

Тернопільський національний економічний університет

На правах рукопису

МАЧУГА НАДІЯ ЗІНОВІЇВНА

УДК 338.24:614.2(447)

ТЕОРІЯ І МЕТОДОЛОГІЯ ФУНКЦІОНУВАННЯ СИСТЕМИ НАДАННЯ
МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В УКРАЇНІ

08.00.03 – економіка та управління національним господарством

Дисертація на здобуття наукового ступеня
доктора економічних наук

Науковий консультант:
Гринчуцький Валерій Іванович,
доктор економічних наук, професор

Тернопіль 2016

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ	
ФУНКЦІОНУВАННЯ СИСТЕМИ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ.....	13
1.1. Економічний аналіз медичної послуги та її якості.....	13
1.2. Макро- та мікроекономічне значення категорії "якості медичних послуг"	30
1.3. Функціональні засади дієвості системи якісних медичних послуг ...	43
1.4. Особливості маркетингу медичних послуг крізь призму якості	58
Висновки до першого розділу	73
РОЗДІЛ 2. ЯКІСТЬ ТА КОНКУРЕНТОСПРОМОЖНІСТЬ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ	
2.1. Якість медичних послуг як показник конкурентоспроможності лікувальних закладів.....	76
2.2. Сутність і загальні методи вимірювання якості медичних послуг ...	84
2.3. Засади управління якістю медичних послуг.....	92
2.4. Системи управління якістю медичних послуг	109
Висновки до другого розділу	124
РОЗДІЛ 3. ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ КОНКУРЕНТНИХ ПЕРЕВАГ СУБ'ЄКТІВ ГОСПОДАРЮВАННЯ В МЕДИЧНІЙ СФЕРІ.....	
3.1. Економічні аспекти управління якістю	126
3.2. Класифікація та управління витратами на якість медичних послуг	133
3.3. Особливості економічних проблем управління якістю медичних послуг	147
3.4. Забезпечення конкурентоспроможності суб'єктів ринку медичних послуг	155
Висновки до третього розділу	167

РОЗДІЛ 4. МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ УПРАВЛІННЯ СФЕРОЮ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ.....	169
4.1. Методологічний інструментарій управління та забезпечення якості медичних послуг протягом їх життєвого циклу.....	169
4.2. Управління якістю як можливість виявлення та розв'язання проблем.....	190
4.3. Методологія інформаційного забезпечення в управлінні якістю медичних послуг	218
4.4. Методичні засади оцінки якості медичних послуг	247
Висновки до четвертого розділу	256
РОЗДІЛ 5. МЕТОДОЛОГІЯ ТА РЕГУЛЮВАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ СИСТЕМИ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В УКРАЇНІ	258
5.1. Адміністративно-правові засади функціонування страхової медицини	258
5.2. Методологічні підходи до формування соціальної політики держави.....	277
5.3. Розробка моделі ринку медичних послуг в Україні.....	298
5.4. Лікарні як ключові елементи моделі якісних медичних послуг.....	312
Висновки до п'ятого розділу.....	335
ВИСНОВКИ	337
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	342
ДОДАТКИ	387
Додаток А. Анкета для on-line опитування	388
Додаток Б. Результати анкетування.....	392
Додаток В. Модель досягнення якості медичних послуг	398
Додаток Г. Процес "створення" якості	399

ВСТУП

Актуальність теми. Забезпечення сталого соціально-економічного розвитку України та інтеграція її до Європейського Співтовариства неможливі без якісного вдосконалення людського капіталу, основою якого є здоров'я людини. Відсутність належного фінансування в країні сфери охорони здоров'я, надійного механізму впливу на якість медичних послуг та управління цим процесом дає підстави стверджувати про необхідність переходу від чинної бюджетної системи охорони здоров'я до змішаної системи фінансування, яка включатиме медичне страхування.

Важливим для управління сферою надання медичних послуг є збалансований розрахунок її потреб у фінансових ресурсах; визначення очікуваних доходів; створення механізму ефективного функціонування, як кожного елемента, так і всієї системи надання якісних медичних послуг в цілому. Вивчення проблеми формування системи якісних медичних послуг потребує комплексного дослідження, як у фінансовій, так і регуляторній площинах, причому центральне місце дослідження зазначеної проблематики займає державне регулювання системи якісних медичних послуг та їх нормативно-правове забезпечення. Дослідження економічних питань управління якістю вимагає проведення класифікації та здійснення обрахунку витрат на якість медичних послуг, що дозволить довести зв'язок між якістю згаданих послуг та отриманими фінансовими результатами.

Отже, проблема розробки теоретичних, методологічних і практичних рекомендацій щодо організаційно-економічного забезпечення функціонування системи надання медичних послуг набуває важливого значення для України й є актуальною на сучасному етапі її розвитку.

Істотний внесок у вирішення проблем, пов'язаних з дослідженням різних особливостей формування та функціонування системи надання якісних соціальних послуг, у т.ч. медичних, внесли такі вітчизняні і

закордонні вчені як: Я.П. Базилевич, В.Д. Бакуменко, Т.Д. Бахтєєва, М.М. Білинська, П.В. Бобок, Н.Б. Болотіна, Б.В. Буркинський, А.І. Бутенко, Ю.В. Вороненко, Б.І. Герасимчук, В.М. Гиріна, З.С. Гладун, А.І. Данилів, Б.М. Данилишин, В. Демінг, Л.І. Жаліло, Д. Еванс, Т.М. Камінська, Б.Т. Кляяненко, С.О. Козуліна, Н.П. Кризіна, Б.П. Криштопа, П. Кросбі, Є.В. Лазарева, В.М. Лехан, А.С. Лисова, В.Ф. Москаленко, О.С. Мусій, З.О. Надюк, Т.М. Носуліч, В.М. Пономаренко, Я.Ф. Радиш, В.М. Рудий, І.І. Соколи, І.Я. Сенюта, І.М. Солоненко, А.В. Степаненко, С.Г. Стеценко, М.І. Хижняк, С.В. Шевчук, Н.Л. Шлафман та ін.

Незважаючи на значне число наукових публікацій, багато теоретичних, методологічних і методичних аспектів формування і функціонування системи надання медичних послуг в Україні, а також обґрунтування методичних рекомендацій щодо її організаційно-економічного забезпечення, потребують подальшого наукового дослідження, яке буде комплексно враховувати соціальні, організаційно-економічні аспекти якості надання медичних послуг.

Актуальність та невирішеність цих проблем на теоретичному, методологічному та прикладному рівнях обумовили вибір теми дисертаційної роботи та окреслили коло питань, які в ній досліджені.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційна робота пов'язана з виконанням наукових досліджень, передбачених планами науково-дослідних робіт Тернопільського національного економічного університету, в рамках держбюджетної теми кафедри економіки підприємств і корпорацій “Забезпечення конкурентоспроможності підприємств як фактор підвищення ефективності промислового виробництва” (номер державної реєстрації 0107U012224) (2007-2011 рр.) Особисто автором в рамках означеної науково-дослідної

роботи розроблено методологічні підходи та проведено оцінку конкурентоспроможності закладів охорони здоров'я.

Мета і завдання дослідження. *Метою* дослідження є розробка теоретико-методологічних основ формування системи надання медичних послуг в Україні та обґрунтування методичних рекомендацій щодо організаційно-економічного забезпечення її функціонування.

Досягнення поставленої мети дослідження обумовило необхідність вирішення таких основних завдань:

- виділити, на основі структурно-функціонального підходу, особливості якості медичної послуги як соціально-економічної категорії, на базі якої удосконалити концепцію управління системою надання медичних послуг в Україні;

- обґрунтувати залежність конкурентоспроможності медичних закладів вторинної (спеціалізованої) і третинної (високотехнологічної) медичної допомоги від якості наданих медичних послуг;

- проаналізувати, оцінити стан і перспективи організаційно-економічного механізму функціонування системи медичних послуг в Україні;

- визначити особливості забезпечення міжнародної конкурентоспроможності медичних закладів системи надання медичних послуг в Україні;

- розробити методичний інструментарій управління, забезпечення та оцінки якості медичних послуг протягом їх життєвого циклу;

- обґрунтувати методологічні підходи до формування системи інформаційного забезпечення управління системою надання медичних послуг із групуванням управлінської інформації на стратегічну, оперативну та контролінгову;

- розробити методичні підходи щодо організаційних засад формування страхової медицини як основи функціонування системи медичних послуг в Україні;

- обґрунтувати необхідність трансформації існуючої системи охорони здоров'я, як складової національної моделі соціальної політики України;

- узагальнити наукові засади та практику діяльності лікувальних закладів як ключових елементів економічної моделі системи медичних послуг;

- запропонувати організаційно-економічні складові національної моделі системи охорони здоров'я в Україні, орієнтованої на оптимальне узгодження інтересів суб'єктів господарювання (лікувальних закладів), споживачів, різних суспільних верств і населення країни в цілому.

Об'єкт дослідження – організаційно-економічні процеси формування та функціонування системи надання медичних послуг в Україні.

Предмет дослідження – теоретико-методологічні та методичні положення щодо формування та функціонування системи надання медичних послуг в Україні.

Гіпотеза дослідження ґрунтується на припущенні існування впливу системи надання якісних медичних послуг в Україні на формування людського капіталу, підвищення якості життя населення та, на цій основі, сталого соціально-економічного розвитку країни.

Методи дослідження. Для досягнення визначених у дисертації мети і завдань автором застосовувався комплекс взаємопов'язаних та взаємодоповнюючих загальнонаукових методів дослідження, використання яких було спрямовано на отримання об'єктивних результатів. Системний підхід став основою проведеного дослідження і дозволив виокремити організаційно-економічні проблеми існуючої системи охорони здоров'я, а також вказати на шляхи їх вирішення через

задоволення потреб споживачів у новоствореній системі медичних послуг. Факторний аналіз діяльності закладів охорони здоров'я дозволив виявити вплив окремих факторів на їх конкурентоспроможність в системі медичних послуг. За допомогою графічного методу продемонстровано динаміку формування попиту на медичні послуги.

Вивчення документальних та літературних джерел, присвячених висвітленню досліджуваної проблематики у вітчизняній та зарубіжній літературі, еволюції її розвитку, супроводжувалось автором використанням історичних і логічних методів. Розробка матриці визначення рівня якості медичних послуг та його вимірювання було здійснено за допомогою методів експертних оцінок й описового моделювання. Застосування методу емпіричних досліджень дозволило провести моніторинг оцінювання споживачами рівня якості наданих ним медичних послуг. Прогностичний метод використовувався при формуванні кінцевих висновків, розробці рекомендацій і пропозицій стосовно формування системи медичних послуг в Україні.

Інформаційною основою проведеного дослідження стали законодавчі та нормативні акти державних органів влади, статистична інформація щодо розвитку системи охорони здоров'я в Україні, результати досліджень вітчизняних та зарубіжних науковців, монографії, статті, офіційні публікації органів законодавчої влади Європейського Союзу, комісій та органів ООН, ВООЗ, а також досвід, отриманий автором при проходженні стажування в Центрі моніторингу якості медичних послуг в м. Краків (Польща).

Наукова новизна одержаних результатів полягає у розробці теоретико-методологічних основ формування та функціонування системи надання медичних послуг в Україні та обґрунтуванні методичних рекомендацій щодо її організаційно-економічного забезпечення.

У межах проведеного дисертаційного дослідження в контексті розв'язання наукової проблеми, зазначеної вище:

вперше:

– запропоновано теоретико-методологічний підхід до формування системи надання якісних медичних послуг, в основу якого покладено фінансову та адміністративну автономію лікувальних закладів стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, а також забезпечення ключових факторів їх конкурентоспроможності як постачальників медичних послуг на ринку;

– обґрунтовано та розроблено методичний підхід до формування системи моніторингу ефективності надання медичних послуг лікувальними закладами на базі формалізації визначення рівня медичних послуг та шкали оцінок, що дозволяє враховувати найбільш вагомі групи критеріїв, які характеризують діяльність лікувальних закладів стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги;

– доведено необхідність трансформації існуючої моделі охорони здоров'я в Україні в національну модель соціальної політики на базі моделі Бісмарка (континентальної моделі соціального страхування) із дотриманням засад, визначених Європейською Конвенцією про соціальне забезпечення;

– розроблено методичний підхід до визначення витрат на забезпечення якості медичних послуг на базі оптимізації співвідношення «вартість-якість» з визначенням точки екстремуму;

удосконалено:

– механізм державного регулювання системи надання медичних послуг на основі посилення державного контролю шляхом запровадження стандартів якості надання медичних послуг, удосконалення системи

ліцензування й обов'язкової акредитації лікувальних закладів, що їх надають;

– методологічний підхід до управління системою якісних медичних послуг, який відрізняється введенням організаційного блоку, побудованого на базі використання процесного підходу та реалізованого за допомогою інформаційної системи управління, з встановленням інформаційних потреб виробників, споживачів і регулятора надання медичних послуг, визначення аспектів реалізації інформаційних процесів та деталізації інформаційного середовища функціонування лікувальних закладів з розподіленням їх на первинні (стаціонарні), вторинні (спеціалізовані) та третинні (високоспеціалізовані);

– методичний підхід до реформування державної політики регулювання системи надання медичних послуг, заснований на узгодженні інтересів держави, виробників і споживачів медичних послуг, на базі розробленої структурної моделі системи надання медичних послуг в Україні, яка враховує відповідальність за забезпечення доступу до певного визначеного діапазону і стандартів для надання медичної допомоги та зміцнення здоров'я, з чітким визначенням прав споживачів, з особливим акцентом на права вразливих верств населення;

набуло подальшого розвитку:

– концепція управління системою надання якісних медичних послуг, в основу якої покладено: виділення, на основі структурно-функціонального підходу, особливостей якості медичної послуги як соціально-економічної категорії (суб'єктивність і індивідуальна цінність споживання), узгодження принципів і механізмів державного управління та саморегулювання у сфері охорони здоров'я України;

– методичний підхід до внутрішнього маркетингу системи медичних послуг, який передбачає, окрім існуючих чотирьох (люди, ціна, процес, обслуговування пацієнта) елементів діючої моделі концепції

маркетингу, запровадження п'ятого елемента – працівників, спрямованого на тісну міжособистісну комунікацію працівників, комунікацію зі споживачами та лікувальним закладом.

Практичне значення одержаних результатів полягає у тому, що теоретичні узагальнення, методичні розробки, практичні рекомендації автора сприятимуть процесу формування та функціонування системи надання якісних медичних послуг в Україні.

Основні рекомендації та розробки дисертаційної роботи використані Департаментом охорони здоров'я Івано-Франківської обласної державної адміністрації при підготовці перспективних планів розвитку регіональних систем охорони здоров'я за подушним принципом оплати послуг (№ 807/02-18/60 від 17.06.2015 р.); Тернопільською обласною державною адміністрацією для забезпечення умов по формуванню конкурентного середовища в сфері охорони здоров'я (№ 03-4986/32-26 від 19.11.2014 р.); Департаментом економічного розвитку, торгівлі та промисловості Львівської обласної державної адміністрації при реорганізації діючої системи охорони здоров'я (№ 1-11-2884 від 23.06.2015 р.); Тернопільським національним економічним університетом у навчальному процесі при викладанні дисциплін з підготовки бакалаврів та магістрів за фаховим напрямом "Менеджмент закладів охорони здоров'я" (№ 124-27/2072 від 02.06.2015 р.).

Особистий внесок здобувача. Наукові результати, які виносяться на захист, одержані дисертантом особисто. З наукових праць, опублікованих у співавторстві, в дисертації використовуються лише ті ідеї та положення, які є особистим внеском здобувача, про що вказано в переліку наукових праць, представлених в авторефераті. У цій роботі матеріали та висновки кандидатської дисертації не використовувались.

Апробація результатів дослідження. Основні положення дисертаційного дослідження апробовані автором на II Міжнародній

науково-практичній конференції "Підприємницька діяльність в Україні: проблеми розвитку та регулювання" (Київ, 15-16 травня 2008 р.); VI Міжнародній науково-практичній конференції студентів, аспірантів і молодих вчених "Соціально-економічні, політичні та культурні оцінки і прогнози на рубежі двох тисячоліть" (Тернопіль, 2008); VIII Міжнародній науково-практичній конференції молодих вчених "Економічний і соціальний розвиток України в XXI столітті: національна ідентичність та тенденції глобалізації" (Тернопіль, 24-24 лютого 2011 р.); V Всеукраїнській науковій Інтернет – конференції "Сучасна наука в мережі Інтернет" (29-30 вересня 2011 р.); V Міжнародній науково-практичній конференції "Формування єдиного наукового простору Європи та завдання економічної науки" (Тернопіль, 23-24 квітня 2013 р.); I Міжнародній науково-практичній конференції "Фінансова система України: проблеми и перспективи розвитку в умовах трансформації соціально-економічних відносин" (Севастополь, 16-18 мая 2013 г.); XV Międzynarodowa Konferencja Naukowa "INTEGRATION 2012" (Kazimierz Dolny, 23-25 listopada 2012); XVI Międzynarodowej Konferencji Naukowej nt. "Uwarunkowanie i konsekwencje dojrzałości organizacji Maturity 2013" (Kazimierz Dolny, 22-24 listopada 2013); Sympozjum Klubu Polskie Forum ISO 9000 "Jakość w biznesie-6" (Rzeszów, 18-22.05.2013).

Публікації. Основні положення дисертаційної роботи відображені у 40 публікаціях загальним обсягом 33,3 друк. арк., у тому числі у 2 одноосібних монографіях, 3 колективних монографіях, 26 статтях у наукових фахових виданнях (з них 7 статей – у зарубіжних виданнях та наукових фахових виданнях України, які зареєстровані у міжнародних наукометричних базах), 9 – у матеріалах і тезах конференцій.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ФУНКЦІОНУВАННЯ СИСТЕМИ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

1.1. Економічний аналіз медичної послуги та її якості

Термін "якість" має тривалу та багату історію. Поняття якості увійшло до широкого вжитку ще у часи давньогрецького мислителя Платона. Філософ називав її "poïotes", що перекладається з грецької як "певний ступінь досконалості". Платон вважав, що думки, сформульовані винятково на основі кількісних критеріїв, не характеризують повною мірою проблеми або явища, що досліджуються. Тому вважав якість метафізичним поняттям і розумів її як "об'єктивний ідеалізм", тобто ступінь досягнутої через предмет досконалості [139].

У свою чергу, давньогрецький філософ Арістотель відокремлював якість від кількості, співвідношення, місця, часу, диспозиції, чинності та процесів, що їй підлягають. Він стверджував, що "якість" є однією з основних категорій думки та означає сукупність певних ознак, що відрізняють один предмет від іншого із зазначенням цих відмінностей [6]. Г. Гегель вважав, що "...якість чогось є тотожною буттю..." і при її втраті "...воно перестає бути тим, чим воно є..." [25]. Дж. Локке також звернув увагу на дуалістичне трактування якості, розрізняючи "первинну" і "вторинну" якості [91].

Поняття "якість" походить від латинського "qualitas", запровадженого ще Цицероном для опису властивостей предметів. Це слово увійшло до сучасних європейських мов як *qualità* (італійська), французька - *qualité*, німецька – *qualität*, англійська – *quality*. Протягом XVI – XVIII століть поняття якості втрачало свою значущість. Це зумовлено розвитком філософії, що опиралася на розробки фізики.

Промислова революція спричинила істотні зміни у трактуванні якості. Промислова продукція замінила ремісничу, що разом із розвитком міжнародної торгівлі дало змогу відкривати нові ринки збуту. Великий товарообіг ґрунтувався на виробництві дешевих товарів, котрі добре продавалися. Характерними ознаками таких товарів була низька якість. Так тривало недовго, оскільки в умовах конкуренції свідомі клієнти мали можливість вибору та робили свої ставки, у першу чергу, на якість продукції.

У цей же період почали з'являтися об'єднання на зразок товариств захисту прав споживачів. Такий розвиток подій спонукав продуцентів звернути увагу на якість випущеної ними продукції чи наданих послуг. Поступово виникали методи оцінки якості. На першому етапі це були кількісні методи, котрі ставали основою для статистичного контролю якості. Їх суть зводилася до детального контролю за виробом чи послугою на всіх стадіях життєвого циклу. Практичне застосування згаданих методів показало, що після досягнення певного рівня якості продукції чи послуг їх не вдавалося вдосконалити таким чином, щоб кількість суттєво зростала та приносила прибутки.

Революційним переворотом у процедурах оцінки якості став новий підхід до якості як філософії життя та елемента організаційної культури. Це стало можливим завдяки розробці відповідної концепції американських науковців Вільяма Е. Демінга та Джозефа М. Юрана. Остання дістала широке застосування в Японії (1950-1955 рр.), стрімко розвивалася і почала застосовуватися щоразу у нових сферах суспільної активності.

Творець спіралі якості, Дж. Юран, пропонував низку визначень якості, що взаємодоповнюються. Зокрема йдеться про рівень, досягнувши якого певний виріб (послуга) задовольняє потреби окремо взятого консумента, та ступінь відповідності виробу встановленій моделі чи вимогам, вказівкам покупця виробу (послуги) [299]. Ван Еттінгер

концентрує увагу на розумінні якості "...як ступеня, в якому виріб задовольняє поставлені до нього вимоги для виконання його кінцевого призначення" [387].

У свою чергу, П. Кросбі трактував якість як "відповідність вимогам" (conformance to requirements) і був засновником так званих "абсолютів управління якістю" [245]. Кросбі визначав якість як відповідність специфіці, а не як добрий продукт. Якість, на його думку, досягається через практику, а не за оцінкою стандартів якості, й означає відсутність помилок, тобто у концепції науковця не йдеться про прийнятний рівень якості. Авторитетом у питаннях якості вважається також В. Демінг. Він визначав термін "якість" як очікуваний ступінь однорідності і надійності при мінімально можливих витратах та відповідності вимогам ринку [255].

Згідно із Фейгенбаумом, "якість" є кумулятивною характеристикою продуктів і послуг, зокрема у сферах маркетингу, проектування, реалізації і технічного обслуговування. Це, на його думку, робить продукти і послуги відповідними очікуванням користувачів [268]. "Економічний підхід до якості вимагає погляду на якість з точки зору її службових функцій щодо споживача. Лише тоді ми можемо спостерігати за величиною втрат на якість, які безпосередньо здійснює консумент і, мало того, ціле суспільство", – вважає Т. Вавак [389].

Науковці на чолі з Е. Скшипек вважають, що "якість – це спосіб мислення, котрий спричиняє безперервні пошуки найкращого розв'язання та їх застосування" [369]. Різноманітність підходів до проблеми трактування поняття "якість" представлено в табл. 1.1. І хоча думки дослідників у тих чи інших аспектах відрізняються між собою, однак науковці одностайні в тому, що якість є категоріє суб'єктивною.

Таблиця 1.1

Спектр поглядів вчених на трактування поняття якості*

№ п/п	Автор	Визначення
1	Платон	Розумів якість як "об'єктивний ідеалізм", тобто ступінь досягнутої через предмет досконалості
2	Арістотель	Якість є одною з основних категорій думки, яка означає сукупність певних ознак, що відрізняють один предмет від іншого із зазначенням тих відмінностей
3	Г. Гегель	Твердив про тотожність якості буттю та наголошував, що при її втраті воно (буття) перестає бути тим, чим воно є
4	Дж. Локке	Звернув увагу на дуалістичне трактування якості із розрізненням як первинної, так і вторинної якості
5	В. Демінг	Визначав якість як очікуваний ступінь однорідності і надійності при мінімально можливих витратах та відповідності вимогам ринку
6	Дж. Юран	Пропонував розглядати якість як рівень, досягнувши якого певний виріб (послуга) задовольняє потреби окремо взятого консумента та ступінь відповідності виробу встановленій моделі чи вимогам, вказівкам покупця виробу (послуги)
7	Ван Еттінгер	Розумів якість як ступінь, у якому виріб задовольняє поставлені до нього вимоги для виконання свого кінцевого призначення
8	Фейгенбауман	Стверджував, що якість є кумулятивною характеристикою продуктів і послуг, включаючи маркетинг, проектування, реалізацію і технічне обслуговування
9	П. Кросбі	Визначав якість як відповідність специфіці, однак не як добрий продукт
10	Т. Вавак	Акцентує на економічному підході до якості, що вимагає трактування суті цього поняття з погляду її службових функцій щодо споживача
11	Е. Скшипек	Якість – це спосіб мислення, котрий спричиняє безперервні пошуки найкращого розв'язання та їх застосування. Це, в свою чергу, означає, що кожна людина, залежно від власної конституції та потреб, завжди бачить її по-іншому.

*Опрацювання власне

Разом з тим, якість є змістовним поняттям, тому її важко виміряти. Серед теоретичних підходів до визначення якості можна виділити три групи дефініцій:

- якість як ознака виробу;
- якість як ступінь відповідності очікуванням клієнтів;
- якість як те, що може бути виправлене чи покращене.

Якість є підґрунтям функціонування ринкової економіки. Від неї бере початок розвиток таких категорій, як: конкуренція, інновації, еластичність або ж реагування на змінні потреби споживачів.

В умовах ринкової економіки дещо складніше функціонувати галузям соціальної сфери, зокрема охороні здоров'я, де проблема якості медичних послуг комплексна та багатоаспектна. Враховуючи вищевказані визначення якість медичних послуг розглядається як результат трьох компонентів: *якість проекту, відповідність проекту очікуванням пацієнтів, якість виконання* [228]. Розглянемо детальніше ці компоненти. *Якість проекту* містить оцінку самого проекту з урахуванням рівня задоволення вимог одержувачів медичних послуг (пацієнтів). У випадку, коли якість проекту буде посередня, послуга не буде задовольняти очікувань її потенційного одержувача.

На цьому етапі обов'язковим є визначення усіх параметрів послуги чи, інакше кажучи, підготовка специфікації параметрів. Параметр – це документ, який ретельно описує вимоги до послуги. Загалом він повинен містити критерії відповідності стандартам, схеми та ілюстрації, найбільш значимі особливо у момент закупівлі матеріалів для надання послуги, якість яких безпосередньо буде впливати на кінцевий результат.

При створенні специфікатора послуг важливим моментом є врахування різноманітності послуг, що потребує виокремлення параметрів відповідно до типу послуг. Однак існує небезпека розширення специфікатора, яка може призвести до необґрунтованої бюрократії.

Підготовці такого документа має передувати аналіз діяльності за попередні періоди, звіти про яку надаються різними відділами обслуговуваннями пацієнтів (приймального відділу та всіх відділів лікувального закладу стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги), цей документ має базуватися також на матеріалах досліджень пацієнтів з урахуванням їхньої сатисфакції.

Відповідність проекту очікуванням пацієнтів компонент тісно пов'язаний із досягненням цілковитого задоволення хворими отриманими послугами. Важливим елементом моніторингу відповідності проекту є дослідження сатисфакції пацієнтів як найбільш вірогідного мірника якості запропонованого проекту. Е. Демінг стверджував: "Кожен знає свого клієнта, а коли не знає, ким є його клієнт, його очікування... то не розуміє своєї праці" [255].

Зарубіжні науковці під якістю медичних послуг, як правило, розуміють не тільки відповідність певним стандартам та відсутність негативних наслідків від медичних втручань, а й їх економічність та пріоритетну орієнтованість на споживача, тобто на задоволення його потреб. Так, за визначенням Р. Максвелла, якісна медична допомога характеризується доступністю, справедливістю, відповідністю потребам суспільства, ефективністю, дієвістю та економічністю [333, с. 147]. Д. Еванс, Т. Едиджер та ін. якісну систему охорони здоров'я трактують як рівень досягнення системами охорони здоров'я мети у поліпшенні здоров'я і відповідності справедливим очікуванням населення [334, с. 440]. Як нам видається, цим визначенням властива певна поверховість. Вони мають право на існування за умови додаткових ознак чи характерних рис.

Висока якість медичних послуг, як, зрештою, будь-якої промислової чи продовольчої продукції, повинна бути пріоритетним для медичних закладів (виробників). Оскільки медична послуга – це специфічний

продукт, який складно інтерпретувати або ж порівняти з іншими видами послуг, виникає проблема способу досягнення та утримання рівня високої якості.

На сьогоднішній день пацієнти стикаються з неефективним лікуванням, що свідчить про низькоякісне функціонування медичної галузі в Україні загалом. У світовій же практиці пріоритетом є не просто ефективне лікування хворих, а завойовування пацієнта як зовнішнього клієнта. Збільшення кількості медичних закладів в Україні не призводить до появи здорової ринкової конкуренції та можливості вибору медичного закладу. У світі тенденція є зворотною, що свідчить про прагнення досягнути максимального рівня якості послуг.

З огляду на нетиповість, специфіку ринку, медичні заклади повинні докладати особливих зусиль, щоб здобувати "клієнтів" та їх утримувати. На противагу підприємствам промислової сфери, котрі покупцям можуть запропонувати товар високої якості через представлені взірці, медичні заклади мають можливість встановлювати такі відносини з пацієнтами, які засновані на довірі та організаційному іміджі.

У медичних закладах стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, як і в усіх інших підприємствах сфери послуг, ключову роль відіграють зовнішні клієнти чи, точніше кажучи, пацієнти. Відповідно до декларацій Всесвітньої організації охорони здоров'я, пацієнтом є кожна особа, що користується медичними послугами незалежно від того, хвора вона чи здорова [392]. Високий рівень якості медичних послуг досягається завдяки розумінню та задоволенню вимог пацієнтів. Цей погляд відкрито ігнорується в сучасній системі охорони здоров'я України.

Мірою якості виступає ступінь задоволення реальних потреб клієнта. Для досягнення цієї мети необхідно визначити:

- ким є і буде наш потенційний клієнт;

- наявні та майбутні сподівання (вимоги) клієнта;
- конкуренція на ринку медичних послуг та їх позиція на ринку;
- як можна задовольнити вимоги пацієнтів – з чим пов'язана конкурентна перевага в цій галузі діяльності.

Під поняттям "якість медичних послуг" необхідно розуміти загальні характеристики та умови функціонування ринку медичних послуг, здатність задоволення потреб хворих. Таке визначення поєднує два підходи, що трактують якість як сукупність характеристик з одного боку, та ступінь, у якому послуга задовольняє свої функції – з іншого.

Формування якості є необхідною умовою на початках функціонування ринку медичних послуг. Визначення рівня якості повинне відбуватися поетапно. На першому етапі відбувається опрацювання характеристик медичних послуг та рівня встановлених вимог окремими групами споживачів. До них варто віднести всі необхідні стандарти щодо процесу надання медичних послуг (зокрема, хронометражі прийому пацієнтів). Другий етап передбачає оцінку наданих послуг. У цей період аналізуються планові показники, порівнюються із фактичними, особлива увага приділяється оцінці відхилень та їх причин. На заключному, третьому етапі відбувається порівняння рівня якості послуг (збільшення чи зменшення).

Якість виконання визначає ступінь відповідності параметрів наданої послуги параметрам, прийнятим на проектній фазі. Дослідження сатисфакції пацієнтів є виправданим з точки зору сприйняття чи неприйняття ними наданих послуг. Підкреслимо, що надзвичайно важливою є інформація про процес лікування, починаючи із приймального відділу, скерування до відповідного відділу для лікування (згідно з попереднім діагнозом) та, в кінцевому результаті, виписки. При дослідженні також необхідно звернути увагу на стан поінформованості пацієнтів, їх сервісне обслуговування, вчасне застосування при

необхідності медичного обладнання. Аналіз масиву перерахованих даних дасть можливість вдосконалити процедуру надання послуг та підвищити їхній рівень, а також підтримувати його. Виходячи з вищенаведених міркувань, варто зауважити, що всі ці процеси поєднують у собі управління та маркетинг. Без ідентифікації всіх очікувань клієнтів неможливо їх коригувати та вдосконалювати.

Заслуговує також на увагу дефініювання якості медичних послуг запропоноване Всесвітньої організації здоров'я (WHO), де якість визначається як результат (так звана технічна якість) способу вживання засобів (економічна ефективність), організації надання послуг та сатисфакції пацієнтів [392]. Згідно з визначенням Об'єднаної комісії з акредитацій організацій охорони здоров'я (JCAHO), "добра якість – це максимально сприятливий результат при мінімальних негативах" [297]. М. Марковські, В. Новацкі та А. Коронкевіч вважають, що якість медичних послуг є технічною вартістю (знання, клінічні навички, технології), вартістю стосунків між людьми (пацієнт, лікар, медсестра, медичний персонал) й обов'язковими послугами (комфорт і естетика) [340].

Таким чином, у сфері охорони здоров'я якість радше є поняттям психологічним чи соціологічним, аніж матеріальним. Сама по собі модель якості медичних послуг є змінною. Пацієнти очікують задоволення їхніх потреб у часі лікування, однак тут варто взяти до уваги важливу особливість. Мова йде про динамічність вимог чи очікувань пацієнтів із роками. Саме тому необхідно передбачити їх потреби у майбутньому, з урахуванням аналізу попередніх та теперішніх матеріалів. При цьому слід врахувати і факт старіння суспільства.

Згідно з твердженнями К. Опольські та Е. Шемборської, існують так звані "сфери управління якістю", зображені на рис. 1.1 [349]. Сфера медичної опіки (професійної) – це простір, де пацієнт особливу увагу

звертає на контакти з медичними працівниками, особливо з лікарями, маючи доволі обмежені знання у цій сфері.

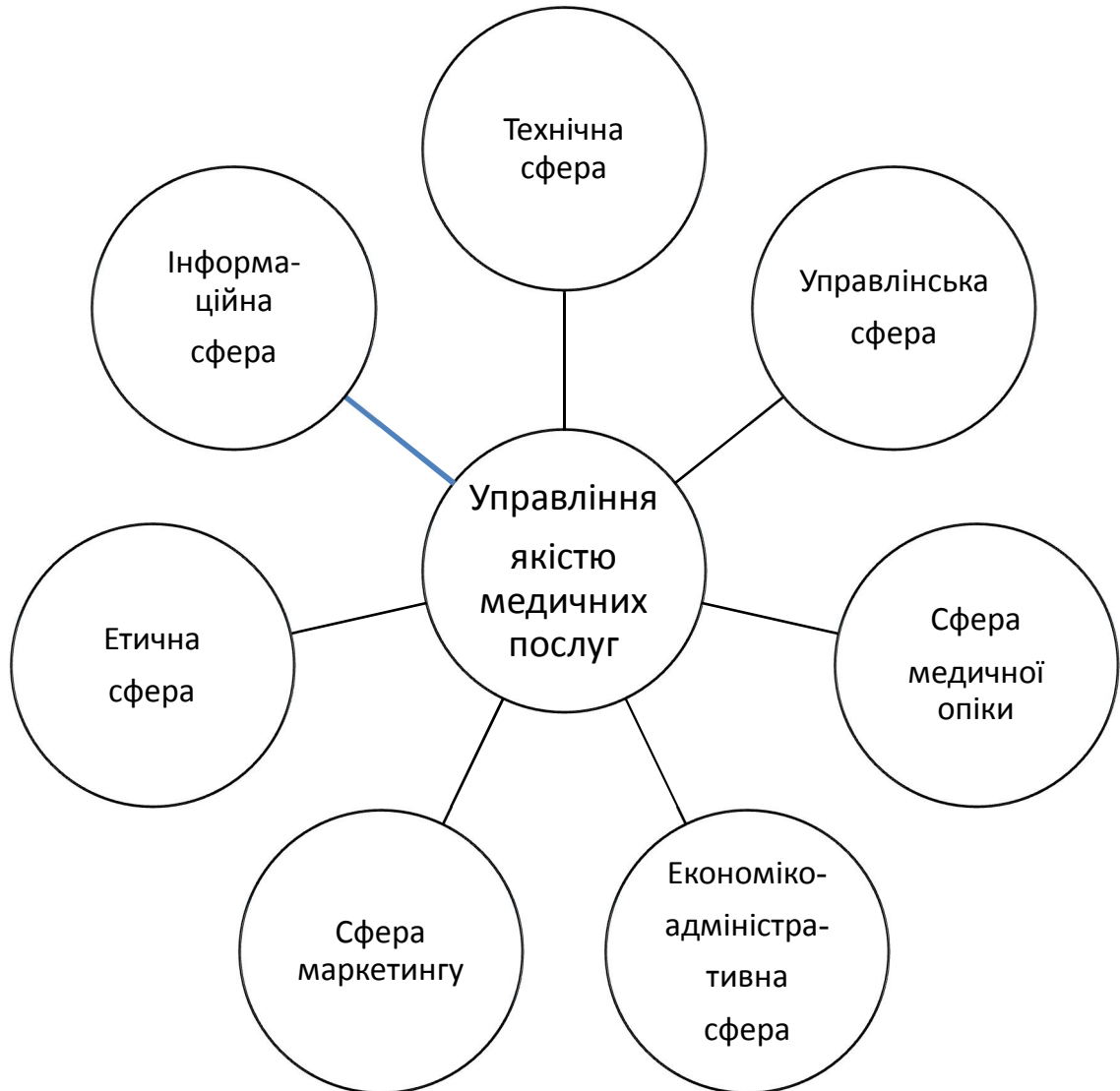


Рис. 1.1. Сфери управління якістю медичних послуг*

*Опрацьоване автором на основі [349]

Інформація, надана пацієнтові, становить основу інформаційної сфери, котра є вкрай важливою. Досить часто між хворими та лікарями відбувається "блокування інформації". Лікарі апріорі виступають авторитетом для пацієнтів. На практиці ж бувають випадки, коли пацієнти мають певні запитання до лікаря чи володіють певною інформацією

(стосовно процесу лікування чи встановлення діагнозу). Як результат – неотримання пацієнтами (на їхню думку) очікуваних результатів. Здебільшого це відбувається через необізнаність пацієнтів у деталях з перебігом хвороби або ж невміння чітко сформулювати запитання, описати симптоми. Так, хворий очікує на повне одужання, однак, відповідно до встановленого медичного діагнозу, це не можливо. Потрапляючи до лікувального закладу з діагнозом "цукровий діабет", не можливо сподіватися на цілковите одужання (лише на покращення стану здоров'я), однак запалений апендицит через хірургічне втручання реально видаляється без ускладнень для пацієнта та передбачає цілковите одужання.

Враховуючи наведені аргументи, варто зазначити, що лише від компетенції лікарів та іншого медичного персоналу залежить успіх лікування й одужання. Не останню роль при цьому відіграє налагодження контакту між хворим та медичним персоналом. Це, в свою чергу, можливе завдяки навчанню медичних працівників за спеціальними програмами, адже вони потребують підвищення кваліфікації не лише медичного спрямування. Повноцінний фахівець є особою, обізнаною як в останніх новинах лікарської справи, так і в царині психології. Відомо, що правильно підібрані слова підтримки або жест мають кращий вплив, ніж медикаментозне лікування.

Технічна сфера стосується, на перший погляд, малоістотних речей. Мова йде про зовнішній вигляд медичного персоналу, кабінету, приймального відділу та й самого лікувального закладу. Приємний зовнішній вигляд, обладнання новітньою медичною апаратурою впливає не лише на ступінь досягнення результатів, а й підсилює впевненість у якості отриманих медичних послуг.

Управлінська та економіко-адміністративна сфери не є важливими для пацієнтів. Різноманітні нововведення, пов'язані з управлінням

людськими ресурсами та використанням матеріальних засобів у межах лімітів, залишаються непоміченими для пацієнтів, однак мають безпосередній вплив на вищезазначені сфери.

Нами запропоновано ще одна важлива сфера управління якістю медичних послуг – етична. Практика показує, що останнім часом медики навчилися лікувати (окрім невиліковних хворих) саму хворобу, залишаючи поза увагою пацієнта. В цьому аспекті етична сфера дозволить виправити згаданий недолік та встановити міцний контакт із хворим. Це, своєю чергою, сприятиме процесові одужання пацієнта.

У теорії немає одностайної думки щодо функціонування маркетингової сфери в медичних послугах. Варто зауважити, що маркетинг може застосовуватися не лише тоді, коли мова йде про продаж, але й у випадку надання медичних послуг з точки зору консумента. Власне, йдеться про дослідження потреб пацієнтів, їх очікувань та максимальну адаптацію до них. Успіх окресленої маркетингової сфери полягатиме у детальній розробці алгоритму проведення відповідної маркетингової діяльності та створення якості (рис. 1.2).

На першому етапі потрібно створити анкети, опрацювання яких дало б можливість визначити рівень задоволення пацієнтів. На жаль, сьогоднішня система анкетування не набула масового поширення у медичних закладах стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Причини, на наш погляд, пов'язані із нехтуванням інформацією такого роду з боку керівництва та невмінням розробляти потрібний тип документації.

Другий етап – це інформація щодо судових позовів проти лікувального закладу стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та їх кількості. Практика свідчить, що ретельне опрацювання такої інформації

дозволяє зробити відповідні висновки, проаналізувати ступінь вини як окремо взятого лікаря, так лікувального закладу загалом. На основі цього проводяться необхідні корективи стосовно організації роботи як лікувального закладу загалом, так і персоналу зокрема.



Рис. 1.2. Етапи проведення маркетингової діяльності та створення якості*

*Опрацювання власне

Третій етап вважається стартовою лінією на дистанції одужання. Досить часто довжина цієї дистанції залежить саме від того, настільки детально буде трансльована інформація щодо хвороби пацієнтів та схеми їхнього одужання. Виконання зазначеного етапу, з одного боку, теоретично не повинно викликати жодних перепон. Однак, як свідчить практика, перепони складають лівову частку саме в інформаційному просторі "лікар-пацієнт". Мова йде про форму донесення інформації медичними працівниками до окремо взятого хворого, зокрема про попередньо встановлений діагноз.

При оголошенні пацієнтові такого діагнозу, як пневмонія, не виникає клопотів. Щоправда, необхідно пояснити хворому, що лише чітке дотримання запропонованої медикаментозної схеми лікування та дотримання всіх рекомендацій приведе до одужання. Лікар зобов'язаний повідомити, що в разі недбалого ставлення до лікування, можливі ускладнення та про ризик, пов'язаний із ними. Адже, відхиляючись від схеми лікування, пацієнт свідомо бере на себе відповідальність за наслідки. Хоча ступінь відповідальності медиків за таких обставин і зменшується, остання цілковито не знімається. Все це повинно бути враховане при створенні медичних стандартів.

Складнішою є ситуація, коли лікареві доводиться повідомляти пацієнтів про важкі, здебільшого мало виліковні хвороби (ДЦП, онкологічні захворювання тощо). Саме форма подання такої інформації та поведінка хворих залежить від медичних працівників. Медики зобов'язані оцінити психологічний стан пацієнта та спрогнозувати його реакцію на отримані новини.

Для одних сам діагноз вже буде початком руйнівного процесу як особистості, так і її здоров'я. Впадаючи в депресію, хворі навіть не будуть намагатися боротися за власне життя чи бодай робити хоч якісь спроби. Інша ж категорія пацієнтів намагатиметься вижити. В контексті

висвітленої проблеми, на нашу думку, велика відповідальність лежить на лікарях та їх вмінні позитивно впливати на пацієнтів за допомогою відповідної інформації, вдало підібраними прикладами покращення стану здоров'я інших хворих із подібними діагнозами. Для цього необхідно проводити постійне навчання медичного персоналу, що не лише підвищить їхній фаховий рівень, а й створить позитивний імідж лікувального закладу в очах пацієнтів.

Постійний моніторинг задоволення пацієнтів лежить в основі наступного – четвертого етапу маркетингової діяльності і створення якості лікування. Він тісно пов'язаний із попереднім етапом, адже саме повномасштабна поінформованість пацієнтів щодо стану їхнього здоров'я та методики лікування складатиме, як свідчать дослідження, вісімдесят відсотків задоволення хворих. Найбільш поширеним інструментом моніторингу, як доводить світова практика, є розробка анкет для визначення рівня задоволення пацієнтів процесом лікування. Розробка таких анкет і проведення опитування не матимуть жодної користі для управлінців без процесу опрацювання даних анкетування і їх систематизації. Результати анкетування беруться до уваги при здійсненні організаційних та кадрових змін.

Логічним продовженням процесу створення якості медичних послуг є підбір інформації за вимогами клієнтів до якості медичних послуг. Опрацювавши результати анкетування (для повноти успіху анкети повинні бути анонімними), варто виокремити проблемні, на думку пацієнтів, блоки якості надання послуг у лікувальному закладі стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Згодом необхідно виробити тактику стосовно усунення прогалин.

Наступним кроком буде перехід до розробки медичних стандартів та створення у лікувальному закладі книги якості на основі даних,

попередньо отриманих від пацієнтів. Увесь цей комплекс дій становить шостий етап маркетингу. Процес стандартизації охорони здоров'я не повинен асоціюватися з утрудненням чи обмеженням прав лікарів. Радше це зворотний процес, або процес встановлення вказівників на шляху до омріяної моделі якості. Останні дозволяють систематизувати схему лікування та прописати всі можливі варіанти розвитку подій, що, в свою чергу, надзвичайно важливі при загрозі життю пацієнта.

Медичні стандарти також покликані акцептувати нові методики лікування чи діагностики, котрі є більш ефективними, ніж наявні та визнані на теперішній час. Ці методики розробляються для типових ситуацій, що найчастіше зустрічаються в медичній практиці. Стандарти обов'язково повинні стосуватися лікувальних процесів, при проведенні яких найчастіше виникають сумніви, а також тих, що є дуже затратними (навіть якщо їх рідко застосовують). Саме це дасть змогу належно контролювати видатки. Важливо також розробити стандарти для випадків із майже однаковими клінічними характеристиками, коли спостерігаються відмінності в лікуванні або діагностиці.

Розробка головних принципів стандартизації складається із двох фаз. Перша полягає у пошуку та оцінці чинних керівних принципів, звітів систематичних переглядів, публікацій. На основі вищезгаданих джерел розробляється так званий "погоджувальний документ". Над його формуванням має працювати великий колектив фахівців різних напрямів медицини. Загалом перша фаза є досить трудомісткою. Метою другої фази є розробка клінічної моделі на основі розробленого "погоджувального документа".

Центральним елементом функціонування системи якості медичних послуг є медична документація як джерело інформації. В ній необхідно максимально точно й детально описати стан здоров'я пацієнта та його потреби. Застосування такої документації полегшить працю медичного

персоналу. Доречним, як свідчить практика, було б функціонування внутрішнього пакета документації у справі окремо взятого пацієнта. До нього мають входити: формуляри історії хвороби та додаткові документи (картка обстеження; карта медичних призначень; формуляр із зазначенням температури пацієнта; результати діагностичних досліджень; картка із зазначенням проведених консультацій тощо). Сьогоднішній зазначений пакет документації використовується у практиці медичного документообороту, проте, на нашу думку, потребує дотримання конфіденційності інформації щодо окремо взятого пацієнта.

Сьомий етап передбачає реєстрацію та документування медичних послуг відповідно до встановлених стандартів якості. На кінцевому етапі аналізуються дані про незадоволення пацієнтів наданими медичними послугами у попередні роки. Ця інформація порівнюється із результатами повторного анкетування, яке проводиться після прийняття стандартів якості та приведення всієї документації у відповідність із ними.

Ретельне, повномасштабне опрацювання та впровадження системи якості медичних послуг можливе лише за умови цілковитого усвідомлення детермінантів якості медичних послуг. На нашу думку, таке дослідження варто проводити з урахуванням природи самих медичних послуг. А.Я. Рубінштейн відніс останні до "опікуваних благ". У своїх статтях автор досліджував потреби у благах, наданих суспільством. Слушною є думка А.Я. Рубінштейна щодо визначення самої категорії споживачів. Дослідник вважає, що у суспільстві формується небажання споживачів платити за суспільні блага і, як наслідок, виникає феномен "фрірайдерства". За таких обставин держава змушена сама постачати суспільні блага [167, с. 19].

1.2. Макро- та мікроекономічне значення категорії "якості медичних послуг"

Загалом, дати повне, чітке визначення якості у сфері охорони здоров'я складно. Це спричинено специфікою медичних послуг, що було встановлено нами раніше. Крім того, медична галузь має низку універсальних характеристик (проаналізованих попередньо):

- непевність і ризик (стосується повного медичного процесу, від моменту прибуття пацієнта і до його виписки);
- висококваліфіковані кадри (наявність планів підвищення кваліфікації медичних працівників);
- свобода у виборі методики лікування (пацієнт, що перебуває на лікуванні, передає право вибору методики лікареві);
- складність процесу задоволення наявних потреб у галузі охорони здоров'я (кваліфікація персоналу і складність цього процесу);
- відсутність конкретної інформації у випадку високої спеціалізації медичних послуг.

Зазначена вище специфіка медичних послуг не дозволяє однозначно визначити їх якість. Значення якості, вочевидь, залежить від суб'єктивного сприйняття різних груп інтересів. Серед цих груп існує ряд важливих поглядів, пов'язаних із темою дослідження. Наприклад, пацієнти та їхні родини концентрують свою увагу на результатах лікування та на матеріальних і нематеріальних елементах вигоди. У той же час, для медичних працівників висока якість асоціюється із ретельним дотриманням процедури надання медичних послуг та застосуванням фахових знань.

Пацієнти зацікавлені в ефективності, належному та безпечному процесі лікування. В їхньому розумінні якість медичних послуг залежить від кваліфікації медичного персоналу та умов, у яких ці послуги

надаються. Розглядаючи питання про значення якості медичних послуг і її впливу, пропонуємо виділити два види ефектів. З одного боку, це ефекти, пов'язані зі здоров'ям, один серед яких має характер:

- а) безпосередній – якість життя пацієнтів;
- б) опосередкований – стосується здоров'я нації у цілому.

Другий вид ефектів пов'язаний з економікою та управлінням. Якість охорони здоров'я розглядається в цьому випадку на двох рівнях:

1. На мікроекономічному рівні досліджується вплив на функціонування сектора охорони здоров'я.
2. На макроекономічному – вплив на суспільний добробут і зростання національної економіки.

Якість життя пацієнта, що є суттєвим показником ефекту проведеного лікування, недооцінюється медиками. Щоб оцінити якість життя пацієнта після лікування, доцільно застосувати певну методику. В наукових джерелах описані та застосовані на практиці різні методи аналізу чи оцінки якості життя пацієнтів, вибір яких залежить від кількох чинників. Насамперед, від категорії осіб, котрі будуть джерелом збору і передавання даних. Отримати інформацію про якість життя можна із двох джерел. Перше – думка пацієнтів. Останні, відповідаючи на запропоновані їм питання спеціальної анкети, виокремлюють дії, які були для них обтяжливими. Друге джерело інформації – думка осіб, що працюють із пацієнтами. Мова йде про лікарів, медичних сестер, психологів або членів родини хворого. Особливу роль у формуванні якості життя пацієнта відіграє лікар, коли бере до уваги цей елемент при виборі чи зміні схеми лікування. Очевидно, що лікарі віддають перевагу лікуванню, яке дозволить продовжити життя пацієнтам і зменшити ймовірність виникнення ускладнень (наприклад, інфаркту або інсульту). Але все частіше звертається увага на те, чи призводить процес лікування до щоденного покращення стану пацієнта (зменшення болю, можливість

активно брати участь у суспільному та сімейному житті). Бувають випадки, коли сучасні методики лікування є необхідними для порятунку життя хворого, однак вони можуть перешкоджати його повсякденній діяльності та нести певні обмеження. Ця проблема стосується хронічних захворювань, при якій досягненням кінцевого ефекту вважається надання шансу нормальної життєдіяльності у міру можливості.

Усі, навіть найсучасніші методи лікування змінюють якість життя. Рекомендації лікарів, пов'язані з обмеженнями деяких видів активності та призначення дієт, мають негативні психологічні наслідки і зменшують суспільну інтеграцію. Підготовка пацієнта до такого роду змін належить до важливих завдань лікаря і береться до уваги при оцінюванні кінцевого ефекту лікування. Дослідження показують, що деякі сфери якості життя по-різному оцінюють медичний персонал та пацієнти [275].

По-друге, вибір методики пов'язаний із вимірюванням якості життя. Якість життя – поняття багатоаспектне. Його можна означити певними мірниками [148, с. 100]. М. Мілен і М. Мейхон [335] ці мірники об'єднують у чотири групи-сфери якості життя:

- фізичну і функціональну;
- суспільну;
- психологічно-духовну;
- економічну.

Фізична та функціональна якість життя проявляється у здатності повноцінного функціонування особи (відсутність психічних обмежень та обмежень пересування). Фізичну сферу якості життя варто розглядати як задоволення із власного стану здоров'я (враховуючи вікову категорію та наявні захворювання). Суспільна якість життя складає вагому частку в загальній моделі якості життя людини. Як свідчить практика, та позиція в суспільному житті, яку посідає особистість, визначає її значущість та здатність до самореалізації. Цей показник тісно переплітається із наступним мірником. Психологічна рівновага досягається шляхом

задоволення з власної суспільної позиції, почуття поваги до окремо взятого індивіда з боку держави (макрорівень), колективу, та його сім'ї (мікрорівень). Психологічна рівновага тісно пов'язана з духовною. Ці два компоненти творять окрему сферу якості життя особи. Факт існування можливості вільного віросповідання дає індивіду підстави почуватися вільним та підвищує показники якості життя.

Економічний аспект належить до одного з визначальних, оскільки тісно пов'язаний із вище зазначеними. Так, особа, досягнувши відповідного становища на роботі, отримує високу заробітну плату. Це, у свою чергу, дає їй можливість займати певну соціальну нішу і таким чином утримувати психологічну рівновагу.

По-третє, підхід до аналізу якості життя пов'язаний із застосованою методикою дослідження. Дослідження може мати якісний або кількісний характер. При цьому до оцінки впливу застосовуються різні показники. Наприклад:

- якість життя, зумовлену станом здоров'я (Health Related Quality of Live – HRQL), визначено як функціональний ефект хвороби й ефект її лікування та впливу на пацієнтів. За своєю суттю, це показник суб'єктивної оцінки.
- Кількість років життя, скоригована їх якістю (*quality-adjusted life year* – QALY). Застосовується при аналізі витрат та оцінці корисності програм в охороні здоров'я.
- Альтернативною до QALY є еквівалент років, прожитих при доброму здоров'ї (*Healthy Years Equivalent* – HYE).

Оцінки якості життя залежать від ефекту застосування різних методик його аналізу. Головна різниця полягає в тому, хто формує цю оцінку: пацієнти, лікарі чи представники Міністерства охорони здоров'я. Для пацієнта якість медичної послуги залежить від кваліфікації медичного персоналу та умов, у яких вони надаються. Важливе значення для пацієнта

має також атмосфера, в якій триває процес лікування, повернення до нормального способу життя.

