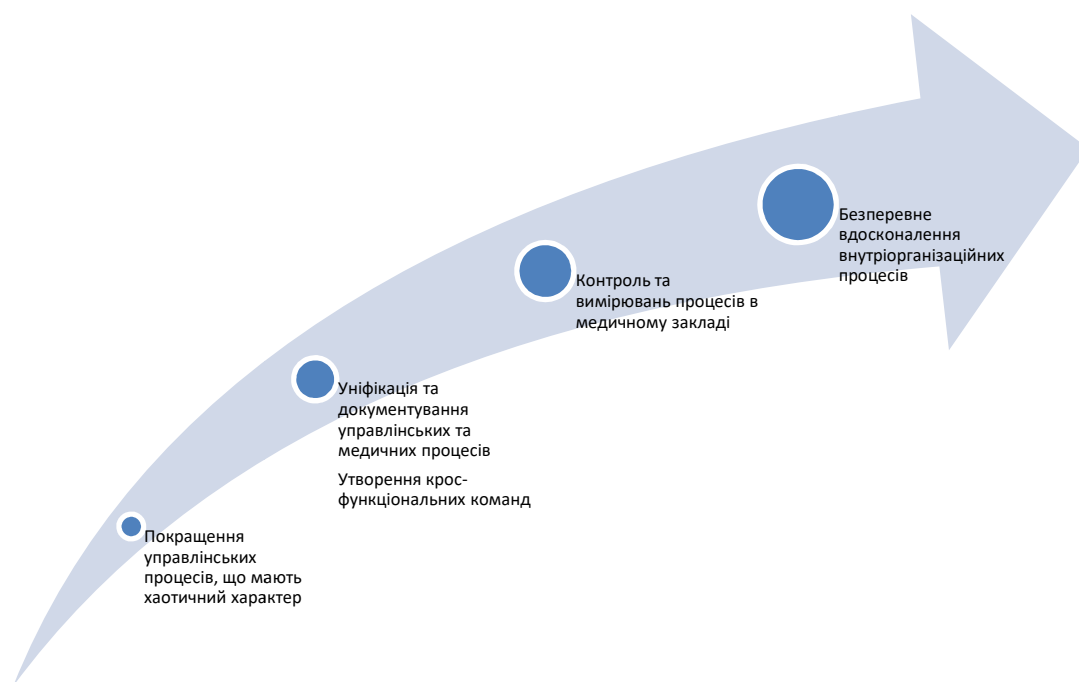


Рис.3.4. Дорожня карта процесного управління

Примітка: побудовано автором.

Впровадження стандартів якості є своєрідним знаковим сигналом для пацієнтів, що медичному закладу можна довіряти. Структура стандартів представлена рис.3.5.

Стандарти орієнтовані на пацієнта	Стандарти орієнтовані на лікарню	Види стандартів для медичних закладів
<ul style="list-style-type: none"> • Міжнародні цілі забезпечення безпеки пацієнтів (IPSG) • Доступність та наступність лікування (ACC) • Права пацієнтів та їхніх сімей (PFR) • Огляд та оцінка стану пацієнта (AOP) • Лікування пацієнтів (COP) • Анестезія та хірургічне лікування (ASC) • Управління лікарською терапією та використанням • медикаментів (MMU) • Навчання пацієнтів та членів їх сімей (PFE) 	<ul style="list-style-type: none"> • Підвищення якості та безпеки лікування (QPS) • Профілактика та лікування інфекційних ускладнень (PCI) • Управління, керівництво та наставництво (GLD) • Адміністративно-господарське управління та техніка безпеки (FMS) • Кваліфікація та освіта персоналу (SQE) • Управління інформацією (MOI) 	<ul style="list-style-type: none"> • для поліклінік • для надання стаціонарної допомоги дома • для лабораторій • для транспортування пацієнтів • пролонгованого лікування • програм медичної допомоги

Рис.3.5. Структура стандартів якості надання медичних послуг JCI

Примітка: побудовано автором з використанням [60]

Стандарти акредитації JCI для медичних закладів включають стандарти:

- для поліклінік, в якому визначено вимоги та рекомендації щодо організації роботи медичних закладів, які надають амбулаторну допомогу а також окремі медичні послуги: стоматологічні, хірургічні, радіологічну діагностику, діаліз, амбулаторне лікування хронічних захворювань та ін.

- для стаціонарів лікарень та підрозділів медичних вузів.

- для надання медичної допомоги вдома. Цей стандарт визначає вимоги до медичних організацій, що надають послуги медичної допомоги вдома, у тому числі послуги з догляду за старими пацієнтами. У цьому стандарті встановлюються вимоги щодо комплексного медичного обслуговування вдома, соціальної адаптації пацієнтів, реабілітації, функціональної незалежності та ін.

- для центрів надання первинної медичної допомоги. Вимоги цього стандарту поширюються на організації охорони здоров'я, які надають первинну амбулаторно-поліклінічну допомогу, швидку, невідкладну та загальнопрофільну медичну допомогу.

- для медичних лабораторій. Медичні лабораторії є особливо важливою областю медичної діяльності, яка потребує жорстких правил та стандартів. Стандарт JCI для медичних лабораторій визначає вимоги, на підставі яких пацієнтам можна гарантувати точність та достовірність результатів досліджень та діагностики.

- для транспортування пацієнтів. Цей стандарт призначений для медичних установ та екстрених служб, що здійснюють транспортування пацієнтів та постраждалих. Вимоги стандарту JCI поширюються на випадки екстреного та планового транспортування всіма видами транспорту: автомобільним, повітряним, водним, залізничним.