Для лікувального закладу якість медичних послуг пов'язана, перш за все, з відповідністю цієї послуги актуальним професійним знанням та досягненням очікуваного покращення стану здоров'я пацієнта, його задоволення і сатисфакції працівників. В оцінюванні якості життя пацієнтів особливо проблематичним моментом є оцінка при наданні першої медичної допомоги. М. Робінс у дослідженнях оцінки якості життя при наданні першої медичної допомоги виокремлює три цілі [359]:

- оцінювання якості життя пацієнтів для цільових описових груп пацієнтів При дослідженні беруть до уваги різні показники, які дозволяють оцінити частоту проявів таких симптомів, як депресія, біль тощо;
- одночасний процес прийняття рішень та надання медичної допомоги. У цьому випадку оцінка якості життя пацієнта для лікаря є важливим критерієм, що враховується при прийнятті рішення;
- вимірювання якості життя використовується як індикатор якості та ефективності медичної допомоги, що була надана.

Якість життя пацієнтів має бути взята до уваги в сфері охорони здоров'я на етапі оцінки потреб здоров'я нації та планування їх задоволення. Опосередкований ефект та його вплив на якість лікування розглядається Кларком і Мелсоном [241], які детально аналізують це питання, звертаючи увагу на три компоненти моделі оцінки медичних потреб:

- проблеми зі здоров'ям населення в межах певної території, визначені на основі епідеміологічних і демографічних даних;
- проблеми фінансування системи охорони здоров'я в обсязі, необхідному для отримання позитивних результатів лікування;

- проблеми "власної перспективи" (у нашому випадку – задоволення її) як для користувачів послуг (пацієнта, родини), так і для осіб, що займаються плануванням, організацією і наданням медичної допомоги (медичний персонал, адміністрація і т.д.) [241].

Дослідження оцінки і процесів планування такого широкого спектру потреб у галузі охорони здоров'я сприяє приверненню уваги до оцінювання якості медичних послуг пацієнтами ("споживачами"), але при умові, що ефективність наданих медичних послуг періодично перевіряють на якість. Існує потреба в контролі за якістю, його результати повинні бути відображені у спеціальних рапортах та звітах. Якість охорони здоров'я, що враховує якість життя пацієнта, вимагає чіткого позиціонування в системі охорони здоров'я. Існує потреба у призначенні відповідальних за дотримання критеріїв якості. Ними можуть бути місцеві органи влади, адміністрація Міністерства охорони здоров'я, медичні корпорації. Потрібен відповідний інструментарій і системи мотивації, що спонукали б систему охорони здоров'я надавати якісні послуги і винагороджували б за це. Доцільно також створити систему моніторингу та контролю за якістю, враховувати думку пацієнтів у процесі прийняття рішень.

Статус здорової нації залежить від багатьох чинників. Впливи на здоров'я найбільш системно представлені у моделі Лалонда. Згідно з цією моделлю статус здорової нації залежить від кількох груп чинників [320]:

- біологічних (генетичних);
- чинників середовища;
- пов'язаних зі стилем життя;
- пов'язаних із діяльністю в системі охорони здоров'я.

Канадський науковець та політик в галузі охорони здоров'я, М. Лалонд, дав оцінку кожній групі факторів і дійшов висновку, що

система охорони здоров'я має незначний вплив на формування здорової нації (див. рис. 1.3).

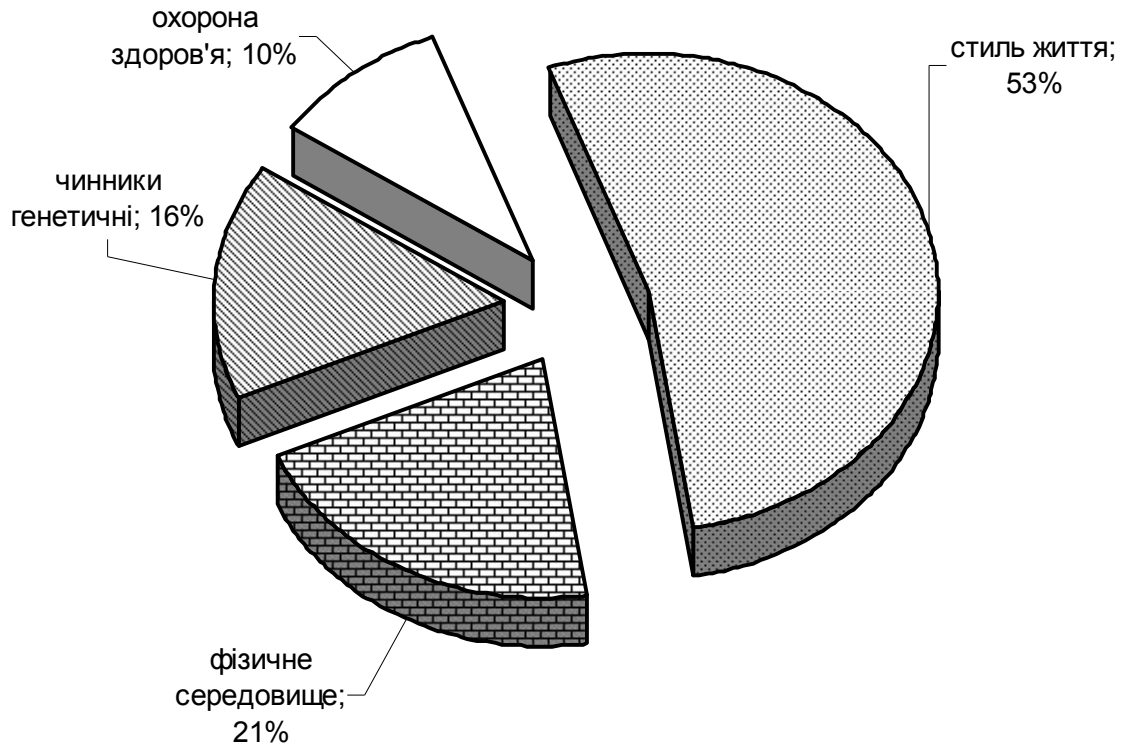


Рис. 1.3. Чинники здоров'я [320]

Але погана робота системи охорони здоров'я може порушити дію всіх інших чинників, призвести до бездіяльності. Тому ця система трактується як істотний чинник впливу на здоров'я. Найбільше на здоров'я людини (53%) впливає стиль життя, що складається з таких елементів: фізична активність, здатність долати стреси, вживання наркотиків, алкоголю, психотропних речовин.

Фізичне середовище визначає стан здоров'я на 21%. Корисну дію має чисте повітря, вода та безпечні школа, місце праці. Довкілля може і негативно впливати на життя людини: наприклад, через іонне випромінювання, шум чи ряд біологічних чинників. На здоров'я людини у 16% впливають генетичні чинники, а найменший вплив (10%) має охорона

здоров'я, її структура, організація, функціонування чи доступність якісних медичних послуг. Зрозуміло, цих 10% – це також діяльність медицини, яка нічим іншим не може бути замінена. Оскільки перших три чинники пов'язані з меншими затратами, ніж служба здоров'я, можна припустити, що вони відображають головні засади. Подібно і в самій медицині: суспільні видатки були б набагато меншими, якби окремо спрямовувалися засоби на профілактику.

Очевидним є той факт, що стиль життя значною мірою залежить від купівельної спроможності громадян. За даними Всесвітнього банку, ВВП на одного працівника, конвертований у міжнародні долари за константою курсу 1990 р. з використанням ставок паритету купівельної спроможності (рис.1.4).

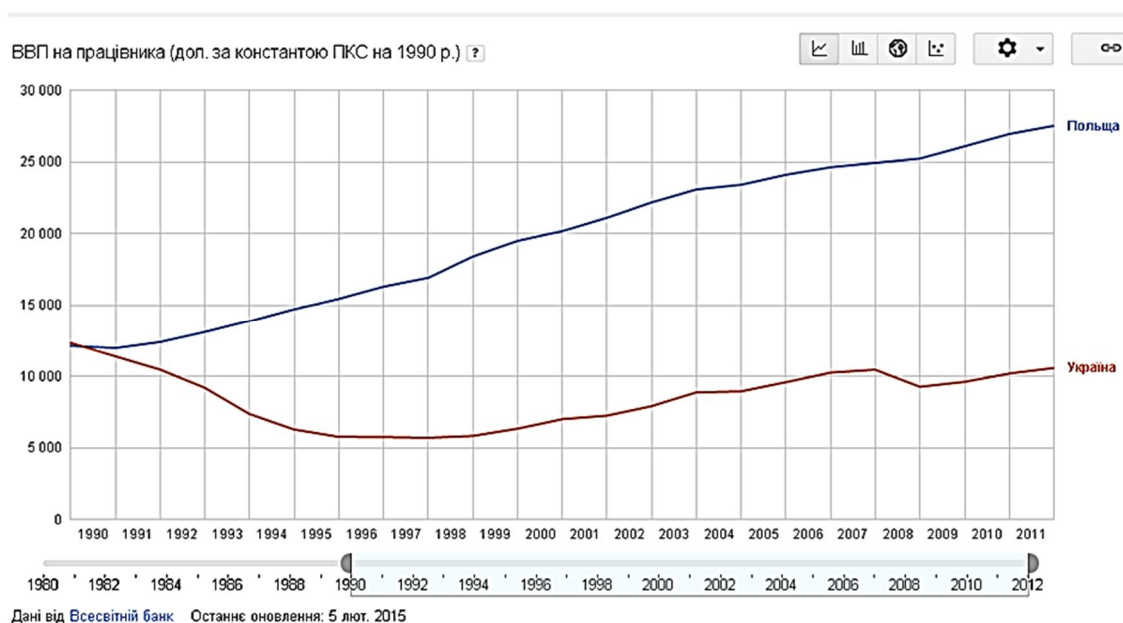


Рис. 1.4. Обсяг ВВП на працівника (дол. за константою ПКС на 1990 р.)¹

Для порівняння нами взято Польщу як країну, що на початку свого розвитку мала однакові стартові умови з Україною. По при це, середня

¹ Побудовано з використанням технології PublicData на основі даних Всесвітнього банку – http://www.google.com/publicdata/explore?ds=d5bnccppjof8f9_#!ctype=l&strail=false&bcs=d&nselm=h&met_y=sl_gdp_pcav_em_kd&scale_y=lin&ind_y=false&rdim=country&idim=country:UKR:POL&ifdim=country&tst art=636246000000&tend=1330556400000&hl=uk&dl=uk&ind=false

тривалість життя в нашій країні значно менша, ніж сусідній республіці (рис. 1.5).

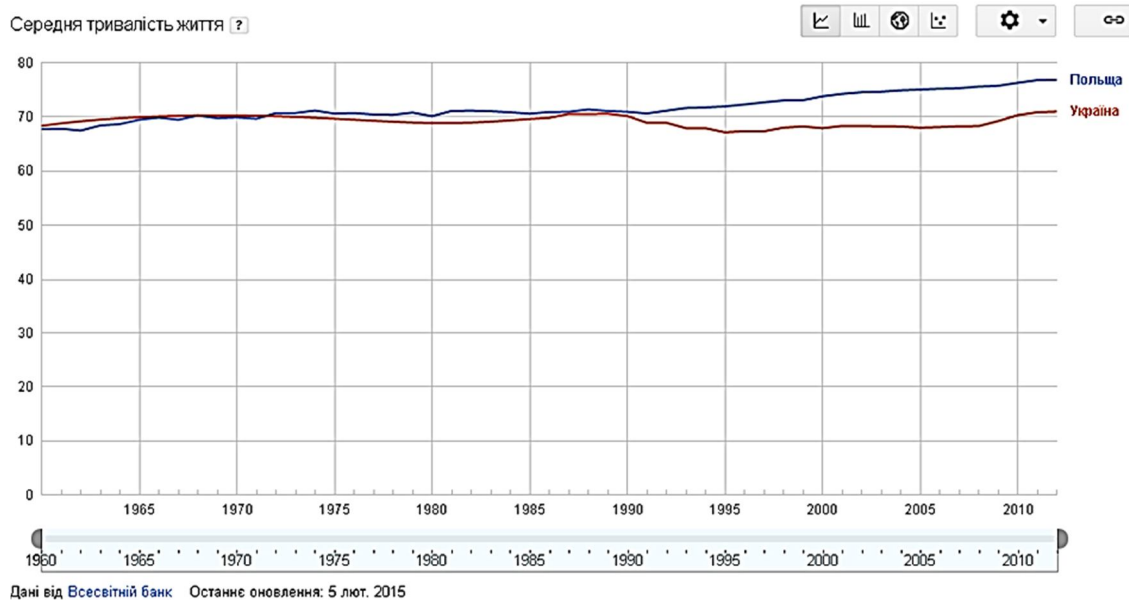


Рис. 1.5. Середня тривалість життя населення України та Польщі²

Тенденція зниження економічного і соціального розвитку українського суспільства призвела до збільшення рівня смертності, що розраховується за допомогою загального коефіцієнту смертності (рис. 1.6).

В ефективній системі охорони здоров'я, створеній на основі високої якості медичних послуг, мають бути враховані:

- надійний, розумний та дієвий страхувальник (страхова компанія), котрий представляє пацієнта;
- організація роботи лікувальної установи стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, що надає медичні послуги, її

² Побудовано з використанням технології PublicData на основі даних Всесвітнього банку – http://www.google.com/publicdata/explore?ds=d5bncppjof8f9_#!ctype=l&strail=false&bcs=d&nselm=h&met_y=sp_dyn_le00_in&scale_y=lin&ind_y=false&rdim=country&idim=country:POL:UKR&ifdim=country&hl=uk&dl=uk&ind=false

відповідний спосіб фінансування, шляхом покриття страховою компанією витрат на надані застрахованому пацієнтові послуги.

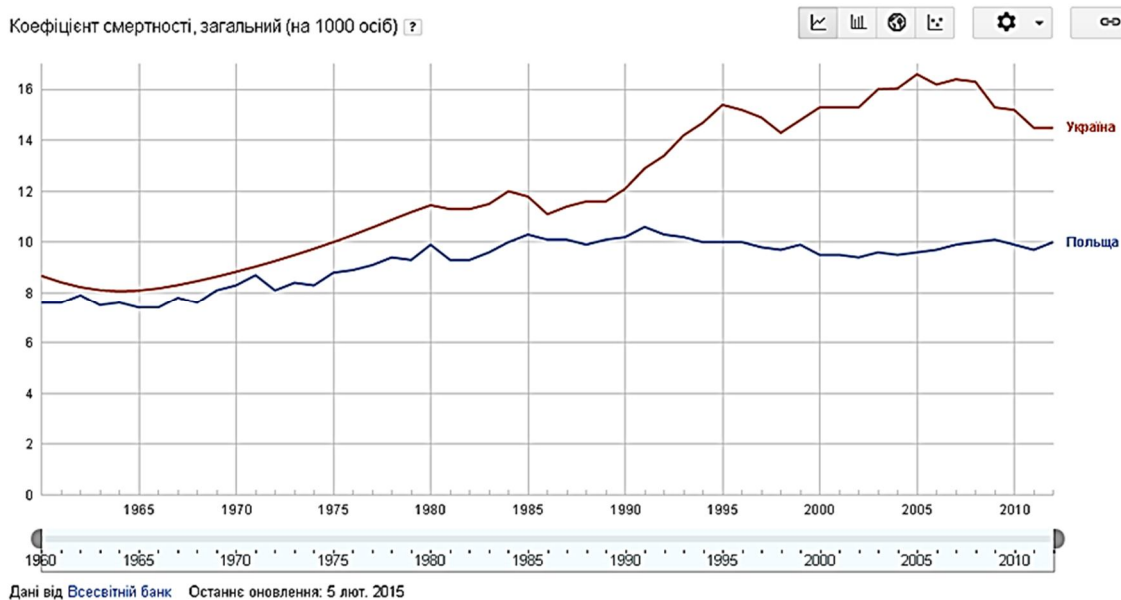


Рис. 1.6. Загальний коефіцієнт смертності на 1000 осіб³

Важливим доповненням до характеристик ефективної системи охорони здоров'я має бути її гнучкість, тобто можливість еволюційних змін, які можуть виявитися необхідними для забезпечення кращого функціонування системи. При цьому не можна підривати її основу, шкодити медичним установам стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, страховим компаніям та пацієнтам під прикриттям глибинної реформи. Кожна система охорони здоров'я є продуктом певної визначеної політики охорони здоров'я. Саме політика визначає мету і характер цієї системи, ефективність і вартість її експлуатації, створює інституціональну форму завершення однієї з найважливіших цінностей у житті людини,

³ Побудовано з використанням технології Public Data на основі даних Всесвітнього банку – http://www.google.com/publicdata/explore?ds=d5bnccpjof8f9_#!ctype=l&strail=false&bcs=d&nselm=h&met_y=sp_dyn_cdr_t_in&scale_y=lin&ind_y=false&rdim=country&idim=country:POL:UKR&ifdim=country&hl=uk&dl=uk&ind=false

якою є здоров'я, значною мірою впливає на якість і тривалість нашого життя, його безпеку. Роль політики охорони здоров'я як для цілого суспільства загалом, так і для кожного її члена зокрема, є визначальною. Тому так важливо, щоби заходи цієї політики провадилися системно, планомірно.

Ефективне функціонування системи гарантує результативне функціонування медичних закладів стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, серед критеріїв якого – якість наданих послуг. З іншого боку, за умови надання медичних послуг на високому якісному рівні, покращується стан здоров'я як окремо взятого консумента, так і цілої популяції. В ефективній системі охорони здоров'я, підкреслимо, здоров'я є однією із соціальних цінностей, пов'язаних з витратами. На утримання цієї системи витрачаються як економічні, так і позаекономічні засоби. Прикладом можуть бути чинники середовища і стилю життя. Інакше кажучи, при прийнятті рішень щодо впровадження технологічних та економічних змін, обов'язково враховують прогнозований вплив цих змін на людське здоров'я (*health impact assessment*). Коли між запропонованими початковими цілями існує конфлікт, здоров'я має бути пріоритетом, якому підпорядковуються інші цілі. Такий вибір має робитися завжди при прийнятті усіх рішень, котрі впливають на здоров'я, незважаючи навіть на той факт, що вплив його може бути безпосереднім.

Здоровий стиль життя є одним із найважливіших чинників статусу здорової популяції (модель здоров'я Лалонда). Для його пропагування потрібна співпраця із засобами масової інформації, закладами освіти, працедавцями і лікарями. Для координації багатьох суб'єктів, що працюють на здорову державу необхідна відповідна регуляція і мотивація. Лише тоді укоріниться ідея співвідповідальності за власне здоров'я, котра поки що залишається тільки декларацією. При відповідальному здоровому

вихованні громадян і пацієнтів ефективність системи охорони здоров'я буде вищою.

Дія здоров'я на ріст економіки відбувається через вплив на якість і кількість людського капіталу та продуктивності праці [280]. Міцне здоров'я, кваліфікація та практичні навички стають підставами особистого розвитку кожної людини і тим самим створюють умови для економічної безпеки, збільшують впевненість у потрібності своєї праці та величині доходів. Отже, здоров'я позитивно впливає на ріст економіки в цілому [374]. У макроекономічних аналізах, що стосуються охорони здоров'я, важливе місце посідає питання участі охорони здоров'я у створенні і перерозподілі національного доходу. Охорона здоров'я впливає на суспільний добробут через збільшення обсягу коштів, виділених на її потреби. Виділення цих коштів є гарантією доброї якості медичних послуг.

У країнах, де застосовувався марксистський підхід до оцінки національного доходу, вважалося, що прибуток створюється лише у сфері матеріального виробництва. Згодом, із розподілом окремих сфер суспільної діяльності як джерел утворення національного доходу, акцент було зроблено на тому, що виробництво необхідно зосередити тільки на предметах його спеціалізації, трактованих як матеріальні субстрати діяльності економіки. Оскільки охорона здоров'я, що надає медичні послуги нематеріального характеру, не відповідала загальноприйнятим критеріям, вона не була визнана як сфера, що примножує національний дохід. У зв'язку з цим усталилася думка, що видатки на охорону здоров'я є одним із багатьох способів суспільного споживання продукту і розглядаються як необхідне бюджетне обмеження, котре негативно впливає на процеси акумуляції і загальний рівень добробуту.

Під впливом сучасної західної економічної думки детально переглянуті поширені раніше погляди на питання створення національного доходу. Перш за все, послуги визнано рівнозначними продукуванню матеріальних благ, сфері створення та примноження національного

багатства. Отже, діяльність у царині системи охорони здоров'я, на нашу думку, однозначно варто кваліфікувати як істотний сегмент економічної діяльності, що виробляє значну частину національного доходу окремих країн. Проведений нами аналіз показав, що здоров'я виступає істотним чинником розвитку економіки. Саме тому Україні необхідно варто розглядати видатки на охорону здоров'я як інвестиції в людський капітал, а не лише як обтяжливий елемент соціального благополуччя. При цьому необхідно зауважити, що видатки на охорону здоров'я мають двоїстий характер: споживчий та інвестиційний.

Варто зазначити зміну поглядів на роль охорони здоров'я у створенні суспільного продукту, яка є результатом аналізу економіко-соціальних явищ. У європейських країнах згадані послуги – це важлива сфера економічної діяльності, які долучається до примноження соціального добробуту. Беручи до уваги той факт, що визначником економічного росту є показник національного продукту бруто (ВВП), аналіз ролі охорони здоров'я в процесі створення національного доходу можна розпочати від дослідження її впливу на згаданий показник. При цьому національний продукт бруто (ВВП) можна розрахувати за допомогою трьох різних методик, котрі передбачають сумування продуктів, доходів чи видатків.

Враховуючи все вищезазначене, можемо погодитися, що охорона здоров'я виступає тією сферою, що робить свій внесок у ВВП. Цей висновок ми зробили на основі таких тверджень (із врахуванням методу обрахунку ВВП):

- факт надання медичних послуг;
- генерування доходів від надання медичних послуг;
- видатки на придбання медичних послуг, що надаються державними і приватними установами.

Зрозуміло, що аналіз макроекономічного впливу охорони здоров'я на проблему створення соціального забезпечення не може бути зведений

тільки до її ролі у створенні ВВП. Вплив охорони здоров'я на економічний і соціальний розвиток значно ширший, ніж результат простого вимірювання вартості послуг, що надаються, чи величина створених доходів. З іншого боку, варто пам'ятати, що показник ВВП є спрощеним і не враховує ряду величин, важливих для характеристики якості та рівня розвитку життя суспільства.

Охорона здоров'я сприяє розвитку різних сфер економічної діяльності, які суттєво долучаються до створення національного доходу. Прикладом може бути фармацевтична і косметична промисловість, виробництво медичного обладнання. Охорона здоров'я має велике значення для ринку праці, де в умовах сучасної економіки працевлаштована значна частина населення. Одночасно, виступаючи однією зі сфер сучасної економіки, що найбільш стрімко розвиваються, сприяє створенню значної кількості робочих місць. У зв'язку з цим, можливість впливу медичного ринку на економіку є багаторазовою через ряд додаткових чинників. Серед них доречно згадати обмеження рівня безробіття та вплив на розмір сукупного попиту як результативний вимір доходів у сфері охорони здоров'я. Варто зазначити, що роль охорони здоров'я не може зводитися виключно до надання медичних послуг. В її рамках проводиться просвітницька, наукова та дослідницька діяльність, яка теж має бути оцінена з погляду якості.

1.3. Функціональні засади дієвості системи якісних медичних послуг

Поняття якості медичних послуг багатоаспектне, що й зумовило відсутність його єдиного визначення й активізує тематику нашого наукового дослідження. Процес дослідження зазначеної проблематики більш складний для сфери послуг (зокрема медицини), ніж для сфери

виробництва. Причина криється у характерних рисах якості. До них можна віднести:

- нематеріальність;
- неподільність;
- нездатність збереження;
- змінність;
- неможливість перепродажу;
- асиметрія інформації;
- непевність і ризик [348].

Пацієнти отримують медичні послуги, які не мають матеріальної основи, незалежно від їхнього обсягу. Варто наголосити на їх нематеріальній сутності. Особливість медичної галузі полягає у важливості кінцевого ефекту. Тому навіть при відсутності матеріальної основи ефекту буде досягнуто. Останній проявляється в одужанні пацієнтів, ступінь якого залежить від складності хвороби та вчасного звернення за медичною допомогою. Загалом, результатом буде здоров'я людей.

Згадане поняття важно окреслити та виміряти, однак незаперечним є факт, що до нього повинні прагнути як окремо взяті індивіди, так і держава загалом. У цьому випадку інтереси усіх суб'єктів медичної сфери перетинаються. Стежачи за власним станом здоров'я, ведучи здоровий спосіб життя та систематично приходячи на медичний огляд, індивід має можливість зменшити вірогідність захворювань або взагалі уникнути їх. Це, в свою чергу, відображається на працездатності особи і, як наслідок, можливості збільшення власного матеріального добробуту шляхом працевлаштування одночасно на кількох роботах. Чому це вигідно для держави? Її зацікавленість безпосередня: що більше буде працювати індивід задля власного блага, то більші суми відрахувань надходитимуть до державного бюджету. Інакше кажучи, добробут держави залежить передусім від здоров'я її громадян.

Неподільність є характерною рисою медичних послуг, що підкреслює специфіку медичної галузі. Мова йде про те, що кожна надана медична послуга ексклюзивна. На наш погляд, таке припущення впливає з медичної практики. Так, при одному і тому ж діагнозі у різних пацієнтів, лікар змушений призначати різні ліки. Це спричинено ймовірним існуванням алергічної реакції на деякі компоненти ліків в одних хворих та наявність іншої категорії, котра належним чином сприймає початкове призначене лікаря. Виходячи з усього вище викладеного, підтверджуємо неподільність медичних послуг як їхньої характерної риси.

Неможливість збереження характеризує медичні послуги як такі, що повинні бути надані в зазначеному місці та у визначений час. Щоб це реалізувати, лікувальні заклади організовують свою роботу цілодобово у вигляді чергувань (особливо це актуально для нічного часу). При прийнятті на обстеження чи лікування хворих спершу встановлюється приблизний діагноз хвороби. Для того, щоб переконатися у його правильності, використовують низку процедур, що свідчить про їх змінність як джерело пошуку істинного діагнозу хворого. Вище ми зазначали відсутність загального підходу до лікування всіх пацієнтів (причини розглядалися нами раніше). Це якраз унеможлиблює перепродаж отриманих медичних послуг.

Необізнаність чи недостатні знання в медичній галузі через відсутність кваліфікації спричиняють асиметрію інформації: фахова оцінка щодо стану здоров'я пацієнта медичними працівниками, з одного боку, та припущення, здогадки хворих – з іншого. Щоправда, один суттєвий ризик щодо першого аспекту асиметрії – фахової оцінки медиків. На жаль, трапляються випадки так званої "лікарської помилки", що мають безпосередній вплив на кінцевий ефект лікування і на якість наданих послуг. Про це докладніше йтиметься в наступних частинах наукового дослідження.

Надання медичних послуг безпосередньо пов'язане із непевністю і ризиком. Вони тісно пов'язані з обраною методикою лікування, його тривалістю та дотриманням з боку пацієнтів рекомендацій медичних працівників. Також якість медичного обслуговування включає:

- доступність (безперешкодне отримання медичної допомоги, незважаючи на наявні фінансові, організаційні та інші труднощі);
- повну поінформованість (про стан здоров'я, особливості лікування, дію ліків);
- медико-санітарну освіту (можливість набуття пацієнтами навичок самодопомоги та розпізнання симптомів, що потребують допомоги ззовні);
- комунікацію між лікарями і медичними сестрами, повагу до клієнта, координацію дій упродовж усього періоду лікування;
- сатисфакцію пацієнта (вищий чи майже рівний ступінь акцептування отриманої медичної допомоги в конфронтації з очікуваннями).

Мірилом якості з погляду пацієнта є доступність послуг, що включають:

- можливість реєстрації за телефоном на зручний час та за кілька днів наперед, а також зменшення часу очікування на реєстрацію і прийом;
- можливість вибору лікаря та виклику його додому;
- широкий спектр лабораторних досліджень і спеціальних послуг;
- приязна атмосфера та чистота як у приймальному відділі медичного закладу, так і в усіх інших відділах;
- доступ до телефону-автомату;
- зручне розміщення приймального відділу та наявність паркінгу;
- належне ставлення медичних працівників до своїх пацієнтів [105].

Якість медичних послуг залежить від багатьох чинників. Крім зовнішніх, на які лікувальний заклад має обмежений вплив, існують ще внутрішні чинники, що відіграють істотну роль у згаданому процесі. Серед них суттєвим є проякісне мислення керівництва та працівників, що закорінене у проякісну філософію розвитку організації сектора охорони здоров'я, думки про пацієнта, а також сприятливий клімат у медичному колективі для надання якісних послуг. Однак не лише внутрішні і зовнішні чинники мають вирішальний вплив на якість медичних послуг (рис. 1.7).

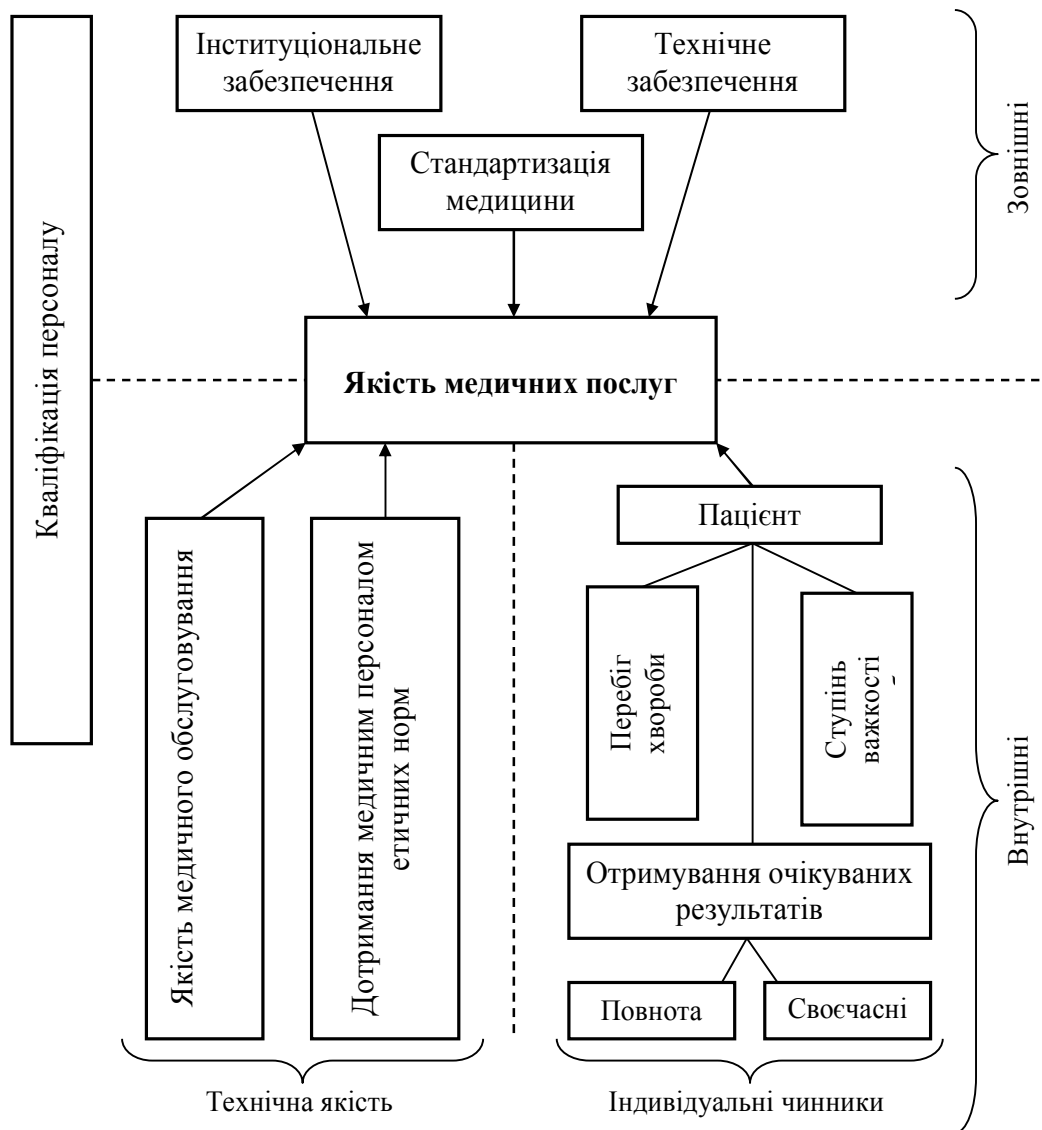


Рис. 1.7. Чинники, що впливають на якість медичних послуг*

*Опрацювання власне

На рис. 1.7 нами запропонована система синтетичних чинників, що складають їх третю групу (разом із зовнішніми та внутрішніми). Мова йде про кваліфікацію медичного персоналу. Наше припущення ґрунтується на таких міркуваннях. По-перше, кваліфікація здобувається у вищих закладах країни, інакше кажучи, видаючи випускникам дипломи медиків, держава гарантує їх належний рівень підготовки та несе відповідальність за достовірність наданої кваліфікації.

По-друге, працюючи безпосередньо в медичному закладі працівники зобов'язані стежити за постійним підвищенням власної кваліфікації. Остання включає як проходження курсів підвищення фахового рівня, так і психологічних тренінгів для кращої комунікації з хворими та розвитку вміння донести інформацію до конкретного пацієнта у потрібній формі без нанесення йому психологічних травм.

Зовнішні чинники представлені на рисунку трьома елементами: інституційне, технічне забезпечення і стандартизація медицини. Проаналізуємо перші два фактори детальніше. Інституційне забезпечення потребує негайного реформування, оскільки воно застаріле і декларативне. Вилучення поняття "безкоштовна медицина" вимагає змін у всього законодавства, що регулює діяльність медичної галузі. Однак кардинальні зміни неможливі без докорінного реформування сучасної системи охорони здоров'я в цілому.

Наступним чинником формування якості медичних послуг є технічне забезпечення медичної галузі, яке сьогодні обмежує розвиток медицини. Розглядаючи цю проблему, вважаємо за необхідне зупинитися на аналізі технічного забезпечення медицини (обладнання, пристроях для діагностики і т.д.) та самій технології надання медичних послуг. Щодо першої складової, то варто зазначити, що в жодній системі неможливо задовольнити всі потреби або ж фінансувати всі медичні технології, однак

відсутність належного забезпечення ставить під загрозу ефективне функціонування цілої галузі охорони здоров'я.

Технологія надання медичних послуг оцінюється, виходячи із відповідності їх встановленим медичним стандартам, а також умінні творчо мислити у нестандартних випадках, що дасть змогу підвищити шанси на одужання пацієнта. До загальної оцінки якості системи охорони здоров'я повинна бути включена оцінка медичної технології. Основною метою такого аналізу є визначення життєздатності останньої. Вона складається з оцінок:

- ефективності;
- очікуваних витрат, пов'язаних із впровадження нових медичних технологій.

Використання медичної технології повинно враховуватися при формуванні державної політики здоров'я. Загалом же технології, котрі приносять найбільшу медичну користь і мають найбільший попит серед хворих, повинні фінансуватися державою, а подальше використання неефективних або шкідливих, має бути заборонено на державному рівні. Мова йде про експериментальні зразки медичного обладнання, що не має відповідної технічної документації, сертифіката якості та безпеки використання. Важливим чинником, безумовно, є і технологія (процес) надання медичних послуг, адже від неї залежить як дотримання встановлених стандартів, так і здатність використовувати набуті знання, вміння і медичне обладнання для надання допомоги пацієнтам (в тому числі, у нестандартних умовах).

Внутрішні чинники представлені на рис. 1.7 двома блоками:

- індивідуальні чинники;
- технічна якість.

Індивідуальні чинники безпосередньо пов'язані із пацієнтом. Так, потрапивши до лікарні, хворий природно прагне вилікуватися, однак на

цей етап має певну особливість. Існує вагома різниця між оцінкою стану пацієнта та отриманням кінцевого ефекту. Наприклад, діагноз «гостре респіраторне захворювання», дає підстави стверджувати про можливість повноговилікування при правильно обраній схемі лікування та дотриманні рекомендацій лікарів. Однак хворий із діагнозом «СНІД» не може розраховувати на цілковите одужання, а лише на максимальне покращення стану. У цьому випадку велика відповідальність покладається на медиків, котрі зобов'язані надати пацієнтові вичерпну інформацію про його стан, ймовірний хід лікування та кінцеві результати.

Окремі етичні норми стосуються можливості чи необхідності повідомляти пацієнтові про його невиліковний стан. Така інформація може активізувати хворого на боротьбу із недугою або викликати депресивний стан. Єдино правильне рішення має прийняти відповідальний лікар, окресливши ймовірні шляхи перебігу хвороби і підвівши пацієнта до прийняття правильного рішення. Для того, щоб результативно вирішувати це та подібні завдання, медичним працівникам необхідне постійне самовдосконалення фахового рівня, що допоможе їм краще встановлювати контакт зі своїми пацієнтами.

Проте, яким би не був стан пацієнта на момент прибуття до лікарні, вагому частку у його покращенні відіграє медичний персонал, надаючи повну, швидку допомогу. Зрозуміло, що, на жаль, у наших умовах однією з об'єктивних причин ненадання необхідної допомоги стає брак відповідного медичного обладнання [105]. На рис. 1.7 кваліфікація персоналу виділена як окрема група чинників. Проведені нами дослідження показали, що якісний показник згаданої категорії залежить як від держави, так і від самих медичних працівників. Зокрема йдеться про гарантування державою високого рівня кваліфікації персоналу через отримання дипломів та сертифікатів про підвищення кваліфікації. З іншого боку, медики особисто повинні дбати про дотримання процедур,

передбачених медичними стандартами і засвідчити наявність інноваційного мислення (здатність нестандартно реагувати в екстремальних ситуаціях задля порятунку життя пацієнтів).

Поняття "якості" в сфері охорони здоров'я тісно пов'язане з такими питаннями, як: стандарти, показник, структура, процес та результат. Стандарти, які ми вже згадували раніше, можуть стосуватися всіх напрямів діяльності в медичній галузі, в тому числі прямої медичної допомоги пацієнтові, лікування, організації роботи медичних закладів та управління ними. Показники якості є кількісними характеристиками того, як рекомендований стандарт реалізується чи виступає мірою реалізації іншого стандарту. Опрацювання певних показників передбачає не лише збір даних, але і уміння їх представити. Як свідчить практика, показники можуть бути позитивними і негативними. Серед показників якості в сфері охорони здоров'я можна виділити такі:

- мінімум (повинні бути досягнуті в розмірі 100%);
- максимум (стосуються ідеального стану, можуть бути реалізованими менш, ніж на 100%);
- бажані (мають відношення до бажаних очікувань);
- небажані (стосуються подій та явищ, що не повинні мати місце або ж перевищувати їхній мінімальний поріг);
- пропорційні (проявляються усупереч високій якості ще з певною частотою);
- охоронні (стосуються небезпечних подій та мають становити 0%).

Показники якості, застосовані в певному медичному закладі стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, можуть бути універсальними та індивідуальними. Перші розробляються через товариства чи інші організації, що займаються якістю. Єдиною умовою для цього є

можливість використання у будь-якому лікувальному закладі стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Індивідуальні показники розробляються окремим медичним закладом для внутрішнього користування. За допомогою показників можна оцінити якість структури (людську та фінансову), процесів (процедур окремої лікувальної одиниці) і результатів.

Структура медичного закладу стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, для якого розробляються стандарти та показники з локальної бази, включає також наявність медичного устаткування лікувального продукту, медичних матеріалів та персоналу. Будь-який медичний заклад стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги (незалежно від форми власності) повинен надавати медичні послуги згідно з правовими приписами щодо приміщення, де здійснюється сам процес. Вони зобов'язані мати та застосовувати медичне устаткування певних параметрів, що відповідали би встановленим правовим нормам. Лікувальні продукти та медичні матеріали мають бути описані у спеціальних стандартах (ця норма стосується здебільшого фармацевтичних підприємств).

Найважливішим складником структури медичного закладу стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги є медичний персонал із певною фаховою підготовкою і практичним досвідом. Процес дії цілої структури визначається роботою медичного персоналу з пацієнтом, яка починається із моменту, коли той переступає поріг лікарні, і триває до моменту його виписки. Описаний вище процес також має свої стандарти і показники, що можуть стосуватися:

- внутрішньо лікарняних інфекцій;
- післяопераційних ускладнень;
- повторної госпіталізації;
- навички реагування на надзвичайні ситуації здоров'я і життя.

Кінцева мета якості – досягнення результатів під час лікування. Обсяг безпосередньо отриманих результатів лікування вказує на рівень якості наданих медичних послуг. Показники результативності лікування можна розглядати як: загальні (час госпіталізації) та конкретні (відсоток інвалідності).

Варто зазначити, що результати залежні однаково як від структури, так і від процесу надання послуг. Їх основою повинна бути безпека пацієнта. Остання визначена як свобода пацієнта від непотрібної чи потенційної шкоди з боку системи охорони здоров'я [379]. Однак дані про захворювання та кількість небажаних явищ, що виникли з вини як лікувальних закладів стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги зокрема, так системи охорони здоров'я загалом, в Україні, не розголошуються. На нашу думку, це зумовлено незацікавленістю Міністерства охорони здоров'я та уряду країни у вирішенні зазначеної проблеми і, як наслідок, відсутністю таких даних для аналітичного опрацювання.

Жоден лікувальний заклад стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги не визнає себе винним у небажаних результатах. Врешті, відомо про порушення лише декількох судових справ, об'єктами яких стали небажані результати медичного лікування. На жаль, сьогоднішні у керівництва лікувальних закладів, як, зрештою й очільників уряду, немає належного розуміння необхідності не лише здійснювати контроль за такими випадками, а й викорінювати їх із проякісної медичної системи.

Найчастіше основними причинами повторної госпіталізації, операційних ускладнень та інфекційних захворювань стають лікарські помилки. Вони вже давно відомі у медичній практиці. Мова йде про діяльність, несумісну з визнаними принципами медицини. Варто зазначити, що поняття "медичної помилки" не регулюється ні кодексом, ні законом (за його відсутності), тобто воно не має юридичної сили. Це поняття у неспецифікованому значенні використовується самими медиками, жертвами та адвокатами.

Для більшої об'єктивності варто зазначити, що лікарські помилки як мають різне походження, тому їх доцільно об'єднати у чотири групи. До першої належать технічні помилки. Це неправильний спосіб реалізації діагностичних і терапевтичних рішень. Лікарська помилка в такому випадку складається з низки елементів, як-от: дії, несумісні із загально визнаними медичними знаннями; ненавмисна вина; негативний наслідок скоєної помилки; причино-наслідковий зв'язок між ними, що призвів до каліцтва чи смерті пацієнта.

Друга група включає діагностичні помилки. Вони ґрунтуються на тому, що лікарі не розпізнають хвороби пацієнта чи встановлюють неправильний діагноз. Найчастіше ці помилки трапляються через хибну інтерпретацію діагностичних досліджень, як наприклад, читання рентгенівських знімків чи іншої документації. Причиною виникнення подібних помилок може бути ігнорування лікарем забору необхідних аналізів або консультацій інших спеціалістів.

У всіх аналізованих нами випадках лікарська помилка має вагомe значення, оскільки пов'язана із призначенням непотрібних ліків чи зайвих лабораторних досліджень. Третю групу складають помилки лікувального процесу. Мова йде про невластивий спосіб лікування, обраний лікарем, або ж відсутність лікування як такого. Четверта група об'єднує лікарські помилки, пов'язані з невластивою поведінкою медиків. Йдеться про

ненавмисне вбивство людини, ненавмисне пошкодження тіла та виникнення проблем зі здоров'ям, нараження особи на небезпеку, серйозні тілесні ушкодження чи втрату здоров'я. До цієї ж групи зараховуються також інші види порушень кримінального кодексу. Разом із тим, сюди варто віднести й помилки, що стосуються недотримання службової таємниці працівниками як окремо взятого лікувального закладу, так і державної чи громадської організації. Деякі з ряду показників, використаних у дослідженнях безпеки пацієнтів, проведених Організацією економічної співпраці, економічної організації та розвитку (OECD), вважаються фіксованими для оцінки безпеки пацієнтів (табл. 1.2) [347].

Таблиця 1.2

Показники оцінки безпеки пацієнтів*

Сфера	Показники	Рекомендації до постійного моніторингу
Інфекції, набуті в лікарні	Catheter-related bloodstream infection Decubitus ulcer	X
Операційні і післяопераційні ускладнення	Complications of anaesthesia Postoperative hip fracture Postoperative pulmonary embolism or deep vein thrombosis Postoperative sepsis Accidental puncture or laceration Postoperative respiratory failure Iatrogenic pneumothorax	X X X
Події, викликані недбалістю, відсутністю нагляду	Transfusion reaction Foreign body left in during procedure	X
Акушерство	Birth trauma - injury to neonate Obstetric trauma – vaginal delivery with instrument Obstetric trauma – vaginal delivery without instrument Obstetric trauma - caesarean section	X X

*Опрацювання власне

Кількість лікарських помилок значною мірою залежить від системи управління як медичною галуззю в цілому, так і лікувальним закладом стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги зокрема. Інакше кажучи, що ефективніше працює система якості медичних послуг, то менша кількість небажаних результатів лікування.

Про успіх кожного надавача послуг, що функціонує на ринку послуг, свідчить його відносини з одержувачами цих послуг. З точки зору пацієнта, головну роль виконує якість послуг. Відсутність належних систем якості медичних послуг гальмує розвиток повноцінної системи охорони здоров'я. Підвищення конкурентоспроможності лікувальних закладів стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги призведе до боротьби останніх за пацієнта шляхом надання йому медичних послуг високої якості. Зазвичай пацієнти хочуть лікуватися там, де будуть виконуватися їх вимоги. Логічно, що хворі обиратимуть медичні заклади із чинною системою якості медичних послуг. Управління якістю сприятиме підвищенню іміджу і престижу медичного закладу, призведе до підвищення їх продуктивності та ступеня задоволення пацієнта.

М. Берковска представляє сатисфакцію як стан задоволення, пов'язаний із задоволенням вимог [232]. Із цього твердження випливає, що сатисфакція є поняттям довготривалим і має вплив на процес дослідження кінцевого результату. Сатисфакція є вартістю, що походить від людських потреб. Відчуття задоволення фокусуються не лише на людських емоціях людини. Воно також включає сферу її інтелекту. С. Гарчинський порівнює задоволення (яке розуміється як сатисфакція) з радістю, підкреслює, що саме задоволення "...є досвідом менш емоційним і більш інтелектуальним, набагато спокійніше і не так явно проявляється, це приємний емоційний стан або повторний" [272].

Інакше кажучи, сатисфакція, згідно з нашим баченням, є тим ступенем задоволення потреб та вимог пацієнтів, який дозволяє збільшити довіру, як до лікувальних закладів загалом, так і до медичних працівників зокрема. Лише правильно підібрані інструменти управління якістю медичних послуг зможуть збільшити згаданий рівень довіри. Сатисфакція у практиці країн Європейського Співтовариства стала істотним чинником, що вирізняє моделі діяльності, організації та ефективності надавача послуг з-поміж інших медичних інституцій. Сатисфакція пацієнтів стала своєрідним знаряддям та показником, що відображає три важливі складові якості медичного обслуговування: результати, процес і структуру опіки, здебільшого медичної [203]. Тому логічно можна припускати, що сатисфакція є похідною якості медичних послуг.

Проведені нами дослідження дають підстави стверджувати, що вагомим елементом управління якістю медичних послуг повинно стати визначення рівня сатисфакції пацієнтів. Сатисфакція є відчуттям, що приходить під час отримання медичних послуг. Потреби та очікування пацієнтів дуже різні і можуть змінюватися. На основі думки пацієнтів можна викрити недоліки в організації медичної допомоги чи у відносинах з пацієнтами та запропонувати спосіб усунення недоліків. Якість медичних послуг виявляється у "продукуванні покращеного стану здоров'я і сатисфакції одержувачів відповідно до наявних технологій, засобів з точки зору консумента" [298]. Інакше кажучи, сатисфакція є ефектом дій, продуктом послуги і реакцією на певну медичну пропозицію (послугу).

В умовах конкуренції на ринку медичних послуг природно виникне потреба йти назустріч очікуванням клієнта, пізнавати їх або ж виконувати. Щоб зрозуміти потреби пацієнта, вважаємо за доцільне систематично досліджувати не лише його потреби сьогодення, але й майбутні. При великій конкуренції висока якість та позитивний імідж медичного закладу стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги будуть відігравати головну

роль у його розвитку, що ще раз підкреслює вагомість існування та ефективного функціонування системи якості медичних послуг для всієї галузі охорони здоров'я.

1.4. Особливості маркетингу медичних послуг крізь призму якості

Виділення здоров'я у фінансову категорію зумовлене тим, що галузь охорони здоров'я існує за рахунок бюджетів, формування яких залежить від стану здоров'я людей. Хоча здоров'я за своєю природою не має ні товарного, ні грошового вираження, воно високо цінується людьми. Як наслідок, відбувається приплив грошових ресурсів у систему охорони здоров'я з метою відновлення та підтримки на належному рівні стану здоров'я. Виходячи із зазначених фактів, логічно вказати на існування затратного механізму в галузі охорони здоров'я, що є ще одним підтвердженням взаємозв'язку з фінансами.

Усі наведені аргументи доводять необхідність існування ринку медичних послуг. Основою будь-якого ринку є ціни, що підтверджують бажання та можливість покупців придбати той чи інший вид товару. Формування певної цінової ситуації на ринку відбувається під впливом попиту, котрий є основою для виділення різних категорій споживачів залежно від їхньої купівельної спроможності. Так, частина людей, маючи відповідні статки, може дозволити собі користуватися медичними товарами чи послугами високої якості. Це, в свою чергу, дозволяє вивільнити кошти для малозабезпечених верств населення, видатки на медичне обслуговування яких має взяти на себе держава. Остання повинна чітко визначити вікову та соціальну групу людей, їх кількість із метою проведення розрахунків для повномасштабного забезпечення так званим "пакетом медичних послуг". Тобто, державні заклади охорони здоров'я

надаватимуть цим категоріям комплекс безкоштовних медичних послуг. Решта ж населення буде підбирати собі лікувальні заклади стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги за відповідними критеріями (рівень медичних послуг закладу, їх вартість тощо). Це певним чином сприятиме формуванню конкурентоспроможного середовища у сфері медичних послуг.

Функціонування сфери охорони здоров'я України в умовах ринку передбачає розробку відповідної соціально-етичної маркетингової стратегії управління медициною. Саме визначення стратегії дасть можливість для досконалого вивчення потенційних клієнтів, які формують попит на ринку медичних послуг. Добре продумана маркетингова концепція, на нашу думку, повинна поширюватися не лише на окремі лікувальні заклади стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, а й містити схему комплексної їх співпраці (рис. 1.8). У контексті вищезазначеної співпраці однією з її ланок має бути медико-юридична асоціація, сфера діяльності якої поширюється на захист прав як споживачів медичних послуг, так і самих лікувальних закладів стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги (зокрема лікарів).

Запровадження інституту сімейного лікаря в Україні відбулось у рамках реформування галузі, запропонованої урядом. Першими наслідки згаданого нововведення сповна відчули пілотні регіони. Негативні наслідки реформування проявилися через зниження:

- задоволення пацієнтів;
- загальнодоступності до отримання медичної допомоги;
- рівня підготовки сімейних лікарів;
- кількості вузькоспеціалізованих медиків.



Рис. 1.8. Схема співпраці медико-лікувальних закладів із пацієнтом*

*Опрацювання власне

Програмою економічних реформ на 2010-2014 роки для підвищення стандартів життя поставлені такі завдання:

- підвищити якість медичних послуг;
- підвищити доступність медичних послуг;
- поліпшити ефективність державного фінансування [45].

Практика запровадження згаданої реформи в пілотних районах засвідчила зворотній ефект у напрямку покращення ситуації у медичній галузі. Так, зокрема, доступність медичних послуг не лише не підвищилась, але й суттєво обмежилась за рахунок створення амбулаторій, дістатися до яких стало проблемою для частини пацієнтів. Відсутність критеріїв реорганізації сільських дільничних лікарень в амбулаторії сімейної медицини стало основою проведення неефективної трансформації.

Задекларована якість медичних послуг не досягнута. Пацієнти вказують на зниження її рівня. Причини ситуації, що склалась, криються у відсутності:

- кваліфікованих сімейних лікарів через незначний період підготовки (чотири місяці на противагу необхідним восьми рокам);
- баз проходження практики;
- готовності лікарів, що пропрацювали десятки років за однією спеціальністю, надавати медичну допомогу широкого спектру;
- належного мотивування у медичних працівників (сімейний лікар вищої категорії за обслуговування одного пацієнта отримує 1,80 грн.) [103];
- змоги забезпечення якісних показників роботи сімейного лікаря (виходячи з об'єктивної неможливості їх дотримання);
- інформації як у медичного персоналу, так і у пацієнтів щодо сутності та мети запровадженої реформи.

Завершивши навчання в медичних вузах, більшість інтернів прагнуть знайти роботу власне у місті (хоч більшість із них – це вихідці з сільської місцевості). Таке рішення зумовлене не прагненням отримати престижне місце праці, а здебільшого викликане бажанням отримати стабільність. Вважаємо за необхідне запустити дієву програму підтримки і розвитку інституту сімейного лікаря у сільській місцевості. Належне забезпечення лікарів медичною апаратурою, окремо виділеними та обладнаними приміщеннями дасть змогу випускникам медичних вузів отримати можливість сталого місця роботи та самореалізації як фахівців. Як стверджують медики, уряд забезпечив новостворені амбулаторії необхідним медичним обладнанням, проте умови для роботи самих медиків, на думку, Сергія Северина, голови Донецької обласної асоціації лікарів загальної практики – сімейної медицини, не витримують жодної

критики. Заробітна плата медиків так і залишилась на рівні 1300-1600 гривень. Справедливості ради варто зауважити, що держава надає лікарям "підйомні" у розмірі 6000 грн. (з обов'язковою умовою відпрацювати три роки за скеруванням) [108].

Достойна оплата медичного персоналу із врахуванням місця їх праці (доплата за роботу в сільській місцевості) повинна стимулювати їх до належного виконання своїх обов'язків. Це не лише знизить рівень безробіття серед медичних працівників, але й створить середовище для здорової конкуренції. Це, в свою чергу, повинно відобразитися на підвищенні рівня якості медичних послуг.