- для довгострокової медичної допомоги. Цей стандарт призначений для організацій, які здійснюють медичну допомогу пацієнтам, які потребують тривалого лікування та догляду. До таких установ відносяться: будинки для людей похилого віку, реабілітаційні центри, пансіонати для хронічних хворих тощо.

- для сертифікації програм медичної допомоги. З цього стандарту медичні організації можуть сертифікувати окремі програми медичної допомоги. До таких окремих програм можуть належати, наприклад, програми лікування хронічних захворювань.

Таким чином, у медичній установі, де запроваджено систему менеджменту якості, добре налагоджені процеси, пов'язані з наданням медичних послуг. Якщо використовувати інструменти менеджменту якості, то тоді необхідно проводити і аудит якості, який дозволить визначати, а які коригувальні чи профілактичні заходи необхідно використати, щоб не допустити недоліки у діяльності медичного закладу, як потрібно вдосконалюватися, щоб постійно вдосконалювати діяльність та підвищувати якість послуг.

Більше того, наявність міжнародних сертифікатів якості дозволяє медичному закладу отримати міжнародні премії: премію Демінга, яку було засновано Союзом Японських вчених та інженерів (JUSE) в 1951р, яка до 1984 р. присуджувалася лише японським компаніям, а з 1984 р. іноземним компаніям; премія EFQM, Болдріджа тощо. При цьому ці премії можуть бути як цілому закладові, так і окремим фахівцям чи за медичні програми.

Загалом система менеджменту якості ISO 9001:2008 спрямована на впровадження процесного підходу у медичній установі. Мається на увазі дотримання певних процедур, протоколів, використання новітніх практики та підходів. Звичайно, процеси діяльності налагоджені у будь-якій медичній установі. Впровадження стандарту ISO 9001:2008 дозволяє краще пов'язати між собою процеси діяльності медичного закладу з метою підвищення якості надання послуг.

Пацієнти відчутно впливають на визначення вимог до медичного закладу. Підґрунтям для вдосконалення медичних послуг стають аналіз та оцінка рівня задоволеності потреб пацієнта. При цьому пацієнти не завжди зможуть об'єктивно оцінити аспект, пов'язаний із лікуванням. Впровадження системи менеджменту якості в медичному закладі є безперечно корисним. Крім

того, варто пам'ятати, що стандарт ISO 9001:2008 є загальним і розрахований на всі підприємства, незалежно від напряму діяльності. Стандарт можна впровадити як у медичному закладі, так і на авіаційному заводі.

Отже, система менеджменту якості націлена на забезпечення стабільності якості медичної послуги, що надається, і, як результат, підвищення задоволеності споживачів, з іншого боку, створює основу для безперервного вдосконалення медичної установи, її конкурентного розвитку на ринку медичних послуг. Для того, щоб ця система виявилася життєздатною та ефективною, потрібно розуміти, з чого почати покращення, і що робити далі. У будь-яких перетвореннях необхідно чітко уявляти - що змінювати, на що змінювати та як здійснити ці зміни. Навчившись бачити вплив цих дій на систему загалом, можна прогнозувати результати, отже краще управляти системою. Таким чином, необхідно прагнути не стільки отримати сертифікат відповідності, скільки впровадити саму ідеологію якості.

п.3.2. Моніторинг результативності надання медичних послуг

Згідно з визначенням МОЗ моніторинг – «це систематичний процес збору інформації щодо результативності клінічної або неклінічної діяльності, роботи або систем. Моніторинг може бути періодичним або безперервним. Він також може застосовуватись відносно конкретних проблемних питань або для перевірки ключових частин роботи» [13].

Моніторинг потрібен передусім для перевірки, чи медичні послуги надаються відповідно до порядку надання медичної допомоги, затвердженого МОЗ України, з дотриманням галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

Інституційним базисом для дотримання належної якості та результативності медичної допомоги є наступні нормативно-правові акти:

«Накази МОЗ України «Про організацію клініко-експертної оцінки якості медичної допомоги» від 06.08.2013 р. № 693, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 07.10.2013 року за № 1717/24249; «Про моніторинг клінічних індикаторів якості медичної допомоги» № 1669/24201, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 27 вересня 2013 року за № 795 [16];

«Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України» від 28.09.2012 р. № 751, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313, 2002/22314; «Про порядок контролю якості медичної допомоги» від 28.09.2012 р. №752 (Зареєстровано Міністерством юстиції за N 1996/22308 від 28.11.2012 р.); «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики», зареєстрований у Міністерстві юстиції України 09.02.2011 р. за № 171/18909»; «Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року» від 01.08.2011 р. № 454. «Про затвердження Порядку контролю за додержанням Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики» від 10.02.2011 р. №80, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 26.05.2011 за № 634/19372» [44-50].

«Концепцією управління якістю медичної допомоги визначено клінічний аудит невід'ємною складовою процесу вдосконалення якості медичної допомоги, а цілеспрямований вплив на якість та ефективність медичної допомоги, відповідно положенням документу, потребує розробки індикаторів (як статистичних показників, так і показників, отриманих під час експертної оцінки), які б дозволяли забезпечити об'єктивне оцінювання, моніторинг та конкретне визначення проблем забезпечення якості. Дана Концепція дозволила сформулювати набір критеріїв якості, за якими варто оцінювати результати надання медичних послуг» [47]. Модель оцінювання результативності функціональної діяльності ми пропонуємо для досліджуваного Лор-центру проводити з використанням міжнародних критеріїв якості медичної допомоги

(рис.3.6) та інструментів управлінського аудиту з залучення фахівців експертів за таким алгоритмом (рис.3.7.)