Як свідчить проведений нами аналіз, у результаті запровадженої реформи галузі, посаду сімейного лікаря здебільшого обіймають або вчорашні інтерни без досвіду роботи, або ж фахівці, що пройшли шестимісячну перекваліфікацію (в умовах нестачі лікарів певного профілю, рівень підготовки скоротився до чотирьох місяців). Разом із тим, у європейських країнах термін підготовки сімейного лікаря становить вісім років. Зазначені чинники не лише не сприяють задекларованим програмою уряду кінцевим показникам підвищення якості здоров'я, але й суттєво їх погіршують. На жаль, станом на сьогодні, конкуренція на українському ринку медичних послуг незначна. Спробуємо проаналізувати ситуацію більш детально. Запроваджена реформа охорони здоров'я засвідчила неспроможність виконувати власні функції щодо пацієнтів у повному обсязі:

- брак досвіду лікарів;
- відсутність можливості виїзду до хворого через обмеженість фінансування витрат на паливо чи самих транспортних засобів.

Така ситуація створила прецедент звернення громадян за допомогою до сектора приватної медицини, де, за словами свідків, виклик швидкої допомоги для стабілізації температури у дітей коштував батькам сімсот

гривень. Цей виклик на дільниці був кваліфікований як неекстрений. Загалом, приїзд бригади невідкладної допомоги київських приватних клінік обходиться пацієнтам дев'ятсот гривень і шістсот за кожну годину транспортування в межах міста. [15, с. 18]. Таким чином, люди вимушені звертатись за допомогою до приватної медицини, хоча оплата послуг останньої не є гарантом якості самих медичних послуг. проведені нами дослідження засвідчили особливості структури видатків на охорону здоров'я (табл. 1.3).

Таблиця 1.3

Структура витрат на охорону здоров'я (у % від ВВП)*

Країна	2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011	
	всього	у т.ч. приватні	всього	у т.ч. приватні	всього	у т.ч. приватні	всього	у т.ч. приватні	всього	у т.ч. приватні	всього	у т.ч. приватні	всього	у т.ч. приватні	всього	у т.ч. приватні	всього	у т.ч. приватні
Австралія	8,3	2,8	8,6	2,9	8,5	2,8	8,5	2,8	8,6	2,8	8,8	2,8	9,0	2,8	9,0	2,8	9,0	2,8
Алжир	3,7	0,8	3,4	1,0	3,1	0,9	3,1	0,8	3,5	0,8	3,7	0,8	4,6	1,0	4,3	0,9	3,9	0,8
Аргентина	8,2	4,0	8,2	4,0	8,3	3,9	8,3	3,7	8,2	3,4	8,3	3,2	9,4	3,2	8,3	3,0	8,1	3,2
Білорусь	6,6	1,7	6,6	1,7	6,9	1,9	6,3	1,9	6,4	2,0	6,0	2,1	6,1	2,2	5,6	1,2	5,3	1,6
Естонія	5,0	1,2	5,1	1,2	5,0	1,2	5,0	1,3	5,2	1,2	6,0	1,2	7,0	1,5	6,4	1,3	6,0	1,3
Казахстан	3,7	1,7	4,0	1,7	4,1	1,5	3,9	1,6	3,4	1,6	3,9	1,6	4,5	1,8	4,3	1,7	3,9	1,6
Канада	9,8	2,9	9,8	2,9	9,8	2,9	10,0	3,0	10,0	3,0	10,3	3,0	11,4	3,3	11,4	3,3	11,2	3,3
Китай	4,9	3,1	4,8	2,9	4,7	2,9	4,6	2,7	4,4	2,3	4,6	2,3	5,2	2,4	5,0	2,3	5,2	2,3
Німеччина	10,9	2,3	10,7	2,5	10,8	2,5	10,6	2,5	10,5	2,5	10,7	2,5	11,7	2,7	11,5	2,7	11,1	2,7
Польща	6,2	1,9	6,2	1,9	6,2	1,9	6,2	1,9	6,3	1,9	6,9	1,9	7,2	2,0	7,0	1,9	6,7	1,9
Росія	5,6	2,3	5,2	2,1	5,2	2,0	5,3	2,0	5,4	1,9	5,1	1,7	6,2	2,0	6,5	2,7	6,2	2,5
США	15,7	8,8	15,8	8,8	15,8	8,8	15,9	8,8	16,2	8,9	16,6	9,0	17,7	9,3	17,6	9,1	17,9	9,7
Туреччина	5,3	1,5	5,4	1,5	5,5	1,8	5,8	1,8	6,0	1,9	6,1	1,6	6,8	1,7	6,7	1,7	6,7	1,7
Узбекистан	5,3	2,9	5,1	2,8	4,9	2,6	5,5	3,1	5,6	3,3	5,2	2,8	5,7	3,0	5,6	2,8	5,4	2,6
Україна	6,9	2,9	6,6	2,7	6,4	2,6	6,4	2,5	6,4	2,4	6,6	2,8	7,8	3,5	7,8	3,4	7,2	3,5
Швеція	9,3	1,7	9,1	1,7	9,1	1,7	9,0	1,7	8,9	1,7	9,2	1,7	9,9	1,8	9,6	1,8	9,4	1,8

*Опрацювання власне на основі даних [284] та [285]

Дані, представлені Світовим банком, підкреслюють збільшення щорічних приватних видатків громадян у структурі загальних видатків (див. рис. 1.9).

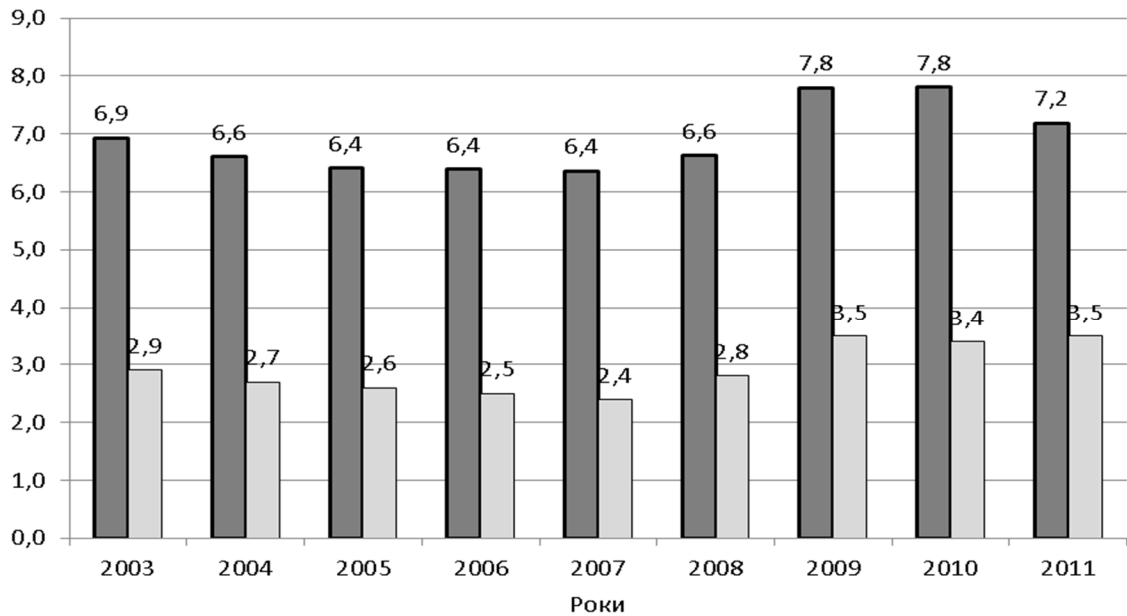


Рис. 1.9. Порівняння загальних і приватних витрат (Україна, % від ВВП)*

*Опрацювання власне на підставі [284, 285]

Дані табл. 1.3 засвідчують тенденцію до зменшення загальних витрат на охорону здоров'я (% від ВВП) у порівнянні з іншими країнами (див. рис. 1.10).

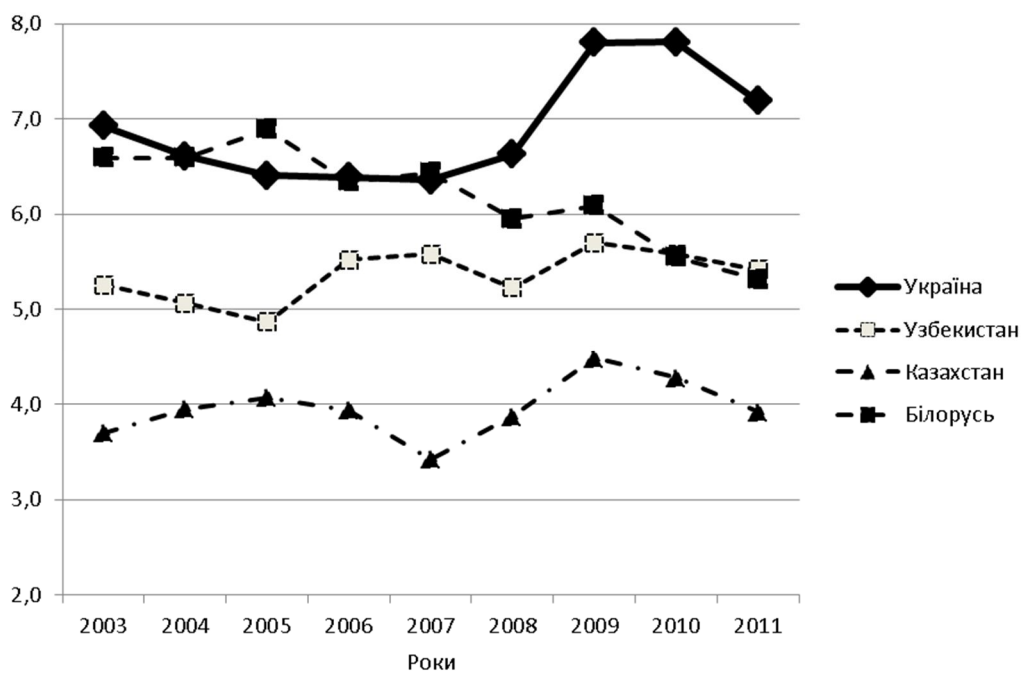


Рис. 1.10. Загальні витрати на охорону здоров'я, (% від ВВП)*

*Опрацювання власне на підставі [285]

По при це, чітко прослідковується збільшення кількості приватних коштів на охорону здоров'я за рахунок самих українців (рис. 1.11).

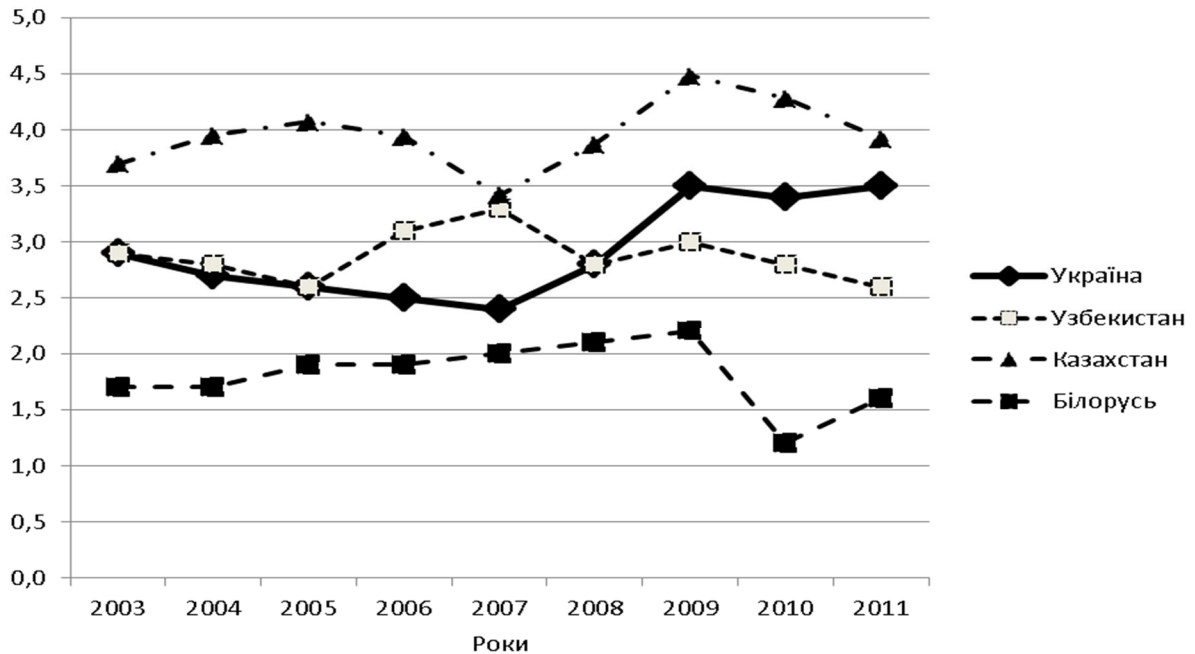


Рис. 1.11. Витрати на охорону здоров'я, приватні (% від ВВП)*

*Опрацювання власне на підставі [284]

Навіть збільшення видатків на медицину не підвищує якості отриманих послуг. Причину цього явища доцільно розглядати в історичному аспекті. Ще за умов планової економіки питання якості наданих медичних послуг розглядалося в кількісному контексті. Тобто бралася до уваги кількість хворих, що обслуговувалися в поліклініках, або ж розраховувався ліжковий фонд для лікарень, який був не об'єктивно перевищеним. Це призводило до збільшення видатків на фінансування хворих, що перебували на стаціонарному лікуванні. Разом із тим, значна увага приділялась таким медичним показникам, як смертність, народжуваність та зараження під час перебування у лікарні. Однак така «турбота» про вищезгадані показники мала і негативні наслідки. З метою зниження рівня смертності у лікарнях, безнадійних хворих виписували померати додому. Така практика, до речі, існує дотепер. Кожен

смертельний випадок розглядався окремо і ретельно. Хоча винуватців викривали, проте жорстких заходів покарання (наприклад, позбавлення можливості займатися лікарською практикою) до них не застосовували.

Ситуація, що склалася в сучасній медицині, є критичною та нестабільною. З одного боку, медикам дісталися у спадок застарілі лікарняні комплекси та медичні технології, відчувається брак фінансування галузі. З іншого – медики роблять спроби вийти за межі державних закладів і надавати послуги приватно. Брак фінансування ставить під загрозу існування як галузі загалом, так і кожного її окремо взятого напрямку. Держава не готова проводити дофінансування в обсязі, потрібному для повноцінного функціонування медичної сфери. Тоді постає питання про джерела фінансування. Цю проблему можна вирішити шляхом негайного реформування чинної системи охорони здоров'я.

Реформування сучасної системи охорони здоров'я повинно здійснюватися на засадах конкурентоздатності лікувальних закладів, фінансування яких буде проводитися за умовами контрактів на медичне обслуговування населення. Відповідні кошти мають отримувати ті лікувальні заклади стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, котрим люди довірятимуть та надаватимуть переваги (за результатами обслуговування). Можна, звичайно, поставити під сумнів можливість здійснення такого відбору медичних закладів, однак він має ґрунтуватися виключно на об'єктивних оцінках із застосуванням визначених інструментів (про які йдеться у наступних розділах). Така методика вже успішно апробована в європейських країнах, що дає нам можливість перейняти позитивний досвід із відповідною адаптацією до українських реалій.

При функціонуванні повноцінного конкурентного середовища, санітарно-курортні заклади будуть виступати в ролі окремих

підприємницьких структур (цей процес уже розпочався), і їхня діяльність буде спрямована на щоденне покращення якості обслуговування пацієнтів. Остання виступає дуже важливим фактором для підвищення іміджу санітарно-курортних закладів та збільшення кількості відвідувачів. Враховуючи вищенаведені аргументи і наявну практику, варто виокремити потребу функціонування повноцінного ринку медичних послуг. При цьому особливу увагу необхідно приділити всім згаданим аспектам, які сприятимуть створенню рівних прав усіх учасників такого ринку.

Маркетинг медичних послуг для України є новим поняттям. Практичною засадою створення концепції маркетингу медичних послуг є модель 4P (product, price, promotion, place), котра потребує певної корективи у вигляді трансформації в три елементи: люди, процес, обслуговування пацієнта. Поєднання всіх цих елементів відбувається здебільшого в медичних закладах. Долучення п'ятого елемента маркетингу моделі 4P – медичних працівників, на нашу думку, стає все більш актуальним в умовах швидкого розвитку економіки та технологічного прогресу. Особливо це стосується бізнесу, в основу якого покладено продаж знань, ноу-хау, компетенції та кваліфікації особи. Цінний працівник не лише досконало володіє інформацією про те, що продає, але всебічно орієнтується в конкурентному середовищі й актуальних пропозиціях на ринку медичних послуг.

Такий маркетинг-мікс, збагачений людським фактором підкреслює той факт, що клієнт бачить не тільки послугу, але й персонал, котрий за ним стоїть. Споживач бере до уваги сервісне обслуговування, манери, розсудливість, ефективність роботи, надійність інформації, ввічливість і повну самовіддачу. Роль персоналу в процесі обслуговування клієнтів має дуже важливе значення у комплексі маркетингових заходів, що проводяться медичним закладом. Працівники стають необхідною, додатковою частиною маркетингу, оскільки це вони безпосередньо

сприяють підвищенню якості, створенню додаткового прибутку. Іншими словами, хороший працівник має бажання і може як залучати, так й утримувати пацієнтів, що врешті-решт є важливим фактором у створенні конкурентних переваг.

Зростаюче значення людського чинника в комплексі маркетингу послуг, на нашу думку, робить великий вплив на розвиток внутрішнього маркетингу. Його завдання полягає у підтримці хороших відносин між співробітниками, створенні системи мотивації та мінімізації плинності медичних кадрів. Разом з інтеграцією працівників один з одним та з компанією, внутрішній маркетинг спрямований на формування потрібних взаємовідносин між працівниками. Відомо, що найбільш сильною буде та функція, яка допомагає працівникам брати активнішу участь у заохоченні своїх клієнтів до користування послугами саме їхнього медичного закладу. В цьому проявлятиметься ефективність їхніх дій. Відповідні заходи в галузі мікс-маркетингу, в основу якого покладена робота з людьми, підтверджують, що добра результативність роботи медичного закладу стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги стає джерелом задоволення не тільки роботодавців, але і всіх працівників.

З яких елементів складаються компоненти мікс-маркетингу, що є одночасно внутрішнім маркетингом лікувального закладу? У цьому ряді можна виділити кілька важливих областей. По-перше, це система внутрішньої комунікації. Вона повинна сприйматися як інтегрований процес інформування про місію та стратегію медичних установ, що ґрунтується на чітко визначених цілях. Запроваджена реформа системи здоров'я підтвердила інформаційну блокаду щодо її ідеї, стратегії та цілей. У зв'язку з цим, згаданий процес не знайшов підтримки більшості медиків по всій Україні. Лікарі повинні знати про методи та інструменти, які вони мають застосовувати, щоб досягнути поставленої мети. Лише це може

забезпечити рух персоналу в потрібному напрямку, а самі заходи супроводжуватимуться співпрацею і хорошою атмосферою.

По-друге, система мотивації, яка прозоро визначає засади нагородження персоналу за хорошу роботу. Йдеться про грошові премії та інші види нагород, таких як екскурсії, путівки, знижки на корпоративні послуги, спортивні карти, додаткове медичне обслуговування і т.д. Маркетинг-мікс, виділяючи ціну як вартість послуг, не може не враховувати достойної винагороди працівників. Зацікавити їх можна просуванням на службі та участю у престижних проектах.

Система навчання є третім елементом мікс-маркетингу, яка має вагомe значення для нього. Вона повинна включати вступне, удосконалювальне та коучингове навчання в діапазоні від упровадження нової послуги до прийняття нових рішень.

Ефективний маркетинг-мікс передбачає також формування почуття ідентифікації працівників із медичною установою (внутрішній PR). Це не просте завдання, але необхідно, щоб люди, які працюють у медичному закладі, гідно його представляли, заслуживши довіру і повагу споживачів, допомагаючи створити гарний імідж лікувальної компанії. Варто пам'ятати, що, особливо у сфері послуг, якість обслуговування визначається шляхом оцінки самого персоналу. Медичний працівник може стати "обличчям лікувального закладу" та кращим доказом якості пропонуваного медичного обслуговування.

Відповідно до Проекту Закону України "Про заклади охорони здоров'я" останні "...створюються та здійснюють свою діяльність з метою реалізації права громадян на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування відповідно до Конституції України та законодавства України про охорону здоров'я" [111]. Іншими словами, медичні заклади стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги займаються лікуванням

пацієнтів беручи до уваги попередньо встановлений діагноз. Термін "лікування" означає прийняття заходів для досягнення терапевтичної мети: відновлення здоров'я, продовження життя населення, зменшення страждань тощо. Реалізація кожної із зазначених цілей може вимагати іншого лікування, особливо в ситуації хвороби, що прогресує. Пацієнт як об'єкт діяльності має право визначення власної мети, що братиметься за основу схеми лікування.

Умова здійснення свідомого вибору хворим методики лікування – наявність інформації не лише на тему стану здоров'я, але і недоліків та потенційних ризиків терапії. Встановлення характеру захворювання, ступеню його важкості і можливих сценаріїв подальшого розвитку дає можливість пацієнту визначити власні очікування. Пацієнт і лікар часто роблять спроби відкласти важку розмову про можливий сценарій смерті. Коли та наближається, з кожним днем розпочати таку розмову стає складніше, сили в хворого зменшуються, що унеможливорює прийняття будь-яких практичних рішень.

Терапію можна вважати ефективною у випадку, коли застосовані засоби не дають шансів на досягнення встановленої мети або ж коли встановлена медиками мета перевищує мету самого хворого. Обидві ситуації стосуються пацієнтів у передсмертному стані: наприклад, у стані кардіогенного шоку, що розвинувся на основі хронічної серцевої недостатності. Таких хворих приймають до відділів інтенсивної терапії і застосовують максимальну фармакотерапію. Хоча більшість із них помирає, часом вдається вивести пацієнта із такого стану і навіть виписати додому. Якщо пацієнт переживе загострення, то через деякий час знову повернеться до лікарні.

Вибір якості життя як мети лікування дозволяє використовувати методи лікування для зменшення болю, навіть якщо вони не тільки не знижують ризик смерті, але можуть його підвищити. У практиці існує

поняття "наполегливої терапії". Вона застосовується, коли смерть неминуча, а терапія радше сприяє смертності, ніж життю. Варто розділити процеси підтримки життя та продовження агонії. Особливо це стосується пацієнтів, що страждають на хронічні захворювання, тут ситуація є складнішою, ніж в онкологічних хворих. Перебіг онкологічних захворювань досить стрімкий і тому прогнозований.

Людина як автономна одиниця має право визначення власної позиції щодо продовження життя (здебільшого стосується питання підтримки життя). Важливим моментом є прийняття медиками права хворого до суб'єктивної оцінки якості життя та визначення межі терапії. Різниця між прийнятою хворим якістю життя і терпінням (яке не у всіх однаково) буває дуже дискретною. Дискусія стосовно наполегливої терапії готує нас до можливості вибору. Хворий, усвідомлюючи власне право на відмову від лікування, може уникнути надмірного терпіння. Медики можуть уникати лікування з позиції примусу пацієнта. У кінцевому результаті необхідно пристосувати мету лікування до очікувань хворого із врахуванням наближення його смерті. Тут важливою буде добра комунікація з родиною та колективом медичних працівників. Такий діалог повинен розпочатися набагато раніше, ніж в останні години життя пацієнта. Доречним у цій ситуації буде виконання бажання хворого щодо очищення власного сумління згідно з його віровизнанням.

Медичну послугу можна вважати повноправним маркетинговим продуктом. Підтвердження цьому – отримана користь у вигляді покращення здоров'я. Автори М. Войда та Д. Погорзелска [396] вважають, що медична послуга має три рівні:

- базовий;
- основний;
- стратегічний.

Перший, базовий рівень, складається зі спектру медичних послуг, що задовольняють низку проблем, пов'язаних зі здоров'ям (таких, як угамування болю тощо). Другий рівень включає медичні послуги, що характеризуються додатковими особливостями, які очікує пацієнт (імідж лікувального закладу стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, ефективність лікування, компетенція медиків і т.д.). Стратегічний рівень зорієнтований на пошук нових пацієнтів, демонстрацію переваг медичного закладу перед конкурентами (контроль за станом здоров'я пацієнтів, високий технологічний рівень надання послуг).

Упровадження теми підприємницької діяльності в системі охорони здоров'я має ряд позитивних моментів. Так, П. Дракер [261] вважає, що підприємницька діяльність є ознакою – способом поведінки підприємця і підприємства, через яку розуміється готовність та здатність до викриття та творчого, інноваційного вирішення проблем при усвідомленні ризику, вмінні використовувати шанси, що з'являються, та еластичному пристосуванні до змін.

Виходячи із вище запропонованого, спробуємо ідентифікувати підприємницьку діяльність у системі охорони здоров'я як вид індивідуальної діяльності (активності) чи діяльності лікувального закладу, що полягає у задоволенні наявних потреб на ринку медичних послуг (за допомогою актуальних знань, вмінь та різного роду інновацій) і має економічні й позаекономічні ефекти. Якщо економічні ефекти розраховуються в обсязі отриманого прибутку від надання медичних послуг, то позаекономічні мають свою специфіку. Так, до позаекономічних ефектів варто зараховувати факти якщо не повного одужання, то покращення стану здоров'я (залежно від виду захворювання). У позаекономічному ефекті відстежується причинно-наслідковий зв'язок. Що більша кількість людей буде здоровими (в міру можливостей), то

більше осіб перебуватимуть на своєму робочому місці, продукуючи матеріальні і нематеріальні блага, що спричинить підвищення надходжень як у власні бюджети, так і до казни держави (у вигляді різних податків та відрахувань). З упевненістю можна стверджувати про зацікавленість як індивідів, так і держави у постійному покращенні здоров'я та його профілактиці.

З метою стимулювання співпраці для досягнення кінцевого ефекту – здоров'я (зацікавленість у цьому обох сторін доведена нами вище) необхідно запровадити дієву програму його профілактики. Очевидно, що в Україні рівень профілактики захворювань перебуває на досить низькому рівні. Відповідальність при цьому лежить як на державі, так і на індивідах зокрема. Однак створення примусового механізму профілактичних оглядів раз на шість місяців може неодмінно дати позитивний ефект. Особа не лише впевниться у задовільному стані здоров'я, але й буде мати можливість переконатися в точному підборі медиками методики лікування у випадку необхідності, з огляду на динаміку розвитку хвороби. Держава отримає ефект покращення стану здоров'я людей та зменшення видатків на різного роду захворювання, рівень яких суттєво знизиться, завдяки профілактичним оглядам. Однак при всьому цьому існує небезпека руйнування корисних починань через формалізацію та бюрократизацію процесу профілактичних оглядів з боку лікарів. Щоб уникнути небажаних результатів, необхідно постійно контролювати та здійснювати моніторинг процесу надання послуг (особливо профілактичних оглядів).

Висновки до першого розділу

Враховуючи все вище зазначене, приходимо до висновку про неминучість реформування чинної системи охорони здоров'я, що збільшило б можливість вибору пацієнтом медичних послуг з огляду на

якість. Низька якість медичних послуг стане підставою для суттєвого зменшення кількості медичних закладів. Завдання держави на сучасному етапі полягає у створенні необхідних умов для починання та розвитку всіх форм підприємницької діяльності в системі охорони здоров'я. Сучасна система охорони здоров'я Семашко вичерпала себе та не відповідає вимогам ринку. Саме тому її потрібно ліквідувати. Лише спрямована на врахування інтересів усіх верств населення і на комерційних засадах, вона зможе раціонально функціонувати.

Дієвості та прогнозованого успіху функціонування медичних закладів стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги можна досягнути шляхом надання медичних послуг високої якості, яка характеризується такими показниками: доступність; інформаційне забезпечення; наявність медико-санітарної освіти в пацієнтів; комунікацію медичного персоналу та хворих; сатисфакція пацієнтів. При цьому вагомим фактором стане вміння відрізнятися від наявних конкурентів на ринку медичних послуг із врахуванням зазначених характеристик якості.

Конкурентоспроможність лікувальних закладів може досягатись при ефективному функціонуванні маркетингової сфери управління якістю медичних послуг і врахуванням інформаційної, технічної, управлінської, економіко-адміністративної сфер. Їх розробка дозволить не лише надавати, але й управляти якістю медичних послуг.

Однією із основних проблем сучасної системи охорони здоров'я є відсутність моніторингу задоволення пацієнтів, який, на нашу думку, повинен проводитися постійно. Комунікація між хворими та лікувальними закладами стане запорукою покращення якості медичних послуг. Враховуючи той факт, що показники якості позиціонуються як кількісна міра реалізації медичних стандартів, важливим аспектом є вміння представлення та збору даних. Розробка стандартів процесуально

передбачає застосування як індивідуальних, так і універсальних показників в окремо взятому медичному закладі.

Практичне застосування стандартів лікування спрямоване на досягнення певних результатів, обсяг яких констатує рівень отриманих медичних послуг. Показники результативності проведеного лікування тісно пов'язані з лікарськими помилками, що знижують рівень якості наданих медичних послуг. Це явище характерне для системи Семашко, що підриває довіру і до медичної системи в цілому, і до окремо взятих лікарів.

Враховуючи всі вище перелічені аргументи, зазначаємо необхідність зміни сучасної системи охорони здоров'я та необхідності більш глибокого застосування в практиці медичної галузі засад управління якістю медичних послуг, що дасть змогу покращити показник Індексу людського розвитку України у світових рейтингах.

РОЗДІЛ 2

ЯКІСТЬ ТА КОНКУРЕНТОСПРОМОЖНІСТЬ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

2.1. Якість медичних послуг як показник конкурентоспроможності лікувальних закладів

У сучасних умовах господарювання європейські країни важливого значення надають якості та управлінню. Увага до цих аспектів викликана

- різнотипністю трактування поняття якості в умовах конкурентної боротьби на міжнародних ринках;
- можливістю підвищення стану національної економіки шляхом вдосконалення наявної технології, продукції та якості праці;
- кількісним збільшенням товарів та послуг на ринках, насиченістю ринків стандартними товарами (послугами), підвищенням фінансової спроможності населення, що сприяють підвищенню вимог до їх якості;
- потребою збереження екології, економії обмежених ресурсів;
- інформаційною революцією, де якість виступає певною мірною шкалою.

Одним із перспективних напрямів досягнення високого рівня якості є запровадження до системи охорони здоров'я систем показників якості, що вже успішно було апробовано у практиці європейських країн. Зрозуміло, що впровадження тієї чи іншої системи пов'язане із низкою технічних аспектів. Коли мова йде про надання медичних послуг, виникає завдання визначити їх одержувачів. Якщо це хворі, то таких осіб, як правило, називають пацієнтами. Але багато товарів і послуг охорони здоров'я призначені для здорових людей, в основному, з метою запобігання захворюванням. Ці особи не є пацієнтами в звичайному розумінні. Товари

та послуги надаються їх постачальниками. У випадку послуг, як правило, їх постачальники і є виробниками. Проте існує багато ситуацій, коли постачальники отримують вигоду від діяльності субпідрядників, які є реальними виробниками послуг, а перші тільки організовують доставку.

У системі охорони здоров'я дуже важливу роль відіграють платники, які не є споживачами товарів і послуг. Платниками, як правило, є органи державного управління і страхові інституції, але цю роль можуть виконувати і підприємства (фірми). У термінології системи рахунків охорони здоров'я виділяються кінцеві платники, якими є громадяни і компанії чи посередники, зокрема, органи державної влади та страховики, що нагромаджують ресурси громадян і підприємств, які використовують їх для фінансування постачання товарів та послуг.

Система охорони здоров'я разом із її організаціями підпорядкована певній меті, а рівень її досягнення є мірою ефективності системи. Таку ефективність оцінюють шляхом зіставлення витрат та отриманих ефектів. Варто також згадати про вплив, який має отриманий ефект на оточення. Відносини між ціною товарів і послуг (у тому числі медичних послуг) та суми, які споживачі готові і спроможні купити у визначений момент часу (за умови, стабільності інших елементів) трактується як попит. Кількість товарів і послуг, які покупці готові і спроможні купити, визначають розмір попиту (обсяг попиту).

Як правило, зі збільшенням ціни зменшується попит і залежність присутня у випадку більшості товарів і послуг, так званих нормальних товарів. Попит також змінюється зі зміною купівельної спроможності покупців. Якщо їхні доходи зростають, вони готові витратити більше, що призводить до відповідної зміни кривої попиту. З ростом достатку покупців може виникати два ефекти: або споживання певних товарів залишаться на тому ж рівні і зростають їх ціни (рівень інфляції або віддавання споживачами переваг дорогим замінникам), або ціни

залишаються незмінними і збільшується споживання цих товарів і послуг. В економіці також розрізняють так звані предмети розкоші, попит на які зростає швидше, ніж спроможність споживачів та в міру збільшення цін на них. Є багато прикладів, які показують, що деякі з товарів і послуг у сфері охорони здоров'я мають характеристики товарів розкоші, і споживачі мають більший попит на продукцію з більш високими цінами.

У галузі економіки охорони здоров'я крім попиту є кілька інших понять, які повинні бути розглянуті в цьому контексті. По-перше, концепція медичних потреб, який іноді використовується нарівні з поняттям попиту або попиту на товари і послуги для здоров'я. Концепція медичних потреб означає тип та кількість товарів і послуг, які повинні надаватися (і споживатись) населенням. Слід визнати, що розмір медичних потреб визначається фахівцями (не користувачів послуг) на основі їхніх знань про стан здоров'я населення та обставин і клінічних ситуацій, у яких конкретні послуги мають бути надані. Виходячи з вищезазначеного, розмір потреб у галузі охорони здоров'я є відносно незалежним від рішень потенційних споживачів та збільшується пропорційно збільшенню медичних можливостей і медичних знань, які, в основному, ґрунтуються на знаннях професіоналів.

Потреби у здоров'ї можуть бути усвідомлені та неусвідомлені потенційними клієнтами. Усвідомлені потреби передбачають, що людина, як правило, звертається до лікаря, і її потреби перетворюються на попит стосовно медичних товарів та послуг. Попит на товари і послуги є результатом сукупності медичних знань про потреби в галузі охорони здоров'я, а також бажанням і почуттям необхідності придбання (отримання) певних товарів та послуг для здоров'я. Попиту на товари і послуги для здоров'я може не бути, незважаючи на існування потреб в галузі охорони здоров'я. З іншого боку, деякі фахівці визнають згадані товари і послуги (медичні технології) непотрібними і навіть шкідливими.

Однак, навіть у змодельованій ситуації існує попит. Прикладом такого попиту є гомеопатія як альтернатива традиційної медицини, не визнана більшістю медичних працівників. До цієї групи також належить частина зловживання вигодами. Мова йде про додаткові відвідування лікарів-спеціалістів з метою переконатися у стані здоров'я, санаторно-курортний відпочинок або кесарів розтин під час пологів, на які є попит, хоча медичного призначення щодо цього не має.

Запит часто помилково ототожнюють з попитом. Як зазначалося раніше, попит залежить від кількості товарів і послуг, які споживачі насправді купують (а не лише бажають придбати) і їх ціни. При певному попиті (нахилі кривої попиту) його обсяг залежить в основному від ціни (витрат споживача). Величина попиту, в той же час, є чутливою до купівельної спроможності споживача. Тільки при "нульовій" ціні (і за відсутності інших перешкод) можна стверджувати, що обсяг попиту відповідає обсягові запиту. В інших випадках, запит перевищує попит, оскільки частина запиту не буде задоволена через цінові бар'єри.

Побудова конкурентної переваги компанії визнається сьогодні як процес, у якому компанія поєднує в собі накопичені ресурси, а потім сприяє їх трансформації в цілях отримання та надання клієнтам очікуваної ними вартості. Організація досягне кращих результатів, ніж у конкурентів лише тоді, коли вона буде пропонувати клієнтам більшу цінність товару (послуги) при актуальній собівартості або допустиму цінність при менших витратах. На думку М. Портера, така економічна ефективність означає "виконання аналогічної діяльності краще, ніж конкуренти" [144, с. 48].

Якщо ж аналізувати конкурентоспроможність медичних закладів медичного закладу стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, спочатку необхідно визначити, чи ринок медичних послуг підкоряється тим же законам, що і всі інші ринки та чи на ньому насправді переважає

конкуренція? Як свідчать проведенні нами дослідження, вирішальний вплив на ринок медичних послуг мають три основні чинники:

- сума надходжень від оподаткування на охорону здоров'я та політики Міністерства охорони здоров'я;
- рівень доходів (заможності) суспільства та підвищення обізнаності громадськості щодо важливості здоров'я та якості життя;
- збільшення тривалості життя, а, отже, загальне збільшення попиту на медичні послуги.

Через контракти на надання медичних послуг Міністерство охорони здоров'я як платник, з одного боку, генерує та лімітує більшу частину попиту, а з іншого – впливає на пропозиції, які намагається пристосувати свій потенціал до суми контрактів, укладених Міністерством.

Джозеф Стігліц вважає, що діяльність ринку медичних послуг не є недосконалою через [377, с. 370-381]:

- асиметрію інформації;
- обмежену конкуренцію;
- вагомий вплив установ, що не налаштовані на отримання-прибутку;
- роль страхування.

Асиметрія інформації стосовно медичного ринку полягає в тому, що пацієнти, купуючи медичне обслуговування, не в змозі повною мірою оцінити його якість, тому що вони купують знання медиків. Крім того, медичні послуги, за рахунок власного індивідуального характеру, важко порівнювати. Ці фактори призводять до зниження конкуренції на ринку медичних послуг, в результаті чого, лікарі, що пропонують поради за нижчими цінами можуть сприймається пацієнтами як менш компетентні.

Ще одна особливість медичного ринку – домінуюче становище некомерційних організацій (non profit). Для України це особливо важливо,

враховуючи сформоване в суспільстві протягом багатьох років ставлення до комерційного надання медичних послуг. Слід зазначити, що в багатьох випадках це ставлення змінюється, і визнаються переваги комерційного розвитку суб'єктів охорони здоров'я. Останні мають позитивний вплив на такі аспекти, як якість медичних послуг (наприклад, за рахунок інвестицій в сучасне обладнання та розвиток інноваційних методів лікування), модель догляду за пацієнтами і цінність для своїх потреб.

Останній фактором, котрий впливає на функціонування медичного ринку, є роль страхування. Існує теоретична гіпотеза про те, що за надмірне страхування може призвести до негативних спотворень на ринку медичних послуг:

- неконтрольованого зростання попиту на медичні послуги;
- появи спокуси зловживання (моральний ризик);
- несприятливого відбору.

Наявність страховки знижує витрати на придбання медичних послуг. Згідно з теорією попиту, низька ціна сприяє збільшенню величини попиту. Збільшення попиту на медичні послуги небезпечні з тієї причини, що найчастіше граничні вигоди від додаткових витрат на медичні послуги нижчі, ніж витрати на ці послуги. Недосконалість ринку можуть бути усунені за рахунок участі держави в регулюванні попиту та пропозиції. Вплив на попит і пропозицію здійснює система медичного страхування, яка, з одного боку, має забезпечити доступ громадськості до медичних послуг, незалежно від рівня їх добробуту та складності і вартості лікування розладів, а з іншого – за допомогою відповідного фінансування забезпечити обсяг необхідного продажу медичних послуг.

Ринок медичних послуг має забезпечити побудову відповідного людського капіталу, який є основою для ефективної економіки та впливає на продуктивність праці. Що стосується розвитку такої моделі медичного

обслуговування ринку, то професор С. Голіновська сформулювала чотири принципи, якими повинні керуватися державні установи [275]:

- рівний доступ до медичних послуг;
- принцип солідарності при фінансуванні послуг охорони здоров'я;
- постійне підвищення якості медичних послуг;
- прийняття рішень стосовно сфери медичних послуг має бути спрямоване на подальший розвиток галузі.

Розвиткові галузі сприятиме створення рівних умов для віх суб'єктів ринку медичних послуг. Переможцями у боротьбі за ринкову нішу можуть стати тільки лікувальні установи, які забезпечують:

- оперативність прийому пацієнтів;
- всебічну діагностику;
- застосування новітнього устаткування;
- консультації висококваліфікованих фахівців;
- дотримання принципів лікарської та загальної етики.

У цьому полягатимуть головні конкурентні переваги на ринку медичних послуг. В цілому, конкуренція на такому ринку має не лише національні, а й галузеві особливості, оскільки медицина є потенціальною сферою застосування інноваційних технологій. При цьому якість наданих медичних послуг значно зростає, однак рівень витрат знижується в незначній мірі. Іншими словами, існує викривлення законів конкурентної боротьби. Надмірна пропозиція не впливає на зниження ціни на послуги. Поряд із тим, не бракує і пацієнтів при непомірних цінах у лікувальних закладах медичного закладу стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги за неякісну медичну допомогу. Отже, можна стверджувати, що чинна система охорони здоров'я створила умови, які не сприяють розвиткові продуктивної конкуренції.

У попередньому розділі ми вже порушували питання про нематеріальність медичних послуг, але з'ясували, що професійна діяльність лікаря є так званою чистою послугою, кінцевий ефект якої полягає у зміцненні здоров'я. Саме тому ринок медичних послуг має свою специфіку, котра полягає у відсутності вагомих первинних витрат і значного стартового капіталу. Разом із тим, цей ринок характеризують високі ціни та максимальні прибутки його учасників при обмежені доступу нових суб'єктів до ринку. Враховуючи зазначені особливості, можна підтвердити монополістичний характер ринку медичних послуг.

На типовому ринку клієнтів приваблюють низькими цінами та якісним обслуговуванням. На ринку медичних послуг такий маркетинговий підхід отримає негативний ефект, оскільки зниження ціни на лікування поставить під сумнів його якість. Отже, саме якість наданих медичних послуг є регулятором попиту на ринку та показником конкурентоспроможності лікувальних закладів медичного закладу стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.

Вітчизняний ринок медичних послуг при задекларованій можливості вибору як лікаря, так і лікувального закладу, характеризується пріоритетністю пропозицій стосовно споживачів послуг та їх неможливістю реалізувати зазначене право свободи вибору. Ігнорування цього права, стрімке зростання рівня захворюваності населення, неналежний рівень якості медичного обслуговування у державних лікувальних закладах, відсутність системи медичного страхування стали гальмом розвитку ринку медичних послуг. В умовах формування цього ринку в Україні удосконалення організації діяльності системи охорони здоров'я шляхом покращення якості наданих медичних послуг, розширення спектру поінформованості пацієнтів стосовно методики лікування дозволить забезпечити конкуренцію в галузі охорони здоров'я.

2.2. Сутність і загальні методи вимірювання якості медичних послуг

Світова практика управління якістю досить багатогранна та дозволяє більш ретельно вивчити особливості управлінського процесу. Розпочнемо із Е. Демінга.

Американський науковець здобув визнання в Японії за навчання менеджерів та пропагування між ними знань про якість. Усе відбувалося в часи післявоєнної відбудови економіки. Його концепція управління якістю ґрунтується на:

- контролі якості процесів і продуктів, що відбуваються в циклі управлінських заходів, названому "колом Демінга";
- застосуванні чотирнадцяти засад роботи керівництва підприємства (детальніше розглядаємо їх у пункті 2.3).

"Коло Демінга" містить хронологічно упорядковані дії для системи управління зі зворотним зв'язком. Це відбувається за певною схемою: планування – діяльність – контроль – корегування.

Дж. Юран є автором кількох відомих книг із питань контролю якості ("Quality Control Handbook", 1951, "Quality Planning and Analysis", 1970). У них дослідник ретельно розглядає можливості використання статистичних методів. Дж. Юран досліджує проблему забезпечення якості, поділяючи всю діяльність у сфері якості на дві групи:

- управлінська та економічна діяльність (загальна політика, планування, організація, підбір персоналу, стимулювання тощо);
- технічна діяльність (проектування, специфіка вимог, технічний контроль і т.д.).

Концепцію управління якістю, побудовану на ідеї безвідмовної роботи, нової культури підприємства, розуміння якості як дотримання вимог розробив Ф. Кросбі. Ця концепція має такі засадничі положення:

1. Якість розуміється як задоволення очікувань клієнтів, головним чином споживачів, через продукцію.
2. Першочерговим є значення профілактики в досягненні якості. При цьому процеси контролю й оцінки відходять на другий план.
3. Стандартом якості повинен бути "нуль дефектів".
4. Якість необхідно вимірювати та оцінювати величиною коштів браку.

Концепція якості медичних послуг повинна ґрунтуватися на певному способі її вимірювання. У медичній практиці європейських країнах зарекомендували себе такі методи вимірювання:

- аналіз "моментів правди";
- методика критичних подій (Critical Incident Technique);
- модель SERVQUAL (service quality);
- методика SERVPERF;
- модель P-C-P;
- модель EUROPER.

Один зі способів оцінювання якості послуг полягає в тому, що в центрі уваги перебуває клієнт. При цьому беруться до уваги найменші дрібниці: контакти клієнта, стосунки з медичним та персоналом для обслуговування. Досліджується все, що стосується процесу надання медичної послуги. Процес має кілька фаз, котрі передбачають і надавача, і споживача послуг. Такі моменти К. Рогозінські [361] називає "моментами правди". Автор звертає увагу на різницю між процесом надання послуг та закупівлі продукції. На думку К. Рогозінського, оцінка якості послуг значною мірою залежить від вражень, які залишаються після контакту із закладом, що надає послуги, тобто тих же "моментів правди".

Вищеописаний аналіз використовується для методики критичних подій (CIT – Critical Incident Technique), котра базується на аналізі критичних подій. Останні, своєю чергою, слугують ідентифікаторами

джерел сатисфакції клієнтів чи її відсутності. Згідно з цією методикою, подія розглядається як людська діяльність, котра є настільки повною, що на її основі можна було зробити певні висновки стосовно особи, котра займається цією діяльністю. В свою чергу, критичні події є такими, що значною мірою зменшують або ж активізують отримання запланованого ефекту від виконаних дій [233]. Загалом критичні події можна окреслити як взаємодію між клієнтами і працівниками фірми, що надають послуги (у нашому випадку – медиками). Проте не всі події підлягають дослідженню. Аналіз стосується лише тих, котрі запам'ятовують клієнти. Ретельний аналіз критичних подій, які запам'яталися клієнтам, дозволить визначити слабкі місця фірми (медичного закладу) та дасть змогу ідентифікувати проблеми, котрі знижують рівень якості наданих медичних послуг.

Існує декілька умов для вивчення критичних подій. По-перше, вони повинні стосуватися лише відносин між клієнтом та надавачами послуг. По-друге, з погляду клієнта, подія має бути такою, що задовільняє чи не задовільняє його потреби. По-третє, подія повинна становити окремий епізод. По-четверте, цей епізод має бути абсолютно окремим, щоб особи, котрі проводять дослідження мали можливість уявити собі його [317].

В основу згаданої методики покладено процедури спостереження за поведінкою людей та їх класифікації, котрі б можна було систематизувати таким способом, щоб згодом дефінювати проблеми. Найбільш практичним дослідницьким інструментом в СІТ є інтерв'ю з тими, хто отримав послуги. Інтерв'ю відбувається в довільному стилі та стосується лише критичних подій, які мали місце під час співпраці клієнта з персоналом фірми (медичного закладу). Це дає можливість дослідити події та поведінку, котрі впливають на рівень сатисфакції клієнтів, що стає основою для вироблення необхідних процедур, програми фірми з підвищення кваліфікації в контексті співпраці з клієнтами. Результати СІТ також дадуть можливість переглянути поведінку працівників фірми, що

надають послуги на всіх рівнях, та розробити кардинально новий напрям співпраці з клієнтами (за допомогою відповідних тренінгів).

Модель SERVQUAL (service quality) є найбільш популярною для дослідження якості. Розробник даної моделі – А. Парасураман та інші. Дослідження проводиться у два етапи:

1. Дослідження відбуваються за допомогою фокус-груп і мають на меті визначити думки учасників на тему сатисфакції та незадоволення якістю наданих послуг. Значну увагу в цих групах приділяють описові ідеальної послуги (прикладом може бути ідеальна лікарня та ідеальні медичні послуги). Наріжним каменем дослідницького процесу є неоднакове трактування якості послуг. Саме тому варто приділити увагу розглядові цього питання у фокус-групах. Це, знову ж таки, дасть змогу визначити та описати найважливіші чинники, що беруться до уваги при оцінці якості. Зі всіх досліджених елементів складається картина очікувань клієнтів стосовно послуг, які їм надаються.

2. Анкетування. Його метою є встановлення ранжування вище виділених критеріїв часткової оцінки якості [361]. Анкета має складатися з двох частин:

- інформація про очікування відносно певної послуги;
- оцінка якості отриманої послуги.

Модель SERVQUAL полягає у дворазовому використанні в дослідженнях того самого набору критеріїв для характеристики конкретної послуги. Перший раз такий набір використовується для вимірювання рівня надання послуги з точки зору клієнта. Встановлюється пробний рівень очікувань. Другий раз ті ж самі критерії застосовуються для вимірювання рівня наданих послуг. К. Рогозінські [361] так представляє якість послуг у моделі SERVQUAL (рис. 2.1):

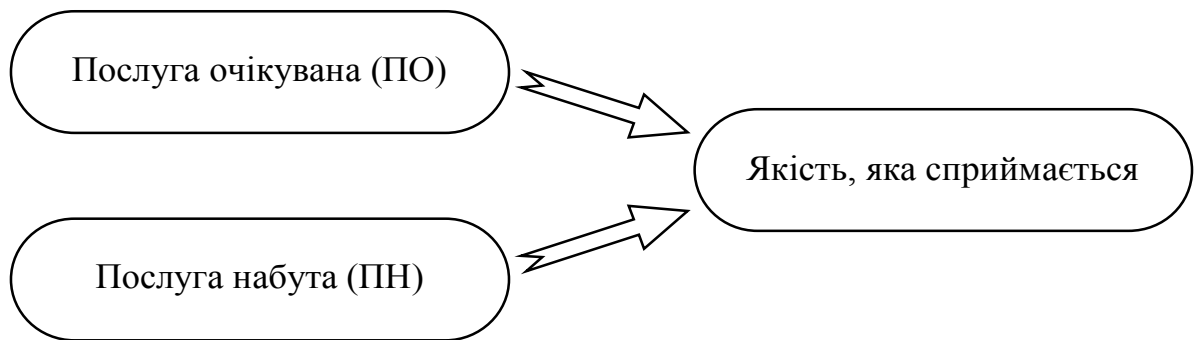


Рис. 2.1. Якість послуг в моделі SERVQUAL [361]

При $ПО=ПН$ – реалізація послуги, що отримує визнання;

$ПН < ПО$ – незадоволення та розчарування клієнта, низькі якісні оцінки;

$ПН > ПО$ – визнання клієнтами послуги.

Прийнятна одержувачами різниця між послугою очікуваною і отриманою загалом є суб'єктивною та індивідуальною справою. Що ж таке "прийнятна якість"? Хоча це суб'єктивне поняття (як ми вже зазначали раніше), проте варто зазначити, що прийнятна якість включає очікування та прийняття наданої послуги з точки зору одержувачів послуг. У цій моделі виникає ряд дилем, які ставлять під сумнів ефективність процедури вимірювання. Зокрема, виникають труднощі з оцінкою таких понять, як естетика, очікування, розуміння (співпереживання) [382].

На противагу висловлюванням, зазначеним вище, М. Сідор вважає, що дослідження в рамках моделі SERVQUAL нав'язують респондентам певне уявлення про послугу (її якість) [366]. Деякі науковці відносять до недоліків той факт, що клієнти не спроможні (через суб'єктивність) відокремити очікувану якість послуги і якість отриману. Не зважаючи на всі вище перераховані недоліки, модель SERVQUAL після її вдосконалення та доопрацювання повинна застосовуватися в дослідженнях якості послуг.

Методика SERVPERF є альтернативною концепцією вимірювання якості послуг, розробниками якої були Д. Кронін та С. Тейлор. Їх методика фокусується на процесі надання послуги як детермінантного чинника якості без очікування [244]. Ця методика має ще одну особливість. Вона, крім сатисфакції клієнтів, враховує намір придбання послуги.

Модель Р-С-Р була запропонована Г. Філіпом та С. Хазлетом як новий спосіб виміру якості. Модель складається з трьох ієрархічних ознак:

- pivotal attributes (ключові атрибути);
- core attributes (основні атрибути);
- peripheral attributes (периферійні атрибути).

Загалом кожна послуга складається з трьох груп ознак. Першу складають ключові атрибути, які часто ототожнюються з кінцевим процесовим висновком щодо послуги. Саме тому чинники цієї групи мають сильний вплив на рішення консумента стосовно вибору організації (медичного закладу) та рівень задоволення якістю наданих послуг.

У другій групі – чинники, що об'єднують людський капітал в організації чи організаційні можливості процесів, завдяки яким клієнти можуть отримати кінцевий продукт – послугу. Третю групу моделі утворюють периферійні чинники, що певним чином додаються до процесу послуг та впливають на задоволення клієнта. Не меншу увагу клієнти приділяють основним властивостям, які набираються в міру інтенсивного користування послугою. У міру зростання частоти користування певним видом послуг, консументи більше уваги звертають на значення центральних і периферійних елементів.

Розробники моделі Р-С-Р перед її застосуванням пропонують в організації, що надає послуги, дати відповіді на низку запитань:

1. Чим для клієнта є ефект процесу надання послуги?
2. Який персонал бере участь у наданні послуг і яка організаційна структура для цього потрібна?

3. Як можна працювати зі змінними очікуваннями клієнтів, надаючи ті самі послуги?

Модель Р-С-Р як і всі попередньо розглянуті, має позитивні і негативні аспекти, однак може успішно застосовуватися для вимірювання рівня якості. Модель EUROPER також створена для вимірювання рівня якості послуг і ґрунтується на такому засадничому положенні: на якість медичних послуг впливає не лише ефект від лікування, а й спосіб надання медичної допомоги. Ця модель є стандартизованим інструментом для міжнародних вимірів якості медичних послуг, опрацьованих дослідниками восьми європейських країн.

Якість медичних послуг не є абсолютною, і більшість представлених методів її вимірювання спирається на аналіз порівняння того, що пацієнт отримує, з тим, чого він очікує. Велика кількість способів вимірювання рівня якості становить, з одного боку, певного роду вартість, що уможлиблює пристосування методу до специфіки і потреб того, хто мірює. Найбільша проблема виникає при підборі критеріїв оцінки якості (типових і таких, що характеризують надану послугу).

Варто згадати ще одну програму, що теж дозволяє вимірювати якість наданих медичних послуг. Мова йде про програму PASAT. Вона була запроваджена як альтернативний спосіб реалізації досліджень сатисфакції пацієнтів. Суть згаданого дослідження полягає в тому, що лікарням надається комплект анкет із запитаннями для пацієнтів. Перевага інструменту в тому, що запитання складають не самі медичні заклади медичного закладу стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, а моніторингові фірми. Це додає впевненості в об'єктивності та незаангажованості відповідей. Дослідження такого типу проводяться медичними закладами добровільно. Придбавши пакет анкет у

моніторингової фірми, лікарні проводять опитування та відсилають заповнені анкети назад до фірми для опрацювання.