<p>4. Доступність послуги для населення</p> <ul style="list-style-type: none"> •4.1. Штатні посади медичних і немедичних працівників укомплектовані відповідно до нормативів. •4.2. Заклад охорони здоров'я укомплектований медичним обладнанням та виробами медичного призначення за таблицями оснащення. •4.3. Наявні в закладі, доступні кожному медичному працівнику та дотримуються ним вимоги локальних медико-технологічних документів, стандартів, правил, методик, нормативів, інструкцій, інших регулюючих документів. •4.4. Встановлений і дотримується порядок взаємодії між структурними підрозділами закладу охорони здоров'я та закладу охорони здоров'я з іншими медичними і немедичними установами з питань організації надання медичної допомоги пацієнтам / населенню. 	<p>5. Економічна ефективність</p> <ul style="list-style-type: none"> •5.1. Обсяг ресурсів для задоволення потреб цільових груп населення у медичній допомозі планується згідно з вимогами галузевих / локальних медико-технологічних документів. •5.2. Використовуються види і обсяги ресурсів відповідно до вимог галузевих / локальних медико-технологічних документів. •5.2. Тривалість лікувально-діагностичного процесу та його окремих складових за нозологіями відповідає діючим нормативам. 	<p>6. Своєчасність надання послуги</p> <ul style="list-style-type: none"> •6.1. Визначені і дотримуються тривалість очікування: планової консультації спеціаліста згідно з рекомендованими нормативами; планової госпіталізації згідно з рекомендованими нормативами; планового оперативного втручання згідно з рекомендованими нормативами; результатів лабораторних, функціональних, інших діагностичних досліджень. •6.2. Визначений порядок прийому лікаря в амбулаторних умовах. •6.3. Визначений час доїзду бригади екстреної медичної допомоги до хворого / постраждалого в залежності від місцевості згідно діючих нормативів
<p>1. Орієнтованість на людину</p> <ul style="list-style-type: none"> •1.1. Дотримуються права пацієнта згідно з чинним законодавством. •1.2. Дотримуються етичні та деонтологічні норми медичної діяльності. •1.3. Проводяться регулярні соціологічні опитування з метою виявлення очікувань, потреб та індивідуальних цінностей пацієнта. 	<p>2. Результативність</p> <ul style="list-style-type: none"> •2.1. Зміна клінічного стану у відповідності до очікуваної при даному захворюванні. •2.2. Медична допомога надається відповідно до локальних медико-технологічних документів, розроблених згідно з галузевими нормативами, гармонізованими з найкращим світовим досвідом на основі доказової медицини. •2.3. Має місце позитивна динаміка показників зниження рівня дефектів, несприятливих наслідків лікування внаслідок медичних втручань та скарг громадян в порівнянні з попереднім періодом діяльності. •2.4. Регулярно оцінюється задоволеність пацієнта результатом медичної допомоги та медичного обслуговування. 	<p>3. Безпека надання медичних послуг</p> <ul style="list-style-type: none"> •3.1. Медична допомога надається відповідно до локальних медико-технологічних документів, розроблених згідно з галузевими нормативами, гармонізованими з найкращим світовим досвідом на основі доказової медицини. •3.2. Дотримуються стандарти ліцензування та акредитації за відповідними профілю діяльності закладу охорони здоров'я розділами.

Рис.3.6. Індикатори якості для оцінювання результативності надання медичних послуг

Примітка: складено автором на основі [47,49,51,60]

Слід зазначити, що оцінювати та контролювати результати надання медичної допомоги повинен кожен працівник медичного закладу індивідуально, з позицій самоконтролю, на рівні структурного підрозділу, на рівні медичного закладу з позицій управлінського контролю та управлінського аудиту. З використанням внутрішнього аудиту можна отримати додаткову інформацію про надання медичної допомоги закладом, оскільки він є більш інформативним та дозволяє підійти до оцінювання результативності з позицій системного та процесного підходів.

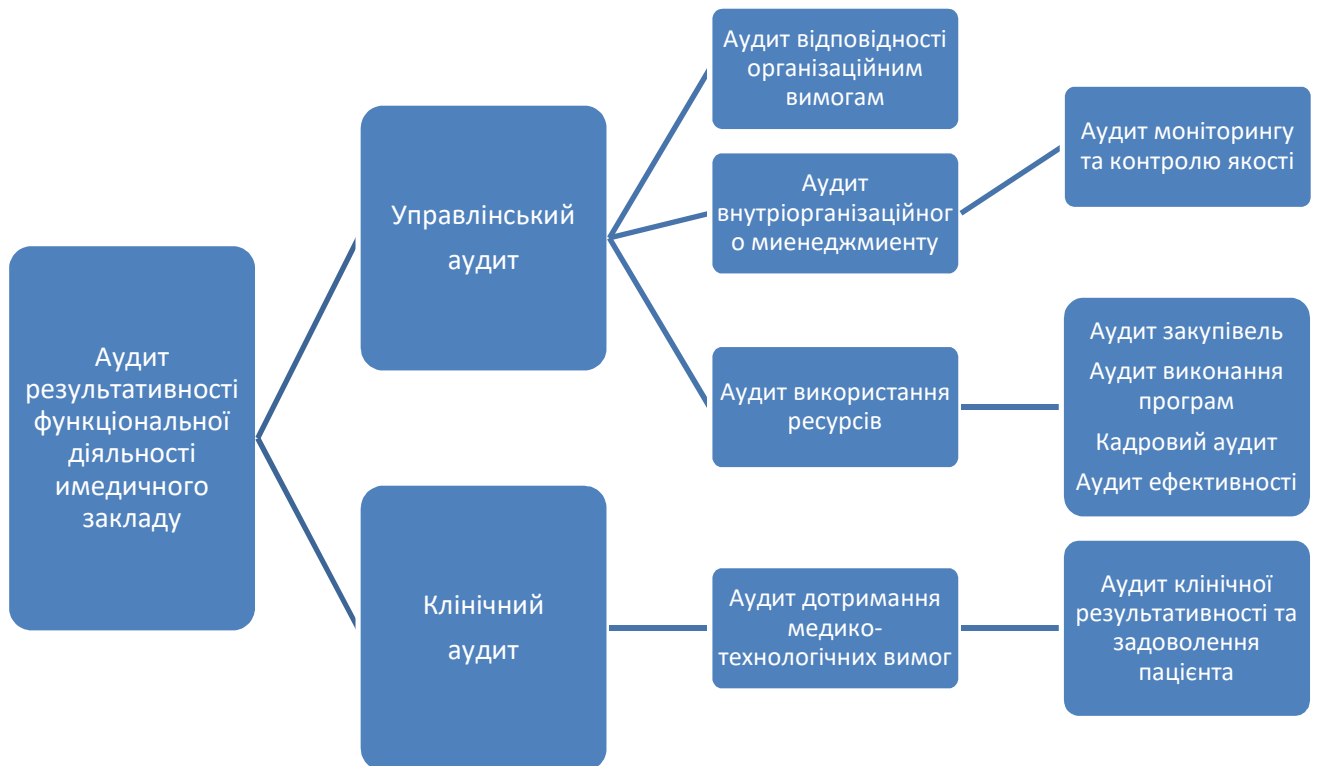


Рис.3.7. Пропонована модель оцінювання результативності надання медичних послуг

Примітка: побудовано автором з використанням [52,54].

У взаємодії з клінічним аудитом, спрямованим насамперед на встановлення правильності ведення пацієнта, логічно, за критеріями якості, проводити управлінський аудит - аудит дотримання організаційних технологій (своєчасність, доступність медичної допомоги), раціональність та ефективність медичного використання обладнання, медикаменти, кадри); доклінічний аудит відповідності (стандарти акредитації умов, в яких надається медична допомога); аудит відповідності функціонування системи контролю якості.

Клінічний і управлінський аудит пов'язані із загальними цілями забезпечення якості та мають здійснювати власними силами закладів охорони здоров'я або із залученням компетентних у сфері кадрового аудиту фахівців. Тому ці види аудиту можна визначити як складові внутрішнього аудиту, що охоплюють усі аспекти діяльності установи здоров'я, що впливає на якість медичної допомоги. У поєднанні з іншими видами контролю внутрішній аудит можна розглядати як додаткові інформаційні ресурси для діяльності вищого керівництва, як інструмент додаткового інформаційно-аналітичного супроводу для керівника закладу, щодо процедури дотримання якості та результатів медичної допомоги.

Внутрішній аудит ефективності діяльності комерційної медичної організації дозволяє виявити помилки та порушення у її роботі. Результатом аудиту ефективності є думка аудитора, що містить висновок про ефективність діяльності, а також пропозиції щодо покращення ефективності діяльності комерційних медичних організацій, пов'язані з заходами щодо вдосконалення лікувально-діагностичного процесу, прийняття управлінських рішень, раціонального витрачання коштів.

Найбільш значимим при аудиті ефективності є оцінка ефективності використання основних засобів у медичній організації, адже в досліджуваній організації вони частково взяті в оренду, а частково з правом довгострокової виплати. Ми пропонуємо використати і оцінити для нашої організації наступні показники: охоплення технічним обслуговуванням медичного обладнання

(89%), укомплектованість організації медичним обладнанням (до 92%), показник окупності обладнання (100%), коефіцієнт використання потужності (70%).

Особливості діяльності комерційних медичних організацій зобов'язують внутрішнього аудитора відмовитися від типових для економічного аналізу показників ефективності використання основних засобів - фондозброєності, фондомісткості, оскільки дані показники мають досить умовний характер. Даний висновок підтверджує приклад: при покупці нового обладнання показник фондоозброєності може зрости, але при цьому обладнання може використовуватися рідко, бути придбаним для надання допоміжних послуг і не впливати на якість медичних послуг.

Кінцевими результатами (проявами) інтенсифікації та ефективності діяльності комерційних медичних організацій виступають показники медичної, соціальної, економічної ефективності та ефективності в управлінському аспекті.

У стандарті ISO 9000:2015 наголошується, що «організація, орієнтована на якість, заохочує культуру, що відображається в поведінці, відношенні, діях та процесах, які створюють цінність за допомогою виконання потреб та очікувань споживачів та інших діях відповідних зацікавлених сторін» [].

«Якість медичної послуги визначається п'ятьма основними складовими: якість роботи медичного персоналу; якість стандартів, регламентів та інструкцій галузевого та локального рівня у сфері надання медичної допомоги та контролю за їх дотриманням (виконанням); якість процесу надання медичної допомоги, результатом якого є медична послуга; якість управління наданням медичної допомоги; якість підтримки при наданні медичної послуги» [Організація контролю якості].

Оцінювання результативності відвідувачами на Інтернет-сторінці Лор-центру за індикаторами оцінювання якості медичної допомоги показало, що

практично за всіма основними індикаторами заклад має високі рейтингові позиції (табл.3.1).

Таблиця 3.1

**Оцінювання результативності роботи Лор-центру слуху
споживачами послуг**

Критерій	Оцінювання за шкалою від 0 до 10
Єрієнтованість на потреби людини	10
Безпека надання медичної послуги	10
Результативність: має місце позитивна динаміка після отримання послуги	8
Доступність послуги:	
місце розташування;	10
інклюзивність;	10
помірність цін;	7
Економічна ефективність	8
Своєчасність надання медичної допомоги	9

Примітка: складено автором.