Застосування такого типу анкет повинно відбуватися добровільно та без жодного тиску на пацієнта (в іншому випадку втрачається об'єктивність). Кількість медичних закладів, які користуються системою PASAT, із кожним роком зростає. Відбувається процес усвідомлення медичними закладами стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги необхідності вдосконалення власної діяльності як інструменту конкурентної переваги на ринку медичних послуг.

Системи якості в певного кола дослідників [258, 273, 294] асоціюються зі збором формальних процедур, обладнанням для вимірювання чи іншим знаряддям, які призначенні для пошуку інформації про стан виробу (в нашому випадку – послуги) та надання їй цифрової форми.

Під здатністю вимірювальної системи (вимірювального обладнання) Й. Гальвік і Й. Ревілак пропонують визнавати кількісну міру його відповідності, представлену у відношенні до певного періоду, що характеризується точністю вимірювань [273]. Система якості повинна містити кількісні вимірні показники, за допомогою яких можна її оцінити. Однак, у випадку системи якості медичних послуг, не кожна методика буде придатною для вимірювання вартості особливостей медичних послуг. Причина цього – чинники, що мають вплив на кінцевий результат виміру якості. У вирішенні цієї проблеми вважаємо слушною позицію Е. Детріха, А. Шульже, Дж. Гавліка та Дж. Ревілака, які за критерій оцінки окремої послуги пропонують взяти витрати, пов'язані з функціонуванням системи якості, або приймати їх як систему вимірювання із встановленим обсягом. Такий підхід дозволять оцінити ефект використання послуги з економічної точки зору [258, 273].

Виходячи із вищезазначеного, варто зауважити неоднорідність критеріїв системи вимірювання (величини використання граничних показників, які різняться між собою та прийняті здебільшого довільно), що дає підстави стверджувати про необхідність встановлення процедури вимірювання, виписану у формі стандартів, та узгодження її із позицією консумента. Усі вище розглянуті нами методи вимірювання якості послуг повинні застосовуватися, виходячи із засад управління якістю.

2.3. Засади управління якістю медичних послуг

Управлінням якістю називається виконання функції управління у відношенні до системи якості управління та якості його складників [282]. Норма ISO 8402 трактує управління якістю як "діяльність в управлінні, котра вирішує політику якості, цілі і відповідальності, а також їх реалізації в рамках системи якості за допомогою таких засобів, як планування, контроль, забезпечення та вдосконалення якості" [357]. Управління якістю орієнтується на клієнта на всіх етапах надання йому якісних медичних послуг. При цьому залучаються всі працівники медичного закладу, включаючи керівників у справах якості. Іншими словами, твориться нова філософія та культура організації, котра проявляється крізь призму якості.

На якість медичних послуг мають вплив внутрішні і зовнішні чинники. Внутрішні чинники, на нашу думку, мають значно вагоміший вплив. Особливої уваги заслуговує проякісне мислення (наполягаємо на такому визначенні, робимо наголос на його сутності) і керівництва медичного закладу стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, і працівників загалом про пацієнта, весь процес формування показаний на рис. 2.2. Він передбачає ланцюг поступових етапів чи кроків у напрямку досягнення якості медичних послуг. Так, спершу керівництво лікувального

закладу має долучитися до процесу та керувати ним. Своїм прикладом та обґрунтуванням вигод від досягнення поставленої мети, керівництво запроваджує та підтримує проякісне мислення в колективі.

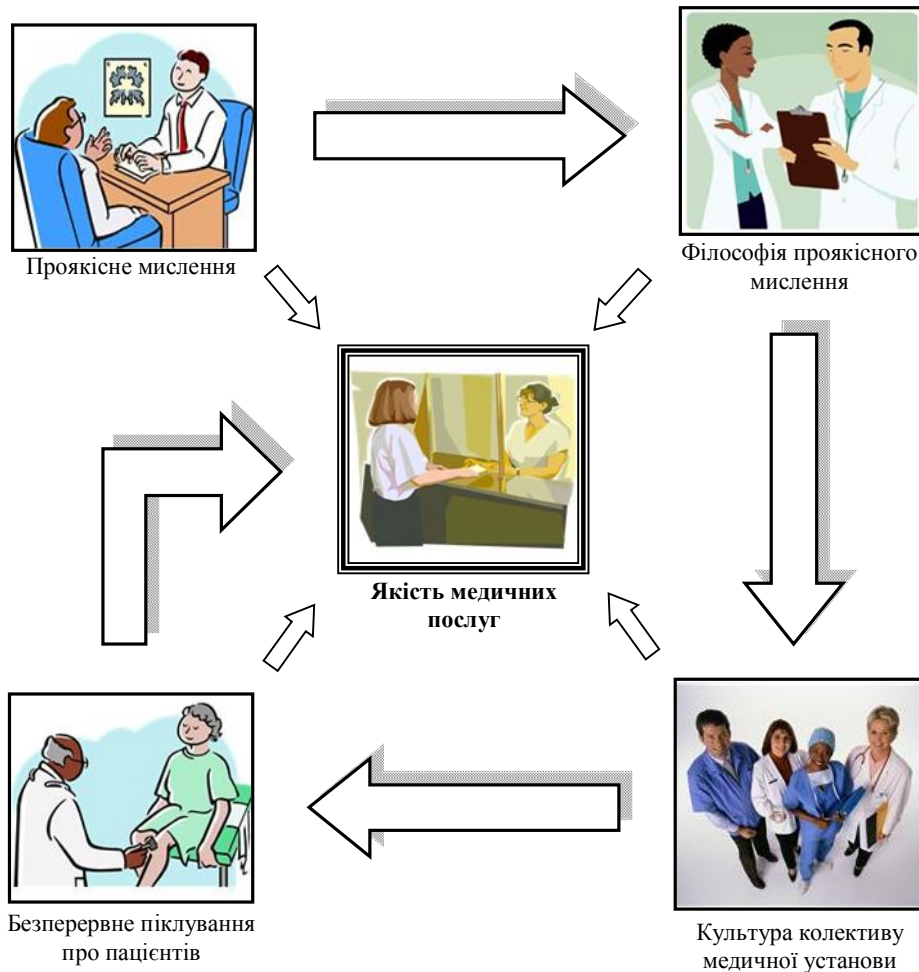


Рис. 2.2. Процес формування якості медичних послуг під впливом внутрішніх чинників*

*Опрацювання власне

На основі проякісного мислення створюється його філософія, котра дозволяє залучити до роботи, спрямованої на досягнення мети, всіх членів трудового колективу. Іншими словами, йдеться про усвідомлення ролі та відповідальності за кінцеві результати кожного окремо взятого працівника як частини добре налагодженого механізму, що стимулюватиме розвиток і встановлення найвищого рівня якості медичних послуг. Проякісне

мислення стає підґрунтям для творення культури колективу медичної установи, яка, за своєю суттю, є многогранною. Сюди можна віднести:

- стосунки між працівниками;
- комунікацію із пацієнтами;
- кваліфікацію працівників (частково);
- дотримання медичної етики.

При цьому весь час, на кожному етапі розвитку відбувається безперервне піклування про пацієнтів, що є запорукою досягнення кінцевого результату – якості медичних послуг.

Із метою досягнення та утримання на належному рівні якості медичних послуг нею необхідно керувати. Цей процес має ґрунтуватися на чотирнадцяти засадах управління якістю, представлених Е. Демінгом [255], а саме:

1. ***Створення постійних цілей у відношенні до якості продукції та послуг, зорієнтованих на досягнення конкурентних переваг.*** Діяльність будь-якого підприємства (установи) не може спиратися лише на сьогоdnішню діяльність та потреби. Варто окреслити довготермінові цілі, що мають безпосередній вплив на рівень якості запропонованих виробів чи наданих послуг. Головна мета – постійне покращення якості – має бути досягнута через підвищення конкуренції і надання робочих місць.

2. ***Застосування нової філософії управління.*** Методика управління через філософію TQM була методикою марнотратства та повторення помилок. Проблема, що переслідувала фірми, полягала у малій ефективності продукції, яка сприяла поганій фінансовій ситуації підприємств (установ), що знаходили своє віддзеркалення в економіці країни. Єдиним способом підвищення ефективності при одночасному обмеженні скорочення витрат є зменшення неякісної продукції (послуг). Застосування всебічного управління через якість стає порятунком для фірм. Для того, щоб філософія управління була ефективною, потрібна її

підтримка з боку керівництва, яке намагається передати підлеглим методологію досягнення мети.

3. Реєстрація методу масового контролю як способу забезпечення якості. У момент, коли зменшиться змінність у процесі та він буде стабільним і повторювальним, відпадає потреба контролювати всю представлену продукцію. На цьому етапі можна застосувати статистичний контроль, який сам по собі є менш вартісним та представить картину дефектів виробничого процесу продукції (надання послуг). Стовідсоткова перевірка всієї продукції (послуг) не дасть бажаного результату, натомість варто сконцентруватися на спектрі проблемних товарів (послуг) з метою запобігання такому стану.

4. Припинення поширених практик вибору підрядників виключно на основі ціни. Окремо взята ціна продукту чи послуги жодним чином не засвідчить про якість постачальника. Фірма повинна знати: якщо дешево купимо браковані матеріали, то на наступних етапах продукування видатки перевищать очікування підприємства (установи). Саме тому, поряд із ціновим критерієм, варто приділяти вагому увагу якості пропонувананих матеріалів, що призведе до зменшення дефектів продукції (послуг).

5. Безперервний та нескінченний процес вдосконалення продукції та послуг, що спричиняють покращення якості, продуктивності та зменшення видатків. Постійне вдосконалення лежать в основі кожної системи управління. Завжди існує можливість вдосконалення процесу. Відповідальність за це завжди лежить на керівництві фірмою. Управлінці повинні створити атмосферу, котра дозволить працівникам постійно вдосконалювати усі процеси (від прийняття сировини до продажу продукції (надання послуг)).

6. Запровадження сучасних методів навчання. Керівництву необхідно безпосередньо включитися у процес вдосконалення навчання,

що в результаті позначиться на ширшому використанні можливостей усіх працівників. Таке вдосконалення повинно охоплювати широкий спектр діяльності підприємства (організації), а також психології та методики управління підприємством і персоналом.

7. **Запровадження інституційного керівництва.** Удосконалення якості автоматично збільшує ефективність. Саме тому не варто прив'язуватися лише до ефективності. Лідером повинна бути та особа, котра звертає увагу не лише на кількісні показники та помагає працівникам у реалізації припущень. Керівництву варто сконцентруватися на таких взаєминах, що зумовлюють вільну комунікацію та запобігають виникненню браків на всіх стадіях життєвого циклу продукту (послуги).

8. **Відкидання страху, щоб усі могли працювати продуктивніше для підприємства (організації).** Жоден керівник не повинен боятися говорити про проблеми своєму підлеглому. Лише така комунікація буде ефективною та приносить додану вартість. Тому не можна запроваджувати атмосферу кількісних цільових показників для отримання результату, а не якості.

9. **Руйнування бар'єрів між підрозділами підприємства (організації).** Усі підрозділи фірми повинні створювати організм, що належним чином функціонує. Проблеми окремо взято відділу повинні бути розв'язані централізовано, шляхом ефективного обміну інформацією. Для досягнення цієї мети потрібно ліквідувати окремі підрозділи, що діють автономно в структурі підприємства (організації), тобто як фірма у фірмі. Усі відділи повинні працювати ефективно, щоб підприємство (організація) отримували прибутки. Для цього варто вирівняти ієрархію та поживити відносини між відділами.

10. **Ліквідація усіх форм просування для заохочення до досягнення високої продуктивності та рівня "нуль дефектів".** Часто керівництво фірми пропагує та вимагає дотримання політики "нуль дефектів", що

спричиняє тиск на рядових працівників та непокоїть їх. Відомо, що такої системи не існує, тому виголошення такого типу гасел не допоможе, а, навпаки, може зашкодити продуктивним відносинам.

11. Ліквідація заміників справжнього лідерства та управління через ціль. Замість кількості необхідно запроваджувати методи для підтримки процесів на підприємстві (установі), ефект яких буде проявлятися у покращенні продуктивності. Щоб збільшити якість та ефективність, можна застосувати статистичні методи.

12. Ліквідація бар'єрів, які не дозволяють працівникам та менеджерам мудро використовувати свою працю. У фірмі кожен виконує свою функцію: монтувальник одну, працівник на виробничій лінії – іншу, заступник директора з питань якості, відповідно, ще іншу. Праця кожного з цих працівників однаково важлива та має однаковий вплив на кінцевий продукт (послугу). Лише праця без бар'єрів між ланками є ефективною та приносить усім користь.

13. Запровадження інтенсивних навчальних програм та заохочення до постійного вдосконалення. Знання виступають однією із засад ефективної роботи фірми. Мова йде про актуальні знання, придатні для виконання щоденних обов'язків. Керівництво повинно виробити в своїх працівників навички самоосвіти, показавши переваги цього. Самовдосконалення кардинально впливає на відчуття власної вартості та додає впевненості в собі, що дуже важливо при виконанні відповідальної роботи.

14. Залучення всіх працівників до процесу трансформації. Жодна система не буде функціонувати без залучення всього колективу підприємства (установи). Практика свідчить, що завжди зустрічаються працівники, котрі не приймають реформ, і яких не вдається переконати щодо доцільності нововведень. Важливим аспектом у цій справі є вміння доступно пояснити працівникам усі переваги запропонованих змін.

Обґрунтовані Е. Демінгом чотирнадцять засад управління якістю, розглянуті нами вище, попри свою простоту дійсно є ключем до повномасштабного функціонування підприємства (установи). При цьому передбачається подолання міжособистісних бар'єрів та ставок на кількісні результати чи тиск з боку керівництва. Головна ідея згаданих постулатів полягає у задоволенні клієнта через високу якість виробу (послуги).

У практиці управління якістю виділяють засади управління нею. Так, Світова організація стандартизації (International Organization for Standardization) [226] виділяє вісім засад управління якістю. Всі вони стосуються промислових підприємств і, на нашу думку, можуть бути адаптовані і до медичних закладів.

ЗАСАДА 1. Концентрація на клієнті (у нашому випадку – на пацієнті). Будь-яка організація залежна від своїх клієнтів, тому рекомендується усвідомлення наявних та майбутніх потреб клієнтів, щоб задовольняти їхні потреби та перевершити очікування.

Ключові переваги проявлятимуться у такому:

- збільшення рентабельності та ринкової частки завдяки еластичній та швидкій реакції на нові ринкові можливості;
- підвищення ефективності використання ресурсів організації для підвищення рівня задоволення клієнтів;
- більша лояльність до пацієнтів, що веде до зниження витрат на пошук нових клієнтів.

Серйозний підхід до цього принципу передбачає:

- дослідження та усвідомлення потреб та очікувань пацієнтів;
- впевненість, що цілі медичних закладів відповідають потребам та очікуванням споживачів медичних послуг;
- зв'язок потреб та очікувань пацієнтів у цілому лікувальному закладі стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної

- (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги;
- вимірювання задоволення пацієнтів та вдосконалення медичного закладу стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги на основі результатів вимірювання;
 - постійне управління взаєминами з пацієнтами;
 - баланс заходів, спрямованих на задоволення потреб пацієнтів та інших зацікавлених сторін (власників, працівників та ін.).

ЗАСАДА 2. Керівництво. Керівники встановлюють єдність мети та напрямів діяльності організації. Рекомендовано створення та підтримку внутрішнього середовища, в якому всі працівники залучені до досягнення цілей лікувального закладу.

Ключові переваги проявлятимуться у наступному:

- співробітники матимуть розуміння та мотивацію для втілення цілей і завдань процесу надання медичних послуг;
- інтегрована діяльність, впроваджена й оцінена одним способом;
- помилки та непорозуміння у внутрішній комунікації знижено до мінімуму.

Серйозний підхід до цієї засади включає:

- задоволення потреб усіх зацікавлених сторін, в тому числі власників, працівників, постачальників, ринків капіталу, місцевих громад, суспільства в цілому;
- розробку чіткої концепції розвитку медичної установи;
- діяльність, що ґрунтується на амбітних цілях та завданнях;
- створення і впровадження спільних цінностей, справедливості та етичних дій на всіх рівнях лікувального закладу стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги;

- формування довіри і використання мотивації, що ґрунтується на довірі;
- надання працівникам необхідних засобів, проведення навчання та запровадження свободи дій відповідно до службових інструкцій;
- стимулювання, заохочення до діяльності та оцінка внеску працівників.

ЗАСАДА 3. залучення працівників. Люди на всіх щаблях медичної установи становлять її основу, їхнє цілковите залучення дозволить використовувати вміння індивідів на благо організації.

Ключові переваги проявлятимуться у такому:

- мотивовані, віддані та залучені працівники;
- інноваційність, креативність і творчість сприяють досягненню організаційних цілей;
- працівники відчують відповідальність за власні результати;
- працівники охоче роблять свій внесок у розв'язання проблем та беруть участь у діяльності, спрямованій на вдосконалення.

Серйозний підхід до цієї засади передбачає:

- розуміння значення і ролі працівників у лікувальній установі стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги;
- ідентифікація обмежень при досягненні релевантних результатів;
- відповідальність за проблеми та їх розв'язання;
- порівняння власних результатів із встановленими перед тим особистими цілями та завданнями;
- активний пошук можливості підвищення кваліфікації, збільшення знань та досвіду;
- відкрита дискусія про проблеми і теми, що їх цікавлять.

ЗАСАДА 4. Процесуальний підхід. Бажаний результат досягається ефективніше, коли діяльністю та пов'язаними з нею засобами керують як процесом.

Ключові переваги проявлятимуться у такому:

- менші видатки та коротший час циклу (lead time) – шляхом правильного використання ресурсів;
- медичні показники – фіксовані, єдині і більш передбачені;
- сукупність діянь, спрямованих на вдосконалення найважливішої для цілей медичної діяльності.

Серйозний підхід до цієї засади передбачає:

- систематичне визначення дій, спрямованих на досягнення результатів;
- одночасне встановлення відповідальності за ключові дії;
- аналіз і вимірювання здатності (повторення результатів) ключової діяльності;
- визначення точки дотику ключових видів діяльності всередині між функціональними одиницями медичної установи;
- концентрація на засобах, методах і матеріалах, які впливають на покращення ключових видів діяльності лікувального закладу;
- оцінка ризику витрат і негативного впливу медичної установи стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги на зовнішнє середовище;
- оцінка наслідків і впливу лікувального закладу на клієнтів, постачальників та інших зацікавлених сторін.

ЗАСАДА 5. Системний підхід до управління. Визначення, розуміння та управління взаємопов'язаними процесами як системою веде до збільшення ефективності роботи медичної установи стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної

(високоспеціалізованої) медичної допомоги в напрямку досягнення встановлених цілей.

Ключові переваги проявлятимуться в такому:

- інтеграція процесів, що призводить до досягнення фінансових ефектів;
- здатність концентрування на ключових процесах;
- побудова довіри партнерів через узгодженість, ефективність та результативність лікувального закладу стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.

Серйозний підхід до цієї засади передбачає:

- будівництво структурної системи медичної установи стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, котра дозволить досягнути мети ефективним способом;
- розуміння залежності між процесами системи;
- систематичний підхід до гармонізації та інтеграції процесів;
- краще розуміння ролі й обов'язків, необхідних для досягнення цілей лікувального бізнесу та зменшення бар'єрів між функціональними відділами;
- усвідомлення потенціалу організації та обмежень засобів перед початком нових проблем;
- визначення способів поведінки;
- постійне вдосконалення системи, що ґрунтується на вимірах та оцінках.

ЗАСАДА 6. Постійне вдосконалення. Постійне вдосконалення функціонування цілого медичного закладу стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної

(високоспеціалізованої) медичної допомоги завжди має бути присутнім у його цілях.

Ключові переваги проявлятимуться в такому:

- конкурентна перевага шляхом покращення діяльності лікувальної установи;
- зв'язок діяльності на різних рівнях медичного закладу стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги її стратегічними потребами;
- гнучкість у реагуванні на ринкові можливості.

Серйозний підхід до цієї засади передбачає:

- застосування довготривалого підходу до постійного вдосконалення результатів діяльності, що охоплює цілу лікувальну установу стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги;
- проведення навчання працівників щодо методів та інструментів постійного вдосконалення;
- присутність серед працівників переконання про необхідність постійного вдосконалення продуктів, процесів, систем та залучення кожного;
- встановлення цілей, що показують напрям діяльності, способів вимірювання її просування;
- оцінку та використання вдосконалень.

ЗАСАДА 7. Прийняття рішення на основі фактів. Ефективні рішення приймаються на основі аналізу цифрових даних та іншої актуальної інформації.

Ключові переваги проявлятимуться у такому:

- рішення добре вмотивоване;

- підвищення можливостей доведення вже прийнятого рішення – через зіставлення з даними попередніх періодів;
- розширення можливостей для перегляду, ревізії та зміни раніше прийнятих рішень.

Серйозний підхід до цієї засади передбачає:

- переконання, що дані та інформація детальна, відповідає дійсності і варта довіри;
- аналіз даних і інформації із застосуванням випробуваних методів;
- прийняття рішень і дій на основі аналізу фактів, збалансованого досвіду та інтуїції особи, що приймає рішення.

ЗАСАДА 8. Взаємовигідні відносини з постачальниками.

Організація та її постачальники залежні одне від одного, а взаємні користі, що їх пов'язують збільшують здатність обох сторін до створення вартості.

Ключові переваги проявлятимуться в такому:

- підвищена здатність до додавання вартості для обох сторін;
- еластичність, швидкість реагування на нові потреби, що змінюються, та очікування пацієнтів на ринку медичних послуг;
- оптимізація коштів та ресурсів.

Серйозний підхід до цієї засади передбачає:

- встановлення рівноваги стосунків лікувальний заклад – постачальник з урахуванням коротко- та довготермінової користі;
- обмін досвідом та засобами між партнерами;
- визначення та вибір ключових постачальників;
- чітка і відкрита комунікація;
- обмін інформацією та планами на майбутнє;
- проведення спільних проектів розвитку і вдосконалення;
- стимулювання, заохочення, оцінка вдосконалень, розпочатих постачальником.

Медичні заклади стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги діють на ринку медичних послуг, де, власне, продукують свій специфічний товар – здоров'я. Видатний маркетолог Ф. Котлер стверджував, що "те, що можна продати або купити, і є товаром" [72]. На підставі цього вважаємо за доречне більш детально розглянути ситуацію на ринку медичних послуг.

Продукуючи здоров'я, медична галузь забезпечує суспільство відповідними ресурсами. Виділення здоров'я у фінансову категорію зумовлене тим, що галузь охорони здоров'я існує за рахунок бюджетів, формування яких залежить від стану здоров'я людей. Хоча здоров'я за своєю природою не має ні товарного, ні грошового вираження, проте високо цінується людьми. Як наслідок, відбувається приплив грошових ресурсів у систему охорони здоров'я з метою відновлення та підтримання на належному рівні стану здоров'я. Всі вищезазначені аргументи доводять необхідність існування ринку медичних послуг. Основою будь-якого ринку є ціни, які підтверджують бажання та можливість покупців придбати той чи інший вид товару.

Особливість підприємницької діяльності у сфері охорони здоров'я полягає у тому, що, з одного боку, державі необхідно створити умови для належної конкуренції на ринку цих послуг, а з іншого – здійснювати контроль із метою уникнення можливих негативних наслідків.

Такий контроль надзвичайно важливий, оскільки мова йде про людський фактор, а в товару, який продукується на ринку медичних послуг, відсутній грошовий вимірник. Саме тому державі, виходячи із дохідної частини свого бюджету та враховуючи суму коштів, які вона може виділити на охорону здоров'я, варто визначити, яка кількість населення має можливість отримати медичне забезпечення в повному обсязі. Логічно було б, щоб ця група пацієнтів складалася із пенсіонерів,

жінок та дітей із малозабезпечених сімей. Решта ж людей, чий статок на середньому та високих рівнях, може скористатися добровільним медичним страхуванням, яке є різновидом підприємницької діяльності, що фінансується як за рахунок роботодавців, так і самих громадян.

Першопричиною отримання прибутку в медичній галузі виступає необхідність покриття видатків, пов'язаних із наданням спектру медичних послуг та їх розширенням. В умовах ринкової конкуренції на ринку медичних послуг джерелом надходжень підприємців виступають пацієнти (тобто люди, зацікавлені у покращенні власного стану здоров'я). Як свідчить практика, основна частина прибутку складається із надходжень від заможних клієнтів. Така ситуація на будь-якому ринку ризикова, тому на її збалансування може вплинути збільшення обсягу наданих медичних послуг. Так, підприємець здійснює підприємницьку діяльність у медичній сфері й отримує прибуток від більш забезпечених верств населення, що, в свою чергу, дає змогу зробити медичні послуги доступними для оплати іншим пацієнтам.

Характеристика підприємницької діяльності в галузі охорони здоров'я не буде повною, коли згадати лише про її виробничий аспект (виготовлення лікарських засобів, обладнання, надання медичних послуг тощо). Невід'ємними складниками медичного бізнесу є також страховий, фінансовий, торговельний і посередницький аспекти. Підприємницька діяльність страхового характеру відображає продаж страхового захисту клієнта. Учасники ринку медичних послуг мають бути зацікавлені у всебічному розвитку страхової діяльності як основного джерела фінансування систем страхування охорони здоров'я.

Фінансовий аспект підприємницької діяльності медичних послуг має вузьке спрямування, і його навіть можна було б розглядати як складову частину торговельної підприємницької діяльності. Виокремлення цього аспекту спрямоване на те, щоб підкреслити економічну обґрунтованість

здійснення вкладень суб'єктами медичного бізнесу, що, в свою чергу, дасть можливість отримання стабільного прибутку.

Торговельна підприємницька діяльність відіграє важливу роль у придбанні товару. Мова йде про продукцію медичного спрямування. Слід вникнути в сутність торговельного підприємництва. Варто зауважити, що об'єктом підприємницької діяльності буде не товар, який пропонується на продаж, а надання певного роду послуги самим продавцем у вигляді консультацій із придбання, підбору та його гарантійному обслуговуванню. Посередницький аспект, володіння комерційною інформацією та надання інших видів послуг дасть змогу повноцінно провадити бізнес медичних послуг.

Усі вищенаведені нами аргументи підтверджують необхідність формування бізнес-середовища медичних послуг та здійснення підприємницької діяльності в галузі охорони здоров'я. На заваді вказаним процесам стоїть відсутність правової бази та відповідного податкового стимулювання (виходячи із соціальної сутності й доступності медицини) на рівні держави. Відчувається також відсутність науково-методологічних розробок цього питання, що є тематикою для дослідження науковців, як економічного, так і медичного спрямування [50].

Прагнення до досягнення найвищих стандартів якості в охороні здоров'я має бути очевидним та перетворитися на процес. Р. Каплан і Р. Купер вважають, що "процес можна описати за допомогою трьох параметрів: якості, часу реагування і коштів" [302].

Два перші параметри не є фінансовими показниками. До показників вимірювання якості варто віднести:

- рівень дефектів (лікарські помилки, кількість смертельних випадків і под.);
- продуктивність (відсоток наданих медичних послуг без відхилень).

До часу тривалості процесу (часу реагування) відносять:

- час тривання циклу (час за який надається медична послуга);
- ретельність постачання результатів лабораторних досліджень у клінічні відділення, де обслуговуються пацієнти.

З якого би боку ми не розглядали процес управління якістю медичними послугами, центром його завжди залишається пацієнт. Дж. Бенк, розмірковуючи про клієнта, дійшов до певних висновків [230]. Адаптуючи ці міркування до клієнта в сфері охорони здоров'я, можна висунути такі положення:

Пацієнти:

- є найважливішими особами;
- не зовсім залежні від медичної установи, радше навпаки;
- роблять послугу лікарням, коли туди приходять. Лікарні при цьому виконують свою роботу;
- не є частиною медичної установи, а клієнтами ззовні;
- вони не є лише "сухою" статистикою, а справжніми людьми, як і ті, що працюють у лікарні;
- звертаються до медиків зі своїми потребами та побажаннями. Завдання лікувального закладу полягає у задоволенні потреб та очікувань пацієнтів;
- без пацієнтів не існуватиме медичних закладів.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) [391] вважає пацієнтом кожну особу, що користується медичними послугами, незалежно від того, чи ця особа хвора, чи здорова. При цьому пацієнти виступають об'єктами медичного процесу та клієнтами медичних закладів.

Головною метою покращення якості медичних послуг є оптимізація опіки над пацієнтом, який одночасно уособлює клієнта лікувального закладу. Отже, важливим моментом є врахування його побажань та очікувань. Якість розглядається пацієнтом як результат його власної

оцінки та відчуттів у процесі надання медичних послуг. Зрозуміло, що така оцінка більш суб'єктивна та не завжди пов'язана виключно з медичними знаннями. Пацієнт очікує від медичних працівників не лише ретельного виконання їхніх обов'язків, а й поваги та визнання його власної гідності, допомоги при болю, забезпечення необхідних умов догляду. Відтак, пацієнт встановлює власні критерії якості медичних послуг. Він має власні максимальні вимоги щодо очікувань та вимог.

Поза широкою оцінкою якості медичних послуг пацієнтів варто все ж таки спиратися на медичні стандарти, що дозволять не лише ретельно виконувати власні обов'язки медикам, а й задовольняти потреби та очікування хворих. Для виконання зазначеної мети важлива методологія її досягнення, інакше кажучи – інструментарії запровадження. Ними є, власне, системи управління якістю медичних послуг.

2.4. Системи управління якістю медичних послуг

Присяга Гіппократа "Не нашкодь" (*primum non nocere*) та лікарська етика є основною умовою якісної праці медиків. Імпульсами дослідження проблеми доброї якості стала ситуація в хірургії. Певний період в історії світової медицини був пов'язаний із великою кількістю інфекцій у лікарнях, що створювало суттєві проблеми в системі охорони здоров'я.

Це стало поштовхом для поступового впровадження у практику наукової теорії управління. Додатковим стимулом були конкуренція на ринку медичних послуг та зростання свідомості й очікувань пацієнтів.

Упровадження системи управління в охорону здоров'я в світовій практиці проходили кілька фаз:

- Контроль якості. Модель розвинулася в промисловості в 20-30-х роках минулого століття. Такий підхід ґрунтується на дотриманні раніше встановлених норм та ініціюванні коригувальних дій, коли рівень

обслуговування не відповідає очікуванням. Запроваджуючи план дій, необхідно здійснювати моніторинг переваг їх застосування у вибраних місцях контролю. Моніторинг проводився шляхом акумулювання вибірових даних, частоти місця їх контролю та оцінки якості. Здебільшого його метою було встановлення та викриття браків і випадків низької якості товарів чи наданих послуг. Термін впровадження цієї системи був коротким, а ефективність обмежена.

– Забезпечення якості. Модель, що застосовується у багатьох медичних закладах, виникла у кінці 60-х років ХХ століття. Її метою було запобігання проблемам, а не започаткування коригувальних заходів в умовах кризової ситуації. Пріоритетною є засада виконання завдання з першого разу. Зазвичай вона застосовувалася при систематичних перевірках процесів та результатів аналізів лікування.

Мета цієї моделі – постійне вдосконалення та покращення якості, що ґрунтується на участі тих, хто надає послуги, і тих, хто ці послуги отримує із врахуванням усіх аспектів процесу. За реалізацію та впровадження дій з удосконалення якості відповідають спеціальні організаційні структурні одиниці. Система реєструє процедури, збори та аналіз інформації, а також дії, спрямовані на вдосконалення процедур. Мета її полягає в обмеженні кількості помилок, втрат як на зовнішніх, так і внутрішніх клієнтах. Навички вдосконалення діяльності стають запорукою усунення помилок та зменшують видатки на їх виправлення.

– Управління через якість (Total Quality Management, TQM). Вказаний підхід започатковано у 70-х роках минулого століття. До його реалізації залучені всі працівники, кожна організаційна структурна одиниця, яка бере участь у процесі покращення (вдосконалення) якості послуг.

Система покликана організувати якість праці у цілій установі. Якість вимірюється через регулярний моніторинг встановлених критеріїв,

що дозволяють контролювати основні її показники. Впровадження програми TQM у структуру лікувального закладу є довготривалим процесом, що ґрунтується на зміні стереотипу мислення, поведінки персоналу, і спрямований на ідентифікацію вимог та очікувань клієнтів. При цьому відповідальність за надання якісних медичних послуг лежить на всьому медичному персоналі та працівниках лікувальної установи.

TQM загалом можна представити як метод підвищеної ефективності, активності людських колективів та зміни способу мислення. Цей спосіб мислення (філософію) часто називають "доктриною якості", яка ґрунтується на трьох принципах:

- постійне вдосконалення: "постійно вдосконалюємося; вдосконалюємо все; вдосконалюємося всі";
- одна команда: "ми є однією командою, лояльні відносно себе та щодо фірми (лікарні); розвиваємо співпрацю; усуваємо конкуренцію";
- системне мислення: "кількаразове прийняття рішень, котрі повинні бути пов'язані із загальним принципом: за жодних обставин не порушуємо встановлених правил".

TQM полягає у досягненні максимального задоволення одержувача послуг через тривалий розвиток і вдосконалення процесу охорони якості. Цей процес складається із великої кількості елементів, в основі якої лежить дослідження ступеня сатисфакції клієнта.

Досягнення бажаного рівня якості неможливе без систематичного планування, що дає підстави для ефективного якісного управління в усіх структурах лікувальних закладів. Умовою досягнення зазначеної вище мети є тривалий процес оцінки для досягнення рівня "нуль дефектів" із розробкою відповідної стратегії.

Перш, ніж запровадити систему управління через якість, необхідно провести початковий аналіз, що передує плануванню якості. Ефективне

функціонування управління системою якості неможливе без системного та ретельного планування. Максимальний рівень ефективності досягається при постійному аналізі діяльності, що ставить собі за мету досягнути "нуля дефектів".

Перед запровадженням системи управління якістю необхідно провести попередній аналіз, спрямований на визначення якісної структури організації. Такий аналіз повинен здійснюватися за схемою, представленою на рис. 2.3. В основу системи управління якістю покладено процеси та процедури діяльності, що утворюють механізми для обробки часткових результатів.

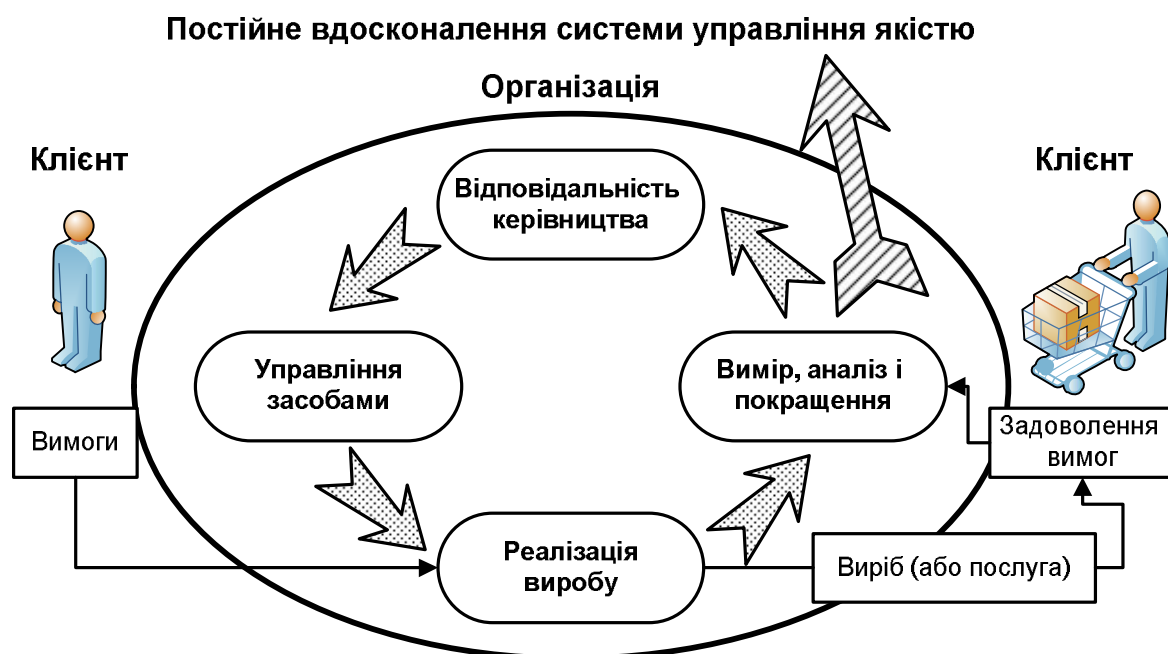


Рис.2.3. Схема постійного вдосконалення системи управління якістю*

*Опрацювання власне

Орієнтація організації на власного клієнта проявляється через усвідомлення його потреб. У нашому випадку клієнтом виступає пацієнт. Так, згідно зі схемою постійного вдосконалення системи управління якістю (рис. 2.3), ключовою фігурою є клієнт, котрий зі своїми вимогами

стає об'єктом дослідження на початку процесу і після його завершення із вивченням ступеня задоволення вимог.

Постійне вдосконалення системи управління якістю, відповідно до задоволення потреб клієнтів, регулюється нормою ISO 9001:2000. Для потреб охорони здоров'я клієнт дефінюється як:

- пацієнт або споживач послуг (споживач послуг також може бути донором);
- член суспільства (кожен член суспільства є потенційним споживачем медичних послуг у випадку масових щеплень);
- інша зацікавлена сторона (наприклад, працівники медичних університетів).

Метою систем якості, відповідно до норми ISO, є:

- досягнення й утримування якості та прагнення до постійного вдосконалення;
- вдосконалення якості діяльності, яка відповідає встановленій і прогнозованій;
- потреби клієнтів та інших зацікавлених сторін;
- здобуття довіри керівництва та працівників для того, щоб вимоги якості мали можливість збереження, утримання та вдосконалення;
- довіра клієнтів та інших зацікавлених сторін із метою запровадження вимог якості та їх дотримання;
- здобуття довіри, щодо дотримання вимог, котрі застосовуються.

Норма вимагає від лікувального закладу визначення якісних цілей, котрі є стратегічними в програмі охорони здоров'я, яку реалізує медичний заклад. З метою визначення ступеня досягнення цих цілей лікарня може використати якісні показники, пропоновані владою чи професійними організаціями, науковими товариствами. Важлива умова при цьому така: показники мають бути вимірними і значимими для процесу, якого

стосується. Якісні цілі повинні пов'язуватися з політикою якості, яка розуміється як збір щоденних правил поведінки та набір значень у сфері якості (наприклад, політика застосування ліків, матеріалів, політика щодо персоналу, маркетингова політика).

Після здійснення аналізу ситуації щодо готовності системи цілого лікувального закладу, необхідно переконатися, що система повністю готова до сертифікації. Після цього існує можливість проведення пробного аудиту, під час якого оцінці підлягають окремі напрямки діяльності лікарні. Пробний аудит дає змогу вирішити важкі проблеми та підтвердити:

- система готова до сертифікації;
- проведені процедури здійснені в правильному руслі, однак необхідно внести деякі корективи, тому сертифікаційний аудит відкладається терміном від одного до двох місяців;
- система не готова і для цього сертифікаційний аудит необхідно перенести на кілька місяців.

Норма також ставить вимоги до документації, необхідної для забезпечення контролю керівництва медичного закладу за належним функціонуванням системи якості. Існують вимоги, що стосуються систематичних процедур, але вони не повинні бути перебільшеними. Наприклад, існує вимога процедури контролю за документацією лікувального закладу, але нема вимог, котрі стосуються процедури лікування. Необхідно ще раз підкреслити еластичність системних розв'язків, передбачених нормою ISO 9001:2000.

В умовах конкуренції на ринку медичних послуг треба йти назустріч очікуванням клієнтів, аналізувати їх та задовольняти. Щоб зрозуміти потреби клієнтів, які найчастіше є пацієнтами, необхідно систематично досліджувати їх сьгоднішні і майбутні потреби. В епоху конкуренції висока якість та позитивний приклад медичного закладу будуть суттєво

впливати на його розвиток. Для цього медичному закладові необхідно також отримати сертифікат якості.

Запровадження системи якості та управління нею повинні включати наступні елементи (відповідно до ISO 9000), описані нижче. По-перше, мова йде про політику якості, що виступає ключовим елементом розробки стратегії. Політика якості не повинна суперечити стратегічним цілям медичної установи та очікуванням клієнтів. Вона має бути оприлюдненою та відомою усім працівникам медичного закладу, оскільки є політикою цілої установи. Окремою вимогою є наявність інформації про структуру і взаємозв'язки відділів. Все, що стосується інформації про надання медичних послуг, має відображатися в "Книзі якості". Це важливо ще й у випадку скарг пацієнтів на якість наданих послуг. "Книга якості" повинна містити чіткий опис процедури надання послуг, що дозволить виявляти порушення.

По-друге, важливою є організаційна культура колективу медичного закладу як детермінанта вдосконалення якості медичних послуг. Х. Ленартович вважає, що це поняття включає зібрання норм, поглядів, переконань, практичний досвід працівників; набір основних принципів, відкритих або розроблених і перевірених групою, що дало можливість визнати їх дійсними та передавати новим працівникам як практичний досвід [322].

До ознак загальної культури медичного закладу слід віднести:

- комунікація в закладі, спосіб передачі інформації;
- загальний вигляд споруди лікарні;
- загальний вигляд лікарняних відділів (хірургія, ортопедія, травматологія тощо) і палат;
- зовнішній вигляд персоналу (лікарів, медсестер, санітарів та обслуговуючого персоналу);
- критерії формування колективу;

- критерії просування кар'єрними сходами;
- стосунки в середині колективу медичного закладу;
- ступінь комунікації медиків із пацієнтами;
- створення процедури та ведення медичної документації;
- процес прийняття пацієнтів до лікарні, проведення досліджень, лікування та виписки їх додому.

По-третє, важливим аспектом запровадження системи якості та управління є процес організації. Без усвідомлення вимог ISO усіма працівниками медичного закладу (від головного лікаря до обслуговуючого персоналу) та їх значення у процесі підвищення якості система не принесе очікуваної вигоди та не задовольнить усіх потреб.

Четвертим елементом процесу впровадження ISO є відповідальність керівництва. Основа успішного запровадження та функціонування системи якості полягає в об'єктивному усвідомленні керівним складом її суті та значення, котрі можуть бути втраченими з огляду на довготривалість процесу. З цією метою доречним, на думку К. Ополскі, Г. Диковської, М. Можджонек, буде визначити працівника, котрий представляв би позицію керівництва у процесі впровадження системи якості [348]. Сам керівник зобов'язаний бути прикладом у вищезгаданому процесі та доводити на практиці переваги функціонування системи якості.

П'ятою особливістю запровадження та функціонування системи якості є її документування. Розробка відповідного пакета документації лежить в основі ISO і є своєрідним гарантом її ефективного функціонування. Документація має на меті внутрішнє упорядкування роботи організації, поширення серед команди політики якості, управління нею та оприлюднення результатів, що є доказом вірогідності та особливого підходу до функціонування системи якості. Ефекту цієї діяльності досягають шляхом закріплення контролю за документацією і даними.

Шостий елемент впровадження ISO передбачає наявність умов надання послуг (у тому числі і забезпечення їх якості), які підписуються лікувальними закладами з касами хворих, територіальними та державними бюджетами і под. Відсутність в Україні перелічених установ або ж згаданої процедури не створює умов для функціонування якісних медичних послуг.

Світова ж практика передбачає наявність належних умов для надання послуг, що спрощує процес їх отримання та дає можливість задовольнити очікування пацієнтів, а також слугуватиме своєрідним еталоном послуг (всі умови надання яких чітко визначаються в договорах). Перед початком лікувального процесу кожен випадок захворювання (перед підписанням угоди) вивчається з метою прийняття медичним закладом рішення про можливість чи відсутність можливості щодо задоволення всіх пунктів угоди. Відмова у наданні того чи іншого виду послуг має бути аргументовано обґрунтованою (відсутність необхідного медичного обладнання чи вузькопрофільних фахівців), відмова через діагноз (онкологічне захворювання, СНІД і тощо), не допускається, що на жаль, трапляється не лише в Україні, але і в країнах Європи. Такий підхід зрозумілий із погляду небажання збільшувати кількість смертних випадків у медичних закладах (що впливатиме на їх рейтинг за якістю), однак абсолютно не сумісний із принципом Гіппократа "Не нашкодь!".

По-сьоме, необхідно взяти до уваги процес доставки. Медичний заклад має бути впевненим у своєму постачальникові. Переконавшись у правильному виборі можна за умов наявності відповідних рекомендацій, сертифікатів якості тощо. Всі закупівлі мають бути обов'язково задокументованими.

Управління процесами є восьмою особливістю впровадження та функціонування системи якості. Цей аспект включає хронологічне документування послідовності виконаних процесів із зазначенням осіб, які

їх контролюють. К. Ополскі, Г. Диковська, М. Мождзонек вважають, що всі процеси – це послуги, що відбуваються в закладі, є циклічними, тому повинні бути оформлені у вигляді стандартів [348].

Дев'ятим елементом є діяльність щодо виправлення негативних ефектів та запобігання їм. Ця діяльність спрямована на виявлення відхилень, їх причин та розробку шляхів виправлення, які мають документуватися та зберігатися. Особливої уваги заслуговують ситуації, пов'язані зі скаргами пацієнтів, кожна з яких має бути детально вивчена і вирішена. Всі вони мають бути задокументованими для уникнення їх повторення у майбутньому.

Десятою, і чи не найголовнішою, особливістю системи є проведення внутрішнього аудиту. Його суть полягає у перевірці діяльності, що стосується якості. Зрештою, процедурою впровадження системи якості за нормами ISO передбачено проведення незалежними працівниками лікувального закладу внутрішнього аудиту якості із попереднім його плануванням. Під час аудиту центром уваги стають медичні послуги, які теоретично мають на меті задоволення потреб. Для того, щоби втілити теорію в життя слід ретельно описати процедуру надання медичних послуг із врахуванням випадків лікувальної практики, які раніше застосовувалися. Не повинні залишатися поза увагою помилки (особливо лікарські), котрі мають бути оголошені відразу ж після їх виникнення, що дасть змогу оперативного реагувати та застосовувати коригувальні дії. При цьому не варто забувати той факт, що лікарські помилки є одним із показників якості наданих медичних послуг. При здійсненні внутрішнього аудиту, варто вести реєстр різного типу помилок, що траплялися у діяльності медичного закладу; це дасть можливість оцінити динаміку застосування коригувальних дій та отриманий від них ефект.

Окремо необхідно реєструвати скарги пацієнтів та проводити їхній моніторинг за спеціально виписаною процедурою. Адже обґрунтоване

застосування необхідного інструментарію дослідження дасть змогу отримати об'єктивну оцінку ступеня задоволення пацієнта від процесу лікування. Так, у світовій практиці добре себе зарекомендував процес опитування пацієнтів у вигляді заповнення анонімної анкети. Анкетування проводиться на таких засадах:

- підходи до формування питань;
- обговорення проекту запитань загалом та кожного питання зокрема;
- шкала оцінювання – підбір критеріїв;
- принцип надсилання анкет;
- визначення розміру вибірки;
- виявлення та аналіз надійності анкет;
- аналіз анкет;
- побудова анкет.

Анкета має складатися орієнтовно з двадцяти п'яти запитань закритого типу та одного відкритого питання (Що для Вас було обтяжливим під час перебування у лікарні? Що Ви змінили б?). Окремо ставляться питання про оцінку якості життя та здоров'я:

- 1) самооцінка стану здоров'я;
- 2) оцінка відчуття щастя.

При цьому питання оцінки якості медичних послуг стосувалися:

- 1) загальної оцінки медичних послуг, отриманих у лікарні;
- 2) оцінки умов лікування в лікарні (час очікування в приймальному відділі, наповненість палат, проблеми з пересуванням лікарнею, оцінка чистоти, стан санітарних вузлів, душових, палат);
- 3) оцінка перебігу лікування (різновид госпіталізації; згода пацієнта на запропонований вид лікування та лабораторні дослідження; зрозумілість та доступність інформування з питань здоров'я; знання

пацієнтів про особливості прийняття ліків та їх дію; можливість контактування з родиною);

4) оцінка роботи медичного персоналу, а особливо лікаря (його представлення; комунікація з пацієнтом; отримання довіри пацієнта).

Під час дослідження сатисфакції пацієнтів збирається також інформація про особисті дані пацієнтів та подробиці їхнього перебування в лікарні. Це якраз приклад не тільки неефективного анкетування, але й негативного ефекту від нього. Гарантією ефективного функціонування системи якості в медичних закладах стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги є навчання персоналу. Норма ISO 9000 подає вимоги щодо навчання й освіти працівників у процесі управління якістю. Якщо працівники самі пройдуть навчання за нормами ISO 9000, збільшаться шанси ретельного та поетапного впровадження системи якості, що ґрунтуватиметься на об'єктивному змісті процесу надання послуг.

До зовнішніх методів забезпечення високої якості медичних послуг належить акредитація, що є найбільш ефективним методом, який успішно зарекомендував себе. Її роль у сучасних умовах полягає у пошуку проблем, що найбільше впливають на рівень наданих послуг та безпеку пацієнтів. У цих напрямках створюються вимірні критерії оцінки лікувальних закладів певного типу (наприклад, лікарні чи заклади довготермінової опіки), які називаються "стандартами акредитації". Ці стандарти мають динамічний характер, підлягають періодичній модифікації залежно від швидкості отримання запланованих ефектів. Відтак, основи акредитації полягають у стимулюванні досягнення оптимального рівня, визначеного стандартами акредитації. Щоразу вимоги стандартів повинні бути встановлені на максимально високому рівні, однак реально досяжному.

Розглянемо світову практику процесу акредитації, що вже пройшла випробовування та позитивно зарекомендувала себе. Найважливіша

перевага акредитації полягає в тому, що як окремо взятий лікувальний заклад, так і лікарня, має можливість провести самооцінку через порівняння себе із взірцями доброї практики та стандартами акредитації. Визначення таким способом власних слабких сторін дозволить особам, котрі займаються якістю, шукати шляхи вдосконалення функціонування процесів.

Процес акредитації складається з таких фаз:

- підготовча;
- подання заявки лікувального закладу про участь у процесі акредитації;
- затвердження структури лікувального закладу з метою опрацювання плану візиту акредитаційної комісії;
- узгодження плану візиту акредитаційної комісії;
- візит акредитаційної комісії;
- здійснення процесу акредитації;
- рішення акредитаційної комісії;
- представлення вступного звіту до акредитаційного осередку;
- підготовка підсумкового звіту;
- ухвалення рішення акредитаційною радою;
- надсилання до лікувального закладу стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги підсумкового звіту та рішення щодо акредитації;
- можливий початок процедури апеляції;
- моніторинг ситуації у лікувальному закладі між візитами.

Щоб розпочати процес акредитації, необхідне спершу усвідомлення лікувальним закладом стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги важливості такого кроку. Підготовча фаза відіграє важливу роль у цілому

процесі акредитації. На цьому етапі опрацьовуються стандарти та вносяться корективи у діяльність закладу відповідно до стандартів. Лікарня самостійно приймає рішення про те, чи вона готова розпочати процедуру акредитації. Процедура акредитації розпочинається із надсилання до центру акредитації заявки у формі листа, підписаного компетентним членом дирекції закладу стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Наступний етап – заповнення лікувальним закладом анкети і надсилання її до осередку акредитації. На основі інформації, поданої в анкеті, осередок розробляє план візиту з урахуванням структури і специфіки лікарні. У плані візиту зазначається його термін, тривалість, склад акредитаційної комісії. Також складається графік візиту та готуються документи, необхідні для проходження акредитації. Встановлений план візиту є обов'язковим до виконання для лікарні та членів акредитаційної комісії, однак, якщо це необхідно, план можна модифікувати під час акредитаційного візиту. Причина повинна бути прийнятною як для лікарні, так і для членів акредитаційної комісії. Зі змінами в плані повинні бути ознайомлені всі (особливо залучені працівники).

Кожен із членів акредитаційної комісії проводить оцінювання лікарні. Візит відбувається як у лікарняних відділах, так і в інших підрозділах, де пацієнт отримує послуги (лабораторії, операційний блок, аптека, амбулаторії тощо). Під час візиту проводяться опитування персоналу, переглядається документація лікарні та медична документація. Одним із важливих елементів процесу акредитації є представлення роботи внутрішнього комітету якості, що полягає у презентації проектів, спрямованих на покращення якості.

Рішення про визнання чи відмову у визнанні акредитації приймається акредитаційною радою. Акредитація призначається терміном

на три роки або ж із іншою циклічністю, передбаченого програмою. Підставою призначення акредитації є вступний звіт, виконаний візитерами після закінчення акредитації лікарні. Переданий керівником акредитаційної комісії до осередку акредитації звіт аналізується. За необхідною додатковою інформацією звертаються до медичної установи стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Висновки аналізу передаються до ради, яка на їх підставі приймає відповідне рішення. Рішення ради разом із кінцевим рапортом передається до лікарні не пізніше ніж за два місяці з дня візиту акредитаційної комісії. Якщо лікарня має якісь заперечення щодо візиту акредитаційної комісії чи видання радою рішення щодо акредитації, вона повинна про це заявити не пізніше ніж за два тижні з дня отримання відповідного рішення.

Важливим елементом процесу акредитації є передакредитаційне навчання, головна мета якого – обговорення процесу візиту, встановлення основних проблем, пов'язаних із приготуванням до акредитації. Таке навчання відбувається в закладах стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, зацікавлених акредитацією, у формі лекцій, поєднаних із дискусією. Наприклад, у Польщі, згідно з даними Центру моніторингу якості, кількість лікарень, що мають акредитацію станом на 22.06.2015 року, складає 199 [324]. У цій країні серед зовнішніх механізмів управління якістю медичних послуг та підтвердження їх рівня слід зауважити ще дві процедури:

- сертифікація на відповідність міжнародній нормі ISO 9001:2000;
- акредитація відповідно до програми Акредитаційної Ради.

Розглянемо користь для медичних закладів, котрі мають сертифікати згідно з нормою ISO [299]:

- доопрацювання, підтримування і вдосконалення прозорих медичних та юридичних процедур;

- поглиблення свідомості персоналу, його відповідальності за якість медичних послуг та збільшення задоволення персоналу від виконаної праці;
- зміцнення контролю над прихованою видачею ліків, інфраструктурою та медичною апаратурою;
- моніторинг показників якості та формування тенденції до зниження негативних показників, посилення тенденції позитивних показників;
- оптимізація використання наявних засобів, запобігання й управління клінічним ризиком чи надзвичайними ситуаціями;
- підвищення ступеня задоволення пацієнтів;
- створення позитивного іміджу лікувальному закладу з метою зростання конкурентної переваги.

Розглянуті нами вище системи управління якістю мають певні особливості. Так, акредитація концентрується на створенні стандартів і процедур, а ISO, на відміну від неї, є системою, що полягає у створенні формальних процедур та інструкцій для працівників. TQM приділяє увагу визначенню якісної культури та створення відповідних структур для покращення процесів із паралельним дослідженням напрямів змін [303].

Висновки до другого розділу

Формування, впровадження та вміле застосування системи якості в медичному закладі дасть йому можливість вийти на високий рівень в умовах функціонування конкурентного середовища на ринку медичних послуг. Відсутність об'єктивних показників для оцінки якості результатів означає, що конкуренція відбувається в неправильному напрямку. Замість конкуренції за досконалими результатами лікування, медичні установи конкурують у структурі (кількість та кваліфікація персоналу, кількість медичного обладнання) і процесах (методи лікування, послідовність операцій), що є посередніми носіями якості та не гарантують її.

Конкуренція на основі структури і процесів призводить до збільшення витрат на лікування, оскільки лікарні відрізняються за кількістю придбаного устаткування, персоналу, процедур (які не завжди є необхідними). На нашу думку, головна проблема низької якості медичних послуг в Україні полягає у відсутності єдиних показників якості результатів лікування і можливості порівняння на цій основі медичних установ. Не зважаючи на різноманітність хвороб, єдиним визначником успіху при аналізі фахівцями процесу надання медичних послуг у системі охорони здоров'я має бути результат лікування. Згадане напрацювання потребує застосування засад та системи управління якістю медичних послуг. Однак кінцевого ефекту від цього буде досягнуто лише за умови врахування усіх економічних питань управління якістю медичними послугами та визначення їх впливу на фінансові результати лікування. Цій проблематиці присвячено наступний розділ.

РОЗДІЛ 3

ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ КОНКУРЕНТНИХ ПЕРЕВАГ СУБ'ЄКТІВ ГОСПОДАРЮВАННЯ В МЕДИЧНІЙ СФЕРІ

3.1. Економічні аспекти управління якістю

Економічна площина виконання підприємством (установою) виробничої функції управління якістю в умовах ринкової економіки є центральним питанням економіки якості. Чим зумовлена необхідність виокремлення економіки якості продукції (послуг) та її дослідження? Відповідь криється в наявних економічних та якісних взаємозв'язках. Із метою детального дослідження зазначеної проблеми скористаємося можливістю відокремлення множини економічних засад. При цьому розглянемо часткову (економічну) якість, спільне створення цілісної якості виокремленого об'єкта дослідження або об'єкта управління якістю.

Виділення із множини економічних засад цієї та інших характеристик об'єкта дослідження і вивчення взаємозв'язків між ними дасть необхідну інформацію для управління якістю і повномасштабного формування якості з погляду економічної категорії. Доречною така інформація буде і для дослідження економічної категорії – з погляду якості вибраного об'єкта управління. Загалом ця діяльність спрямована на оптимізацію комплексної якості об'єкта дослідження.

В основі дослідження і формування взаємин між якісними та економічними категоріями у межах функціонування підприємства (установи) лежить система функціонування економіки. При цьому акцент робиться на ринковому механізмі та централізованому управлінні як у державному, так і міжнародному форматі. Під впливом ринкового механізму чітко проявляється об'єктивна залежність між якістю послуг на медичному ринку у відношенні до цих послуг в економічних категоріях

(ціні, коштах і под.). В умовах ринкової економіки існує пряма залежність цін від якості наданих медичних послуг. Іншими словами, рівень якості наданих медичних послуг впливає на їх кінцеву ціну. Із підвищенням якості послуг підвищується їх ціна. Таким чином, оцінка економічного примусу генерує якість та ціни, перетворює якість на самостійний товар. Варто зауважити, що тут не йдеться про будь-яку якість. Лише оптимальна якість медичних послуг може бути запропонована на ринку медичних послуг як товар.

Логічно, що в умовах здорової конкуренції якість повинна стати стратегічною метою для кожного лікувального закладу стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. При цьому головне завдання полягає у максимізації прибутків та зниженні витрат шляхом управління якістю в медичних установах. Оптимізація структури кількісно-якісного складу асортименту послуг є досить складним процесом. Це пов'язано з необхідністю об'єктивного дослідження внутрішньої кількісно-якісної структури послуг з урахуванням залежностей та взаємин на різних її рівнях. Медичні послуги надаються в окремих відділах лікувального закладу стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, які функціонують відповідно до свого фахового спрямування (хірургія, ортопедія, неврологія тощо), використовуючи при цьому певні засоби. Економічні питання щодо якості мають виникати не лише в окремих відділах медичного закладу, а й у всіх об'єктах управління (аптека, пральня, їдальня і под.).

Виникнення економічних проблем якості було пов'язано не лише з підвищенням прибутків за рахунок надання послуг вищої якості, що виражається через категорію ціни. Більш вагомим аргументом у цьому питанні є такі категорії, як вартість і видатки. Таким чином, кожна окремо взята послуга містить сумарні питомі кошти та витрати у функції

проектної якості, наявної якості чи якості певного типу послуг. Сутність управління якістю проявляється через такі процеси:

- планування;
- проектування;
- програмування;
- організація зв'язків;
- контроль та вдосконалення якості об'єктів управління.

Загалом, вирішальна роль якості як економічної категорії полягає в тому, що згадані процеси безпосередньо проявляються як критерії прийняття рішень та оптимізації в управлінні якістю. Масштаби та методи економічного аналізу повинні відповідними до характеристик об'єкта та рішень, що стосуються їх якості [328]. Важливим завданням дослідницького процесу є, на думку А. Хамрола та В. Мантури, визначення типології проблем якості, що дасть підстави для створення та розвитку методів економіки якості. Науковці вважають, що така типологія повинна передбачати:

- специфіку складових елементів якості об'єкта управління (технічна, ергономічна, товарна, експлуатаційна);
- різновид об'єкта управління (кінцевий виріб; напівфабрикат; технологічна операція; допоміжний процес; життєвий цикл виробу; відділ);
- комплексний характер якості об'єкта управління (проектна якість, дійсна якість, якість виконання);
- рівень складності як категорії якості [282].

З огляду на вищесказане, із зазначених міркувань, на фазі проектування медичних послуг відбувається збір інформації щодо ситуації на ринку медичних послуг, появи нових видів попиту. При цьому враховується здатність задовольнити такі потреби. Під здатністю розуміють професійне і технологічне забезпечення вимог та очікувань

пацієнтів. Це стає можливим за умови оптимізації проектної якості. Іншими словами, відбувається процес пошуку оптимальної рівноваги між можливостями та витратами, враховуються усі чинники впливу (зовнішні і внутрішні).

У фазі реалізації послуг особливо важливо приділити увагу проблемам управління якістю. Для початку необхідно досягнути наперед запланованого рівня якості медичних послуг. Наступним кроком мають бути концентрація зусиль з утримання досягнутого рівня якості. Завершальним елементом процесу управління є вдосконалення проектної якості медичних послуг. Останній елемент концентрується знову-таки на пошуку оптимізації якості як економічного критерію. Тобто йдеться про зниження як основних, так і додаткових витрат, однак без зниження рівня якості наданих послуг. Мінімальна загальна вартість визначає оптимальну економічну якість [299].

Розглянута нами вище проблема економіки якості при поділі її на фази недостатньо досліджена в європейських країнах і не реалізована в Україні, що ще раз підкреслює актуальність проведеного нами дослідження. Управління якістю виражається через процеси прийняття рішень шляхом планування, програмування, проектування, контролю та вдосконалення якості. У процесі управління якістю вагоме значення відіграють економічні категорії, що виконують роль оптимізації і стимулювання при прийнятті рішень. Загалом, кожне прийняття рішень стосовно якості наданих послуг має бути проаналізовано з огляду на економічні критерії, оскільки, як відомо, в умовах товарно-грошових відносин в економічних категоріях виражаються головні цілі підприємництва, відтак управління якістю стимулює їх досягнення.

Вибір методики економічного аналізу має відповідати характеристиці об'єкта дослідження та рішенням, що стосуються його якості [328]. У цьому контексті виникає необхідність систематизації

проблем якості для створення методів економіки якості. При цьому варто врахувати:

- часткові якості (технічна, ергономічна, експлуатаційна, соціологічна і т.д.);
- різновид об'єкта управління (цикл надання послуги, окремо взятий відділ, кінцева послуга, профілактика і под.);
- характерні стани якості (проектна, наявна, порівняльна).

Першочерговим об'єктом дослідження економіки якості виступає якість прийняття рішень на фазі проектування. У цьому контексті необхідно звернути увагу як на процес проектування в цілому, так і на його складники зокрема. На цьому етапі важливе все: необхідно ретельно проконтролювати вибір медичних матеріалів, підбір кваліфікованих працівників, наявність запроєктованої технологічної спроможності задовольнити актуальні потреби пацієнтів. Особливої ваги надають оптимізації проектної якості.

При проектуванні медичних послуг беруться до уваги зовнішні та внутрішні чинники, що впливають на їх життєвий цикл. Фаза експертизи передбачає створення у медичному закладі певної комісії, мета якої – аналіз та оцінка спроможності забезпечення певного рівня попиту на медичному ринку, запропонованого на фазі проектування. Ця оцінка може ґрунтуватися як на власних висновках комісії, так і на висновках залучених експертів. При цьому, в аналізі здатності наголос необхідно робити, знову ж таки, на оптимізації видатків та якості медичних послуг.

Реалізація (надання) медичних послуг як фаза життєвого циклу повинна відбуватися із дотриманням затверджених норм та графіків, її вимірником має бути винятково якість з урахуванням усіх її аспектів (нагадаємо, що йдеться про оптимальну якість) (рис. 3.1).



Рис. 3.1. Аспекти якості медичних послуг*

*Опрацювання власне

На цій фазі приймаються рішення щодо проблем управління якістю, зокрема, вони стосуються досягнення бажаного рівня якості, утримання її на відповідному рівні та вдосконалення. Вибір та економічна оптимізація виконання медичних послуг мають бути збалансовані. Для підтримки такого балансу необхідні додаткові видатки на профілактику та виправлення якості послуг. Виходячи з економічного критерію, оптимізацію якості виконання трактують як суму витрат і додаткових коштів, використаних при цьому. Мінімальна сума витрат на якість визначає економічно оптимальну якість виконання виробу (надання послуги), виходячи з інтересів продуцента [302].

Якість медичних послуг має кілька аспектів (рис. 3.1) і сприймається по-різному, залежно від цільової категорії. Найбільше значення вона має для пацієнтів, що трактують якість як:

- рівень кваліфікації медичного персоналу;
- умови, в яких надаються медичні послуги;
- спосіб реалізації медичних процедур;
- рівень комунікації медичних працівників та пацієнтів;
- ступінь покращення здоров'я.

Працівники охорони здоров'я розглядають якість як:

- покращення стану здоров'я пацієнта;
- задоволення пацієнта від процесу лікування та отриманих результатів;
- надання медичних послуг відповідно до сучасної медичної практики та застосування найновіших медичних технологій.

Страхові компанії та платники податків трактують якість як:

- доступність медичних послуг для пацієнтів;
- наявність відповідної інфраструктури;
- рівень кваліфікації медичних працівників;
- забезпечення лікувального закладу медичним устаткуванням;
- рівень здоров'я популяції.

Такі підходи до трактування якості медичних послуг існують в європейських країнах світу, де вони постійно вдосконалюються з урахуванням учасників ринку медичних послуг. Станом на сьогодні, немає можливості навести відповідні результати українських досліджень щодо трактування вищезгаданого поняття, оскільки чинна модель охорони здоров'я ("модель Семашко") деформувала в людей уявлення про доступність та якість послуг. Проведення опитування сьогодні може лише підтвердити незадоволення респондентів системою медичних послуг в Україні. Вважаємо, що такого типу опитування ще не на часі, враховуючи

необізнаність хворих про деякі аспекти лікувального процесу та брак довіри пацієнтів до медичних працівників.

Розглянуті нами аспекти якості в контексті життєвого циклу медичних послуг не містить повномасштабного дослідження якості в економіці. Однією із причин, що стримує розвиток таких досліджень, є виокремлення витрат на якість із загальної суми витрат лікувального закладу. Як уже наголошувалося, якість є абстрактною категорією, відтак вона не може бути окремою статтею видатків. Лікувальні заклади стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги можуть вести облік видатків за центрами їх виникнення (як один із можливих варіантів). Одна з переваг, що випливає із досліджень якості, полягає у можливості досягнення збільшення інвестицій та раціонального розподілу обмежених ресурсів медичного закладу.

3.2. Класифікація та управління витратами на якість медичних послуг

Досягнення та утримання певного рівня якості медичних послуг пов'язані з витратами, що є основою ефективного управління в лікувальних закладах. На думку Е. Скшипек, "кошти якості становлять синтез операційних коштів із досягненням якості. Зокрема необхідно зазначити профілактику, оцінку, зовнішні помилки, перевищення вимог, втрати користі" [369].

А. Хамрол та В. Мантура пропонують декілька постулатів у контексті досліджуваного нами питання [282]:

1. Ціною називається вартість одиниці виробу (в нашому випадку мова йде про окремо взятую послугу), виражена в грошовому вимірнику.

2. Вартістю називають величину цільового використання ресурсів, виражену в грошовому вираженні.

3. Витратами називаються витрати нецільового призначення чи споживання ресурсів, виражені в грошовому вимірнику.

4. Витратами називаються нецільові витрати чи зношення ресурсів, виражені в грошовому вимірнику.

Як видно із указаних постулатів та вищенаведених міркувань, існують певні зв'язки між послугою, якістю та вартістю. Всі вони функціонують в одній площині (рис. 3.2).

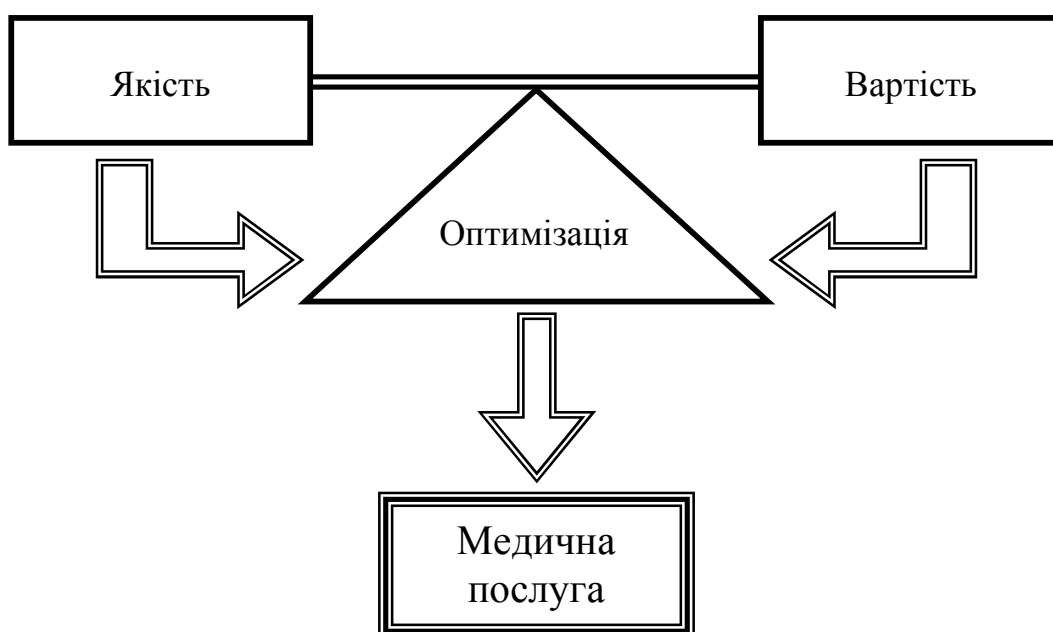


Рис. 3.2. Оптимізація якості та вартості медичних послуг*

*Опрацювання власне

Цей рисунок відображає дві головні складові послуги – якість та витрати. Чим вища якість медичної послуги, тим вищі відповідно затрати для її забезпечення. Важливим елементом наведеної схеми є визначення критичної точки якості, тобто необхідно розрахувати точку, у якій прийнятна якість послуг буде надана при найменшому обсягові витрат. Для визначення запропонованого стану необхідно проаналізувати якість

медичних послуг, згодом дослідити витрати, що йдуть на забезпечення якості. Порівнявши результати, можна визначити критичну точку якості медичних послуг. Загалом витрати на забезпечення якості присутні у всіх сферах виробництва товарів та наданні послуг. У світовій практиці виділяють три основні групи витрат якості продуктів (рис. 3.3).

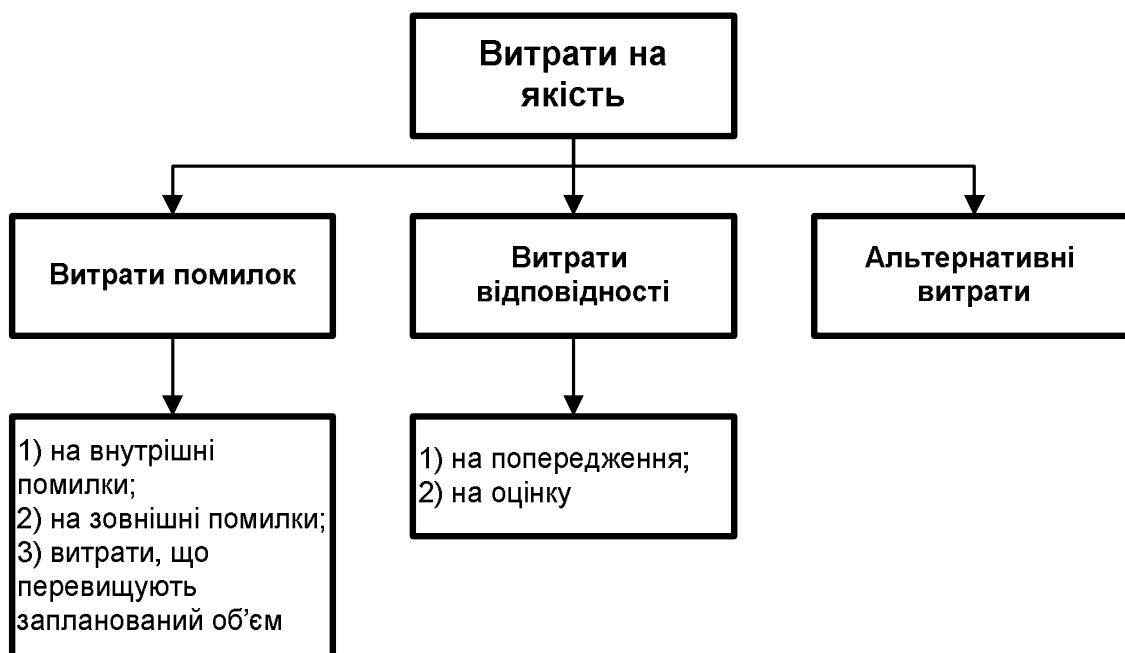


Рис. 3.3. Структура витрат на якість*

*Опрацювання власне

Усі витрати, які відносяться до першої групи, називають ще витратами невідповідності, що означає відхилення від очікувань клієнтів. Такі витрати спричинені недотриманням очікувань клієнтів або ж є витратами, пов'язаними з виправленням помилок та усуненням наслідків надання послуг низької якості. Залежно від місця виникнення та ступеня невідповідності, витрати помилок поділяються на внутрішні та зовнішні.

Внутрішні помилки трапляються здебільшого у відділах, де перебувають пацієнти, і саме там здійснюються витрати на виправлення помилок. Визначення лікарської помилки було запропоноване професором

Б. Попельським, який зазначав, що "помилкою є дії (недбалість) всупереч фундаментальним, загально визнаним принципам сучасних (актуальних) медичних знань" [334]. Кількість лікарських помилок у більшості випадків залежить від системи управління як медичною галуззю в цілому, так і окремо взятого лікувального закладу стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Іншими словами, чим ефективніше працює система якості медичних послуг, тим менша кількість небажаних наслідків для здоров'я та лікарських помилок.

Від рівня освіченості пацієнта залежить, чи відомі йому поняття:

- ризик, пов'язаний із процесом лікування;
- операційний ризик;
- несприйняття ліків;
- терапевтичні невдачі.

Про всі вищезазначені наслідки лікування, які виникають через помилкові дії лікарів, пацієнт – у рамках реалізації права надання інформації про стан здоров'я – повинен бути ретельно проінформованим. На жаль, як свідчить практика української медицини, лікарі щодо згаданого права пацієнта в кращому випадку надають йому таку інформацію, а в гіршому – просто примушують підписати документи без повного усвідомлення власних дій з боку хворого. Здебільшого це стосується проведення операцій та підписання пацієнтами відповідної ознайомлювальної документації вже на операційному столі під впливом знеболювальних речовин, що не дозволяють хворому зважити всі плюси і мінуси та прийняти правильне рішення.

Пацієнт без належної поінформованості буде неспроможним зрозуміти усі можливі наслідки медичних дій. Це спричиняє негативне ставлення до системи охорони здоров'я в цілому, адже в наш час такий підхід вважається нормою. Для пацієнта така ситуація буде тотожною

неправильним діям лікарів, бракові ефекту від лікування, а особливо погіршенню стану здоров'я, не зважаючи на лікування. Найбільш поширеними причинами порушення справ проти лікарів⁴ у європейських країнах є:

- раптова, несподівана смерть після резюмування щодо нескладного лікування і такого, що вважалось надто легким;
- серйозні ускладнення, в тому числі ті, що знаходяться в межах лікувального ризику, якого хворий та його родина не брали до уваги;
- надання медичних послуг, на які пацієнт не дав згоди;
- ненадання допомоги хворому лікарем, що прибув на виклик і залишив свого пацієнта вдома (хоч, на думку родини, хворий потребував госпіталізації);
- стиль праці лікарів та допоміжного персоналу;
- нездійснення або поверхневе проведення діагностики, що викликає підозри про неможливість встановлення об'єктивного діагнозу;
- неправильна оцінка таких досліджень або суперечливості між дослідженнями, зробленими різними лікарями;
- надання "сенсаційної" інформації стороннім особам про медичних працівників;
- особисте небажання пацієнта лікуватися у конкретного лікаря.

Найбільша кількість стосується таких випадків:

- хірургічних;
- нейрохірургічних;
- пологових;
- педіатричних;
- неврологічних;

⁴В Україні така практика відсутня

- анестезіологічних;
- онкологічних.

Найпопулярніші причини помилок лікарів такі:

- неправильна інтерпретація симптомів, навіть типових для посттравматичного розладу чи стану;
- невикористання доступних, але вкрай важливих для охорони здоров'я діагностичних можливостей;
- проведення лікування усупереч браку необхідної компетенції;
- необґрунтована затримка із завершенням операції;
- невідповідність у фармакологічному лікуванні;
- невідповідність в організації роботи цілої медичної установи чи відділу.

Питання, пов'язані з відповідальністю лікарів, зокрема карною, за скоєну помилку є значно ширшою темою, що виходить за рамки нашого дослідження. Лікар може допускати помилку стосовно хворої особи чи особи в посттравматичному стані. Обидва ці стани пов'язані з певним ризиком навіть при правильно поставленому діагнозі та призначенні лікування. Дуже складно, а інколи взагалі буває неможливо встановити, що спричинило хворобу і що стало підставою для скоєння помилки. Здебільшого це стосується тих випадків, у яких прогнози були невтішними, проте існували шанси на порятунок життя. Однак, у більшості випадків не можна звинувачувати лікаря в негативних результатах лікування чи смерті хворого. Натомість можна говорити про зменшення шансу на уникнення таких результатів, беручи до уваги небезпеку втрати життя та нанесення важких тілесних пошкоджень.

Друга група – це витрати відповідності. Відповідність окреслює ступінь, у якому послуга відповідає потребам пацієнтів. До цієї групи входять витрати на попередження та витрати на оцінку. Витрати на

попередження складають видатки, спрямовані на недопущення виникнення помилок. Тут кошти можуть бути спрямовані на:

- створення системи забезпечення якості;
- розробку та запровадження програм покращення якості;
- навчання персоналу;
- підвищення кваліфікації персоналу;
- діяльність команди, що забезпечує якість послуг;
- опрацювання процедур, стандартів та їх впровадження;
- підготовку до акредитації.

Витрати оцінки – це видатки, призначені на викриття можливих помилок, які виникають у зв'язку з визначенням ступеня відповідності фактичного стану зі стандартами якості. Приклади таких витрат – видатки на:

- моніторинг якості від початку до моменту завершення процесу;
- оплату праці працівників, що здійснюють моніторинг;
- самооцінку виконання акредитаційних стандартів;
- огляди інспекторів осередку акредитації, рівня підготовки до акредитації.

Третю групу складають альтернативні витрати. Це так звані "кошти втрачених можливостей у майбутньому", пов'язані з поточною якістю послуг, що надає медичний заклад. Цей рисунок відображає дві головні складові послуги – якість та витрати. Чим вища якість медичної послуги, тим вищі відповідно затрати для її забезпечення. Важливим елементом наведеної схеми є визначення критичної точки якості, тобто необхідно розрахувати точку, у якій прийнятна якість послуг буде надана при найменшому обсягові витрат. Для визначення запропонованого стану необхідно проаналізувати якість медичних послуг, згодом дослідити витрати, що йдуть на забезпечення якості. Порівнявши результати, можна визначити критичну точку якості медичних послуг. Такі втрати стосуються

як пацієнтів, котрі вже користуються медичними послугами лікувальної установи, так і тих, котрі могли б скористатися ними в майбутньому. Таким чином, лікарні можуть втратити довіру не лише окремих пацієнтів, а й суспільства в цілому. Це, в свою чергу, призведе до зниження ціни на медичні послуги. Як наслідок, витрати на утримання всієї інфраструктури лікувального закладу та заробітну плату персоналу можуть перевищити прибутки. Саме тому необхідно здійснювати процес управління якістю так, щоб не допускати виникнення змодельованої вище ситуації.

Витрати також класифікують відповідно до норми ISO 9004. У ній виділяються дві групи витрат, які пов'язані з якістю (рис. 3.4).

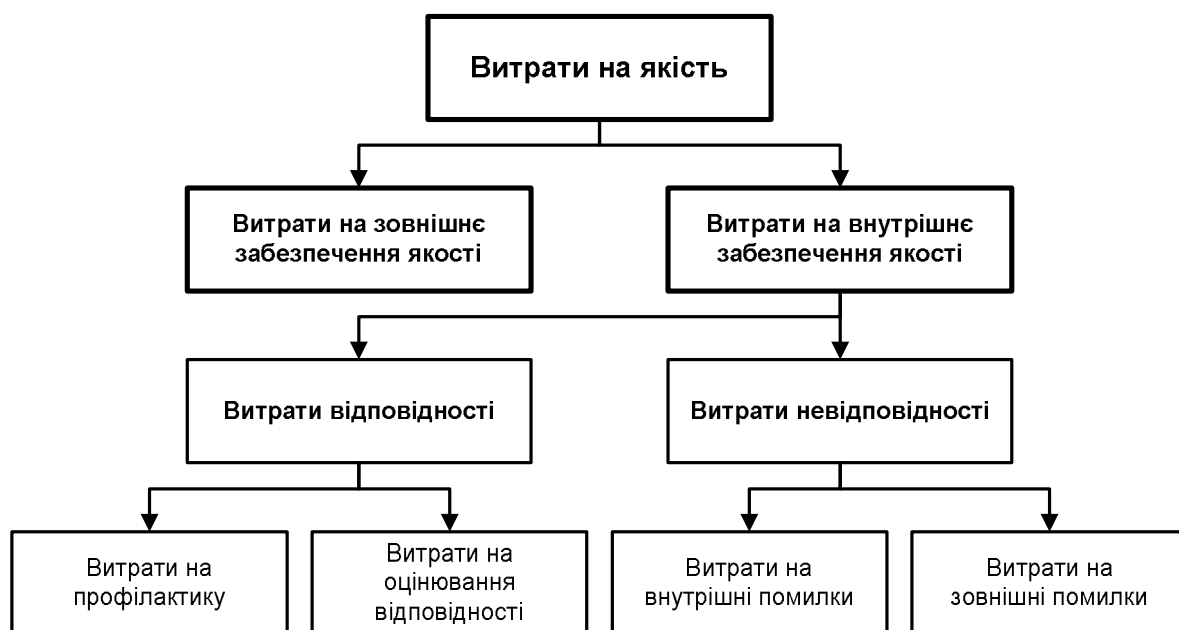


Рис. 3.4. Поділ витрат на якість згідно з "нормою" (стандартом) ISO 9004*

*Опрацювання власне

Це витрати зовнішнього та внутрішнього забезпечення якості. Останні включають видатки на забезпечення гарантій пацієнтам щодо рівня якості наданих послуг. Тобто йдеться про видатки на отримання необхідних сертифікатів та свідоцтв якості, визнаних експертами. Витрати внутрішнього забезпечення якості складаються із витрат відповідності і

невідповідності. Механізм їхньої дії детально було розглянуто вище. Вибір класифікації витрат якості є питанням умовним. Незалежно від вибору способу класифікації, медична установа зобов'язана управляти якістю, раціонально на неї впливати та вести облік видатків, пов'язаних із якістю. При цьому ці видатки необхідно ретельно проаналізувати і лише тоді приймати рішення, спрямовані на оптимізацію підтримки та вдосконалення якості для забезпечення очікувань пацієнтів.

Ведення обліку витрат на якість є довготривалим процесом, який доречно здійснювати поетапно. Спочатку відбувається приготування інформаційних матеріалів для керівництва, що є підставою прийняття рішення про введення обліку витрат на якість та поширення знань серед співробітників про вплив якості на фінансовий показник фірми [389]. Наступний етап – утворення спеціальної комісії, котра відповідатиме за впровадження якісної концепції в життя (рис. 3.5).



Рис. 3.5. Цілі визначення витрат на якість [232]

На думку М. Цієхана-Куяви, третім етапом є опрацювання процедури обліку витрат якості, детальних інструкцій реєстрації, обробка та аналіз витрат [240]. Четвертий етап відводиться питанням управління обліком витрат на якість, що впроваджуватиметься в життя [355]. При цьому всі видатки повинні бути економічно обґрунтованими. П'ятий етап полягає у підвищенні кваліфікації працівників шляхом їх навчання з питань обліку витрат та усвідомлення стосунків між якістю і фінансами підприємства. Шостим етапом є впровадження запланованої системи обліку та аналізу витрат на якість [240].

Подання інформації про видатки на якість керівництву підприємства і особам, зацікавленим цією тематикою, здійснюється на сьомому етапі процесу ведення обліку витрат на якість [240]. Восьмий етап полягає у проектуванні та впровадженні до практичного застосування пропозицій на підставі аналізу видатків на якість та оцінки ефективності діяльності системи управління якістю і її покращення [389].

Існує безпосередній вплив якості на рівень видатків та обсяг надання медичних послуг. Мета кожного лікувального закладу полягає в отриманні прибутків та належного позиціонування на ринку медичних послуг. Досягнення цієї мети можливе через:

- пропозицію консументам широкого спектру медичних послуг як відповіді на наявний попит;
- встановлення ціни послуг на основі конкуренції;
- високу кваліфікацію персоналу.

Видатки, спрямовані на якість послуг, безпосередньо впливають на загальний рівень видатків та прибутків. Це стає можливим завдяки покращенню якості, що має такі переваги:

- зниження вартості послуг;
- орієнтація та пристосування до вимог пацієнтів;
- збільшення доходів;

- регулювання часу надання медичних послуг до потреб клієнтів;
- налагодження інформаційного потоку щодо наданих медичних послуг;
- зміцнення позиції лікувального закладу стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги на ринку медичних послуг;
- забезпечення гідних умов праці;
- зріст ефективності діяльності.

Покращення якості медичних послуг веде до задоволення клієнта, збільшення прибутку та зменшення видатків на виправлення браку. Таким чином, з метою постійного контролю за видатками якості, необхідно не просто вести їх облік, а й стежити за джерелами утворення та динамікою процесу. На основі опрацьованих даних необхідно розробити найбільш оптимальний ощадний проект, де витрати будуть меншими від витрат заощаджень. Оптимізація витрат має розпочатися з оцінки вартості компонентів якості, що дозволить не лише вирішити поточні проблеми якості, а й оптимізувати її.

Важливими елементами системного підходу в контексті досліджуваного нами питання є аналіз витрат у динаміці, вивчення центрів їх виникнення та відповідно планування мінімізації обсягів. Для цього необхідно застосовувати різноманітні програми, системи, що не лише дозволять мінімізувати витрати, а й дадуть змогу контролювати їх у майбутньому. Існує низка моментів, на які варто звернути при цьому увагу:

- оцінювання складових елементів витрат якості;
- інвестування в покращення якості;
- збільшення видатків на профілактику якості на початкових етапах запровадження системи якості;

- в умовах існування ринку медичних послуг лікувальні заклади стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги повинні бути зацікавлені в отриманні максимальних прибутків при оптимальному рівні послуг.

Оцінювання складових витрат елементів якості є одним із перших та головних кроків при досягненні оптимізації видатків якості, адже знання їх величини дасть змогу стратегічно підійти до цілого процесу управління. Дослідження складових елементів варто спрямувати в такі напрямки, як:

- виникнення проблем, що стосуються функціонування проякісної системи;
- ефективність діяльності внутрішніх відділень із забезпечення функціонування системи якості;
- планування коригувальних дій, спрямованих на запобігання, оцінювання та вимірювання, що дозволить вийти на оптимальний рівень якості;
- ефективне використання наявних засобів для досягнення максимальних прибутків при максимальному рівні якості послуг.

Інвестування у покращення якості має на меті покриття витрат на забезпечення якості послуг. При цьому лікувальний заклад стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги прагне до збільшення своїх доходів, підвищення рівня обслуговування та, як наслідок, зменшення сатисфакції пацієнтів. Збільшення видатків на профілактику якості на початкових етапах та запровадження системи якості – це важливий аспект. Процес запровадження системи якості має розпочатися з курсів щодо проякісної політики лікувального закладу стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, де повинна звертатися увага

на її планування, комунікацію з пацієнтами, швидке реагування на відхилення від запланованих показників. Із часом роботи налагодженої системи зникає необхідність періодично перевіряти відповідність дій працівників у рамках проякісної системи. При цьому невиправдані видатки зменшуються. Ґрунтовний підхід до запровадження системи якості в лікувальному закладі детермінує збільшення видатків на профілактику самої якості. Мова йде про інвестування в майбутнє медичного закладу. Загалом, як свідчить практика європейських країн, зменшення видатків на якість на половину може тривати від двох до трьох років. Отже, ми розглядаємо довготривалий процес, ретельність якого гарантує досягнення кінцевого результату.

Функціонування будь-якого ринку передбачає отримання прибутку суб'єктами цього ринку. Лікувальні заклади стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги не виняток і також прагнуть збільшити до максимуму прибутки, однак при цьому вони зобов'язані враховувати власний рівень якості пропонованих послуг. Іншими словами, медичні заклади мають прагнути до оптимізації видатків на якість (рис. 3.6).

Вище ми переконалися, що не можливо досягнути відповідного рівня якості без інвестування в нього, однак при цьому обов'язково необхідно вести облік видатків. Облік витрат – це система якості запису у відповідних розділах і на відповідних рахунках, пов'язаних із якістю продукції (послуг), які можуть виникати на всіх етапах (від проектування до реалізації). Вона є частиною системи управління підприємством, що належить до сфери менеджменту якості, яка полягає у визначенні вартості якості, її аналізі, визначенні джерел формування та планування за декількома проектами на основі економічної ефективності (витрати повинні бути меншими, ніж заощадження, отриманні таким чином) [370].

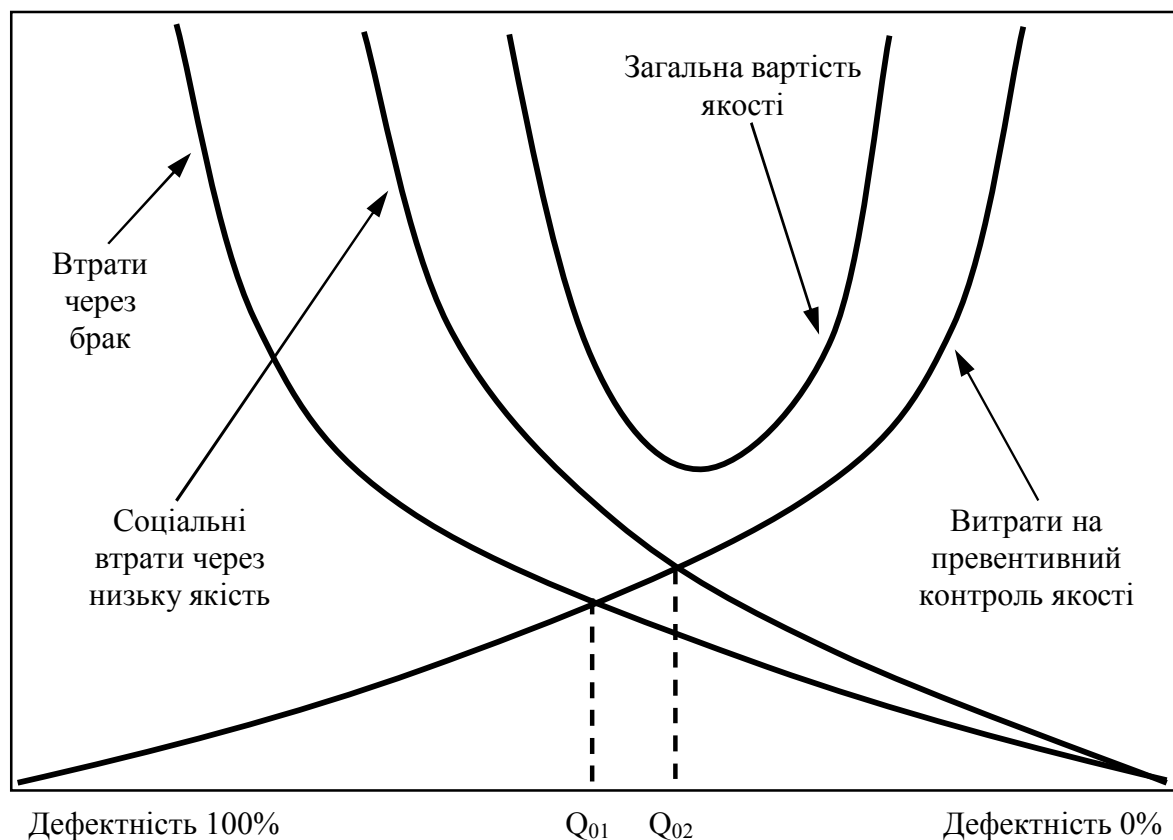


Рис. 3.6. Оптимізація витратків на якість [343]

Чинна в Україні система охорони здоров'я бере до уваги лише обсяг фінансування, який виділяє Міністерству охорони здоров'я й окремим його лікувальним закладам стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Такий підхід унеможлиблює, за своєю суттю, принципи якісного надання медичних послуг загалом. Реформування теперішньої системи, на нашу думку, повинно бути радикальним. Часткова переорієнтація призведе до рецидиву та позбавить шансу створення нової сучасної проякісно спрямованої системи охорони здоров'я. Відтак ліквідація старої системи дасть можливість зародженню, розвитку та функціонуванню новітньої системи, що дістала визнання та підтвердження в світі.

3.3. Особливості економічних проблем управління якістю медичних послуг

Процес управління якістю медичних послуг стикається з низкою економічних проблем, які необхідно ретельно дослідити та врахувати їх особливості, щоб вміти ними керувати та отримувати з цього прибутки. Перший блок проблем стосується дослідження, аналізу економічних умов при прийнятті рішення щодо якості медичних послуг. Іншими словами, береться до уваги той факт, що прийняття того чи іншого рішення стосовно якості послуг матиме різні наслідки (прямі і непрямі). По суті, нас мають цікавити економічні дані на початку процесу впровадження якості. Такі дані презентуються у вигляді встановлених вимог, обмежень та наявних можливостей. Саме тому лікувальним закладам необхідно систематизувати наявні економічні умови та залежності, виходячи з власних інтересів та прогнозованих зисків. У цьому контексті доречно розглянути економічні аспекти діяльності конкурентів, котрі працюють на медичному ринку та враховувати такі дані у процесі їх впливу на роботу лікувального закладу. Другий блок утворюють проблеми, пов'язані з визначенням ефективності прийнятих рішень у контексті якості медичних послуг. Основою досягнення кінцевого ефекту є раціональне використання наявних ресурсів із метою досягнення економічних цілей медичними установами.

Зупинимось детальніше на людському капіталі як аспекті конкуренції на ринку медичних послуг. Мотиваційний чинник стає вирішальним для людського капіталу в процесі становлення, управління та вдосконалення якості медичних послуг. Прагнучи до кращих умов праці (в тому числі достойної заробітної плати) та можливості самореалізації себе як кваліфікованих працівників, медики намагаються виконувати свою роботу відповідно до встановлених медичних норм, що значною мірою

впливає на рівень якості. При цьому ми говоримо про осіб із високим потенціалом, які здатні постійно вдосконалюватися, що знову ж таки матиме позитивний вплив на кінцевий результат діяльності лікувального закладу. Процес залучення людського капіталу, на нашу думку, мав би відбуватися в трьох вимірах:

- стратегічному;
- організаційному;
- функціональному.

Важливим моментом є трактування та розуміння суті вищезгаданих вимірів. Так, стратегічний вимір людського капіталу для одних бачиться як працевлаштування компетентних спеціалістів, підвищення рівня їх кваліфікації та побудова на цій основі мотиваційних систем. Вважаємо більш об'єктивним трактування стратегічного виміру як:

- пристосування до вимог пацієнтів;
- зміна чинної структури послуг відповідно до потреб клієнтів;
- постійна модернізація наявного медичного обладнання.

Організаційний вимір засвідчує, в першу чергу, сам процес управління людським капіталом. При розгляді цього питання повинно має бути враховано:

- відповідну структуру медичного закладу;
- наявність у структурі медичного закладу заступників із питань лікування та медичних сестер;
- функціонування окремого відділу у справах працівників лікувального закладу;
- діяльність лінійного керівництва;
- існування професійних спілок;
- наявність зовнішнього радника.

При цьому необхідно звернути увагу на низку аспектів. По-перше, розподіл обов'язків між людьми має бути чітким, що знайшло б

відображення в посадових інструкціях працівників. По-друге, негативних наслідків у сфері управління людським капіталом стане значно більшим при надмірно активній участі керівництва в управлінському процесі. Третій аспект полягає у недостатньому визначенні участі лінійних керівників у реалізації функцій персоналу.

Функціональний вимір – це розвиток медичної установи. У контексті розвитку людського капіталу варто звернути увагу на процес навчання персоналу. Як показує світова практика, в цьому питанні здебільшого увага приділяється лікарям, медичні сестри проходять навчання значно рідше. Фінансування таких навчань проводиться за власні кошти медичних працівників. Вважаємо доцільним упровадження часткового відшкодування з боку адміністрації лікарні, що стане додатковим стимулом для працівників на шляху до самовдосконалення.

Людський капітал у медичних установах України не є об'єктом дослідження ні керівництва цих установ, ні Міністерства охорони здоров'я. Це призвело до таких негативних наслідків:

- відсутність мотивації медичних працівників;
- несприйняття людей як джерела конкурентної переваги;
- брак стратегічної інтеграції людського капіталу;
- спрямування коштів на персонал відбувається у вигляді видатків, відсутність сприйняття їх як інвестицій.

Зупинимося більш детально на останньому твердженні. У практиці побутує упередження щодо вкладання коштів у людський капітал. Тому такий крок радше розцінюється як ризик, пов'язаний із фінансовими втратами, що можуть ґрунтуватися на:

- людській недосконалості (недостатня кваліфікація, відсутність різного роду знань, непередбачуваність);
- недосконалості процесу управління людськими ресурсами [263].

Ризик диференціюється залежності від галузі, кількості зайнятих осіб та низки інших чинників. Однак ризик, зокрема персональний, можна окреслити в контексті ймовірності його виникнення та визначення можливих розмірів витрат. П. Бохніч та К. Гугала [234] виокремлюють чотири можливих групи ризику:

- низька ймовірність виникнення ризику та незначні розміри витрат;
- низька ймовірність виникнення та великі розміри витрат;
- висока ймовірність виникнення ризику і незначні розміри витрат;
- висока ймовірність виникнення ризику та великі розміри витрат.

Регулювати рівень персонального ризику можна шляхом управління людськими засобами:

- при прийомі на роботу;
- мотивації і розвитку;
- витратами на управління працею [234].

Управління людськими засобами потребує певного інструментарію, що дозволить виміряти величину ймовірного ризику. Оцінка величини ризику дасть можливість:

- ідентифікації ризику;
- встановлення чинників, котрі ведуть до збільшення ймовірних ризиків;
- визначення місця акумулювання ймовірного ризику;
- дослідження процесів, у яких можливе виникнення ризику;
- оцінки величини можливих витрат.

Одним із можливих інструментів впливу на ризик є так звана "карта ризику" (рис. 3.7) [234].

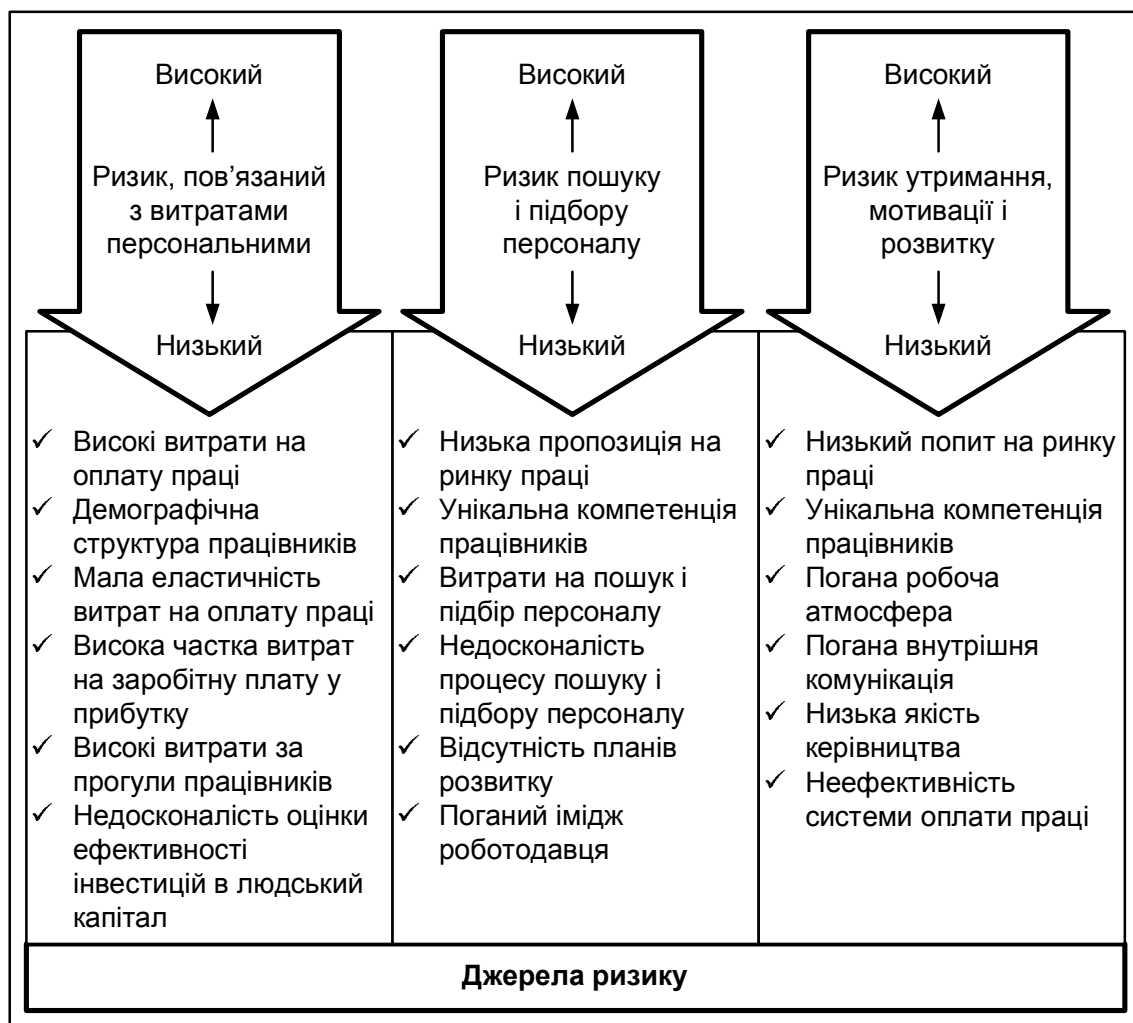


Рис. 3.7. Створення особистого профілю ризику організації [234]

Найбільш ефективними для визначення величини ризику мали би бути кількісні методи, однак їх застосування унеможлиблюється через такі причини:

- характерні риси людей є абстрактними;
- наявні інструменти прогнозування випадків утворення ризику у процесі управління людськими засобами недостатні;
- відсутні дані про реалізовані процеси та минулі події, які б дозволили проаналізувати ймовірність виникнення ризику;
- необхідна ефективна оцінка інвестицій у людські засоби із застосуванням різних методів та інструментів, що відрізняються від тих, які використовують у фінансовій сфері.

Усі вищенаведені аргументи дають підстави стверджувати, що:

- реформування чинної системи охорони здоров'я як галузі, що не виконує своє призначення через брак коштів;
- залучення до практики функціонування системи охорони здоров'я менеджерських кадрів, що концентрували б свою увагу на фінансуванні галузі;
- постійне підвищення компетенції медичних працівників;
- проведення аналізу роботи посадовців у медичному закладі стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги;
- розробка шкали оцінювання компетентності працівників, що дозволить на основі отриманих результатів скласти тематику необхідних тренінгів;
- передбачення застосування практики залучення фірм ззовні для обслуговування потреб медичних закладів стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги із метою економії коштів;
- організація спеціального комітету у справах якості наданих послуг у медичних закладах.

Загалом, процес управління (особливо стратегічного) кропіткий та потребує виважених кроків. При цьому стратегію доречно трактувати як спосіб реалізації власної місії, що є процедурою досягнення успіху [305]. Формувати стратегію управління варто на основі певних критеріїв, які найбільш вагомі для роботи медичних закладів стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, зокрема:

- вплив керівництва та менеджерів на процес створення стратегії;

- визначення цілей стратегії, місця її концентрації, способу трактування та встановлення оцінки ефективності;
- спрямування стратегії на важливі ділянки роботи лікувального закладу з метою отримання рівноваги в цілому.

Перспективи розвитку будь-якого медичного закладу стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги залежать від кількості наданих послуг та їх якості. Без суцільного запровадження засад TQM (комплексного управління через якість) не можливе постійне вдосконалення якості наданих медичних послуг. Для цього необхідно розробити і запровадити комплексну програму вдосконалення якості. Остання передбачає тривалий період реалізації із залученням усіх працівників медичних закладів стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Професор Т. Вавак пропонує модель постійного вдосконалення якості і вартості створення якості медичних послуг (рис. 3.8).

В основу запропонованої моделі покладений моніторинг процесу надання медичних послуг та реалізації проекту щодо покращення якості. На думку Т. Вавака, необхідно сконцентрувати увагу на визначенні вимог стосовно самого процесу та коригування відхилень, що виникають. Чільне місце у запропонованій моделі посідає пацієнт, від якого залежить ефективність функціонування медичних закладів. Перш за все, йдеться про вплив кількості пацієнтів на фінансові результати діяльності лікувальних закладів. В умовах страхової медицини кошти покриття витрат на лікування "ідуть за пацієнтом", тобто повинні надходити на рахунки лікувальних закладів, де він лікується. Автоматично, в умовах діяльності лікувальних закладів на ринку медичних послуг, з метою конкурування виникає необхідність не лише утримувати кількість пацієнтів на

відповідному рівні, але і забезпечити їх систематичний приріст. Від цього залежатиме можливість утримування відповідного штату працівників.

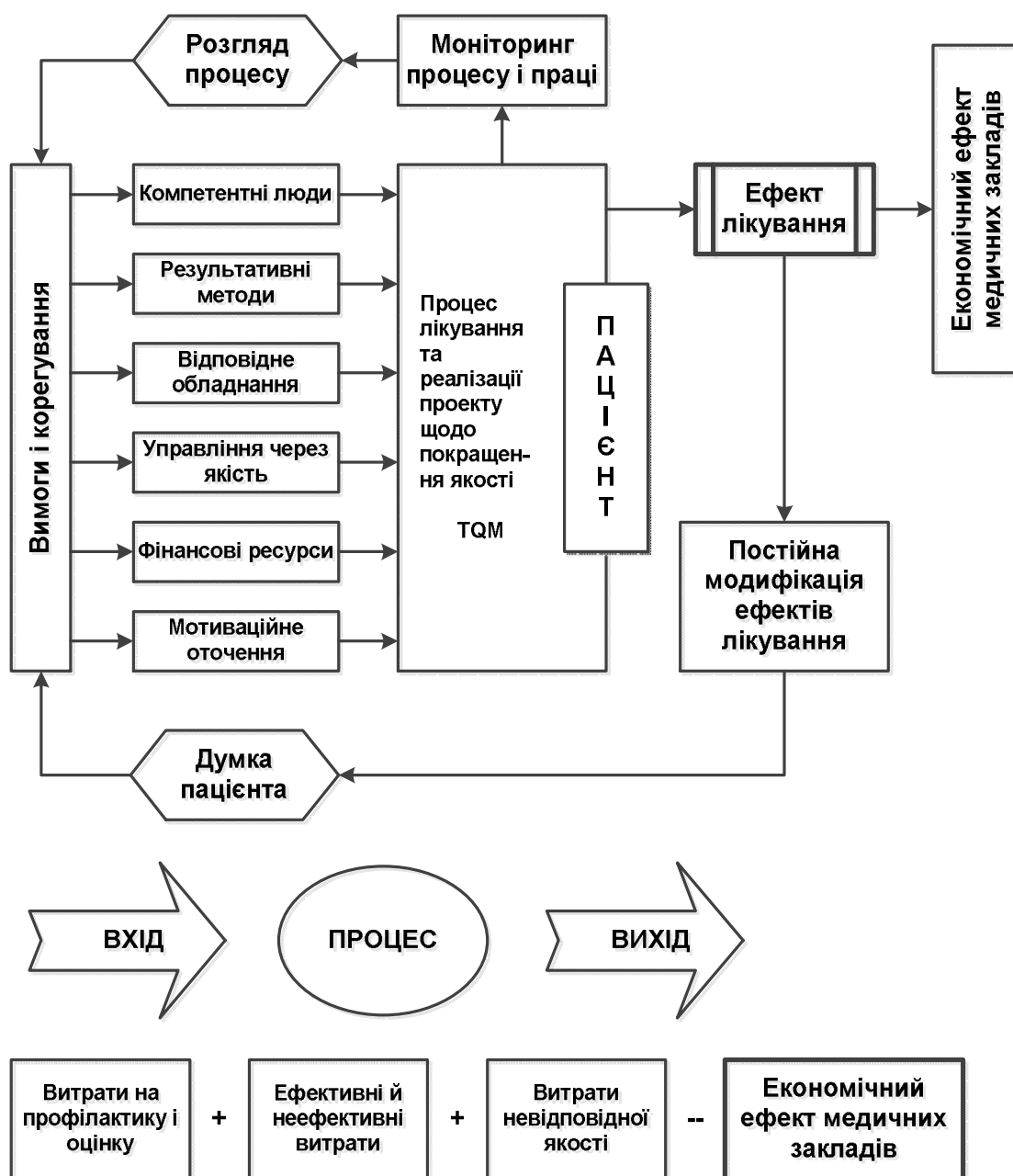


Рис. 3.8. Модель постійного вдосконалення якості і вартості створення якості медичних послуг [389]

По-друге, для того, щоб орієнтуватися на пацієнтів, необхідно знати їх вимоги та очікування. Якість медичних послуг залежить від багатьох чинників:

- людської компетентності;
- результативності методів, що застосовуються;
- відповідних пристроїв;
- управління через якість;
- мотиваційного оточення.