Коли об'єктом дослідження є медичний заклад, в якому працює невелика кількість працівників важливо розвивати систему самооцінювання та самоконтролю з позицій роботи лікарів-лорів та медичного персоналу.

Відповідно до Методики контролю якості медичної допомоги МОЗ України «...самоконтроль повинен торкатися і ресурсного компоненту якості, спрямованого на підтримку лікувально-діагностичного процесу: безперервного професійного самонавчання, дотримання правил лікувально-охоронного та санітарно-протиепідемічного режиму у закріплених палатах; дотримання правил збереження і раціонального використання медичного обладнання, засобів зв'язку, м'якого і твердого інвентарю, інших матеріально-технічних ресурсів; виконання правил внутрішнього трудового розпорядку; дотримання правил охорони праці і техніки безпеки, правил протипожежної безпеки на робочому місці» [23, 24].

Проведене дослідження показало, що медичні послуги надаються відповідно дотриманої ліцензії, діючих галузевих стандартів і в питаннях якості

знаходяться на досить високому рівні, що показує постійне прагнення закладу розвиватися та вдосконалюватися, бути інноваційними на ринку медичних послуг. В контексті забезпечення якості медичної допомоги слід слідувати параметрам якісного медичного обслуговування, за якого ресурси перерозподіляються на організацію надання медичних послуг таким чином, щоб з максимально позитивними результатами і без додаткових витрат як зі сторони пацієнта так і зі сторони медичного закладу.

Висновок до розділу 3

Результати проведеного в третьому розділі роботи дослідження шляхів вдосконалення організації діяльності приватного медичного закладу дали змогу зробити наступні висновки та пропозиції.

1. Для того, щоб бути конкурентним на ринку медичних послуг необхідно в систему управління медичним закладом ставити інструменти менеджменту якості, аудиту ефективності управлінської та клінічної діяльності, моніторинг результативності, проходити акредитацію для отримання сертифікатів якості за стандартами якості ISO 9001:2008 та золотого стандарту надання медичних послуг JCI.
2. Менеджмент якості повинен опиратися на чотири базові складові: планування якості, забезпечення якості, контроль якості, покращення якості. Для впровадження міжнародних стандартів якості медичних послуг JCI та проходження акредитації медична організація повинна відповідати базовим вимогам: мати необхідну фінансову забезпеченість, кадровий потенціал, адміністративний потенціал; процесну зрілість організації.
3. Для визначення ступеня інституційної готовності для отримання міжнародних сертифікатів якості необхідно в закладі передбачити проведення періодичного адміністративного аудиту, складовими якого є інструменти управлінського та клінічного аудиту. Аудит має стати однією з основних форм контролю за використанням ресурсів.

Організація аудиту медичних установ є комплексом заходів з перевірки, що проводяться на організаційній, технологічній та завершальній стадіях надання медичної послуги. Методика аудиту крім аналізу фінансово-економічної діяльності повинна включати аналіз інших показників, що визначаються в залежності від ключових цілей аудиту.

4. При проведенні аудиту ефективності ми пропонуємо використовувати показники оцінювання використання обладнання в лор-центрі: охоплення технічним обслуговуванням медичного обладнання, укомплектованість організації медичним обладнанням, показник окупності обладнання, коефіцієнт використання потужності взятого в оренду чи на виплату обладнання.
5. Для оцінювання результативності роботи закладу населенням пропонуємо використовувати індикатори: безпеки, результативності, ефективності, доступності, своєчасності результативності.
6. Відповідно до діючого законодавства система якості повинна опиратися на : якість роботи медичного персоналу; дотримання стандартів, регламентів та інструкцій галузевого та локального рівня у сфері надання медичної допомоги, наявність внутрішньої системи контролю (самоконтролю, управлінського контролю); якість процесу надання медичних послуг; якість управління наданням медичних послуг.

ВИСНОВКИ

Дослідження проведені в рамках даної кваліфікаційної роботи дозволили прийти до висновку, що «актуальними завданнями регулювання надання медичних послуг є передусім удосконалення порядку організації медичного обслуговування населення та суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я; розмежування медичної допомоги за видами медичної допомоги, яка надається суб'єктами господарювання; підвищення якості медичного обслуговування населення; запровадження індивідуального ліцензування лікарів; використання нових механізмів раціонального використання матеріально-технічних та кадрових ресурсів галузі» [3].

Специфіка організації діяльності закладів охорони на ринку медичних послуг національної економіки залежить від типу закладу. Нині заклади охорони здоров'я (ЗОЗ) умовно можна структурувати залежно від форми власності (державні, комунальні, приватні), організаційно-правової форми (приватні, некомерційні, фізична особа -підприємець), виду медичної допомоги, що надається закладом (екстренної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої), паліативної, реабілітаційної медичної допомоги). Мережа даних закладів охорони здоров'я функціонує на основі ліцензій (для медичних закладів підтверджених акредитаційних вимог якості) на основі вивчення запитів населення шляхом забезпечення належної якості медичної допомоги в рамках державних соціальних норм, діючих галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.

Порівняльний світ-системний аналіз організації роботи медичних закладів показав, що організація надання медичних послуг може здійснюватися за моделями: платної медицини, із використанням приватного медичного страхування, державної медицини з бюджетною системою фінансування; системи охорони здоров'я, заснованої на засадах соціального страхування та регулювання ринку з диференційованою системою фінансування.

Дослідження теоретичних основ організації надання медичних послуг дозволило їх згрупувати на: екстренні, діагностично–консультативні, спеціалізовані, високоспеціалізовані, високоінноваційні, послуги експериментальної медицини; паліативні; реабілітаційні; косметичної та естетичної медицини; послуги медичного туризму.