Людська компетентність – це основа для надання якісних медичних послуг, адже людський фактор присутній упродовж усього процесу, починаючи з моменту зустрічі з пацієнтом у приймальному відділі і завершуючи його випискою. Висока кваліфікація медичних працівників та їх вміння встановлювати зв'язок із пацієнтами є запорукою успіху для лікувальних закладів стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Застосування результативних методів процесу лікування дозволяє збільшити його ефект та підвищить якість. Досягнення ефекту не можливе без використання у практиці лікування відповідного обладнання, забезпечення яким веде до постійної модифікації ефектів лікування. Очевидним залишається той факт, що інвестиції в оновлення медичних технологій є вагомим статтею видатків, проте їх наявність обов'язкова та виплачується за умови більшого припливу пацієнтів. Реформування чинної системи охорони здоров'я має бути спрямоване на збільшення незалежності її закладів, зокрема фінансової.

3.4. Забезпечення конкурентоспроможності суб'єктів ринку медичних послуг

Загальна оцінка діяльності будь-якого підприємства (в тому числі і лікувальних закладів) виражається у фінансових показниках. Останні можуть мати як додатне, так і від'ємне значення. Плюсові фінансові показники можна вважати зиском, отриманим медичними установами, що

є узагальнювальним показником діяльності та мотиваційним чинником для примноження капіталу. Важливе значення вищезгаданого позитивного результату полягає у можливості його використання як джерела самофінансування (що дуже актуально сьогодні). Для усвідомлення формування якісних медичних послуг та їх впливу на кінцевий результат лікування, виражений у фінансових показниках, необхідно розглянути її складники за окремими блоками (рис. 3.9).

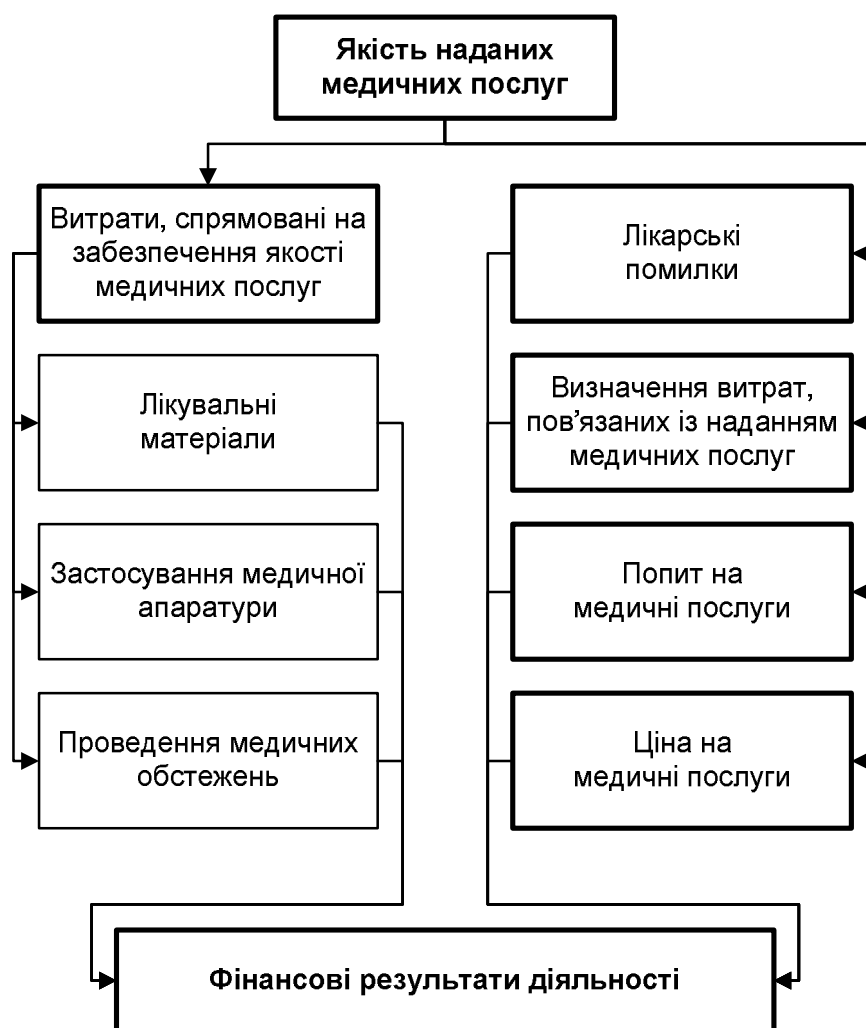


Рис. 3.9. Схема впливу якості медичних послуг на фінансові результати діяльності лікувальних закладів*

*Джерело: розроблено автором на основі [282]

Перший блок – це всі витрати, пов’язані із наданням якісних медичних послуг. Іншими словами, мова йде про обчислення відділом якості вартості лікувальних матеріалів, застосування медичної апаратури, проведення відповідних медичних обстежень та оплати праці спеціалістів. На так званій проектній стадії варто максимально врахувати всі нюанси відповідно до медичних стандартів, що дасть змогу зменшити кількість помилок у процесі обслуговування пацієнтів. Останні можуть мати негативні наслідки у формі невиправданих видатків як для хворого, так і для лікувального закладу. Це, у свою чергу, дасть можливість обліковувати витрати за центрами їх виникнення.

В основі другого блоку лежить мінімізація виникнення різних дефектів (відхилень від медичних стандартів). Практика надання медичних послуг збільшуватиме шанс на зменшення таких помилок. У такий спосіб паралельно буде підвищуватися рівень якості, а зекономлені кошти (на виправленні дефектів) можуть бути використані на оновлення медичної апаратури.

Третій блок тісно пов’язаний із наступними двома, оскільки презентує розрахунок видатків, пов’язаних із наданням медичних послуг протягом їх життєвого циклу. Підтвердити або ж спростувати необхідність існування необхідності надання тих чи інших послуг зможуть четвертий та п’ятий блоки. Так, блок номер чотири свідчить про залежність існування та величини медичних послуг від попиту на них. Ще одним чинником, що підсилює ефективність надання тих чи інших послуг, виступає їх ціна (п’ятий блок). З економічної точки зору, важливо розрахувати отриманий (прогнозний) ефект і визначити обсяги лікувальних послуг. Мова йде про дослідження видатків, здійснених при наданні послуг, і їх обґрунтованості.

Для прикладу, пацієнти будь-яких відділів лікувального закладу можуть стикатися із проблемою супутнього захворювання (ГРВІ). Виникає запитання про доцільність виклику отоларинголога для хворого

урологічного відділення та наявність такої можливості для пацієнта хірургічного відділення. Ключовими мають стати такі аспекти:

- мінімізація витрат при досягненні бажаного результату. Підрахунки дадуть змогу порівняти видатки на обслуговування пацієнтів за умови утримування у власному відділі додаткової штатної одиниці, виклику останньої зі спеціалізованого відділення чи переведення клієнта до спеціалізованого відділу;
- оптимальне вирішення цієї проблеми уможливить встановлення економічно обґрунтованої ціни, котра б задовольняла пацієнтів. На оптимальному варіанті зупиняємось свідомо, оскільки застосування мінімальних витрат прямо вплине на якість медичних послуг, а це матиме негативні наслідки. До того ж, лікувальному закладові таке лікування в кінцевому результаті обійдеться дорожче.

З метою прогнозування кінцевих фінансових результатів варто враховувати чинники, що мають на них вплив. По-перше, необхідно враховувати специфіку товару медичної галузі. Тому не маємо права відштовхуватися лише від прогнозних показників щодо величини майбутніх прибутків. Крім економічного, слід брати до уваги і соціальний та рівень здоров'я населення.

По-друге, враховуючи вищенаведені аргументи, медичні заклади як суб'єкти ринку повинні добре знати собівартість всього спектру запропонованих ними послуг. Це дасть змогу здійснювати певне регулювання ціни на їхню продукцію і зробить їх конкурентоспроможними. По-третє, медичному закладові необхідно володіти інформацією про перевищення прибутків та збитків. Ретельний аналіз діяльності дозволить уникнути передбачуваних втрат у майбутньому. Так, ефективне і якісне лікування стане гарантією одужання пацієнта. І, навпаки, недотримання медичних стандартів, низький рівень

медичного персоналу, недбалість збільшуватимуть термін перебування хворого в лікувальному закладі, що автоматично впливатиме на зростання видатків останнього (при доведенні його вини).

По-четверте, підвищення позитивного фінансового результату діяльності лікувальних закладів залежить від аналізу кількості, якості та асортименту медичних послуг. Такі дані повинні досліджуватися в динаміці. Зокрема, розширення асортименту запропонованих послуг дасть змогу збільшити приплив пацієнтів. При оцінці якості необхідно враховувати їх новизну й актуальність. Зміни якості наданих послуг можуть бути спричинені:

- безпосередньою якістю матеріалів, що використовувалися для надання послуг;
- рівнем кваліфікації медичного персоналу;
- медичною технологією, що застосовується;
- організацією процесу;
- наявністю та ефективністю функціонування системи контролю за якістю наданих послуг.

Для прогнозування фінансових показників необхідно проаналізувати потенційних клієнтів (у випадку медичних послуг – пацієнтів), що дозволить здійснити поділ зазначених показників на окремі категорії:

- ціна запропонованих послуг;
- асортимент медичних послуг;
- специфіка захворювання.

Медичні заклади стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги повинні здійснювати діяльність з урахуванням витрат на створення та забезпечення якості надання послуг. Важливим показником господарської діяльності є зіставлення вищезгаданих витрат з отриманим кінцевим фінансовим результатом. Якщо доходи перевищують видатки, можна

стверджувати про можливу тенденцію накопичення грошей. Якість процесу надання медичних послуг включає три складники:

- витрати на якість, час надання послуг;
- здатність до змін;
- ефективність наданих медичних послуг (рис. 3.10).



Рис. 3.10. Складові якості процесу надання медичних послуг*

*Опрацювання власне

Окремо взятий процес надання медичних послуг варто розглядати як процес творення ланцюга цінності. Автор концепції ланцюга створення цінності – науковець гарвардського університету Майкл Портер. На його думку, бізнес будь-якої компанії можна розглядати як складну систему різних видів діяльності. Зокрема мова йде про проектування, виробництво, вивчення ринку, доставку товарів та після продажне обслуговування. Суть пропозиції М. Потера полягає у процедурі визначення оцінки продукції чи послуг споживачами. Він вважає, що ступінь такої оцінки визначається тим, як виконуються дії, необхідні для розробки, виробництва, виведення на ринок, поставки та підтримки певного продукту чи послуги. Така діяльність повинна невинно аналізуватися, якщо завдання полягає у досягненні розуміння стратегічних можливостей організації [143]. У

запропонованій моделі М. Портер виділяє два види діяльності компанії: основну та допоміжну.

Діяльність будь-якої фірми повинна ґрунтуватися на логічній основі, що полягає у перетворенні наявних ресурсів на продукт (у нашому випадку – послуги) з метою задоволення актуальних потреб споживачів при оптимальних витратах. Акцентуємо увагу на останньому аспекті та свідомо уникаємо твердження "при мінімальних витратах – максимальні прибутки", враховуючи специфіку медичних послуг та можливість впливу мінімальних витрат на рівень їхньої якості.

На думку Є. Крикавського, логістичний ланцюг – це лінійно інтегрована сукупність фізичних і юридичних осіб (постачальників, виробників, дистриб'юторів, транспортно-експедиційних організацій, складів загального користування тощо), які здійснюють логістичні операції з єдиною метою – довести матеріальний потік від однієї логістичної системи до іншої (стосовно продукції виробничо-технічного призначення) чи до кінцевого споживача. Взаємовідносини у такому ланцюзі формуються на основі замовлень як пропозицій споживачів постачальникові виробити певну кількість продукції чи надати послугу [76].

А. Томпсон вважає, що галузевий ланцюг цінності складається з ланцюгів цінності підприємств. Дослідник розглядає елементи ланцюга з позицій формування витрат. Іншими словами, науковець акцентує увагу на вивченні вартісної сторони продукту. Такий підхід дає підстави зробити припущення про визначення А. Томпсоном концепції формування ланцюга вартості, хоча сам науковець стверджує, що його ланцюг має ціннісний характер і відображає структуру витрат, здійснених для створення доданої цінності продукту [190].

Беручи до уваги думку російського вченого В. Рєпіна, варто подати його визначення ланцюга створення цінності. Останній тлумачиться як

організований та взаємопов'язаний набір бізнес-процесів, що створюють цінність для клієнтів. Складниками ланцюга виступають бізнес-процеси, що беруть участь у створенні кінцевого продукту. В. Репін розглядає процес визначення технології створення цінності продукту для клієнта у вигляді бізнес-процесів як стійких, цілеспрямованих сукупностей взаємопов'язаних видів діяльності [159].

М. Портер ланцюг вартості представляє як систему взаємозалежних видів діяльності підприємства, що створюють цінність, характеризуються здатністю взаємно впливати на витрати чи ефективність інших видів діяльності [143]. Науковець виділяє два процеси створення доданої вартості, згадувані нами вище, – основні та допоміжні. До перших відносить маркетинг, логістику, виробництво. Допоміжні процеси служать для підтримки створення вартості. Ланцюг створення вартості М. Портера охоплює стратегічно важливі процеси, пов'язані зі створенням доданої вартості. Дослідник виділяє основні процеси, які безпосередньо створюють додану вартість. Таку ж думку висловлюють Т. Старджен та Д. Мак Кормік. Ланцюг вартості вони визначають як послідовність діяльності зі створення доданої вартості, яка підтримує кінцеве споживання продукції/послуг [378].

Будь-який лікувальний заклад на медичному ринку може претендувати на успіх у випадку презентації продукції, цінної для споживачів. Ступінь цінності безпосередньо залежить від уміння виробників максимально задовольнити потреби консументів. Відповідно, прибутковість лікувальних закладів залишатиметься сталою за умови перевищення створеної цінності над обсягом витрат, понесених під час надання медичних послуг (рис. 3.11).

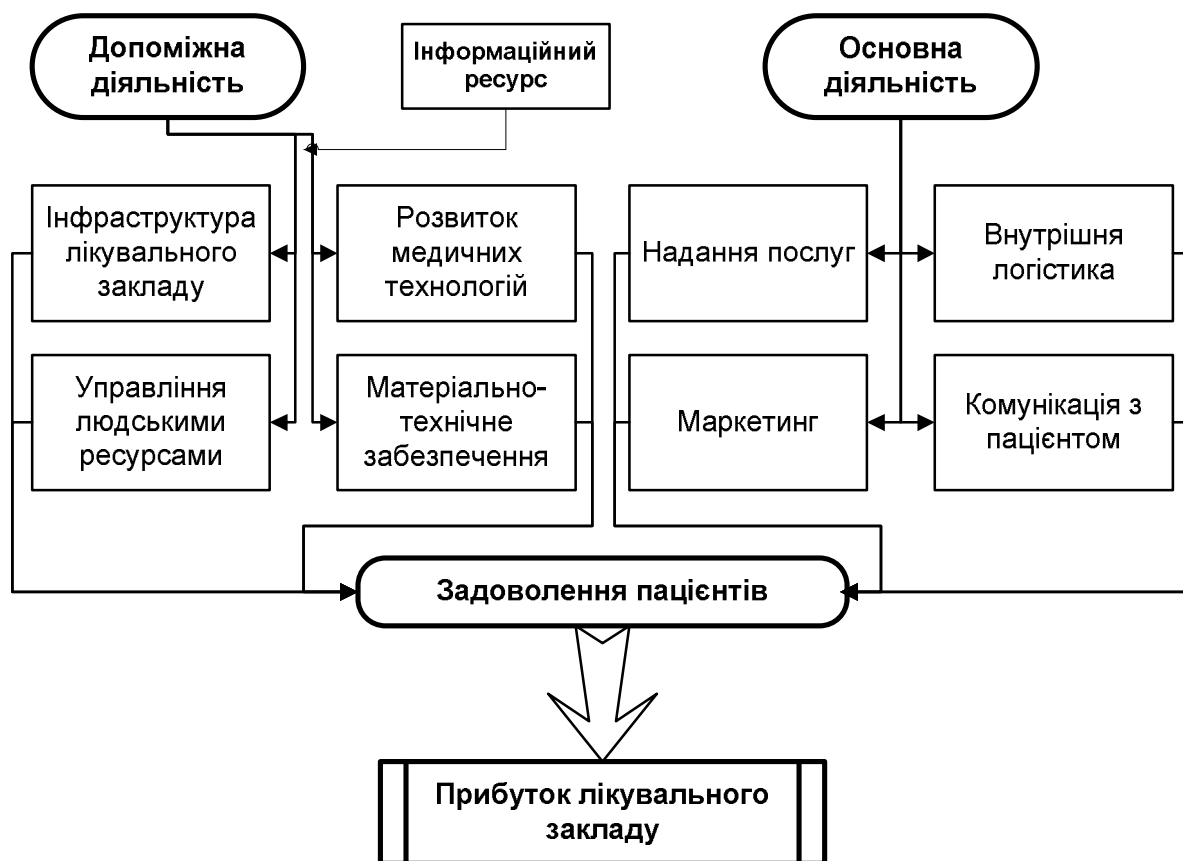


Рис. 3.11. Ланцюг створення цінності медичних послуг*

*Опрацювання власне на основі [242]

Якщо розглядати надання медичних послуг як процес створення ланцюга цінності, то на його початку розміщуватимуться ресурси для надання послуг, а на протилежному кінці – організаційний вплив на процес. Якщо ж розглядати надання медичних послуг відповідно до процесуального підходу, то на початку буде додана вартість, а в кінці – витрати. Заслуговує на увагу залежність якості результатів надання медичних послуг від якості процесу (рис. 3.12). Будь-які процеси (діяльність), що відбуваються у лікувальних закладах, повинні бути ретельно дослідженні з урахуванням:

- створення цінності для пацієнта (процесів створення вартості, її підтримки, відсутність цінності);

- показників ефективності (включаючи ефективність, досягнуту за рахунок конкурентного середовища).

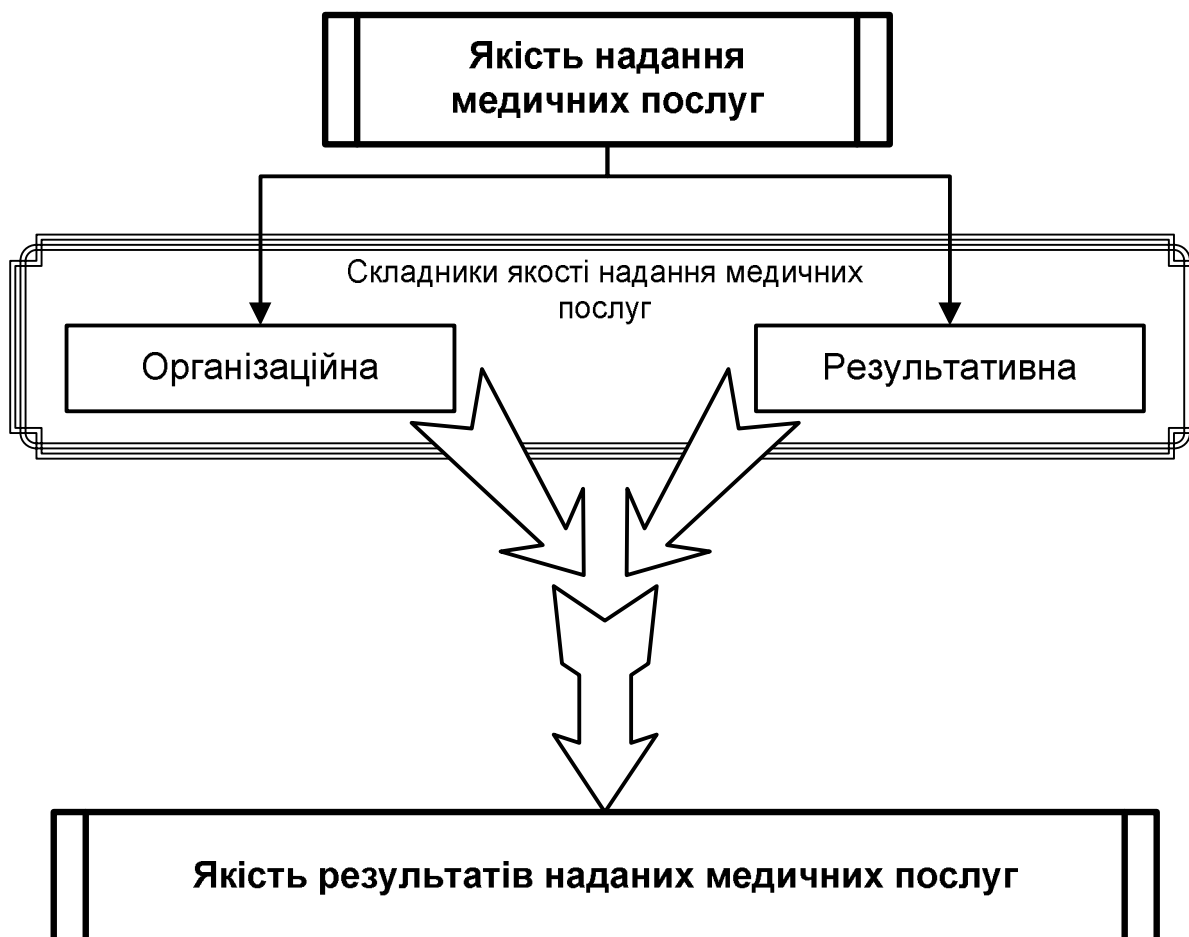


Рис. 3.12. Залежність якості результатів надання медичних послуг від якості процесу*

*Опрацювання власне

Якість процесу надання медичних послуг проявляється через два головних блоки заходів: організаційний та результативний. До першого варто віднести всі нюанси організаційної частини. Тобто, йдеться про зосередження уваги на тих речах, які необхідно здійснити для отримання кінцевого позитивного результату. Другий блок безпосередньо пов'язаний із першим. Враховуючи те, в який спосіб надавалися медичні послуги, варто сконцентруватися на можливості спрямування способу надання

медичних послуг на максимізацію результату. Зокрема, йдеться про корегування й аналіз результатів організаційного блоку. Так, при належному виконанні (наданні) послуг буде досягнена вартість. Тобто результативність ідентифікується у цінності наданих медичних послуг.

Основний акцент робиться на якість поставлених цілей. Останні складають підвалини створення цінності медичних послуг. Для цього необхідно брати до уваги факт систематизації таких цілей. Тобто цінність отриманих послуг пацієнтом вимірюється можливістю зменшення часу очікування, покращенні обслуговування і под. Цінність для лікувального закладу проявляється через стійкість позицій на медичному ринку, підвищенні власного рейтингу, можливості встановлення власних цін.

"Господарська діяльність – це інвестування звичайних засобів, як посівне зерно, в очікуванні врожаю в повній невизначеності", – вважає П. Дракер [262]. Так, розпочавши планування, розробку та сам процес надання нових медичних послуг, ніхто не може із впевненістю передбачити ефективність кінцевого результату. "Якщо сконцентруватися на процесі забезпечення якості, то, правдоподібно, збільшаться наші квоти, які коливатимуться в межах 5-10% обороту. Це надзвичайно велика сума, отримана без спеціальних вкладень", – стверджує П. Кросбі [245].

Високий рівень якості послуг стає запорукою наявності сталих клієнтів та кращим маневром у конкурентній боротьбі. Ринок медичних послуг, що нами досліджується, має свою специфіку, і тому лікувальні заклади, котрі перебувають на ньому, повинні бути еластичними, тобто готовими пристосуватися до змін. У таких умовах стає очевидним факт нарощування ефективності діяльності медичних закладів. Для досягнення найвищого рівня ефективності варто дослідити її складники. До згаданого поняття включають:

- ефективність інвестиційних вкладень;

- результативність господарської діяльності як визначника отриманої користі;
- ефективність проведеного лікування;
- економічну результативність, що служить барометром досягнення найкращих показників.

Особливу увагу в процесі ефективності діяльності медичних закладів повинні займати інновації. П. Дракер вважає, що процес формування інновації взаємодіє із проякісними процесами та стикається з певними обмеженнями. Такі процеси повинні бути не лише відчутними, а й зрозумілими, а для цього необхідні спеціальні знання. Розв'язок проблеми має відповідати способові праці [262]. Основний елемент ефективності, зокрема економічної, будь-якого підприємства – це його виробнича потужність, однак її збільшення доречно робити без залучення додаткових інвестицій. Це свідчитиме про пошук прихованих резервів та нових шляхів удосконалення (в нашому випадку – лікувальних закладів стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги).

Загалом, збільшення виробничої потужності не гарантує стійкої ринкової позиції медичних закладів. Саме тому останнім варто сконцентрувати зусилля на цільовій діяльності, що дасть змогу утримувати постійних клієнтів. Це само по собі гарантуватиме більшу частину успіху. Враховуючи все вищесказане, робимо припущення про можливість застосування економічної ефективності як інструменту для вимірювання ефективності управління. При цьому можна визначити граничні показники, що призвели до позитивних кінцевих результатів, а також намагатися не лише їх втримати, але і покращити.

Висновки до третього розділу

Таким чином, приходимо до висновку про безпосередній вплив якості на рівень фінансових результатів. Останній залежить від обсягу наданих послуг та процесу створення ланцюга цінностей медичних послуг. Так, обсяг надання медичних послуг, покращення їх якості призведе до збільшення пацієнтів і, як наслідок, – збільшення прибутків лікувальних закладів стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Погіршення рівня якості запропонованих медичних послуг спричинить втрату потенційних клієнтів та призведе до зниження стійких ринкових позицій.

Підвищення рівня якості пропонованих послуг дозволить збільшити їхню ціну, що потенційно підвищить прибуток лікувальних закладів. Підвищення заробітної плати медичного персоналу (стане можливим з урахуванням попередніх тверджень) та усвідомлення кожним працівником своєї ролі у процесі функціонування медичних закладів дозволить покращити якість їх роботи, що, своєю чергою, зменшить витрати та підсилить мотивацію праці. Важливу роль у цьому процесі повинно відігравати системне управління якістю, що дасть змогу акумулювати всі чинники безпосереднього впливу на кінцеві позитивні результати діяльності. Необхідно також правильно вибрати мету лікувальних закладів стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги із затвердженням відповідної стратегії для її досягнення. Еластичність або здатність до змін, є одним із головних аргументів на користь утримування ринкової ніші. До еластичності теж варто віднести якість адміністрування та операційних процесів як складників якості загального процесу надання медичних послуг. Ще одним компонентом еластичності є швидкість реагування та повнота задоволення щоразу нових потреб та очікувань клієнта.

Врахування та контроль кожного складового елемента еластичності дозволить збільшити довіру не лише постійних клієнтів, але й нових. Наведені вище аргументи заклали теоретичні підвалини в розгляді засад економіки якості медичних послуг. Для масштабного дослідження необхідно провести аналіз практичних аспектів управління якістю медичними послугами.

РОЗДІЛ 4

МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ УПРАВЛІННЯ СФЕРОЮ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ

4.1. Методологічний інструментарій управління та забезпечення якості медичних послуг протягом їх життєвого циклу

Основою повноцінного функціонування медичних закладів стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги є усвідомлення керівництвом та їх працівниками суті та ставлення до процесу управління якістю. Вагома роль при цьому належить цілям та завданням, сформульованим і представленим керівництвом лікувальних закладів. Розгляд процесу управління якістю варто розпочати із його засад, які унеможливають пошук виходів із певних ситуацій. А. Хамрол і В. Мантура вважають, що причини цього криються в еволюційному розвитку засад, що характеризують підхід до проблеми якості на підприємстві (рис. 4.1) [282]. Аналогічний підхід можна використати при розгляді проблем якості медичних закладів стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.

Зрозуміло, що, в умовах тоталітарного режиму в Україні був відсутній вільний ринок послуг. Це зумовлювалося рамками планової економіки. Так, основною вимогою до надання послуг було виконання плану в межах кошторисів лікувальних закладів. У цьому полягала мета діяльності організацій (лікувальних закладів). Критеріями оцінки вважалися дозволена норма відхилень у результатах лікування та затверджені економічні й медичні показники. Під економічними показниками розуміємо нормативи фінансування закладів охорони здоров'я. Головною формою взаємодії в таких умовах була, відповідно,

контрольна інспекція. Як наслідок усього вище перерахованого – відсутність конкретної відповідальності за якість наданих послуг.

	Традиційний підхід	Сучасний підхід
Мета діяльності лікувальних закладів	Виконання плану надання медичних послуг у межах кошторису лікувального закладу	Реагування на потреби ринку медичних послуг
Критерії оцінки	Дотримання інструкцій щодо методики лікування (дозволена норма відхилень)	Ступінь задоволення пацієнтів Обсяг видатків на якість Довіра пацієнтів Мінімізація людських помилок
Форма взаємодії	Контрольна інспекція	Самоконтроль Контроль якості наданих медичних послуг
Відповідальність за якість послуг	Не чітко описана	Передбачається для кожного медичного працівника відповідно до його становища

Рис. 4.1. Еволюція засад, що характеризують підходи до проблематики якості на підприємстві*

*Джерело: опрацювання автора на основі [282]

Сучасний підхід до проблеми якості варто розглядати поетапно, ретельно, оскільки деякі аспекти перебувають ще на етапі становлення. Мета діяльності лікувальних закладів стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги України в теперішніх умовах повинна відображати потреби ринку. В цьому контексті варто зауважити наявність проблеми функціонування ринку медичних послуг. Лише завершення цього процесу

в повному обсязі дозволить створити справжнє конкурентне середовище, що позитивно вплине на процес надання послуг.

До критеріїв оцінки якості сьогодні прийнято відносити ступінь задоволення пацієнтів, обсяг видатків на якість, довіру клієнтів, мінімізацію лікарських помилок. Перший із критеріїв на сучасному етапі формування медичного ринку береться до уваги формально (винятково для звітності). Видатків на якість, як таких, немає, оскільки за умов чинної медичної "моделі Семашко" це немає сенсу робити. Згадана модель не приділяє уваги питанням якості. На нашу думку, причина цього криється у невідповідності цієї моделі сучасним умовам господарювання. Що ж до лікарських помилок, то, на жаль, механізм їхнього обліку та уживання відповідних заходів покарання відсутній. Лікар, котрий припустився помилки у лікуванні хворого (що призвело до певних ускладнень), продовжує лікарську практику, наражаючи інших пацієнтів на небезпеку.

Сучасна світова практика передбачає відповідальність за якість наданих медичних послуг як лікувального закладу загалом, так і кожного медичного працівника зокрема. Наша держава в особі Департаменту управління та контролю якості медичних послуг для розв'язання зазначеного питання поки що спромоглася лише прийняти "Концепцію управління якістю медичної допомоги" (затверджено Наказом МОЗ України від 01.08.2011 № 454) [68]. Більшість положень згаданої Концепції мають декларативний характер, оскільки не містять чіткої методології переходу до нових умов функціонування – ні для лікарів, ні для пацієнтів.

Характерною рисою сучасного ринку медичних послуг у світі є не тотальний контроль «зверху», а самоконтроль. Ця трансформована форма дозволяє не лише здійснювати контроль процесу надання послуг, проводити об'єктивний аналіз ситуації в лікувальних закладах, а й контролювати якість їхніх послуг. Такий підхід дає можливість пошуку формули оптимальної якості для конкретно взятого лікувального закладу,

утримування та підвищення її рівня. Ахіллесовою п'ятою сьогоденної ситуації на ринку медичних послуг, що формується, є відсутність відповідальності за якість наданих послуг на противагу європейській практиці, де ця відповідальність чітко описана для кожного медичного працівника. Загалом із метою оцінки якості медичних послуг необхідно володіти певним взірцем таких послуг як основою для створення ефективної системи управління якістю послуг. Головною перевагою моделі є її універсальність – кількість критеріїв, що застосовуються, дозволяє детально охарактеризувати аспекти якості різного типу послуг. Універсальний взірець якості медичних послуг є готовим дослідницьким інструментом, що дає можливість оцінити різноманітні послуги під кутом їх якості.

У випадку зміни ситуації на ринку медичних послуг, цілей, вибраних методів дослідження та оцінки якості послуг програми чи політики лікувальних закладів, доречно акцентувати увагу на аспектах, що мають вплив на якість послуг із врахуванням їх ранжування. Усі відомі в світовій практиці інструменти управління якістю можна представити трьома блоками (рис. 4.2). Блок-схема знайшла початкове застосування в інформатиці з метою створення алгоритмів комп'ютерних програм, а також у теорії процесів та інженерії якості. При контролі якості використовується для представлення зв'язків між складовими елементами забезпечення якості.

Характерними рисами flow-chart (блок-схема (англ.)) є:

- простота побудови;
- можливий процес запису із використанням обраної мови програмування;
- зручна форма контролю за виправленням алгоритму [307].



Рис. 4.2. Інструменти контролю за якістю*

*Опрацювання власне

Завдання блок-схеми полягає у:

- встановленні відповідності окремих кроків логічному перебігові процесу;
- виявленні слабких сторін процесу та комунікаційних помилок;
- встановленні та виокремленні типових пунктів, що потребують виправлення;
- кращому розумінні перебігу процесу та локалізації проблем.

Наступним інструментом якості є контрольна карта, що має переважно статистичний характер і надає детальну інформацію про об'єкти дослідження. Вона допомагає дослідити здатність процесів, що

відбуваються, досягнути поставленої мети. Інформативні дані лягають в основу конструювання контрольної карти, яку можна виконувати у вигляді діаграми автоматично або в ручному режимі. Ілюстровані причинно-наслідкові зв'язки представлені у вигляді "скелета риби" (відомого як діаграма Ішікави) дозволяють відокремити причини від наслідків та визнати складність завдання. Її творець запропонував причинно-наслідкову діаграму, яка розпочинається з аналізу виявленого наслідку. Останній проводиться з метою встановлення всіх можливих причин його виникнення. Сам Ішікава виділяє чотири групи причин [50]:

- люди (manpower);
- методи (methods);
- машини (machinery);
- матеріали, засоби (materials).

Усі ці групи розподіляються на окремі причини та ретельно досліджуються. Таким чином, причинно-наслідкова діаграма є графічним аналізом взаємодії різних проблем якості та їх взаємовпливу (рис. 4.3). Аналізуються також результати вказаних вище взаємодій. Кожна з груп причин, зазначених на рис. 4.3, має безпосередній вплив на проблему формування якісних медичних послуг. Так, персонал є одним із ключових елементів якості медичних послуг. Варто виділити кілька підгруп причин:

- рівень професійної та особистісної культури працівників;
- мотивація;
- професійне партнерство.

У зв'язку з цим, групу причин доречно розглядати крізь призму методів управління якістю (CAD, CAM, OFD, FMA, SPC), прийнятих для практичного використання в лікувальному закладі.

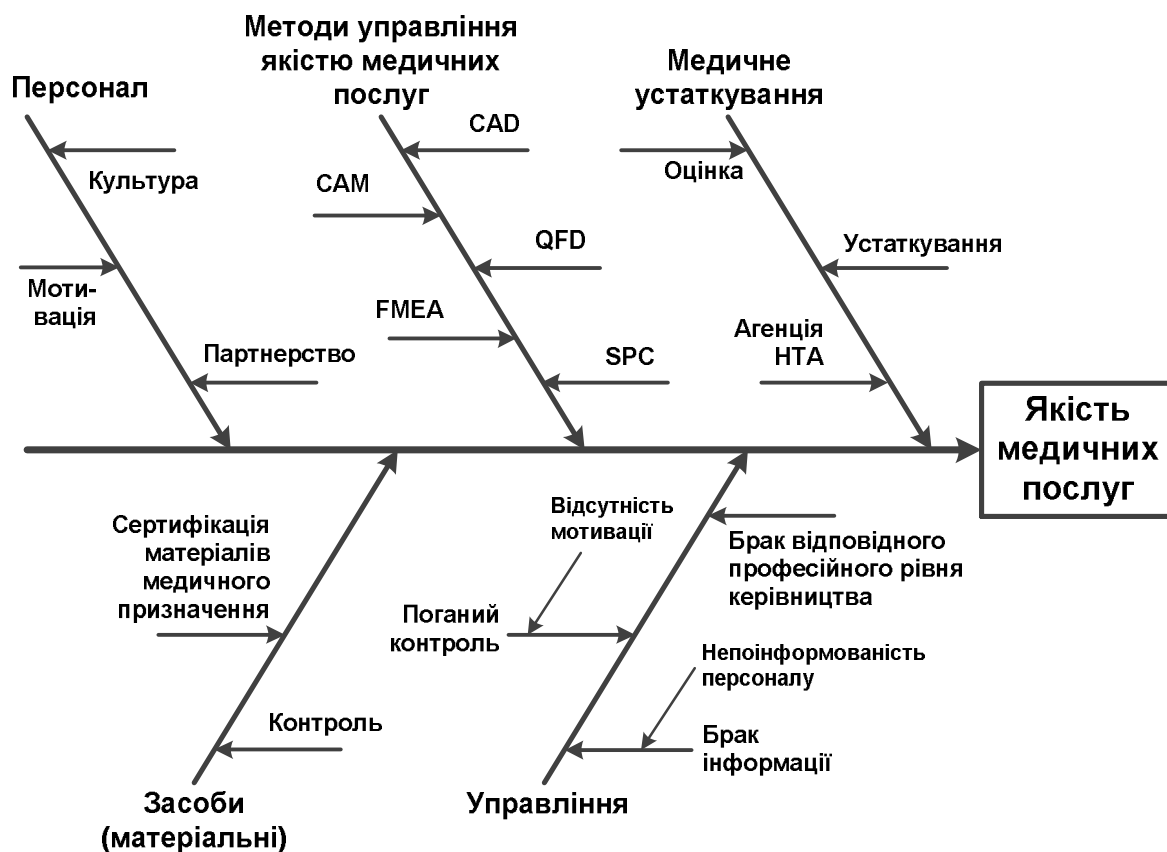


Рис. 4.3. Групування причин виникнення низької якості медичних послуг*

*Опрацювання власне

Примітки:

CAD – автоматизована система забезпечення контролю якості;

SAM – метод уособлення в наданих медичних послугах очікувань пацієнтів;

QFD – метод розвитку функції якості;

FMEA – аналіз різновидів помилок і їх наслідків;

SPC – метод статистичного контролю процесом;

Медичне устаткування складає наступний блок проблем. Оцінка медичної технології вважається відносно молодою та перспективною галуззю знань у світовій практиці. Згідно з визначенням, це діяльність, що ґрунтується на критичному аналізі наукових фактів медичних, соціальних, етичних та економічних досліджень, наслідки яких використовуються сьогодні при здійсненні медичних процедур (названих медичними технологіями (НТА)), а також нових, що тільки почали застосовуватися.

НТА не займається конкретними, клінічними аспектами процедури, а підтверджує соціальні наслідки її поширення та використання в галузі зміцнення здоров'я, профілактики захворювань, лікування, діагностики і реабілітації. Мета НТА полягає у найкращому використанні тимчасової вартості грошей відповідно до того, як показали результати випробувань (контролю) з використання технології в основній групі під час наукових експериментів. НТА забезпечує управління охорони здоров'я, медичних працівників та пацієнтів інформацією, заснованою на наукових даних (evidence based policy making).

Станом на сьогодні, у 35 країнах світу вже існують державні установи різних розмірів НТА, пов'язаних із міжнародними організаціями обміну інформацією, які співпрацюють в єдиній мережі, формуючи спеціальні інформаційні бюлетні, де представляють результати роботи ІНАНТА (The International Network of Agencies for Health Technology Assessment in Health Care). Ця агенція об'єднує біля 30 агенцій із цілого світу, які разом щороку подають майже 500 рапортів. Ще однією міжнародною організацією є ІСТАНС (International Society of Technology Assessment in Health Care), додаткове завдання якої полягає у популяризації діяльності НТА серед країн, що розвиваються.

Враховуючи вищезазначене, вважаємо, що Україні неодмінно потрібно долучитися до роботи ІНАНТА і запропонувати на розгляд та оцінку міжнародного загалу власні наукові напрацювання. Для цього доречно було б відкрити таку агенцію в Україні. Її метою має бути забезпечення управління системою охорони здоров'я шляхом надання науково-обґрунтованої інформації з різних областей медицини. Агенція повинна забезпечити представлення узагальненої інформації про результати правильно спланованих та проведених наукових досліджень у галузі медицини. Проте звіти, в яких буде міститися згадана інформація,

мають стосуватися не лише медичних аспектів процедур, але й економічних, етичних чи суспільних, пов'язаних із ними.

Діяльність агенції має базуватися на пошуку незалежної інформації з опублікованих наукових досліджень із метою збирання та оцінки наукових фактів. Останні слугуватимуть основою для інших груп фахівців при формуванні відповідних висновків, рекомендацій чи законодавчих норм. Так званий "кошик медичних послуг", запропонований пацієнтам, повинен містити єдиний порядок оплати послуг лікувальних закладів стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, ефективність якого ґрунтувалася б на правильно спланованих і проведених дослідженнях із контрольною групою.

Сучасна система охорони здоров'я України не використовує принципів доказової медицини як основу для аналізу економічної ефективності. Оцінка технологій охорони здоров'я є одним з інструментів, що дозволяють підняти систему охорони здоров'я на більш високий рівень стандартизації і раціоналізації медичних процедур. Таким чином, фінансування медичних процедур відбуватиметься за встановленим порядком. Цілком очевидно, що це перетворення як елемент цивілізації піде на користь окремим пацієнтам і суспільству загалом.

Управління якістю медичних послуг ґрунтується на різних оцінках функціонування охорони здоров'я. До уваги слід брати ефективність медичної допомоги і використання медичних технологій. Важлива риса існування засад надання якісних медичних послуг полягає в тому, що вони передбачають визначення методології управління якістю. З метою досягнення успіху через конкурентоспроможність організаціям лікувального характеру необхідно більше інвестувати у медичне устаткування та покращення організаційних процесів.

Наступна група причин – це засоби чи медичні матеріали. У ній виділяються дві підгрупи: сертифікація та контроль. Однією із головних вимог щодо дотримання якості медичних послуг є сертифікація медичної продукції, що стає гарантом дотримання встановлених стандартів. Обов'язковою умовою дотримання вищезгаданої вимоги є постійний контроль за допомогою моніторингу. Управління процесом надання медичних послуг важливе для формування якості медичних послуг. Видієна проблемна група містить три аспекти:

- брак інформації;
- поганий контроль;
- брак відповідної освіти та професійного рівня керівництва.

Брак інформації стає основою управлінського ризику. Відсутність оперативної інформації не лише стає перешкодою для ефективної діяльності медичного закладу загалом, але й спричиняє непоінформованість персоналу, що веде до розбалансування злагодженої командної роботи. Запобігти виникненню усіх складників ризику можна при постійному контролі діяльності лікувального закладу, однак практика свідчить про нерозуміння важливості управлінським персоналом цієї функції. Ось чому спостерігаються випадки відсутності бажання контролювати роботу медичного закладу стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, а також здійснювати контроль на належному рівні. У цьому контексті варто також згадати, що однією з основних причин цього є відсутність мотивації. Така тенденція, на нашу думку, буде діяти доти, поки персонал лікувального закладу не відчує себе повноцінно відповідальним за результати власної роботи як можливості залучити до себе більшу кількість пацієнтів та зайняти належне місце на ринку медичних послуг.

Основа згаданого проблемного блоку криється у відсутності відповідного освітнього та професійного рівня керівництва. При цьому важливою є не лише базова освіта, але й систематичне підвищення кваліфікації керівництва шляхом участі в різних тренінгах, семінарах та освітніх програмах. Інформаційною основою для створення системи управління якістю у світовій практиці прийнято вважати праці Е. Демінга у поєднанні з японською філософією управління. У цьому контексті заслуговує на увагу японська філософія Кайзен ("кай" – зміна, "зен" – добра). Суть згаданої філософії управління полягає у постійному вдосконаленні отриманих результатів та покращенні якості продукції (послуг), прагненні працівників до покращення всіх аспектів організації процесу виробництва продукції (надання послуг). Варто зазначити, що процес вдосконалення досить тривалий і стосується як керівництва лікувальними закладами, так і кожного медичного працівника. Він передбачає:

- аналіз та визначення проблеми;
- постійний контроль та пошук проблем;
- пошук причин виникнення проблем;
- підготовку шляхів вирішення;
- включення нових видів послуг у практику та дослідження їх недоліків;
- контроль отриманих результатів;
- стандартизація.

У цьому процесі вагома роль відводиться керівництву медичними закладами стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, яке для пошуку та розв'язання проблем залучає працівників. Завдяки цьому, підвищується відповідальність кожного за результати лікування. Альтернативним варіантом управління якістю медичних послуг є залучення інновацій, що

дозволяють швидкими темпами здійснити зміни і надавати конкурентні переваги лікувальним закладам стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Вони передбачають технологічну революцію, в той час як застосування філософії Кайзен дозволяє запроваджувати зміни поступово, використовуючи досягнення науки. Ефективне функціонування інновацій не можливе без залучення відповідних інвестицій. Філософія управління Кайзен передбачає постійне вдосконалення діяльності лікувальних закладів без додаткових залучень інвестицій і загострює увагу суто на процесі надання медичних послуг. Натомість запровадження інновацій орієнтоване на кінцевий результат. Це, в свою чергу, передбачає багато індивідуальної роботи, що веде до технологічного прогресу.

Кайзен ґрунтується на спільній праці всіх працівників та скерований до окремо взятого медичного працівника. При застосуванні Кайзен, лікувальні заклади можуть ефективно працювати і залучати інновації, однак із значно меншими витратами. Будь-яке нововведення (щодо процедури надання медичних послуг чи зміни їх асортименту) має бути підконтрольним. При отриманні відхилень у якісних показниках, це дасть можливість максимально виправити помилки та знову додати до сервісу певні послуги.

Основна цінність підходу Кайзен полягає у згурпуванні працівників, що дозволяє краще керувати набутими знаннями. Таким чином, враховуючи виявленні помилки, колектив лікувального закладу може не лише їх усувати, але і вдосконалювати сам процес надання медичних послуг. Це дасть багато переваг самим закладам та підвищить їхню конкурентоспроможність. Ефективність існування лікувального закладу стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги із впровадженням Кайзен ґрунтується на повномасштабному залученні працівників до процесу

створення якісних медичних послуг та усвідомлення власної важливої ролі в цьому. Формування системного підходу дозволить обрати необхідні напрями управління якістю та встановити комплекс послуг, форми і методи організації обслуговування, за допомогою яких забезпечиться підвищення якості послуг. Удосконалення процесу управління якістю зумовить:

- швидкі темпи підвищення процесу обслуговування;
- приведе до збільшення кількості пацієнтів і, як наслідок, наявності контрактів із Міністерством охорони здоров'я;
- завоювання цільового сегмента ринку;
- створення відповідного іміджу лікувального закладу стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги на ринку медичних послуг шляхом запровадження систем якості та проходження акредитації.

Розглянувши актуальні методи управління якістю, приходимо до висновку щодо їх вибору. Він робиться:

- на основі досвіду фахівця або ж інтуїції;
- виходячи з практичного досвіду, знань та інтуїції експертів;
- із застосуванням прийомів логіки та формальних методичних правил;
- при використанні методів оптимізації;
- за рекомендаціями консультантів.

Здійснення управління лікувальними закладами стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги повинно відбуватися із застосуванням відповідних аналітичних досліджень, що ґрунтуються на визначених методологічних принципах. Охарактеризуємо головні з них. У першу чергу, будь-яке аналітичне дослідження має відштовхуватися від

державної політики в економічній і соціальній сферах та оцінки економічних явищ суб'єктів господарювання, що діють на ринку (в нашому випадку – лікувальних закладів). Відповідність виявлених результатів перевірки встановлюється із застосуванням законодавчої бази.

По-друге, йдеться про врахування передового досвіду в медичній сфері при проведенні аналізу, застосуванні різного типу інновацій та врахуванні економічних законів розвитку суспільства. Основою проведення дослідження виступає діалектична теорія пізнання. По-третє, об'єктивність аналізу залежить від його обсягу. Іншими словами, лише всебічне дослідження роботи лікувальних закладів дозволить встановити причинно-наслідкові зв'язки в економічних питаннях та усунути негативні ефекти.

Як уже зазначалось, необхідно проводити комплексний аналіз. При цьому варто врахувати той факт, що лікувальні заклади повинні вивчатися як складна динамічна система із врахуванням усіх її зв'язків. У цьому полягає четверта особливість процесу дослідження. Проте, ця система має не лише внутрішні, а й зовнішні зв'язки. Вона також складається із окремих об'єктів, які, у свою чергу, також взаємозалежні та мають певну структурну ієрархію.

П'ятий аспект аналізу повинен концентруватися на ефективності. Задля цього будь-яка інформація, що фігурує у дослідженні, потребує перевірки на об'єктивність (із застосуванням необхідних перерахунків результатів, представлених у документації). Важливим аспектом аналітичного процесу є точність, що дозволить підтвердити або ж спростувати дані господарської діяльності закладів охорони здоров'я. Шоста особливість аналітичного дослідження – оперативність. Йдеться про систематичне інформування керівництва лікувальних закладів стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги щодо результатів

внутрішнього аудиту із зазначенням недоліків та упущень. На основі аналітичних матеріалів проведених перевірок, управлінцями повинен розроблятися комплекс заходів для усунення негативних результатів та корегування планових показників. Плановий та системний аналіз є запорукою успішного управління якістю медичними закладами. У цьому полягає сьома особливість процесу проведення аналізу. Тобто розумно спланований аналіз із визначенням конкретних виконавців дозволить діяти системно. Восьмим аспектом проведення аналітичних робіт, спрямованим на підвищення якості медичних послуг, є залучення всіх працівників лікувальних закладів стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. При цьому застосовуватиметься принцип демократизму, який дозволить виявити приховані резерви в процесі господарювання та управління згаданими закладами.

Загалом, формування та побудова уніфікованого методичного інструментарію дозволить сформувати конкурентоспроможне середовище на ринку медичних послуг. Розглянуті нами методологічні інструментарії не лише застосовуються у світовій практиці, але й отримали визнання. Вважаємо за доречне здійснювати індивідуальний підхід до вибору методів дослідження залежно від галузі. Тобто саме від правильного його вибору або ж запровадження уніфікованого методичного інструментарію залежить успіх лікувального закладу та можливість забезпечення якості медичних послуг протягом її життєвого циклу.

Очевидним є факт, що джерелом виникнення медичних послуг є потреба та задум. При цьому необхідно визначити потенційних користувачів, для яких будуть надаватися медичні послуги. Важливим елементом цього процесу є аналіз шансів, ризику та неможливих для впровадження послуг на медичному ринку. Кожна послуга, як зрештою і

продукт, має свій життєвий цикл. Із цього випливає низка її характерних особливостей:

- обмежена тривалість циклу;
- поетапне проходження життєвого циклу;
- вироблення стратегії.

Загалом, варто виділити чотири фази життєвого циклу медичної послуги: зародження, ріст, зрілість і спад. За основу запропонованого нами процесу розробки медичних послуг узято метод циклічності (рис. 4.4). Як уже зазначалося, виникнення медичних послуг ґрунтується на окремій ідеї. Задум повинен виникати із наявних потреб пацієнтів. Взнявши до уваги кілька ідей, необхідно зважити можливість їх реалізації (забезпечення медиками необхідної кваліфікації, наявність медичного обладнання тощо). Зупинившись на оптимальному варіанті спектру медичних послуг, можна приступати до наступного етапу. Мова йде про розробку стратегії. Це дуже важливий і трудомісткий етап.

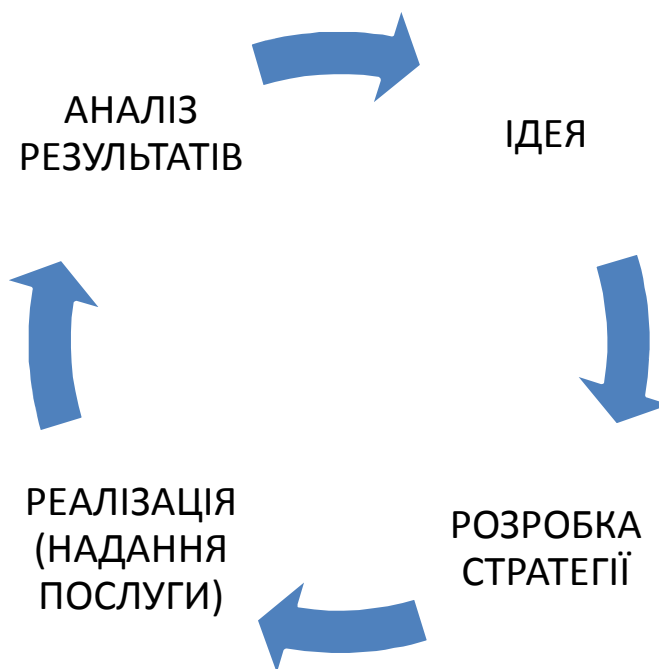


Рис. 4.4. Процес розробки медичних послуг*

*Опрацювання власне

Прорахувавши нюанси, пов'язані зі специфікою товару (медичних послуг), беремося до реалізації задуму – надання послуг. Цикл не був би повним без останнього етапу – аналізу результатів. Підставою для цього є визначення ефективності цілого процесу розробки медичних послуг. Але як виміряти цю ефективність? З економічної точки зору, її можна вимірювати шляхом зіставлення понесених затрат із отриманим прибутком. Проте, не слід забувати, що йдеться про специфічний вид продукції – здоров'я через надання медичних послуг. Виходячи з цього, варто враховувати ефект – покращення стану здоров'я або ж повне одужання (залежно від попереднього діагнозу).