Оцінка практики організації надання послуг отоларингічним приватним медичним центром показала, що досліджуваний Лор-центр СЛУХУ - це монофахова установа отоларингологічної (доросла та дитяча) амбулаторної допомоги, сурдологічної допомоги, слухопротезування, яке здійснюється в рамках отриманої ліцензії відповідно до протоколів лікування МОЗ України. Центр надає кваліфіковані медичні послуги, які включають діагностику, слухопротезування, ультразвукове, медикаментозне, фізіотерапевтичне, лазерне, лікування хвороб горла, вуха, носа з використанням необхідного обладнання. Все медичне та технічне обладнання сертифіковане, придбане в українських постачальників безготівково: на засадах лізингу або в кредит також є договір оренди щодо надання діагностичних послуг.

«Основним стримуючим чинником організації діяльності ФОПів та відкриття власної справи є необхідність робити все за власний рахунок. Для вирішення проблем фінансової підтримки лікаря ФОП необхідно на державному рівні затвердити програму пільгових кредитів або державних гарантій для оплати оренди приміщення, розмір якої зростає чи не щомісяця, придбання транспорту, обладнання, медикаментів, витратних матеріалів» [3].

Конкурентні переваги на ринку медичних послуг для досліджуваного медичного закладу мають формуватися за рахунок: інструментів менеджменту якості, алгоритмізації процесу управління, аудиту ефективності управлінської та клінічної діяльності, безперервного моніторингу результативності, отримання сертифікатів якості за стандартами якості ISO 9001:2008 та золотого стандарту надання медичних послуг JCI. Менеджмент якості повинен опиратися на чотири базові складові: планування якості, забезпечення якості,

контроль якості, покращення якості. Для впровадження міжнародних стандартів якості медичних послуг та проходження акредитації медична організація повинна відповідати базовим вимогам: мати необхідну фінансову забезпеченість, кадровий потенціал, адміністративний потенціал; процесну зрілість організації.

Для визначення ступеня інституційної готовності для отримання міжнародних сертифікатів якості необхідно в закладі передбачити проведення періодичного адміністративного аудиту, складовими якого є інструменти управлінського та клінічного аудиту. Аудит має стати однією з основних форм контролю за використанням ресурсів та ефективного налагодження функціональної діяльності за рекомендованою програмою аудиту та запропонованої системи індикаторів оцінювання результативності управління медичним закладом та надання медичних послуг. Для приватного медичного закладу важливо оцінювати стан та результати використання обладнання та оцінювати індикатори безпеки, результативності, ефективності, доступності, своєчасності результативності надання медичних послуг.

Відповідно до діючого законодавства (Концепції управління якістю надання медичних послуг) система якості в досліджуваній установі повинна опиратися на : моніторинг роботи медичного персоналу; дотримання стандартів, регламентів та інструкцій галузевого та локального рівня у сфері надання отоларингічної медичної допомоги, наявність внутрішньої системи контролю (самоконтролю, управлінського контролю); оцінювання процесу надання медичних послуг.

Перелік використаних джерел

1. Адміністративний менеджмент: навч. посіб. / А. Ф. Мельник, Г. Л. Монастирський, Т. М. Попович та ін.. Тернопіль : ТАЙП, 2016. 115 с.
2. Баєва О.В. Менеджмент закладів охорони здоров'я. URL: https://pidru4niki.com/1781040937372/meditsina/menedzhment_u_galuzi_ohroni_zdorovya
3. Башинський В. Організація медичного обслуговування в закладі охорони здоров'я. Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах інноваційного розвитку економіки. Матеріали доповідей II Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю (Тернопіль, 28 травня 2021 року). Частина 2. 2021.
4. Башинський В. Покращення організації надання медичних послуг. Інноваційні технології в менеджменті та публічному управлінні. Матеріали наукової Інтернет-конференції студентів та молодих вчених кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу. Тернопіль. ЗУНУ. 25.11.2021.
5. Веб-сайт Міністерства охорони здоров'я. URL: <https://moz.gov.ua>
6. Вимоги до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення постановою КМУ від 28 березня 2018 р. № 391. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/391-2018-%D0%BF#Text>
7. Вимоги до Програми медичних гарантій на 2021. URL: <https://nszu.gov.ua/vimogi-pmg-2021>
8. 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>

9. 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.
10. Веб-сайт Міністерства охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/>
11. 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.
12. Єдиний державний реєстр юридичних осіб, фізичних осіб-підприємців та громадських формувань. URL: <https://online.minjust.gov.ua/edr-search/>
13. Єдиний термінологічний словник з питань управління якості медичної допомоги. Наказ МОЗ України від 20.07. 2011 року № 427
14. Желюк Т.Л. Сучасні підходи до реалізації публічної політики в сфері охорони здоров'я. Вісник ТНЕУ. 2019. № 1. С.37-50.
15. Желюк Т.Л. Фінансові аспекти функціонування ринку медичних послуг та закупівлі ліків. Регіональні аспекти розвитку продуктивних сил України. 2018. Вип. 23 С.108-112.
16. Законодавство України. Офіційний портал. URL: <https://www.rada.gov.ua/news/zak>
17. Зарубіжний досвід публічного адміністрування: метод. рек. / за заг. ред. Н.М. Мельтюхової. К. : НАДУ, 2010. 28 с.
18. Конституція України. URL: <https://www.president.gov.ua/documents/constitution>
19. Інструкція про застосування Плану рахунків бухгалтерського обліку активів, капіталу, зобов'язань і господарських операцій підприємств і організацій, затверджена наказом МФУ від 30.11.1999 р. № 291.

20. Ліцензійні умови провадження господарської діяльності з медичної практики. Постанова Кабінету Міністрів України від 02.03.2016 № 285.
21. Медичний аутсорсинг. URL: <https://www.vz.kiev.ua/medychnyj-autsorsyng-daye-likarnyam-zmogu-menshe-vytrachaty-i-bilshe-zaroblyaty/>
22. Методика розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування, затверджена постановою КМУ від 27.12.2017 р. № 1075.
23. Методичні рекомендації з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства, затверджені МОЗ від 14.02.2018 р.
24. Моделі зрілості організації в області процесного управління URL: <https://pmb.com.ua/uk/blog/modeli-zrelosti-organizatsii-v-oblasti-protssessnogo-upravleniya/>
25. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я / кол. монографія за ред. Желюк Т.Л., Шкільняка М.М. Тернопіль, Крок. 2020. 560с.
26. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я / кол. монографія за ред. Желюк Т.Л., Шкільняка М.М. Тернопіль, Крок. 2020. 560с.
27. Національна служба охорони здоров'я. URL: <https://nszu.gov.ua>
28. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 років URL: <https://moz.gov.ua/uploads/0/691-strategiya.pdf>
29. Національне положення (стандарт) бухгалтерського обліку 1 «Загальні вимоги до фінансової звітності», затверджене наказом МФУ від 07.02.2013 р. № 73.

30. Національне положення (стандарт) бухгалтерського обліку в державному секторі 101 «Подання фінансової звітності», затверджене наказом МФУ від 28.12.2009 р. № 1541.
31. Національне положення (стандарт) бухгалтерського обліку в державному секторі 135 «Витрати», затверджене наказом МФУ від 18.05.2012 р. № 568.
32. Організація діяльності закладу охорони здоров'я / нав. посібник за ред. Шкільняка М.М., Желюк Т.Л., Тернопіль, Крок. 2021. 438 с.
33. Організація контролю якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я. (Методичні рекомендації). Департамент розвитку реформ та медичної допомоги МОЗ. URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/oky_zoz.pdf
34. Основи законодавства України про охорону здоров'я. Закон України із змінами і доповненнями № 1871-IX від 05.11.2021 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>
35. Офіційний веб сайт Лор-центру СЛУХУ URL: https://business.google.com/v/_/07254570260343793348/bccc/_?caid=6937603893&agid=80957560078&gclid=CjwKCAiA78aNBhAlEiwA7B76p1x_xh2WmFAiKux9wlPQxVupkY-Qzs8WuquPK6gfBm1hGwCoh-76bhoCHD
36. План рахунків бухгалтерського обліку активів, капіталу, зобов'язань і господарських операцій підприємств і організацій, затверджений наказом МФУ від 30.11.1999 р. № 291.
37. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення. Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII
38. Податковий кодекс України у редакції від 21.11.2021, підстава Закон України № 1617-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2755-17/conv#n4308>

39. Положення (стандарт) бухгалтерського обліку 16 «Витрати», затверджене наказом МФУ від 31.12.1999 р. № 318.
40. Положення (стандарт) бухгалтерського обліку 8 «Нематеріальні активи», затверджене наказом МФУ від 18.10.1999 р. № 242.
41. 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.
42. Приватне право в сфері охорони здоров'я: виклики та перспективи. Київські правові читання. Матеріали міжн. наук.-практ. конф. Київ, 17 вер. 2020 р. [Електронне видання]/ Р. А. Майданик, К.В. Москаленко та ін.; відп. ред. Р. А. Майданик. Львів: ЛОБФ «Медицина і право», 2020. 264 с.
43. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я. Закон України **№ 2002** від 06.04.2017 р. № 2002-VIII.
44. Про державну реєстрацію юридичних осіб, фізичних осіб - підприємців та громадських формувань. Закон України від 15.05.2003 р. №755-IV. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/755-15#n408>
45. Про затвердження індикаторів якості медичної допомоги. Наказ МОЗ України від 02.11.2011р. № 743. URL: http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20111102_743.html.
46. Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року. Наказ МОЗ від 01.08.2011 р. № 454.
47. Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року, наказ МОЗ

- України 01.08.2011 р. № 454. URL: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110801_454.html.
48. Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних навчальних закладах. **Постанова КМУ № 1138** від 17.09.1996 р.
49. Про затвердження Порядку контролю за додержанням Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики від Наказ МОЗ від 10.02.2011 р. №80, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 26.05.2011 за № 634/19372
50. Програма медичних гарантій на 2021 рік. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/u-programi-medichnih-garantij-2021-zris-tarif-na-nadannya-ambulatornoyi-dopomogi>
51. Сертифікація ISO 9001:2008. Практика управління медичним закладом. 2015. № 9. URL: <https://www.medexpert.ua/ua/medichnij-zaklad/31-medichnij-zaklad/sertyfikatsiia-iso-90012008-ta-akredytatsiia>
52. Системи менеджменту якості. Настанови щодо поліпшування процесів в організаціях охорони здоров'я. Національний стандарт України (IWA 1:2005; ДСТУ IWA 1:2007). URL: <http://document.ua/sistemi-upravlinnja-jakisty.-nastanovi-shodo-polipshuvannjastd12628.html>.
53. Соціальна медицина і організація охорони здоров'я. URL: http://repo.knmu.edu.ua/bitstream/123456789/13930/1/%D0%91%D0%B0%D0%B7%D0%BE%D0%B2%D1%8B%D0%B5_%D1%81%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BC%D1%8B.pdf
54. Шкільняк М., Кривокульська Н. Діагностика середовища функціонування закладу охорони здоров'я як передумова проведення змін. Соціально-економічні проблеми і держава. 2018. Вип. 2 (19). С. 151-159.