За проектування послуг відповідальність повинні нести лікувальні заклади стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. При визначенні фізичного виміру кожної з послуг лікар зобов'язаний визначити не тільки її якість, яку він може забезпечити, але і відповідність потребам покупців. Можна зробити висновок, що основні служби медичних закладів є комбінацією потенційних постачальників з одного боку, а з іншого – потребами та очікуваннями пацієнтів.

При проектуванні послуги варто брати до уваги:

- суть спроектованої послуги та користь, яку вона буде приносити з метою задоволення наявних потреб;
- послугу як фактичний продукт, що визначає власні переваги та забезпечення певних очікувань після її запровадження;
- послугу як розширений продукт, що дає можливість додати послугам нові властивості та значення;
- послугу як потенційний продукт, що передбачає потенційні зручності та переваги, пов'язані із залученням нових пацієнтів.

При проектуванні послуги в її практичному аспекті, потрібно звернути особливу увагу на її сутність і внутрішню структуру. Якість

послуг лежить в основі отриманого ефекту. Добре розроблена послуга матиме переваги у порівнянні з тим, що вже працює на ринку медичних послуг. Ефективність запроєктованої медичної послуги залежатиме від повноти опрацювання маркетингових досліджень. Як вже вище зазначалося, більшість медичних послуг як маркетинговий продукт мають власний життєвий цикл, що поділяється на фази. Протягом життєвого циклу, в кожній його фазі обсяги продажів та отриманих прибутків відрізняються.

Для лікувальних закладів стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги важливим моментом є визначення найкорисніших фаз із метою збільшення їх тривалості та зменшення негативного впливу несприятливих фаз. Лікувальні заклади при цьому мають виробити відповідну стратегію для кожної окремо взятої фази життєвого циклу медичних послуг. Перша фаза передбачає запровадження послуги на ринок. У практиці її також називають "фазою інновації". У зв'язку з тим, що послуга з'являється вперше на ринку, на цьому етапі відбувається лише знайомство з нею потенційних споживачів, і, як наслідок, відсутні високі доходи. Основне завдання лікувального закладу стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги на цей час полягає у поширенні інформації про запропоновану послугу потенційним клієнтам (пацієнтам) та в запевненні її загальнодоступності. При цьому медичні заклади повинні спостерігати за реакцією споживачів на запропоновану послугу та оцінити ступінь її відповідності вимогам ринку. Загалом, ця фаза характеризується великими витратами на дослідження нової медичної послуги, в тому числі і на її рекламу. На цьому етапі ймовірні збитки.

Якщо говорити про медичні послуги, то на фазі інновацій варто відзначити як запровадження технічно вдосконаленої послуги, підвищення

ефективності для лікувальних закладів, так і безпечного способу лікування для пацієнтів. Розвиток послуги відбувається в наступній фазі, де попит на послугу стрімко зростає. Темпи надання нової послуги досить високі та постійно зростають. При цьому повинні також зрости розміри витрат на впровадження послуги на ринок. Останнє, у свою чергу, сприяє досягненню успіху. Позитивним моментом цієї фази є нижчий рівень витрат на надання послуги. Апогеєм стає підвищення конкуренції, в умовах якої не лише пропонуються аналогічні послуги, але і вдосконалюється їхня якість. Тому цю фазу можна назвати критичною для лікувального закладу стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, оскільки знову з'являються витрати, характерні для першої фази.

У випадку неможливості реагувати на зміни, що відбуваються на цьому етапі, представлена медична послуга буде визнана як така, що не відповідає вимогам ринку. Фаза росту продажу нової послуги є дуже важливою для лікувального закладу стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги з огляду на можливість зайняти нові сегменти ринку, збільшення доступу до запропонованої послуги та підвищення рівня її якості, надання додаткових послуг в рамках презентованої інновації. Доречним аспектом цієї фази буде маневрування цінами на послугу в бік зниження, що зацікавить групу споживачів, які звертають особливу увагу на ціну. Розквіт послуги в системі охорони здоров'я відбувається в той період, коли медична послуга починає надаватися на всіх регіональних рівнях, а згодом локально поширюється.

Етап зрілості є найдовшим у цілому життєвому циклі послуги як продукту. На цьому етапі послуга загальнодоступна та поширена, але темпи продажу її щораз сповільнюються. Оскільки на ринку медичних послуг з'являються послуги-аналоги, лікувальному закладові необхідно

максимально збільшити користь від запропонованої послуги для потенційних пацієнтів. Коли ж відбувається насичення ринку однотипними послугами кращої якості, ніж представлена лікувальним закладом, його медична послуга переходить у фазу спаду продажів. При цьому темпи продажу поступово знижуються, а отримані прибутки поступово перетворюються на витрати. Зниження старіння послуг – це момент, коли попередня послуга починає замінюватися новою (наприклад, впровадження лапароскопічної хірургії замість хірургічного видалення каменів у жовчному міхурі). З точки зору бізнесу, лікувальному закладові важливо проаналізувати причини зниження продажів, а також вирішити долю послуги як продукту.

Варто звернути увагу на той факт, що не всі послуги проходять через розглянуті нами вище фази, а також мають неоднаковий життєвий цикл. При цьому вказані аспекти мають значення для лікувального закладу стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги і для окремо взятого лікаря, а також впливають на:

- вибір правильної маркетингової стратегії для певної фази життєвого циклу;
- продовження життєвого циклу шляхом здійснення відповідних дій;
- оцінку структури бізнес-портфеля.

Слід мати на увазі, що одночасне отримання послуг, які знаходяться в тій самій фазі життєвого циклу, має високий ступінь ризику. Таким чином, необхідно створити портфель із врахуванням того, що деякі послуги переживають занепад, інші перебувають у стадії реалізації або погашення. Враховуючи все вищесказане, приходимо до висновку про необхідність урахування критеріїв при розробці медичних послуг у стаціонарному відділі лікувальних закладів:

1. Варто враховувати час тривання послуги. При цьому має застосовуватися принцип оптимальності. Так, пацієнт отримує медичну послугу без зайвих очікувань, а лікар, у свою чергу, чітко виконуючи свою роботу, отримує можливість прийняти більшу кількість пацієнтів.

2. Спосіб надання послуги. Вони надаються згідно з процедурами, що передбачені у затверджених медичних стандартах. При цьому за окремою схемою обслуговуються пацієнти з гострим болем, а всі інші – за загальною.

3. Важливим аспектом у момент надання послуг є медичний персонал. Йдеться про обов'язковість участі лікарів-спеціалістів та медичних сестер.

4. Ефективність лікування у багатьох випадках залежить від належного забезпечення приймальних відділів лікувальних закладів медичною апаратурою.

5. Налагоджений постійний зв'язок між різними відділами (наприклад, діагностичним та хірургією чи лабораторіями).

6. Для пацієнтів із гострим болем має бути розроблений окремий набір процедур.

7. Подетально виписана інструкція надання медичних послуг для основного (загального) кола пацієнтів.

Окремо необхідно звернути увагу на період перебування пацієнта в лікувальному закладі на стаціонарному лікуванні, зокрема у відділі інтенсивної терапії. Зокрема:

1. Встановлення ступеня ризику для здоров'я пацієнтів.
2. Розробка комплексу медичних процедур для важко хворих пацієнтів.
3. Моніторинг медичного персоналу, що надає послуги.
4. Затвердження часу надання медичних процедур.
5. Постійний зв'язок з іншими відділами, зокрема лабораторним.

Інші відділи медичного закладу повинні:

1. Описати процедури надання медичної допомоги.
2. Затвердити перелік медичних процедур, які надаються у відповідних відділах.
3. Здійснювати ретельний підбір медичного персоналу, що надає медичні послуги.
4. Розробити хронометраж усіх медичних процедур, представлених у своїх відділах.
5. Тримати постійний зв'язок із іншими відділами, особливо з лабораторним та діагностичним.

Виходячи з усього вищерозглянутого, варто зауважити необхідність розробки як загальної, так і маркетингової стратегії для кожної фази життєвого циклу медичних послуг як продукту. Успіх обраної стратегії на ринку медичних послуг безпосередньо залежатиме від процесу управління їх якістю.

4.2. Управління якістю як можливість виявлення та розв'язання проблем

Ефективне управління якістю послуг сьогодні – це одне з найважливіших стратегічних завдань, що стоять перед медичними установами стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. В умовах української медицини це вимагає радикальної зміни ситуації та розробки програми, спрямованої на пріоритети якості. Поширена думка, що брак коштів перешкоджає реалізації цієї мети, не зовсім правильна, тому що існують так звані "безінвестиційні можливості" щодо покращення якості медичних послуг, а в багатьох випадках можлива зміна розподілу наявних у розпорядженні лікувальних закладів ресурсів, яка покращить

якість. У високій якості медичних послуг повинні бути зацікавлені, перш за все, пацієнти, і самі заклади охорони здоров'я мають підвищувати рівень запропонованих медичних послуг. Це дасть змогу останнім збільшити шанси на ринку конкурентів, що вплине на кількість потенційних пацієнтів. Кожна діяльність спрямована на досягнення кінцевого результату. Досягнення мети можливе при ефективному використанні наявних засобів, практичних навичок, інформаційно-комунікаційної складової. Охорона здоров'я не є винятком (див. рис. 4.5).

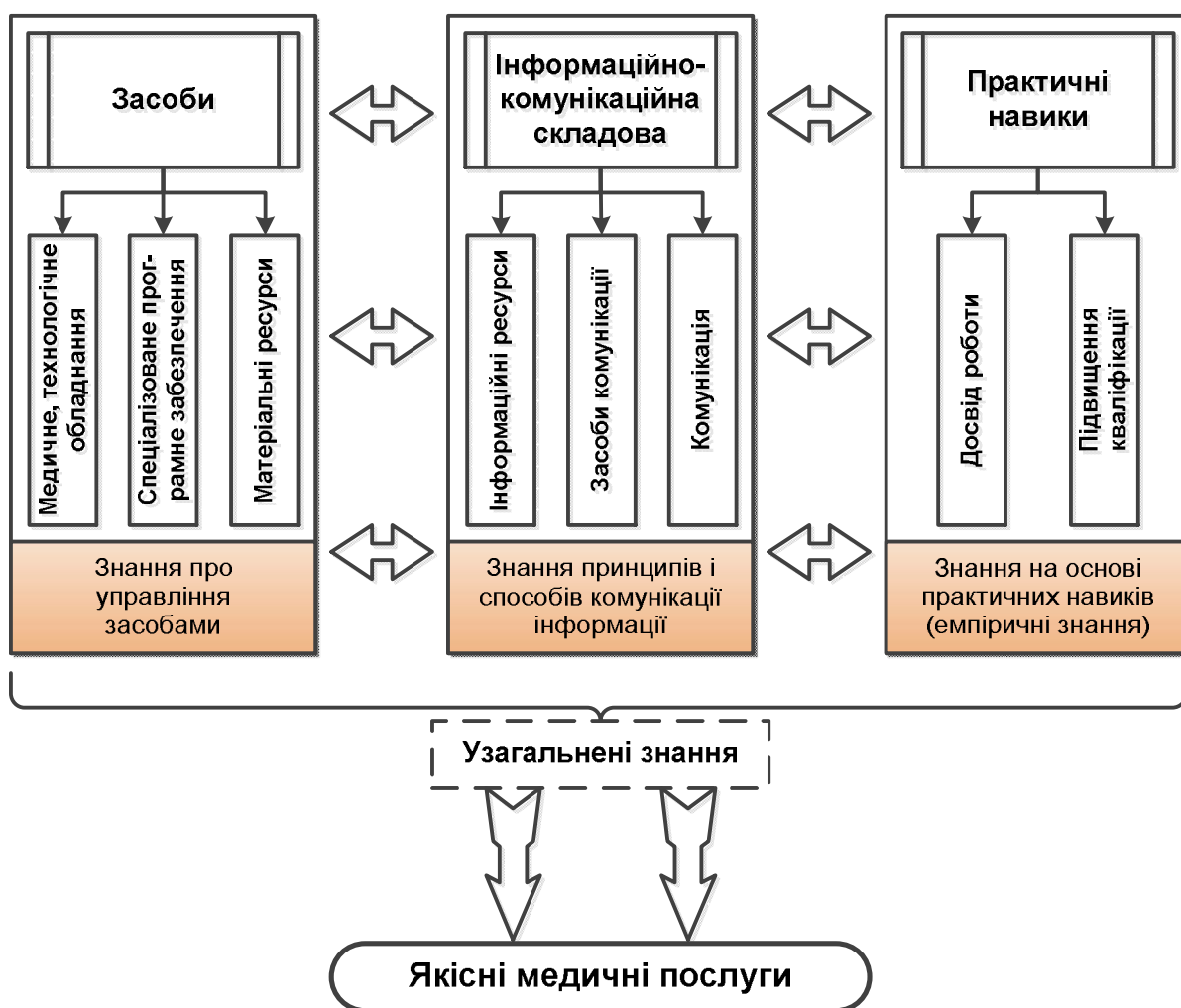


Рис. 4.5. Складові елементи процесу досягнення якості медичних послуг*

*Опрацювання власне

Основа функціонування медичних закладів стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги – це передусім забезпечення матеріальними засобами:

- медичним устаткуванням;
- спеціалізованим програмним забезпеченням;
- матеріальними ресурсами.

Наявність високотехнологічного медичного обладнання в лікувальному закладі характеризує його як сучасну медичну установу. Забезпечення лікарні медичним устаткуванням має відповідати не лише вимогам надання медичної допомоги, але і спеціалізації лікувального закладу. До спеціалізованого програмного забезпечення, необхідного лікувальному закладу, можна віднести системи управління базами даних (для ведення баз даних про пацієнтів, працівників, історії хвороб тощо), програми для обробки результатів ультразвукової діагностики, спеціалізовані графічні програми для обробки і проведення рентгеноскопічних досліджень тощо.

Важливим аргументом на користь останнього є забезпечення висококваліфікованим персоналом, діяльність якого спирається на знання та вміння. Щодо людських ресурсів, то необхідно брати до уваги важливі аспекти. Мова йде не так про дотримання вимоги стосовно підвищення кваліфікації працівників відповідно до спеціалізації лікувального закладу (лікарні, реабілітаційний центр і под.), як про здатність адаптуватися до сформованого колективу та працювати єдиною командою.

Безперервне, повномасштабне функціонування лікувального закладу не можливе без належного забезпечення його матеріальними ресурсами. Однак, наявність усіх перелічених ресурсів не дасть можливості використати їх за призначенням. Важливим елементом, що не лише об'єднує згадані ресурси, але й дозволяє їм досягнути поставленої

мети, є знання про управління засобами. Такі знання стосуються не лише забезпечення наявності перелічених ресурсів, але й врахування їхньої специфіки.

Матеріальні ресурси спрямовані на забезпечення повноцінної роботи лікувального закладу стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Так, важливим аспектом є їх оптимізація за допомогою, наприклад управлінських знань. Практичні навички і вміння безпосередньо впливають на отримання пацієнтами якісних медичних послуг. У цьому контексті варто розглядати два аспекти:

- досвід роботи;
- підвищення кваліфікації.

Цей блок ґрунтується на емпіричних знаннях. Досвід роботи дозволяє працівникам, спираючись на отримані у вищих навчальних закладах знання, виробити певні практичні навички, які стануть у нагоді в їхній подальшій професійній діяльності. Розглядаючи поняття якості медичних послуг, слід звернути увагу на неоднозначність його трактування. Її причина полягає в сутності згаданого поняття, яке доцільно розглядати як з точки зору пацієнтів, так і діяльності лікувальних закладів. Іншими словами, одну і ту ж медичну послугу можна оцінити, аналізуючи думки різних пацієнтів, які виробили для себе неоднакові критерії оцінки якості. У той же час, пацієнти оцінюють якість послуг суб'єктивно і відносно, порівнюючи їх з іншими (наприклад тими, якими раніше користувалися).

Розглянемо відомі у світовій практиці критерії, що впливають на якість медичних послуг, зокрема:

- матеріальність, тобто наявність сучасного лікувального обладнання, забезпечення медичним персоналом належного професійного рівня обслуговування, ступінь поінформованості;

- доступність – включає місце розташування лікувального закладу, зручність пошуку, наявність контактного персоналу, час, який може виділити персонал для кожного пацієнта;
- естетика – оцінка загального вигляду середовища, де будуть надаватися медичні послуги, підбір персоналу та способу презентації певної медичної послуги;
- догляд – це рівень надання допомоги через контактний персонал, рівень зацікавленості останнього, готовність до надання допомоги;
- догляд – увага, терпіння, співчуття бажане для пацієнтам, увага до пацієнта, забезпечення комфорту та спокою;
- комфорт – задоволення всіх потреб та побажань, фізичний комфорт;
- зобов'язання – відчутна прихильність персоналу, працьовитість, сумлінність, що впливає на задоволення у зв'язку з їх діяльністю;
- комунікація – здатність спілкуватися з пацієнтом, доступно донести достовірну інформацію про стан його здоров'я та особливості лікування, вміння слухати і розуміти пацієнта, знаходити індивідуальний підхід до нього, а не тільки лікувати, як цього вимагає історія хвороби;
- фаховість – майстерність і професіоналізм обслуговування, урахування побажань пацієнта, обізнаність із послугами, що надаються співробітникам, надання хворим добрих, розумних порад, загальна здатність і готовність виконувати свою роботу добре;
- люб'язність – повага і вихованість контактного персоналу, проявлені при наданні послуг під час спілкування із пацієнтом, свобода дій персоналу;

- гнучкість – тенденція лікувальних закладів до поліпшення і зміни спрямованості на користь і задоволення потреб пацієнтів;
- ввічливість – особиста приязнь контактного персоналу, щирість у ставленні до хворих, емпатія, індивідуальний підхід до кожного хворого;
- функціональність – практичність, здатність пристосуватися до мети та відповідного рівня якості послуг, апаратури, медикаментів;
- чесність – неупередженість, об'єктивність, надійність способу надання послуг;
- розуміння пацієнта – постійне прагнення пізнати пацієнтів і їх потреби;
- надійність – надійність персоналу, приміщень, устаткувань та дотримання обіцянок, які давалися пацієнтам;
- чутливість – негайне реагування на нагальні потреби пацієнтів, зведення до мінімуму часу очікування, уникнення черг;
- безпека – особисті почуття безпеки пацієнта в процесі обслуговування, дотримання конфіденційності.

Визначення чинників, що впливають на якість медичних послуг, є обов'язковою, але не достатньою умовою для ефективного управління лікувальним закладом стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та якістю запропонованих послуг. Важливо при цьому затвердити стандарти якості, про які ми згадували раніше. Щодо медичних послуг, цьому сприяють встановлені процедури, стандарти у вигляді так званого "пакета вигідних пропозицій", що пропонуються для пацієнтів. Їх питома вага має велике значення, оскільки медичні послуги характеризуються високим ступенем контакту з пацієнтом. У більшості випадків вони розглядаються як "процес" (лікування конкретного захворювання особи), а не "продукт"

(діагностика). Визначення якості процесу набагато складніше, ніж якості продукту.

Важливо, щоб медичні організації та заклади стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги не тільки оцінювали якість, але й мали змогу управляти нею належним чином. У цьому зв'язку необхідно:

- визначити ключові атрибути якості обслуговування з погляду керівництва і пацієнта;
- виявити прогалини щодо сприйняття і задоволення очікувань хворих;
- розуміння наслідків того, що управління якістю послуг дає змогу усувати вразливі місця процесу.

У практиці відомі такі групи найбільш поширених прогалин, які стають причинами появи послуг низької якості:

– Розрив між очікуваннями пацієнтів та уявлення керівництва. Наприклад, керівництво лікарні не завжди точно знає, чого очікують їхні хворі. Можна припустити, що пацієнти хочуть поліпшити харчування в лікарні, хоча насправді найважливіша для них (пацієнтів) швидка і професійна реакція медсестер.

– Розбіжності між сприйняттям і визначенням якості медичної послуги. Керівництво лікувального закладу стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги може володіти інформацією щодо очікувань пацієнтів, проте не встановлює (не корегує) стандартів надання послуг. Наприклад, адміністрація лікарні може зобов'язати медсестер швидше виконати свої обов'язки, але не уточнює, як саме це зробити.

– Розбіжності між визначенням якості послуг та рівнем медичних послуг, що надаються. Причиною цього може бути низький рівень кваліфікації персоналу або ж понаднормові чергування медичного персоналу, що також знижує рівень надавання послуг.

– Розбіжності між рівнем наданих і задекларованих послуг, тобто якщо пацієнтові було гарантовано лікування та перебування у зручній окремій палаті, а його кладуть до загальної восьмимісної палати без необхідних зручностей, то рівень надаваних послуг значно нижчий від очікувань хворих.

– Вразливість виникає при суттєвих відмінностях в оцінці суті та помилкового сприймання якості обслуговування. Багаторазові відвідини лікарем пацієнта можуть бути потрактовані з різних точок зору: лікар таким способом хоче виявити піклування про пацієнтів, а останні, в свою чергу, можуть сприйняти його піклування як сигнал про важкий стан власного здоров'я.

Визначення та врахування усіх можливих прогалин, дозволить здійснювати ефективно управління якістю. Беручи до уваги перебіг контактів із постачальником послуг, виникає питання, яким є обслуговування пацієнта. Ця категорія також визначає якість обслуговування. Іноді її називають "функціональна якість" (наприклад, чи виявляє хірург зацікавлення та чи викликає довіру у пацієнтів), на відміну від "технічної якості" (наприклад, чи пройшла операція успішно). Таким чином, управління якістю має розглядатися як очевидний факт, але не завжди на практиці воно зрозуміле для пацієнтів, які роблять висновок, враховуючи лише технічну та функціональну якість.

Надзвичайно важливе значення для якості обслуговування має його проект. При цьому варто дослідити такі питання:

- Чи послуга як процес розроблена на відповідному рівні?
- Чи має місце графічний дизайн цього процесу?

- Чи представлена система гнучка?
- Якою мірою проект має бути індивідуалізованим?

Розглядаючи наступний блок, де необхідно звернути увагу на зв'язок між якістю та кількістю послуг, що надаються, та на якість ресурсів, які брали безпосередню участь при наданні медичних послуг. Для останніх згадані аспекти мають важливе значення. З одного боку, лікарі скаржаться на велику кількість пацієнтів, яких вони повинні прийняти за один день, з іншого – має місце обмеженість ресурсів, що не завжди дозволяє придбати відповідні приміщення, обладнання, технології, які повною мірою можуть гарантувати високу якість обслуговування.

Враховуючи все вище сказане, при дослідженні слід звернути увагу таким питанням:

- Які масштаби змін, що відбуваються, між змінами якості та змінами кількості наданих послуг?
- Чи існує залежність та чи має вплив на якість процесу лікування кількість пацієнтів, що зростає у відношенні до лікарів загальної практики?

Продуктивність та якість медичних послуг без сумніву мають тісний взаємозв'язок та передбачають вивчення низки питань:

- Яка середня тривалість часового проміжку між випискою та прийомом пацієнтів?
- Яке ставлення працівників до кількості щоденних пацієнтів і пацієнтів лікарні?
- Яке співвідношення випадків термінового стаціонарного лікування чи надзвичайного стану у зв'язку з обслуговуванням населення?

Організація і культура послуг мають великий вплив на якість медичних послуг. Варто звернути увагу на деякі особливості, зокрема:

- Який тип культури презентує лікувальний заклад стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної

(високоспеціалізованої) медичної допомоги (функція підтримки, завдання) і як це впливає на наше розуміння природи послуг та стратегічних цілей організації?

- Які особливості лікувального закладу стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дозволяють йому позитивно реагувати на потреби пацієнта та надання медичних послуг високої якості?
- Яким чином загальна культура впливає на роль людей у реалізації окремих завдань і загальної стратегії лікувального закладу?

Як ми вже згадували раніше, управління якістю медичних послуг лікувального закладу повинне спиратися на концепцію комплексного управління якістю TQM (Total Quality Management). Вона передбачає управління в усіх аспектах та на всіх рівнях діяльності лікувального закладу, що вкрай важливе для пацієнтів. Суть концепції TQM має бути зрозумілою для всього колективу лікувального закладу стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та враховувати найістотніші її елементи:

- норми якості, що залежать від пацієнтів;
- врахування потреб пацієнтів, які звертаються за лікарською допомогою, і тих, що перебувають на стаціонарному лікуванні;
- прихильність,
- ставлення до кожного співробітника як до контролера якості;
- постійне вдосконалення якості;
- вимірювання (наприклад, аналіз Парето, карти процесів, аналіз ланцюга якості).

З метою покращення якості наданих медичних послуг, головним елементом у процесі надання послуги мають бути потреби та інтереси пацієнта. Вони обов'язково враховуються при здійсненні контролю за якістю наданих медичних послуг і дослідженні якості результатів лікування. Безсумнівні переваги таких управлінських рішень полягають у тісній співпраці з медичним персоналом, надавачами послуг, вивченням всіх елементів, що впливають на їх якість.

Важливо також виділити ланки так званого "ланцюг якості". Якщо надану медичну послугу сприймати як поетапний процес (ланцюг дій), що складається із взаємопов'язаних елементів, то кожен елемент матиме свій показник (рівень) якості, що суттєво впливатиме на якість наданої послуги (лікування) в цілому. Таким чином, процес надання медичної послуги перетворюється у "ланцюг якості". Ланцюг якості (прийнято вважається частиною) технологічного ланцюжка, в якому одержувач медичних послуг перебуває у прямому контакті зі службами охорони здоров'я, починаючи від усіх адміністративних процедур і закінчуючи отриманням усіх необхідних медичних послуг. Саме тому варто брати до уваги маркетингові дослідження, всі події, що відбуваються у процесі надавання конкретних медичних послуг, що дозволить будувати ланцюг якості емпіричним шляхом. Метою цього дослідження є встановлення усіх взаємозв'язків, які виникають між пацієнтом і медичним закладом стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги при наданні послуг. Це потрібно для того, щоб реформувати систему охорони здоров'я відповідно до вимог пацієнтів. Найбільш важливими елементами, які заслуговують на детальне дослідження, є:

- визначення моменту, коли пацієнт вирішив скористатися послугами, і способу надання цих послуг;

- виявлення основних продуктів, як-от: послуги, переваги та можливі ризики, які виникають у разі відсутності попиту на ці послуги,
- визначення поширеного продукту і всіх питань, пов'язаних із наданням послуг,
- сфера діяльності, яка здійснюється сім'єю пацієнта, друзями чи неформальними організаціями у процесі надання медичних послуг,
- соціальний, суспільний характер медичного обслуговування (з яким пацієнти зустрічаються та яка роль кожного учасника при наданні медичної допомоги),
- психологічний аспект використання медичних послуг для пацієнта (наприклад, тривога пацієнта, переживання, пов'язані з цим фактом? Якої підтримки він потребує?),
- обмін інформацією між пацієнтом і лікарем, що надає медичні послуги, способи отримання інформації та створення баз даних,
- для продавців медичних послуг важливо знати про потік грошей, щоб охопити всі витрати, здійснені при реалізації, в тому числі витрати, пов'язані з адміністративними процедурами,
- фізичний стан при наданні медичних послуг, таких як: зручність проїзду до лікувального закладу, умови перебування в лікувальних палатах та медичне обладнання, яке застосовується до пацієнта,
- розуміння факторів, що визначають процес прийняття рішень лікаря та вибір методу лікування (чи скерувати пацієнта до лікарні чи до іншого закладу),
- конструювання профілю споживачів медичних послуг, що належать до цільової аудиторії, вказуючи вік, стать, рід занять, місце проживання, об'єднання груп, які утворюють сегменти.

Необхідно також визначити "критичні позиції", які мають найбільший вплив на поєднання досягнення поставлених цілей та задоволення наявних потреб пацієнтів. Слід працювати над стандартами (рекомендаціями) стосовно того, яким чином повинна надаватися медична допомога. Ці стандарти у першу чергу, мають стосуватися роботи сімейних лікарів чи дільничних терапевтів. Результати командної роботи медиків допомагають лікарям при прийнятті рішень під час діагностики і лікуванні певних різновидів захворювань. Це дозволить визначити принципи "доброї медичної практики", визначення якості медичної допомоги.

Ця частина нашої наукової праці є намаганням встановити правила надання медичних послуг у системі загального медичного страхування. У певних частинах досліджень зазначаються вимоги до кваліфікації медичних працівників та перелік певного типу послуг, які вони могли б надавати застрахованим. У такий самий спосіб передбачається доступ до медичного обладнання, необхідного при наданні послуги та врахуванні місцевих умов, у яких ці послуги будуть надані. Приклад "ланцюга якості", який показує "шлях" пацієнта при реалізації власної потреби покращення здоров'я, показаний на рис. 4.6.

Процес комунікації пацієнта з усіма елементами лікувальних закладів стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги охорони здоров'я виглядає так:

- перша зустріч із власним лікарем (сімейним лікарем), який веде власну медичну практику, або отримання скерування до фахівця, що спеціалізується на певних видах захворювань, чи на консультацію у спеціалізовану клініку;

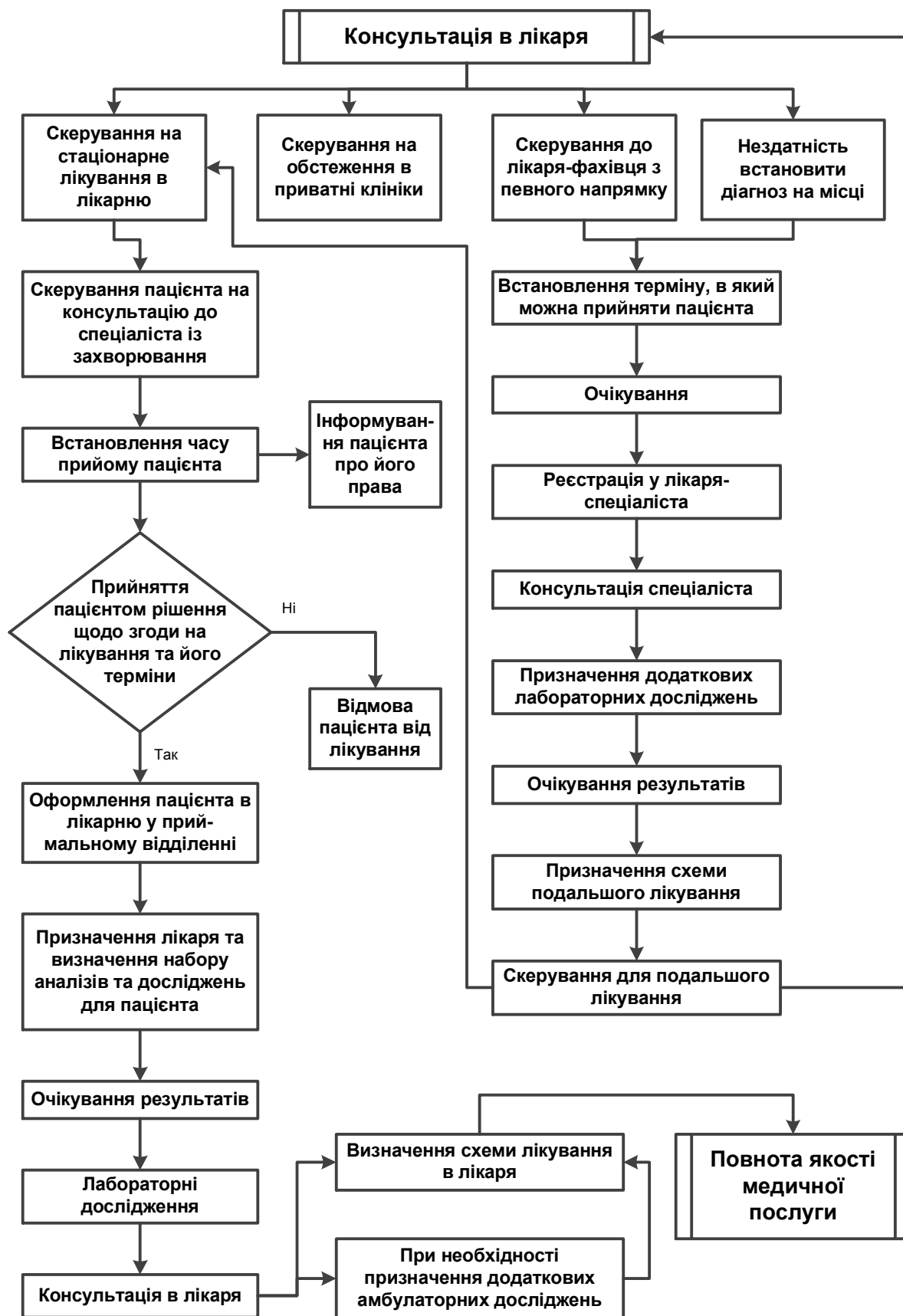


Рис. 4.6. Повнота якості медичних послуг крізь призму ланцюга якості*

*Джерело: опрацьоване на основі [354]

- перше звернення до власного лікаря (сімейного лікаря), що надає медичні послуги в рамках медичного страхування, із гострим болем, який потребує медичного втручання та із хронічним захворюванням, що не передбачає нагальної лікарської допомоги;
- користується послугами лікаря-спеціаліста в рамках медичного страхування;
- можливість стаціонарного лікування пацієнтів із хронічним і гострим болем у відділі загальної хірургії.

Важливим аспектом у представленому ланцюгу якості є поінформованість пацієнта про його права, що має безпосередній вплив на його кінцеві рішення хворого. Проектування послуги варто здійснювати із врахуванням її функціональних та семіотичних аспектів. Зокрема, коли йдеться про функціональність послуги, цей аспект характеризує її практичність. У першу чергу це стосується способу надання послуг, визначення необхідної медичної апаратури та засобів, затвердження кількості і типу персоналу, встановлення виду діагностики, вибір параметрів надання послуг, засобів безпеки.

Разом із тим, проектування – це організація процесу надання медичних послуг, що включають процедури прийняття, скерування, бронювання місць у лікувальних закладах. Першорядний момент під час проектування послуг – встановлення високого рівня функціональних стандартів. Виконання на 97% кожної встановленої процедури забезпечує високі стандарти лікарні. Але якщо послуга складається із п'яти процедур (виконаних на 97%), стандарти понижують до 86%. У випадку надання послуги, що складається із 22 процедур, пацієнт має на 50% менше шансів отримати медичну послугу високого рівня (відповідно до встановленого стандарту) [257].

Семіотичний аспект визначає практичний вимір обслуговування і впливає на її просування. Не варто забувати, що поняття "медична

послуга" включає складників, які беруть до уваги пацієнти, зокрема, зовнішній вигляд лікарні та медичних працівників, атмосферу закладу, час очікування на процедуру тощо. Тому ці елементи є рекламними засобами, про що не всі знають. Так, наприклад, очікування протягом трьох годин на консультацію лікаря характеризує лікарню негативно, тому що в такому разі час лікаря в 60 разів більше цінується, ніж час пацієнта. Практичні аспекти медичних послуг не можна змінювати щодня, але покращувати можна постійно. Так, лікарі, коли роблять записи в картці прав пацієнта, повинні інформувати останніх про альтернативні варіанти лікування, даючи їм вибір терапії, доступної в умовах надання послуг.

Наступний фактор – семіотичний аспект свободи пацієнта під час перебування в лікарні. Він особливо важливий для хворих, що перебувають у медичному закладі тривалий час. Цей фактор має важливе терапевтичне значення і може бути вагомішим, ніж інституційні гарантії [257]. Як свідчить практика, враження про лікарню, що складаються з дрібних елементів, утворюють ланки ланцюга якості. Дослідження з цього приводу повинні проводити маркетингові служби. Результати цих досліджень враховувалися б для подальшого вдосконалення роботи медичного закладу стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Отримана інформація формує уявлення про вікові групи і захворювання пацієнтів, їхні бажання, речі, якими вони віддають перевагу (наприклад, яка вікова категорія пацієнтів хоче мати у своїй палаті телефон і телевізор). Важливою є також інформація про бажання порозмовляти з лікарем про власну родину, допомогу при прийнятті душі, можливість пересуватися і т. д. Знання звичок, смаків і переваг потенційних пацієнтів є ключем до успіху лікувальних закладів стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.

Якщо при проектуванні медичних послуг виникає ситуація вибору між функціональним та семіотичним аспектом, у більшості випадків пріоритет належить першому. Перш, ніж послуги з'являться на медичному ринку, вони повинні бути протестовані, а для цього необхідно:

- перевірити, чи відповідають запропоновані послуги цілям лікувального закладу;
- чи нова концепція представленої послуги зацікавить як покупців (лікувальні заклади), так і пацієнтів;
- які вигоди принесуть для одержувачів послуги (пацієнти приймуть нові послуги, незважаючи на їх обмеженість за умови, що це буде корисно для них) [110].

Після проведення маркетингових досліджень необхідно внести дані послуги до бізнес-плану лікувального закладу (організації) та скорегувати стратегію компанії, підготувати її до виходу на ринок, спрямовуючи до комерційного успіху. Після тестування потрібно запропонувати пробний варіант послуг. Якщо відштовхуватися від трактування якості як "правильного виконання речами правильних дій", то варто замислитися над такими питаннями [296]:

- Які саме дії варто вважати правильними?
- Як їх правильно реалізовувати?

Відомо, що кінцевий результат залежить не тільки від діагностичного та лікувального методів, але й від ефективності їх використання і відповідному підборі для пацієнтів. Це робиться для того, щоб оцінити рівень якості поведінки, що можливе при належному вимірюванні продуктивності (як уже згадувалося раніше). Важливим кроком у процесі розробки способів підвищення якості медичних послуг буде запровадження карт прав пацієнтів, карт сестринської опіки, введення стандартів на процедури надання медичних послуг, у тому числі стандарти профілактики і лікування пролежнів. Покращення рівня якості медичних

послуг відбувається не лише під впливом щоденного вдосконалення цієї якості, підвищення ефективності і кваліфікаційного рівня медичних працівників, а також під впливом еволюційних змін. У світовій практиці найбільш поширенні п'ять способів внутрішньої організації проектування медичних послуг та маркетингової діяльності.

1. Звичайне управління (не обов'язкове для всіх лікувальних закладів). Це набір дій, що ґрунтується на внутрішньому плануванні діяльності і реалізації його на основі ухваленого бізнес-плану, розробці стратегії, здійсненні специфікації послуг і операцій на основі підписаного договору з покупцем користі для здоров'я (медичне страхування). Досягнення коротко- і довготермінових цілей, визначення специфікації послуг та проектування медичного страхування не насаджується згори, а пропонується лікарняними відділеннями. Проте діяльність у подальшому визначається підписаними контрактами та недоторканістю ієрархії управлінської команди.

При такому способі діяльності маркетинг показує нові можливості для діяльності менеджерів та окреслює нові цілі, що їх необхідно реалізувати. Попри те, що в ієрархії управлінських кадрів не відбулося змін, трансформувалася позиція маркетингу в системі охорони здоров'я. З метою реалізації відповідного рівня маркетингової діяльності, які будуть діяти згідно із затвердженою маркетинговою стратегією, необхідно забезпечити лікувальний заклад кадрами на всіх функціональних рівнях.

2. Цей спосіб передбачає підтримку описаного вище методу на основі управління із застосуванням «кіл якості», реалізацію стратегії, що ґрунтується на заздалегідь визначених стандартах якості медичного обслуговування. "Кола якості" утворюють люди, які регулярно зустрічаються на добровільній основі з метою обговорення поточної діяльності і поліпшення медичного обслуговування. Вони здійснюють маркетингові дослідження у медичній галузі. Як результат – виникають

неформальні системи маркетингових комунікацій. Умовами виникнення «кіл якості» для досягнення успіху є:

- низька плинність кадрів із моменту утворення кіл якості;
- високий рівень моральності персоналу;
- чітко визначені обов'язки і визначений напрямок діяльності окремих кіл якості;
- масштабне впровадження кіл якості для визначення найменших помилок і недоліків;
- сильні, незалежні управлінські кадри, що не бояться ризикувати, тримаючи загальний контроль і забезпечуючи належне функціонування відділів.

Крім загального моніторингу кадрів, управлінці повинні:

- підтримувати діяльність «кіл якості», співпрацюючи при цьому із кадрами середнього рангу;
- координувати діяльність «кіл якості» на території лікарні;
- публічно презентувати досягнуті успіхи;
- провадити експериментальні дослідження для перевірки припущень на практиці;
- постійно навчати лідерів робочих «кіл якості», вибраних з-поміж працівників із метою розвитку комунікабельності й управлінських навичок;
- оприлюднювати досягнення і винагороджувати за успіх.

3. Наступний метод – це внутрішній маркетинг. Головна ідея полягає у встановленні галузей маркетингової взаємодії учасників процесу надання послуг.

4. Функціонування груп покращення якості (ГПЯ). Ці групи створені для покращення маркетингу чи покращення якості медичних послуг, що надаються. Вони самостійно проводять дослідження ринку. Висновки, яких вони дійшли у своїх дослідженнях, передаються до менеджерів та

керівника відділу, де функціонує група. При цьому спостерігається чіткий розподіл персоналу на медичний та управлінський. Перший має більше можливостей пізнати потреби пацієнтів та оцінити, наскільки добре на практиці виконуються медичні процедури. Групи, які постійно працюють і виконують ширші функції, ніж «кола якості», формуються для вирішення конкретних проблем.

5. П'ятий метод ще називають методом "впровадження системних структур". Функціональні структури лікувального закладу самостійно запровадженні, незалежні та не нав'язані ззовні. Найбільшу популярність цей метод здобув у лікувальних закладах охорони здоров'я Великобританії. Він полягає у впровадженні описаної вище політики діяльності лікувальних закладів на всіх її напрямках: це може бути політика проектування специфікації і проектування якості з метою досягнення встановленого рівня надання медичних послуг [323].

Із метою визначення стратегічних цілей, компаній, що працюють у сфері надання медичних послуг і застосовують сучасні методи управління, необхідно проаналізувати зовнішні і внутрішні фактори, що впливають на їхню роботу. Для цього застосовують SWOT-аналіз (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats), за допомогою якого можна знайти сильні та слабкі аспекти діяльності фірми (рис. 4.7).

Так, до переваг належить:

1. Професійність кадрів.
2. Сучасне технологічне медичне обладнання.
3. Зручне розташування, комфорт і безпека при наданні медичних послуг.
4. Позитивні відгуки пацієнтів.
5. Знання потреб клієнтів.
6. Встановлені позиції на ринку.
7. Розширення спектру послуг.

<u>Переваги</u>	<u>Можливості</u>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Професійність кадрів. 2. Сучасне технологічне медичне обладнання. 3. Зручне розташування, комфорт і безпека при наданні медичних послуг. 4. Позитивні відгуки пацієнтів. 5. Знання потреб клієнтів. 6. Встановлені позиції на ринку. 7. Розширення спектру послуг. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Продаж послуг, що приносять дохід та виходять за рамки медичного страхування. 2. Лояльність клієнтів.
<u>Недоліки</u>	<u>Загрози</u>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Нестабільна фінансова політика та монопольне становище Міністерства охорони здоров'я. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Конкуренція. 2. Високі відсоткові ставки з кредитів. 3. Підвищена чутливість до економічної ситуації в секторі послуг. 4. Зниження доходів пацієнтів.

Рис. 4.7. SWOT-аналіз фірм, що надають медичні послуги*

*Опрацювання власне

Професійність кадрів фірма забезпечує за рахунок підбору працівників із високим рівнем кваліфікації і великим досвідом роботи, звертаючи особливу увагу на творчість, здатність до самостійного навчання. У випадку продажу послуг, важливим аспектом діяльності компанії виступає медичний персонал стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, що викликає довіру пацієнтів і допомагає у створенні та впровадженні нових медичних послуг. Збільшенню кількості наданих послуг та їх якості сприяє поява сучасної медичної технології, яка суттєво підвищує конкурентоспроможність на ринку медичних послуг. Зручне розташування медичних закладів стаціонарної та (або) амбулаторної

вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги у центральній частині міста сьогодні є однією із переваг. Таке розташування дозволяє обмежити проблеми із добиранням пацієнтів чи пошуком медичних закладів при першому візиті пацієнтів.

Таке розташування піднімає імідж медичних фірм, які, попри це, мають дотримуватися встановлених санітарних норм. Останній аспект має дуже важливе значення в контексті щоденних відвідин лікувальних закладів десятками потенційно інфікованих хворих. Це набуває особливого значення під час спалахів інфекційних захворювань та інших подібних громадських заходів. Комфорт та естетика дають додаткові бали для лікувального закладу стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, а це, в свою чергу, збільшує довіру пацієнтів та покращує комунікацію. Однією з основ політики якості медичних закладів, як ми вже згадували раніше, є пропагування висловленої пацієнтами позитивної оцінки рівня надання медичних послуг. При цьому постає питання про вибір методики аналізу задоволення пацієнтів. Очевидно, що це повинен бути комплексний, поетапний аналіз:

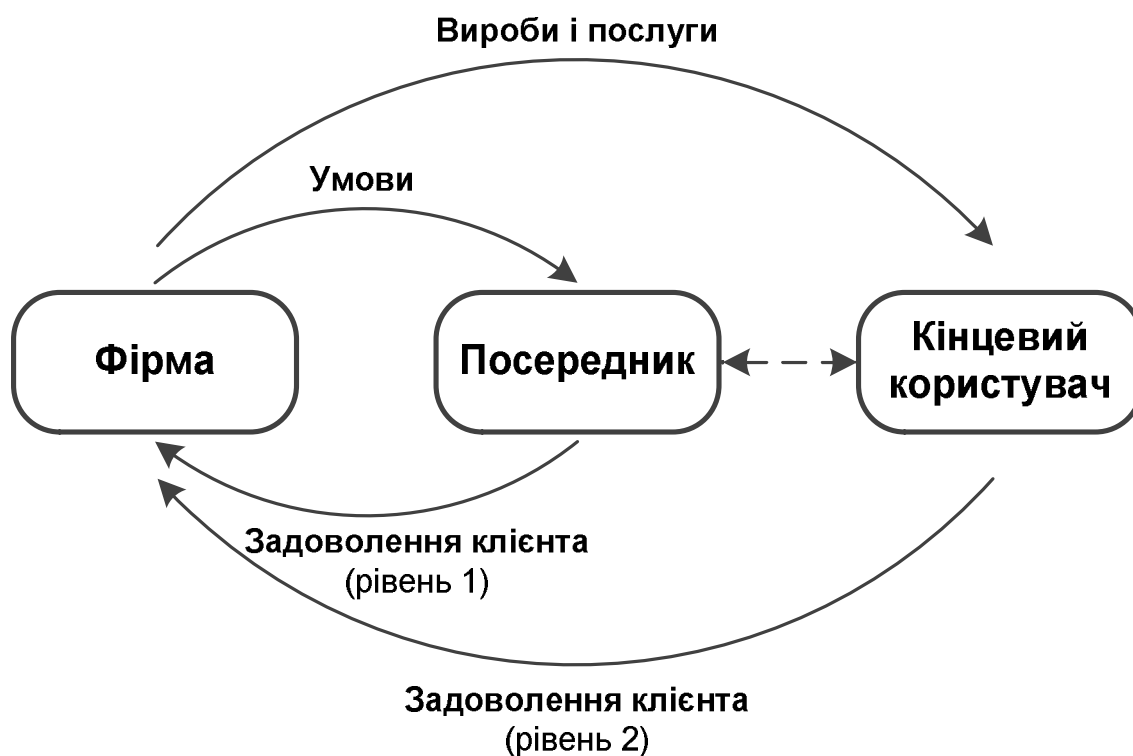
1. Характеристика клієнтів (пацієнтів) та послуг, якими він користується в лікувальних закладах. Цей етап варто розпочати з усвідомлення лікувальними закладами того, ким є для них пацієнт. На практиці розглядаються два можливі варіанти розвитку моделі задоволення пацієнтів (рис. 4.8, а і б). Запропонована модель представляє лікувальний заклад стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, який надає послуги своїм пацієнтам та отримує інформацію щодо рівня їх задоволення.

2. Загалом, у більшості випадків результативною є бінарна модель задоволення пацієнтів (рис. 4.8, б). Вона передбачає особливу систему

розподілу, що проходить низку посередників, перш, ніж послуги будуть надані кінцевим споживачам. Дуже важливим фактом є відкритість системи розподілу.



а)



б)

Рис. 4.8. Моделі задоволення потреб пацієнтів: а) звичайна; б) бінарна*
*Опрацювання власне

3. Початкова сегментація клієнтів. Після визначення своїх потенційних пацієнтів, лікувальним закладам (організаціям) необхідно поділити їх на різні сегменти. Як свідчить практика, в більшості випадків пацієнти не складають однорідної групи. Поділ на групи доречно проводити на основі інформації, якою лікувальні заклади стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги користуються (чи є пацієнт приватним або публічним, де місце його знаходження і под.). Із врахуванням зазначених даних, до відповідних груп пацієнтів вносяться певні корективи.

4. Визначення параметрів якості. Характерна особливість цього процесу – встановлення зазначених параметрів з урахуванням думки пацієнтів. Це надзвичайно важливо, оскільки медичні заклади мають досить загальне уявлення про бажання пацієнтів. Аналіз проводиться шляхом формування психологами чи координаторами певних груп, які в результаті проведених дебатів приходять до спільних висновків щодо встановлення параметрів якості.

5. Вивчення конкурентів. Для цього проводимо вибіркоче дослідження, обов'язковою умовою проведення якого буде врахування всіх конкурентів. Вивчення конкурентного середовища розширить початкові межі аналізу задоволення клієнтів. Це, у свою чергу, ускладнить проведення самого аналізу (причина – відсутність респондентів, здатних проаналізувати діяльність як лікувальних закладів стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, так і конкурентів).

6. Проведення вибіркового анкетування. На цьому етапі аналізу необхідно встановити оптимальну кількість запитань, яка не обтяжувала б того, хто працює із запропонованою анкетною. Рекомендовано застосовувати не більше 30 запитань. Особа, що проводить анкетування,

повинна викликати довіру в опитуваного. Від цього залежить кінцевий успіх шостого етапу аналізу.

7. Остаточна сегментація пацієнтів та визначення типів якості. Метою здійснення аналізу є побудова карти якості медичних послуг із врахуванням понесених витрат. Карта якості будується на основі попередньо прийнятих теоретичних засад. Встановлюється, що оптимальним варіантом якості є рівність значення кожного параметра. Як свідчить теорія, лікувальні заклади можуть отримати оптимальні доходи, коли параметри розташовуються на головній діагоналі карти. Але часто така карта ділиться на квадрати шляхом поділу кожної осі на половину. Одиницями поділу є вартість середніх значень та вартість середнього рівня задоволення пацієнтів. Утворені квадрати складають основу для пошуку рішень щодо подальшої діяльності.

8. Проведення SWOT-аналізу із застосуванням коригувальних дій, де будуть виявлені загрози (при високому значенні конкуренції – ступінь задоволення високий). Переваги проявляються при високому значенні кваліфікації працівників та високому задоволенні пацієнтів. Зазначені недоліки та загрози поступово повинні перетворитися на переваги.

Запропонований нами поетапний комплексний аналіз вимірювання ступеня задоволення клієнтів дасть змогу не лише отримати інформацією про переваги й недоліки лікувальних закладів з урахуванням ступеня задоволення пацієнтів, а допоможе спроектувати різні варіанти розвитку подій у межах чотирьох квадратів SWOT-аналізу, що підвищить конкурентоздатність лікувальних закладів. Це, у свою чергу, сприятиме підвищенню рівня управління якістю надання медичних послуг.

Сучасний ринок медичних послуг вимагає проведення лікувальними закладами стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги маркетингових досліджень (анкетування, інтерв'ю з пацієнтами, дослідження ринку).

Опрацьована інформація стає основою для усвідомлення потреб власних пацієнтів. Це дозволяє проектувати медичні послуги, які б відповідали потребам ринку. Сучасні медичні установи стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, що демонструють приязнь до пацієнтів та надають послуги на найвищому рівні, повинні підписувати контракт із Міністерством охорони здоров'я в рамках функціонування системи медичного страхування. Постійний процес планування діяльності сучасних лікувальних закладів проявляється шляхом збільшення пакета послуг. Моніторинг потреб пацієнтів дозволяє точно вибрати потреби, що відповідають очікуванням ринку. Таким чином, власники повинні забезпечити впровадження нових послуг на основі новітніх технологій.

Можливостями фірм є:

1. Продаж послуг, що приносять дохід та виходять за рамки медичного страхування.

2. Лояльність клієнтів.

Перевагою аналізованої медичної компанії може бути надання послуг поза списком відшкодувань системою медичного страхування. За допомогою цієї опції збільшується загальний портфель послуг і з'являється можливість для отримання додаткових доходів. Ці послуги оцінюються за самотійним аналізом вартості і цінової конкуренції.

Продаж медичних послуг відбувається із врахуванням очікувань клієнтів, а це підвищує ступінь їхнього задоволення. В галузі медицини на карті успіху стоїть здоров'я і життя людей, тобто особливо важливий фактор, який може впливати на рішення успішної реалізації проектів, пов'язаних із наданням медичних послуг. У сучасних управлінських компаніях рівень лояльності постійно вимірюється і контролюється, також використовуються інструменти для підтримки його зростання (дисконтні карти лояльності і под.). Варто також зазначити *недоліки* (як доводить

практика, прийнято вважати, що позиція фірми тим краща, чим менша кількість пунктів). Нестабільна фінансова політика та монопольне становище Міністерства охорони здоров'я. Центральні зміни стратегічного розвитку Міністерства охорони здоров'я, у поєднанні з дестабілізаційною ліквідністю становлять ризик для нормального функціонування медичної компанії. Побудова фінансових припущень суттєво утруднюється при функціонуванні компанії в умовах, коли підписаний контракт із Міністерством охорони здоров'я змінюється через кілька місяців без можливості перегляду.