55. Як визначити вартість медичної послуги: комплексний підхід. URL: <https://ibuhgalter.net/material/382/8332>
56. Як Фопам боротися з соціальною несправедливістю. *Управління закладом охорони здоров'я*. 2021. № 5. URL: <https://egolovlikar.m CFR.ua/890860>
57. eHealth. URL: <https://ehealth.ciet-holding.com/>
58. Busse R. Paying for chronic disease care Caring for people with chronic conditions. A health system perspective Nolte E., McKee M. [Eds.]. Berkshire: Open University Press, 2008. P. 143–171.
59. Edwards N. The future role of the hospital N. Edwards, M. McKee J. Health Serv. Res Pol. 2002. № 7. P. 1–2.
60. Governance for health in the 21st century by Ilona Kickbusch, David Gleicher; The Regional Office for Europe of the World Health Organization. Geneva, Switzerland, 2012. 128 p.
61. Joint commission international (JCI). URL: <https://www.jointcommissioninternational.org/>
62. Has payment by results affected the way that English hospitals provide care? Difference-in-differences analysis Farrar S., Yi D., Matt Sutton M. [et al.] British Medical Journal. 2009. № 339. P. 3047.
63. Health at a Glance: Europe 2014, OECD [Electronic resource]. URL : <http://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm>.
64. Health promoting hospitals: meeting the needs of the people Journal of Health Gain. 2001. № 5 (2). P. 3–7.
65. Hennamari M. DRG-related prices applied in a public health care system can Finland learn from Norway and Sweden? M. Hennamari, K. Ilmo, H. Unto Health Policy. 2001. № 59. P. 37–51.

66. Hoo E. Medical Network and Payment Reform Strategies to Increase Health Care Value E. Hoo, D. Lansky American Health Policy Snsitute. 2016. 17 p.
67. Hospital capacity planning: from measuring stocks to modelling flows Bernd Rechel, Stephen Wright, James Barlow, Martin McKee Bulletin of the World Health Organization. 2010. № 88. P. 632–636. doi: 10.2471BLT.09.073361.
68. How many hospitals are there in Europe? [Electronic resource]. URL : <https://www.reference.com/business/finance/many-hospitals-europe-ebd8c28aa6dfd43d#>. 16. Kelly J. Devers What Is Driving Hospitals' Patient–Safety Efforts? Kelly J. Devers, Hoangmai H. Pham, and Gigi Liu Health Aff air. 2004. № 23 (2). P. 103–115. doi: 10.1377/hlthaff.23.2.103.
69. Laura MacLehose Trends in hospital reform across the EUO European Region challenges and opportunities, European Observatory on Health Care Systems Laura MacLehose [Electronic resource]. URL : <http://www.univie.ac.at/ph/10ic10icmclehose.pdf>. 18. Marcel Canoy Hospital mergers and the public interest: recent developments in The Netherlands Marcel Canoy, Wolf Sauter Tilburg University. 2009. 12 p.
70. McKee M. The role of the hospital in a changing environment M. McKee, J. Healy Bull. World Health Organ. 2000. № 78. P. 803–810.
- 71.0. Millsap J. E. Understanding the Hospital Planning, Design and Construction Process Millsap J. E. [Electronic resource]. URL : <http://www.chcf.org/resources/download.aspx?id...B094-4558>
72. Patient and family engagement: A framework for understanding the elements and developing interventions and policies Carman K., Dardess P., Maurer M. [et al.] Health Affairs. 2013. № 32 (2). P. 223–231.
73. Pay for performance in hospitals: implications for nurses and nursing care Bodrock J.A., Mion L.C. Qual Manag Health Care. 2008. №17(2). P. 102–111.

74. Payment by results. How can payment systems help to deliver better care?
Appleby J., Harrison T., Hawkins L., Dixon A. [eBook]. 1st ed. London: The King's Fund, 2012. 56 p.
75. Public Reporting and Pay for Performance in Hospital Quality Improvement
Peter K. Lindenauer, Denise Remus, Sheila Roman [et al.] New England journal of medicine. 2007. №356. P. 486–496.
76. Question 64, OECD Health System Characteristics Survey 2012 and Secretariat's estimates [Electronic resource]. URL :
<http://www.oecd.org/health-systems-characteristics.htm>.
77. Ryan A. Making the Best of Hospital Pay for Performance Andrew Ryan, Jan Blustein New England journal of medicine. 2012. № 366. P. 1557–1559.
78. Shelly D. Final hospital planning and layout [Electronic resource] D. Shelly. URL : <http://www.slideshare.net/iamsinghsandeepfinal-hospital-planning-and-layout.ppt>. 28. Søren Rud Kristensen Who to pay for performance? The choice of organisational level for hospital performance incentives Søren Rud Kristensen, Mickael Bech, Jørgen T. Lauridsen The European Journal of Health Economics. 2016. № 17 (4). P. 435–442.
79. Street A. Activity-based financing in England: the need for continual refinement of Payment by Results A. Street, A. Maynard Health Economics, Policy and Law. 2007. № 2 (4). P. 419–427.
80. The Effect Of Pay-For-Performance In Hospitals: Lessons For Quality Improvement Rachel M. Werner, Jonathan T. Kolstad, Elizabeth A. Stuart, Daniel Polsky Health Affairs. 2011. № 30 (4). P. 690–698.
81. Oxford Wordpower Dictionary. Oxford University Press, New York, 1998.
82. EUR/RC62/8 Health 2020: policy framework and strategy URL: <http://www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee->

[foreurope/past-sessions/sixty-second-session/documentation/working-documents/ eurrc628-health-2020-policy-framework-and-strategy.](#)