До *загроз* відносять:

1. Конкуренцію.
2. Високі процентні ставки з кредитів.
3. Підвищену чутливість до економічної ситуації в секторі послуг.
4. Зниження доходів пацієнтів.

За умови, коли ринок іде на спад, часто виникають ситуації, у яких сучасні та доінвестовані компанії, всупереч прогнозам, не досягають успіху через незнання тонкощів місцевого ринку чи його неформальної системи. Лікувальні заклади як суб'єкти господарювання на ринку медичних послуг для своєї діяльності потребують припливу фінансового капіталу. Останній можна отримати, залучивши інвесторів або ж одержавши кредит у банку. В сучасних умовах банківські установи не зацікавлені в наданні кредитів для розвитку підприємницької діяльності, в тому числі і в галузі системи охорони здоров'я. Оскільки лікувальні заклади віддають перевагу короткотерміновим кредитам (які не вигідні для банків). Щоб мати гарантію залучення необхідних коштів, їм доводиться користуватися довготерміновими інвестиційними кредитами. Крім того, кредити в іноземній валюті, отримані у попередні роки, у зв'язку із валютними коливаннями стають, зазвичай, щораз дорожчими. Така

ситуація є загрозою для компаній, що залучають зовнішні засоби фінансування.

Необхідність реформування системи охорони здоров'я України сьогоднішні вже не залишає сумнівів. Зміни дадуть можливість створити конкурентне середовище на ринку медичних послуг. Різні тарифи на медичні послуг, залежно від рівня наданих консультацій, сучасне технологічне обладнання і професіоналізм працівників можуть підвищити конкурентоспроможність послуг. Така ситуація не стимулює до розвитку лікувальних закладів, а навпаки, сприяє функціонуванню застарілих медичних закладів і організацій. Залежність від умов, зазначених у контракті з Міністерством охорони здоров'я, може створити поле діяльності, яке виходитиме за рамки чистої конкуренції.

Зростання в країні кількості безробітних та збільшення людей пенсійного віку (за рахунок продовження тривалості життя), підвищення рівня смертності працездатних людей призводить до загострення демографічної ситуації та зменшення доходів населення. Тому при затвердженні моделі медичного страхування в Україні потрібен виважений піхід до її вибору. Вважаємо за необхідне запровадження змішаної системи, яка передбачає паралельне функціонування обов'язкового та добровільного медичного страхування і стане для малозабезпечених верств населення одним із гарантів отримання медичної допомоги. Будь-яке управління якістю медичних послуг із метою виявлення та розв'язання проблем не можливе без ґрунтового інформаційного забезпечення. Це не лише полегшить зазначений процес, але й дозволить його оптимізувати.

4.3. Методологія інформаційного забезпечення в управлінні якістю медичних послуг

Реформування системи охорони здоров'я повинно суттєво змінити механізм функціонування закладів охорони здоров'я стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Важливим моментом цього реформування має стати трансформація державних лікувальних закладів у госпрозрахункові одиниці, основою діяльності яких стане автономна фінансова діяльність. Тобто з'явиться ринок медичних послуг, суб'єктів господарювання якого стануть лікувальні заклади (організації). Проблема сучасного ринку – відсутність як чіткої регулятивної бази, так і можливостей створення рівних умов для всіх його учасників.

Перш, ніж утвориться сталий ринок медичних послуг, у всіх лікувальних закладах стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги має відбутися реструктуризація, приватизація та ін. Трансформовані установи мають працювати в умовах функціонування медичного страхування. Проте актуальним залишається питання щодо процесу управління лікувальними закладами з метою входження на ринок медичних послуг та пошуку вигідної ніші у ньому на довготривалій період. Основою для прийняття управлінських рішень має бути відповідна інформація. Остання дуже важлива для менеджерів не залежно від рівня їхньої компетенції. Так, А. Стабрила вважає, що "інформаційна система менеджерів представляє собою систему, яка формується, з одного боку, з ресурсів і потреб в інформації, з іншого боку – з підсистеми зв'язку" [376]. На думку науковця, така система характеризується наступними рисами:

- виконує функції виявлення, діагностики та початкового вирішення поставлених завдань,

- її ресурси та інформаційні потреби належать до різних галузей управління (фінансів, людських засобів, виробництва),
- знаходиться в організаційній структурі компанії, відділу у вигляді департаменту інформації (підрозділу), але також може працювати і позасистемно,
- може бути структурованою відповідно до формули матричних структур [376].

Єдиного підходу щодо трактування поняття "інформації" серед науковців немає. Й. Кісельніцкі стверджує, що "інформація представляє собою такий різновид засобів, який дозволяє збільшити наші знання про нас та навколишній світ". Дослідник вважає, що "інформація станом на сьогоднішні трактується на рівні з іншими матеріальними і нематеріальними ресурсами підприємства. Як показує практика, володіння інформацією та вміле її використання уможливорює створення конкурентної переваги та її вартість. Оскільки інформація не відповідає умовам, які дозволили б кваліфікувати її як активи підприємства, вона створює частину вартості фірми" [306].

Виходячи із вищезазначених фактів, приходимо до висновку про те, що інформація є економічною категорією. Основа функціонування будь-якої організації (в тому числі медичної) – володіння інформацією, яка складає її засоби. Щодня до компанії надходить нова інформація. Поряд із тим, у середині фірми на різних рівнях теж з'являється нова інформація, яка повинна бути опрацьована, а потім донесена до відповідного споживача. Зібрана інформація може зберігатися, сортуватися і бути легко доступною для визначених осіб, завдяки використанню інформаційних технологій, що й визначає стратегічні переваги компанії.

Загалом, інформацію необхідно кваліфікувати з урахуванням притаманних їй найістотніших особливостей:

- пунктуальність;

- можливість порівняння;
- доступність;
- важливість;
- придатність до застосування.

Інформація має вагомий вплив на діяльність будь-яких фірм, і медичні заклади – не виняток. Оскільки останні надають послуги, інформація найчастіше стосується наданих медичних послуг. Крім того, інформація в системі охорони здоров'я є специфічною категорією, тому що часто стосується не лише стану здоров'я пацієнта, але й прогнозів щодо можливого розвитку хвороби чи повного одужання.

Завдання управління інформацією в галузі охорони здоров'я полягає у створенні такого інформаційного середовища, яке б об'єднувало користувачів охорони здоров'я з надавачами цих послуг та відповідало б чинній системі охорони здоров'я.

Це ще одна причина, чому варто обробляти інформацію в автоматичному режимі. Збір управлінської інформації потребує систематизації, а для цього доцільно умовно поділити її на три групи (рис. 4.9):

- інформація стратегічного планування;
- контролінгова інформація;
- оперативна інформація.

Перший блок містить інформацію, що стає підставою для прийняття рішень та встановлення довготермінових цілей вищим керівництвом, а також слугує засобом накопичення ресурсів для досягнення згаданих цілей і формулювання політики їх досягнення. Ця інформація може включати перспективні оцінки середовища, економічні прогнози і демографічні тенденції. Другий блок інформації використовується менеджерами середнього рівня для координації різних підконтрольних їм дій, оптимізації ресурсів, відповідно до завдань і розробок оперативних планів.

Оперативна інформація дозволяє виконувати фінансові розрахунки, розрахунки заробітної плати і звичайні повсякденні операції. Цей вид інформації дає змогу оперативно реагувати на зміни, що відбуваються на ринку медичних послуг.



Рис. 4.9. Групування управлінської інформації*

*Опрацювання власне

Ефективність будь-якої інформаційної системи значною мірою залежить від якості інформації, яка до неї вводиться. Необхідний рівень якості забезпечується шляхом фільтрації вхідного потоку інформації. У сучасних інформаційних системах відбір інформації є обов'язковим етапом перетворення інформаційного потоку і потребує формулювання загальних та окремих критеріїв відбору інформації на вході до інформаційної системи, а також визначення принципів відбору документів і відомостей для різних цілей інформаційного забезпечення. Загалом, якість інформаційних систем варто досліджувати із різних точок зору (рис. 4.10):

- системного адміністратора;
- відділу якості;
- управлінців;
- пацієнтів.

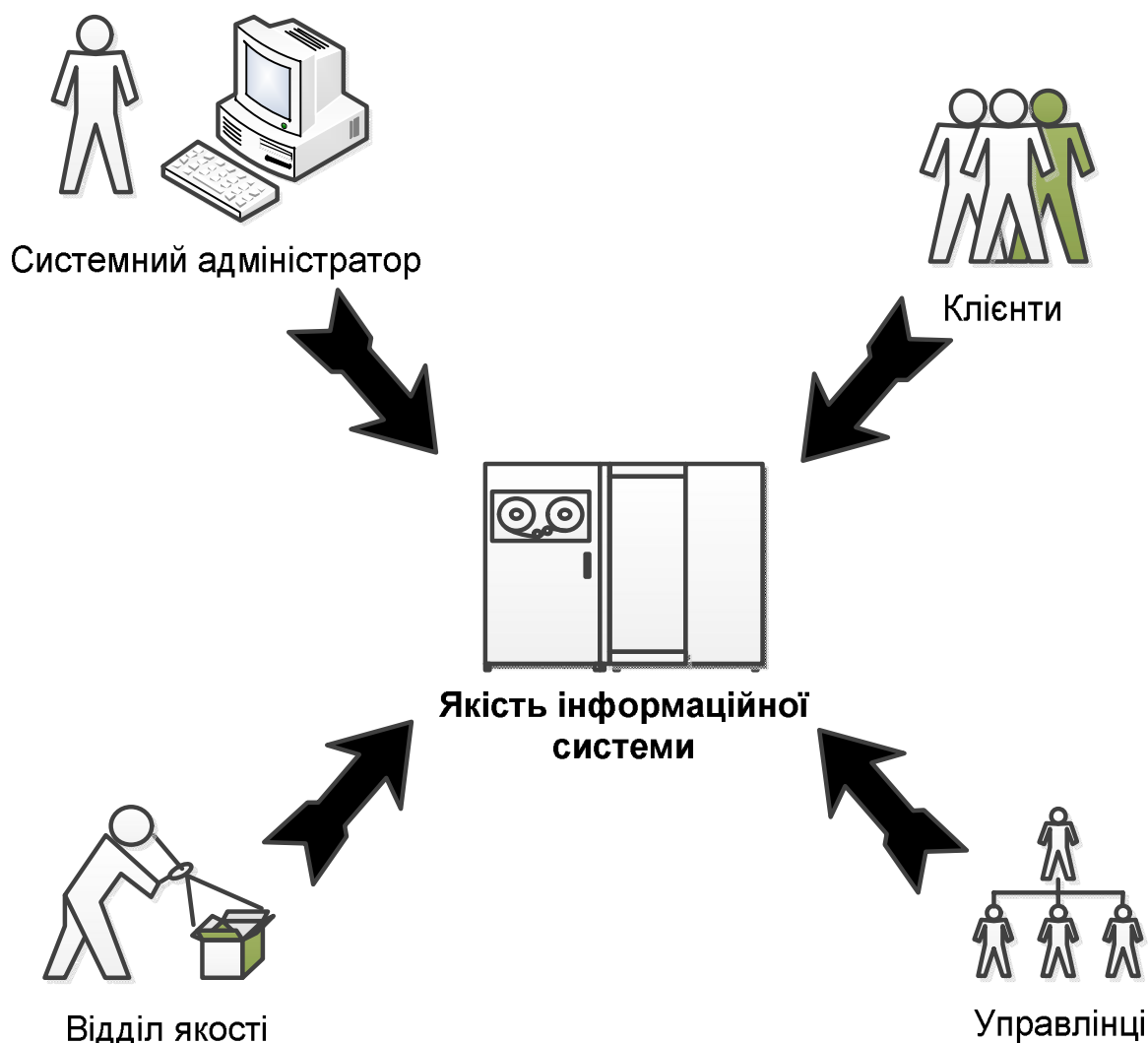


Рис. 4.10. Користувачі інформаційної системи, які формують вимоги до її якості*

*Опрацювання власне

Системний адміністратор у медичних закладах стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги повинен забезпечувати систематизацію інформації та її обробку, як стосовно діяльності загалом, так і окремо взятого підрозділу зокрема. Така систематизація дозволить розробити програмне забезпечення для ефективної роботи лікувального закладу, особливо в контексті якості. При цьому особливу увагу необхідно приділяти:

- можливості перевірки отриманої інформації;

- її читабельності;
- контролю за витратами та дотриманням термінів виконання.

Для відділу якості, який має функціонувати як структурна одиниця лікувального закладу та займатися опрацюванням інформації, якість інформаційних систем розкривається через:

- функціональні можливості;
- простоту застосування;
- її відповідність.

Для управлінців вагомий аспект визнання якості інформаційних систем – це:

- можливість використання при прийнятті рішень для задоволення вимог пацієнтів;
- інформаційне наповнення відповідного рівня;
- застосування з метою дотримання попередньо встановлених вимог щодо реалізації різного роду проєктів.

Кінцевим результатом застосування та використання якості інформаційних систем є, передусім, задоволення пацієнтів і можливість зайняти найкращу нішу на ринку медичних послуг. Це дасть змогу лікувальним закладам збільшити власні прибутки, а пацієнтам отримати прямий доступ до інформації про медичні заклади (спеціалізацію, графік консультацій лікарів та можливості запису до них у режимі он-лайн із підтвердженням). Використання закладами охорони здоров'я стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги спеціалізованих та універсальних інформаційних систем і технологій покращує процес управління, забезпечує розширену підтримку в прийнятті рішень, підвищує якість та доступність медичних послуг.

Управлінські рішення формуються на основі двох тісно пов'язаних функціональних сфер: медичної та адміністративної підсистем. Це

стосується фінансів та бухгалтерського обліку, управління персоналом, логістики. Інформаційна система управління повинна бути адаптована до конкретних потреб і вимог сектора охорони здоров'я України. Головні завдання, що потребують вирішення після запровадження інформаційної системи управління, такі:

- обрахунок витрат, пов'язаних із наданням медичних послуг;
- повна інформація про пацієнтів, перебіг надання медичної допомоги та витрати на лікування;
- комплексне управління торгівлею ліками;
- раціоналізація документообігу;
- підтримка аналізу та звітності для менеджерів і компетентних органів контролю й нагляду;
- закупівля, зберігання і розповсюдження матеріалів і товарів;
- використання та обслуговування активів;
- ведення обліку кадрів (як адміністративного персоналу, так і медичного);
- ведення бухгалтерського обліку, пов'язаного з фінансово-господарською діяльністю лікувальних закладів стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги;
- підготовка та подання відповідних звітів і використання інформації для потреб управлінського обліку.

Загальна система інформаційного забезпечення подана нами на рис. 4.11.

Інформаційне забезпечення управління лікувальними закладами стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги важливе для визначення стратегічних напрямків їхнього розвитку. Його основа – це інформаційний простір управління, що формується із відповідних інформаційних ресурсів,

знань, баз даних. Складовими інформаційного простору управління лікувальними закладами є:

- інформаційні ресурси (дані на відповідних носіях інформації);
- інформаційна інфраструктура.



Рис. 4.11. Інформаційне забезпечення функціонування лікувальних закладів*

*Опрацювання власне

Аналіз інформаційних потреб, вивчення мотивацій в управлінських рішеннях, тематичне інформаційне забезпечення керівників, психологія

індивідуального і групового інформаційно-аналітичного забезпечення становлять об'єкти діяльності в галузі інформаційного забезпечення управління і бізнесу. При проектуванні інформаційних систем необхідно відштовхуватися від комплексного управління якістю (рис. 4.12). За основу комплексного управління якістю при проектуванні інформаційних систем береться стратегічна взаємодія таких складових:

- працівники;
- матеріали;
- технології;
- методи.

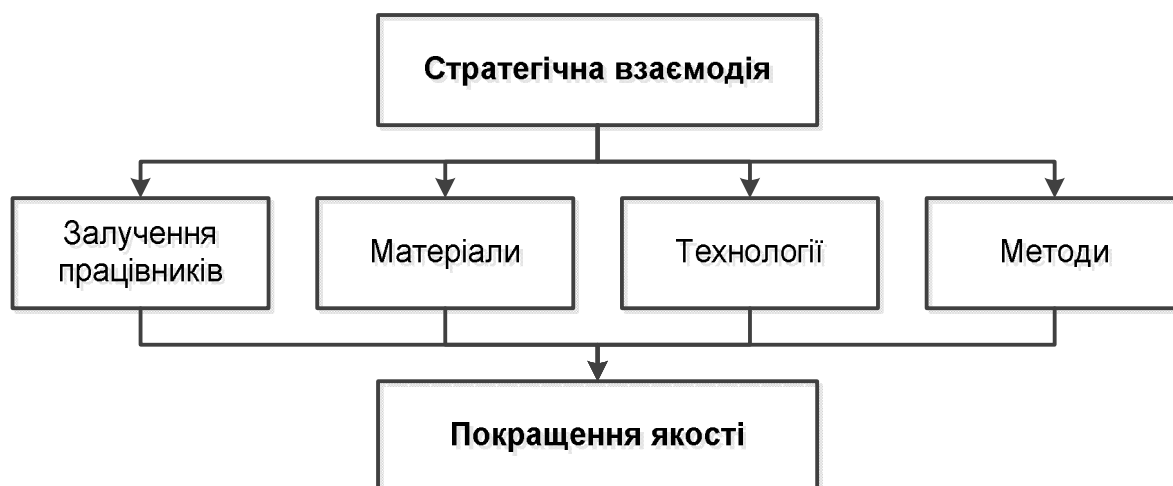


Рис. 4.12. Комплексне управління якістю при проектуванні інформаційних систем*

*Опрацювання власне

Проектування інформаційних систем варто розпочинати із залучення працівників, потенційних користувачів системи. Йдеться про можливість визначення масиву інформації, яку необхідно буде опрацювати, а також формулювання вимог щодо ергономіки та функціональності системи. Вимоги до створення інформаційної системи є основою для визначення обсягу матеріалів, необхідних для ефективного забезпечення її

функціонування. При цьому матеріали можуть бути як на електронних, так і на паперових носіях.

Узагальнивши вищезазначене, обирається і затверджується технологія збору, опрацювання даних та подання кінцевих результатів. Обрана технологія опирається на методи обробки інформації, спрямовані на забезпечення функціонування якісної інформаційної системи в лікувальних закладах. Проектуючи інформаційні системи для щоденного застосування у діяльності закладів охорони здоров'я, необхідно звернути увагу на відповідність проектних матеріалів специфіці діяльності лікувальних установ. Це дасть змогу уникнути появи різних категорій ризику (чи мінімізувати їх).

Із метою уникнення появи чи мінімізації ризику стосовно інформаційних систем, у лікувальних закладах необхідно провести аналіз потреб захисту даних. Аналітичний процес відбувається поетапно. Спочатку роблять загальний аналіз потреб захисту даних. Визначаються основні вимоги до інформаційної системи. Згодом ідентифікуються активи інформаційної системи, середовище, у якому функціонує ця система, та наявне забезпечення.

Після проведеного загального аналізу потреб захисту даних формуються критерії забезпечення охорони даних, на основі яких визначається рівень забезпечення охорони даних шляхом вибору стратегії аналізу ризику. Сам вибір стратегії також передбачає кілька етапів. По-перше, йдеться про стратегію вибору захисту основного рівня. По-друге, здійснюється неформальний аналіз ризику, який стає основою для більш детального аналізу. Отримані результати дають можливість застосувати каскадну стратегію для захисту даних (рис. 4.13).

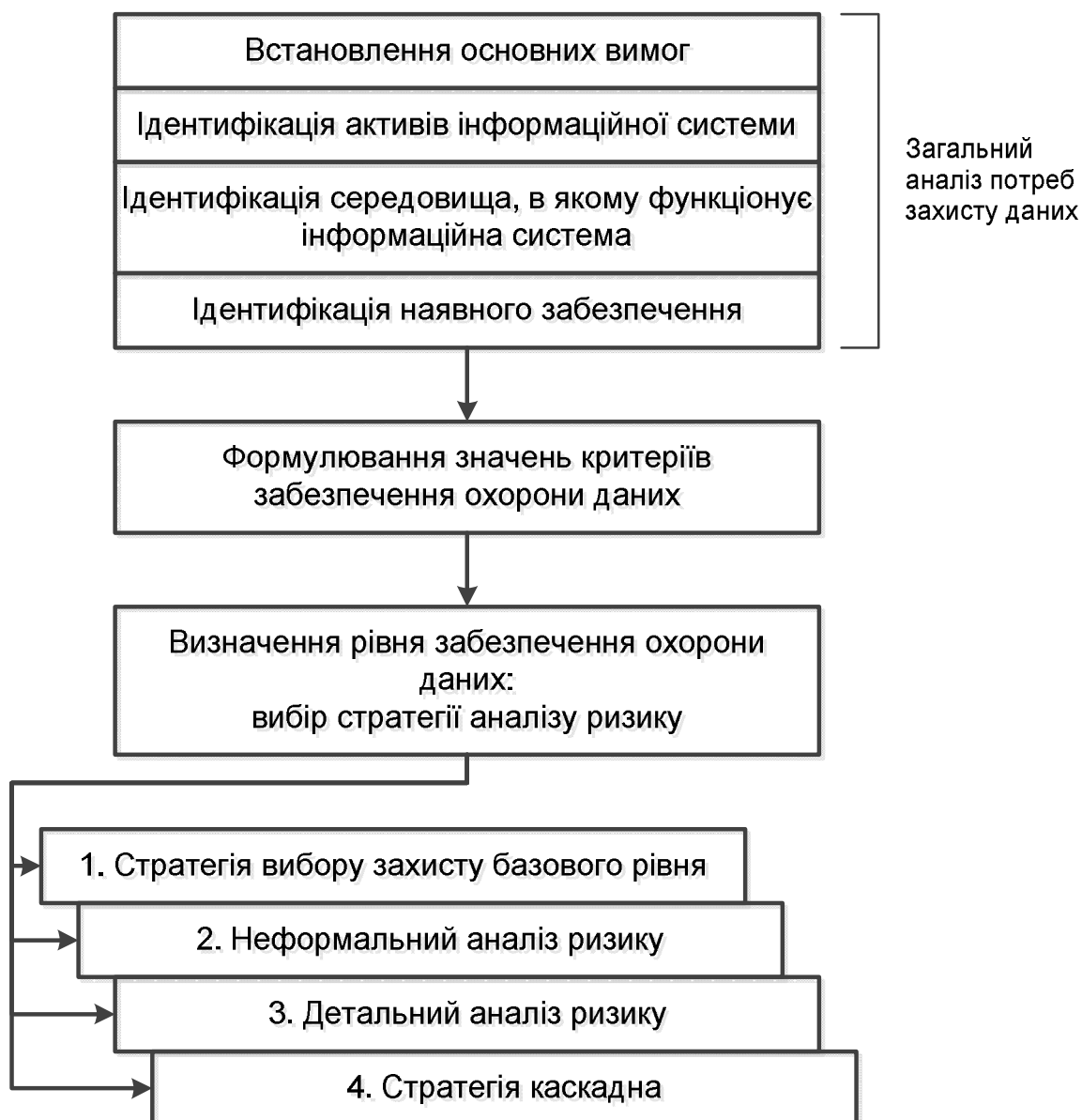


Рис. 4.13. Процес аналізу виникнення ризику стосовно інформаційних систем у лікувальному закладі*

*Опрацювання власне

Після аналізу виникнення ризику стосовно інформаційних систем в лікувальному закладі стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги слід розпочати процедуру охорони даних (рис. 4.14).

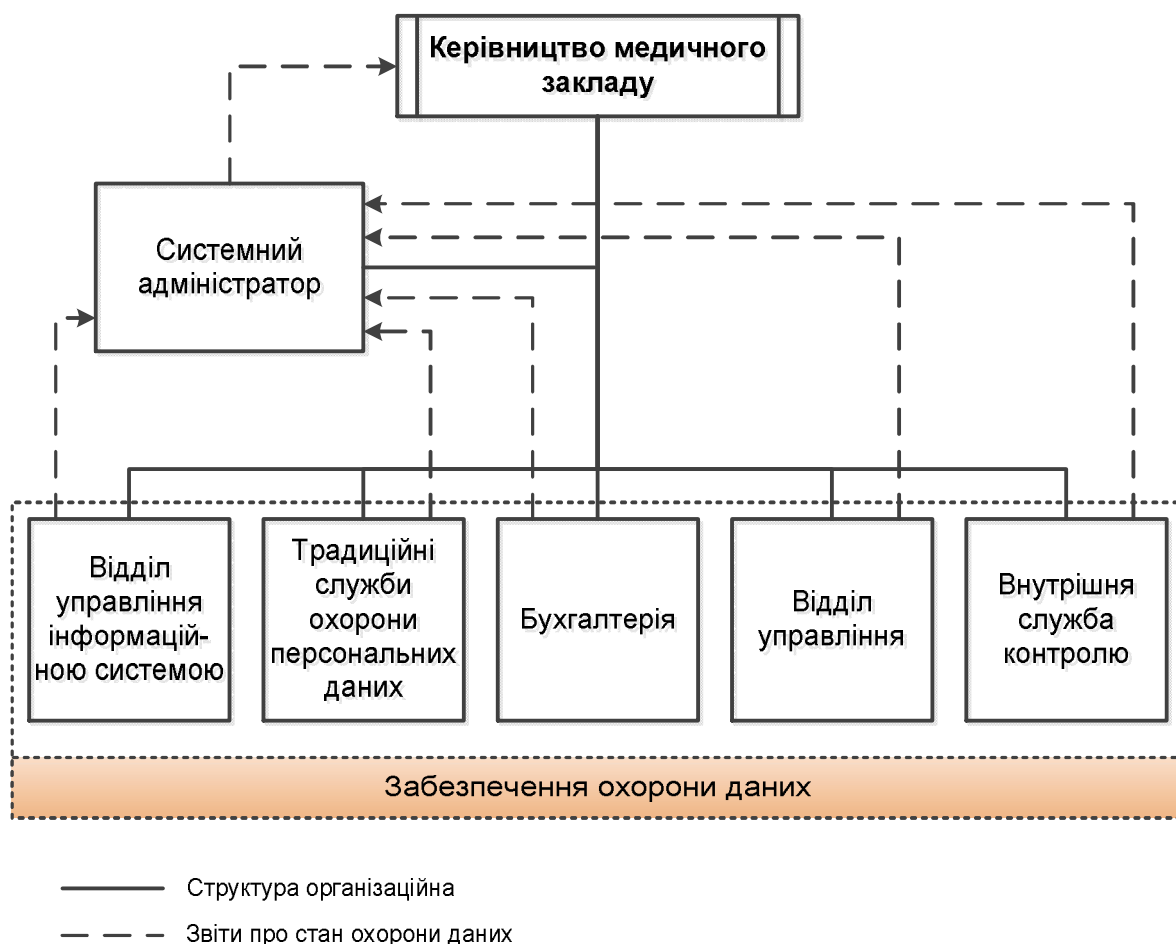


Рис. 4.14. Забезпечення охорони даних у лікувальному закладі*

*Опрацювання власне

Описаний процес дуже відповідальний і трудомісткий, тому потребує залучення всіх структурних організаційних одиниць. Інформаційна підтримка процесу забезпечується шляхом регулярного подання системному адміністраторові звітів про стан охорони здоров'я. Останній, систематизувавши дані, передає їх до керівництва медичного закладу. Особливість будь-якого управлінського процесу полягає у прийнятті відповідних рішень на основі загальної інформації, що формується з різних джерел. Управлінському персоналові лікувального закладу стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги перед початком збору інформації необхідно чітко визнати таке:

- здатність виділення з масиву отриманих даних тих, які підлягають вимірюванню;
- можливість визначення значущості таких даних;
- особливості їх взаємозв'язку;
- ступінь довіри до джерела отримання інформації.

Безпосереднє опрацювання інформації можливе після здійснення аналізу вище вказаних аспектів. При цьому необхідно встановити:

- пріоритетність роботи;
- кваліфікацію працівників, залучених до роботи з інформацією;
- схеми збору інформації;
- виконавців збору інформації;
- процедури зберігання інформації;
- схеми проведення аналізу;
- процедури передачі даних із зазначенням відповідальних осіб та періодичності;
- осіб, відповідальних за прийняття рішення;
- процедури контролю за виконанням рішень із зазначенням виконавців та періодичності проведення.

Для роботи з інформацією розробляється стратегія і тактика. Це дає змогу досягнути кінцевої мети (встановлення рівня якості наданих медичних послуг) із систематизацією наявної інформації, що пройшла процес "фільтрування". Останній передбачає не лише встановлення ступеню важливості інформації, але й визначення впливу на досягнення вище зазначеної мети. Застосування інформаційного забезпечення в роботі лікувальних закладів України стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги матиме цілу низку переваг, а саме:

- інформування громадян про спектр та умови надання медичних послуг лікувальними закладами країни;

- можливість електронної реєстрації пацієнтів на консультацію та прийом за напрямками спеціалізації медичних установ;
- створення у системі охорони здоров'я єдиної електронної мережі даних для забезпечення належного рівня обслуговування пацієнтів;
- надання лікувальними закладами стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги пацієнтам інформації щодо власної фінансової діяльності (наявність контрактів із Міністерством охорони здоров'я);
- обмін інформацією щодо планування та моніторингу надання медичних послуг, що дасть можливість доступу до необхідних контактів при пошуку партнерів серед лікувальних закладів;
- обмін інформацією з питань корпоративного управління, за допомогою якого суб'єкти охорони здоров'я зможуть надавати інформацію про свій фінансовий стан;
- обмін інформацією в сфері планування та контролю за здійсненням медичних послуг, що є сервісом, який дозволяє передавати споживачам інформацію про укладені договори, їх виконання та інформацію про черги (пацієнтів, які очікують на прийом та проведення процедур);
- підтримкою системи управління якості для медичних організацій, які надають медичні послуги, є проекти інформації, пов'язані із системою управління якістю. Це дозволяє їм передавати дані для управління системою якості.

Отримані результати запровадження інформаційної системи з метою покращення пропонованих медичних послуг для пацієнтів дозволять:

- здійснювати постійний моніторинг процесу надання медичних послуг;

- виявляти специфічні показники: використання лікарняних ліжок, середня тривалість перебування пацієнта в лікарні стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, кількість пацієнтів, число амбулаторних консультацій, епідеміологічні дані про захворюваність, смертність;
- покращити умови праці в окремих структурних підрозділах лікувального закладу стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, зокрема: в лабораторії, аптеці, операційному блоці і под.;
- здійснити підключення медичного обладнання, зокрема, забезпечити передавання радіологічних зображень та наукових досліджень;
- уникнути небезпечної взаємодії між лікарськими препаратами, призначеними різними лікарями, а також появи інформації про негативні наслідки, спричинені прийомом певного препарату, що дозволить уникнути призначення його в майбутньому;
- впорядкувати реєстрацію шляхом динамічного визначення меж прийому хворих із визначенням структурного підрозділу (клініки, філії);
- ефективний та швидкий доступ до повної історії хвороби пацієнтів і більш високої якості та відповідності документації із забезпеченням охорони особистих даних;
- надання медичному персоналові можливості ознайомитися з результатами аналізів пацієнтів у будь-який час і в будь-якому місці;
- гарантувати високий рівень безпеки та конфіденційності даних;

- пришвидшити встановлення діагнозу і зменшити тривалість процесу лікування;
- підвищити якість медичних послуг.

Враховуючи всі наведені вище переваги запровадження інформаційної системи з метою покращення пропонованих медичних послуг для пацієнтів, приходимо до таких висновків щодо загальних вигод від проаналізованого процесу:

- отримуємо швидкий і легкий доступ до інформації як основи управлінських рішень для організації та керування в лікарні;
- організаційна оптимізація інформації в системі з огляду на її використання, що дозволяє швидко приймати рішення;
- доступ до широкого спектру інформації дозволяє приймати рішення щодо інвестицій у технічну інфраструктуру та придбання основних засобів;
- можливість сформулювати довгострокові стратегії лікарні;
- оперативний доступ до знань як до головного ресурсу сьогодення, що надає лікувальним закладам стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги істотні переваги;
- швидкий і більш точний підбір медичних даних, що впливатиме на точність діагностики та організацію всього процесу лікування, в тому числі підвищення якості медичних послуг для пацієнтів;
- вдосконалення організації і продуктивності праці, її комфорту для працівників;
- обмеження зайвих витрат для забезпечення повної, висококваліфікованої і ефективної терапії та створення розумної вартості медичних послуг;
- збільшення ефективності управління лікувальними закладами.

Раціональне використання інформаційних інструментів у наш час мають безпосередній вплив на ефективне функціонування медичних установ, а також оптимізацію витрат, пов'язаних із їхньою діяльністю, які проявляються при прийнятті раціональних управлінських рішень. Використання досягнень інформатики в галузі охорони здоров'я є ключем до покращення якості медичних послуг, підвищення їх доступності, а також ведення раціональної державної політики в галузі охорони здоров'я. Заходи, вжиті для інформатизації сфери охорони здоров'я неминучі у зв'язку зі швидким зростанням темпів технічного прогресу і нагромадженням величезної кількості інформації.

Враховуючи всі позитивні моменти впровадження інформаційної системи як для пацієнтів, так для лікувального закладу, необхідно сформувати його інформаційний простір управління, що відбуватиметься в кілька етапів:

- утворення єдиної інформаційної бази відділень та підрозділів медичного закладу стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги;
- закріплення відповідного рівня безпеки і захисту інформаційних ресурсів;
- технічний супровід здійснення аналізу інформації.

Інформаційний простір передбачає розробку системи інформаційної підтримки управління розвитком медичного закладу. Йдеться про утворення зони, де виникають різноманітні інформаційні потоки. Останні забезпечують надходження найновішої, повномасштабної і достовірної інформації процесу подолання суперечностей, які виникають у його зовнішньому і внутрішньому середовищі. Це, у свою чергу, дозволить забезпечити довготривалий успіх на ринку медичних послуг.

Традиційно формалізацію інформаційних потоків управління розвитком лікувальних закладів стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги здійснюють за критерієм джерел утворення інформації. Поділ інформаційних потоків на вхідні та вихідні, на наш погляд, досить умовний. Відповідно до принципів і стандартів корпоративного управління, до вхідних інформаційних потоків прийнято відносити інформацію про середовище, в якому функціонує та розвивається медичний заклад стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Ця інформація досить різноманітна, може включати фінансові та нефінансові, формальні та неформальні, кількісні та якісні показники. До вхідної інформації, яка надходить із зовнішніх джерел, відносять законодавчі та нормативні акти, інформацію загальноекономічного та галузевого характеру, інформацію про діяльність партнерів та конкурентів підприємства, статистичну звітність. Для формування інформаційного простору лікувальних закладів стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги важливим моментом є визначення змісту вихідних інформаційних потоків, які мають забезпечити всіх стейкхолдерів необхідними даними про компанію для прийняття відповідних рішень щодо співпраці. Традиційно до таких інформаційних потоків відносять стратегічні плани лікувальних закладів, прогностні та звітні показники їхньої діяльності тощо.

Багато сфер життя, у тому числі і система охорони здоров'я, яка досі залишається адміністративним сектором, повинна переформатуватися та шукати можливості не тільки для задоволення соціальних потреб у рамках простого перерозподілу, а й за рахунок упровадження інструментів стимулювання підприємницької та інноваційної діяльності. Важливим

елементом застосування заходів для створення оптимальної політики в галузі охорони здоров'я є можливість використання сучасних інструментів для підтримки процесу прийняття рішень, як, наприклад, інформаційні системи та утворена на їх основі система управління знаннями.

Без сумніву, концепція електронного управління системою охорони здоров'я при підтримці технологій, телемедицини і, нарешті, управління знаннями відіграють життєво важливу роль у забезпеченні доступності та якості медичних послуг. Сучасне управління охорони здоров'я означає, що галузь повинна бути перебудована таким чином, щоб відповідати основним критеріям раціональності дій, ефективності для забезпечення необхідного рівня якості і доступності медичних послуг. Цей процес був би неможливим без використання відповідних інформаційних інструментів забезпечення ефективного збору і розподілу даних із використанням новітніх технологій зв'язку.

Запровадження інформаційних систем у царині охорони здоров'я України допоможе в управлінні нею та забезпечить ефективний збір і поширення даних із використанням новітніх технологій зв'язку. При створенні інформаційних систем необхідно дотримуватися певної методології. Остання полягає в організації самого процесу формування інформаційної системи. При цьому важливий аспект – належне управління цим процесом, що гарантуватиме дотримання вимог до самих інформаційних систем. Таким чином, методологія утворення інформаційних систем спрямована на:

- встановлення цілей, завдань щодо лікувальних закладів із врахуванням вимог, які висуваються до інформаційних систем;
- дотримання термінів створення інформаційних систем у межах затвердженого бюджету, відповідно до встановлених параметрів;
- використання наявних програмних забезпечень та баз даних при створенні інформаційних технологій;

– забезпечення належного технічного резерву щодо модифікації і розширення систем, спричинені певними змінами в роботі лікувальних закладів стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.

Очевидно, що дуже важливим є пошук такої методології, котра враховувала б не тільки умови, способи застосування та розробку програмного забезпечення, але і життєвий цикл самого програмного забезпечення. Методологія інформаційних систем дозволяє встановити чіткі межі та процедури, що базуються на життєвому циклі програмного забезпечення. Загалом, мова йде про формування підходів до розвитку та становлення системи. Зокрема, розробляються завдання, встановлюється етапність та виконавці певних видів робіт. Запорукою якості розробки є відповідність чинним стандартам, ретельне планування, постійний контроль (як цілого процесу загалом, так і кожної фази зокрема).

Важливим моментом цього процесу є розуміння таких аспектів:

- в основу розробки інформаційних систем покладений досвід експертів та розробників, що забезпечить врахування особливостей функціонування закладів охорони здоров'я стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги;
- для оцінки інформаційних систем повинні використовуватися певні типи інформації з урахуванням хронометражу подій;
- потенційні користувачі системи шляхом застосування контрольної функції підвищують запит одержаних результатів.

Система електронного керування дозволить не лише підвищити якість самих інформаційних розробок, а й позитивно вплине на продуктивність роботи. Для досягнення зазначених результатів необхідно врахувати наступне:

1. Система електронного керування є основою для керування інформаційними ресурсами в лікувальних закладах. Процес керівництва включає контроль, організацію, планування та програмне забезпечення.

2. Попередньо йшлося про позитивний вплив електронного керування, проте варто зазначити, що такий стан речей буде прийнятним за умови одночасного підвищення якості і продуктивності. Належна якість може бути досягнута при точності виконання всіх методологічних фаз. Це забезпечить належний рівень якості, починаючи від проектування і завершуючи впровадженням.

Інформаційні системи розробляються для комп'ютеризації та реструктуризації зв'язаних робочих процесів для збільшення ефективності. Безсумнівно, необхідно збільшити витрати на розвиток ІКТ. Відомо, що дотепер не всі робочі місця комп'ютеризовані, а усвідомлення вигод, які сфера ІКТ може принести в управлінні інформацією, та створення знань не отримало широкого розповсюдження. Крім необхідності подальшої активізації зусиль у цьому напрямку, слід також вимірювати результати, досягнуті внаслідок реалізації рішень. Це надасть можливість вжити належних заходів щодо активізації впровадження інноваційних підходів до інформації у сферах, які вимагають такого втручання. Цікавою є також проблема подолання опору змінам і розробки відповідних стимулів для працівників медичних закладів.

Важливим моментом в управлінському процесі є опрацювання інформації з метою підвищення рівня обслуговування медичними установами. Для загальної оцінки якості обслуговування в окремо взятому лікувальному закладі нами розроблено спеціальну електронну on-line форму⁵. Ця форма розроблена з використанням технологій Google Drive.

Можливі варіанти роботи з формою:

⁵Доступ до електронної on-line форми можна отримати за постійною URL-адресою: <https://docs.google.com/spreadsheet/viewform?formkey=dGZHRkpwYUVSR2g5cXFEVkfLRkVpa3c6MQ#gid=0>

- 1) заповнення пацієнтами роздрукованого варіанту з подальшим внесенням результатів у консолідований документ;
- 2) заповнення пацієнтами форми в режимі on-line, наприклад, на інтернет-сайті лікувального закладу або іншого інформаційного ресурсу;
- 3) надсилання форми пацієнтам на їх електронні поштові скриньки для заповнення у зручний для них час.

Час роботи з формою не обмежений, і, давши відповідь на одне запитання, пацієнт може змінити її до моменту остаточного надсилання даних. Завершення роботи з формою відбувається після натискання кнопки "Надіслати", яка знаходиться в кінці електронного документа. Використання цієї кнопки приведе до чергового запису введеної інформації у спеціальний електронний документ в системі Google Docs, доступ до якого адміністратор (розробник) форми матиме з довільного персонального комп'ютера, під'єданого до мережі Інтернет. Зазначена система дозволяє налаштувати автоматичні сповіщення (наприклад, на електронну скриньку) адміністратора про надсилання нового запису.

Принцип роботи з електронним документом, що містить результати опитування, отримані за допомогою згаданої форми, аналогічний до опрацювання даних електронних таблиць Microsoft Excel. При необхідності отримані і накопичені записи можна експортувати у файл спеціального формату, здійснити аналіз інформації з допомогою спеціальних статистичних функцій, провести графічну візуалізацію даних тощо. Наведемо перелік запитань, які запропоновано використати у формі:

1. Вік.
2. Стать.
3. Освіта.
4. Місце проживання.
5. Статус працевлаштування.
6. Термін перебування у лікувальному закладі.

7. Яким чином відбувався Ваш перший контакт з лікувальним закладом?
8. Оцініть своє враження після першого контакту з лікувальним закладом за 5-бальною шкалою.
9. Що вплинуло на Ваш вибір лікувального закладу?
10. Як довго Ви очікували на оформлення в приймальному відділі?
11. Чи отримали Ви в приймальному відділі вичерпну інформацію про свої права?
12. Оцініть ставлення до Вас працівників приймального відділу.
13. Як Ви оцінюєте роботу приймального відділу загалом?
14. У який відділ Вас було оформлено?
15. Оцініть ставлення до Вас персоналу з обслуговування.
16. Оцініть ставлення лікаря до Вас.
17. Чи питали у Вас згоди на лікування?
18. Чи отримали Ви достатньо інформації про обрану методику лікування та ліки, які використовувалися?
19. Оцініть побутові умови Вашого перебування у відділі, де проходило лікування.
20. Як Ви оцінюєте якість харчування у відділі, де проходило лікування?
21. Як Ви загалом оцінюєте роботу відділу, де проходило лікування?
22. Чи порекомендували б Ви лікувальний заклад своїм знайомим?
23. Що, на Вашу думку, необхідно змінити (покращити) у роботі лікувального закладу?

Наведений перелік при необхідності можна змінювати, враховуючи специфічні вимоги, наприклад, профіль лікувального закладу, зміну функціонального призначення опитування за допомогою форми, потреби у більшій деталізації інформації тощо. Паперовий варіант форми наведено у додатку А. Проведення такого анкетування дасть можливість лікувальному

закладові визначити сатисфакцію пацієнтів. Отримані дані зручно опрацьовувати за допомогою системи обробки даних PASAT. Це дасть змогу не лише пристосовуватися до вимог пацієнтів, але зміцнити власні позиції відносно конкурентів. Однак при обробці інформації потрібно враховувати суб'єктивний характер анкетних даних. Найкращим варіантом аналізу, на нашу думку, має стати присвоєння такому типові інформації відповідної кількості балів у загальній шкалі прийняття управлінських рішень.

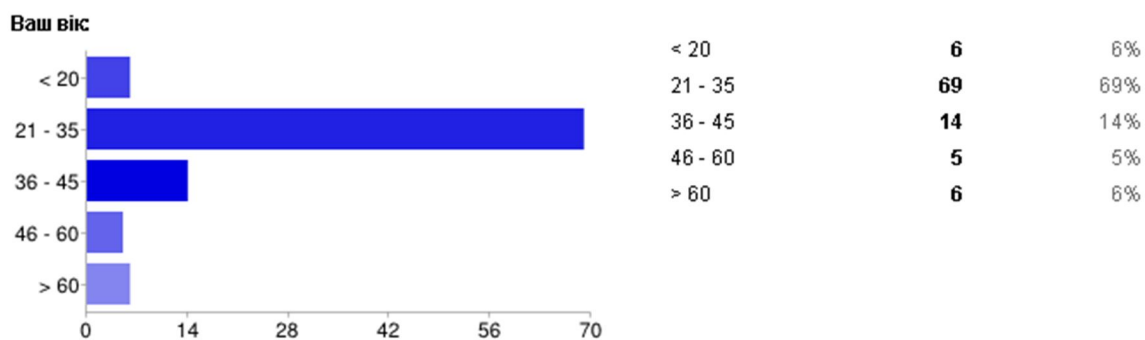
Проблематика якості медичних послуг сьогодні залишається актуальною для кожного громадянина України. Найбільшу зацікавленість проявляють, як свідчать результати проведеного нами опитування, особи віком від 21 до 35 років (рис. 4.15, а). Підкреслимо, що цікавість до досліджуваної нами тематики проявили всі категорії населення, що свідчить про потребу ретельного аналізу ситуації, яка склалася на ринку медичних послуг. 69% активних респондентів (21-35 років) та 14% (36-45 років) проявили зацікавленість, оскільки саме вони представляють людей працездатного віку, а питання здоров'я є для них вельми актуальним. Представники цієї вікової категорії, як зрештою і наступної (46-60 років), розуміють, що про їхнє самопочуття можуть подбати лише вони самі. При порушенні здоров'я, втрачається можливість працювати та отримувати стабільний дохід, утримувати родину, а також і можливість сплачувати податки державі. Враховуючи все зазначене, приходимо до висновку про очевидну взаємну зацікавленість усіх сторін (держави та працівників) у наданні якісних медичних послуг.

Отримані результати також підтверджують відсутність пропагування та комунікації з пацієнтами за допомогою електронної кореспонденції. Причина полягає у відсутності в більшості лікувальних закладів власних електронних ресурсів, що пов'язане з небажанням розвивати цей вид комунікацій та реклами. Така ситуація призводить до втрати певної

частини споживачів та не дає можливості уникати черг шляхом запису до лікаря на консультацію у визначений час. Варто нагадати, що практика впровадженнями так званої "талонної" системи бажаного ефекту не дала, а лише створює додаткові незручності для самих пацієнтів. Це підтверджують дані, наведені на рис. 4.15, б.

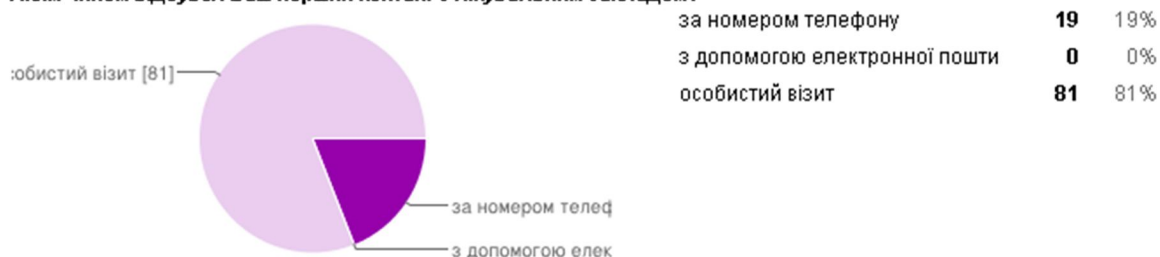
Наші міркування підтверджують і такі факти. 54% респондентів при виборі лікувального закладу покладаються лише на думку знайомих та лікарів, що проводили діагностику (ці показники певним чином пов'язані між собою), а також 35% проходить лікування за місцем проживання. 4% опитаних скористалися інформацією про лікувальний заклад з Інтернет-ресурсів, що свідчить про існування аудиторії, яка хоче користуватися такими послугами. Проте зазначені результати підтверджують факт, що попит перевищує наявну на ринку медичних послуг пропозицію (рис. 4.15, в). При врахуванні згаданої частки споживачів, лікувальні заклади зможуть залучити нових пацієнтів, навіть оминаючи територіальні бар'єри.

Слід зауважити, що хорошої освіти та здобутих практичних навичок, як свідчить практика, не завжди достатньо для надання якісних медичних послуг. Необхідною ланкою між отриманою освітою та набутими навичками стає вміння вдалої комунікації. Мова йде як про комунікацію між самими медичними працівниками, так і між медичними працівниками та пацієнтами. Цей фактор надзвичайно важливий для процесу формування якості медичних послуг. Це підтверджують результати анкетування. Зокрема, на запитання "Чи отримали Ви при оформленні у приймальному відділі вичерпну інформацію про свої права?" ствердну відповідь дали тільки 9%, "швидше так" – 20%, "ні" – 36% і "швидше ні" – 35% (рис. 4.15, г).



а)

Яким чином відбувся Ваш перший контакт з лікувальним закладом?



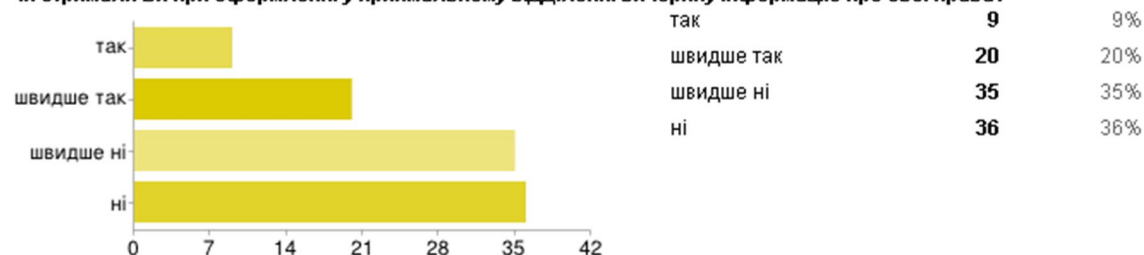
б)

Що вплинуло на Ваш вибір лікувального закладу?



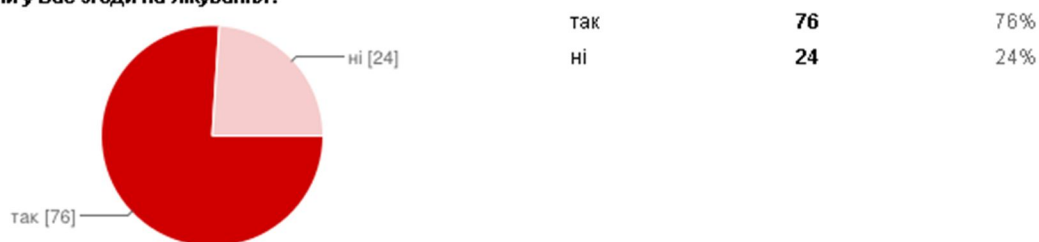
в)

Чи отримали Ви при оформленні у приймальному відділенні вичерпну інформацію про свої права? -



г)

Чи питали у Вас згоди на лікування?



д)

Рис. 4.15. Вибіркові результати анкетування: а) запитання 1; б) запитання 7; в) запитання 9; г) запитання 11; д) запитання 17



Рис. 4.15. Вибіркові результати анкетування (продовження):

е) запитання 18; ж) запитання 22

Отримані відповіді свідчать або ж про ігнорування прав пацієнтів, або ж про відсутність у медичних працівників навичок комунікацій із пацієнтами. Ще одним підтвердженням висловлених припущень є відповідь на запитання "Чи отримали Ви достатньо інформації про обрану методику лікування та ліків, які використовувалися?" Ствердно відповіли тільки 19%, відповідь "швидше так" обрало 42%. Не впевнені у достатності інформації – 25%, не отримали такої інформації 14%.

Причина подібних результатів, як виглядає, у невмінні надавати необхідну інформацію у процесі надання медичних послуг, що, у підсумку, впливає на їхню якість. Це припущення підкріплюється відповідями на запитання 17 і 18 (рис. 4.15, д, е). З отриманих у лікувальному закладі вражень складається думка пацієнтів щодо подальшого бажання проходити медичне обстеження в тому чи іншому закладі. Результати проведених нами досліджень свідчать, що 56% респондентів порекомендували б лікувальний заклад, у якому перебували, своїм знайомим, а 44% – у жодному разі не радили б там лікуватися

(рис. 4.15, ж). Враховуючи таке співвідношення, керівництву лікувального закладу варто звернути увагу на те, щоб перебування у медичному закладі та процес лікування були максимально наближеними до очікувань пацієнтів. При існуванні контрактної форми, медичні установи, в яких кількість пацієнтів буде незначною, позбудуться контракту і не зможуть втриматися на ринку. Результати анкетування в повному обсязі наведено в додатку Б.

Брак умінь обмінюватися інформацією, знаннями та навичками свідчить про необхідність систематичного підвищення рівня кваліфікації лікарів на різних організаційних рівнях, проходження якого дасть можливість покращити процес надання медичних послуг. Пекучою проблемою закладів охорони здоров'я України є відсутність так званих "організаційних навчань", запровадження яких є:

- усвідомленням персоналом цілей організації;
- підвищенням продуктивності праці;
- допомогою з боку персоналу при впровадженні організаційних змін;
- підвищенням морально-етичної відповідальності працівників;
- встановленням тісного взаємозв'язку між працівниками та лікувальними закладами (усвідомленням власної ролі працівників для функціонування лікарні);
- підвищенням якості медичних послуг.

Зупинимося на необхідності постійного вдосконалення. Така потреба існує завжди та сприяє розвитку як медичного, так і управлінського персоналу. Лікарі повинні постійно підвищувати власну кваліфікацію, оскільки отримані знання дозволять їм не лише рятувати людське життя, але й усвідомити власну роль для лікувального закладу та визначити, що від них залежить у процесі надання медичних послуг. При усвідомленні власної важливості як для медичної установи, так і для окремо взятого

пацієнта, медичні працівники докладають усіх зусиль для постійного вдосконалення фахових навичок.

Управлінський персонал повинен брати до уваги той факт, що процес підвищення кваліфікації не такий простий, як здається на перший погляд. Підвищити фахову кваліфікацію – означає не тільки підвищити свій рівень як фахівця, але й отримати знання стосовно запровадження діяльності, пов'язаної з організацією ефективної праці цілого медичного закладу. Навчання всіх згаданих вище працівників повинне відбуватися як індивідуально, так і спільно. Спільне навчання має на меті формування згуртованого колективу, який міг би працювати як єдине ціле. Ефект від цього матимуть, у першу чергу, самі пацієнти при отримання якісних медичних послуг.

Вирішуючи проблему формування методологічних засад управління розвитком медичних закладів, зокрема розробку концептуальних засад інформаційного забезпечення цього процесу, вважаємо за необхідне зробити такі висновки.

1. В умовах сучасного гіпердинамічного середовища одним із способів забезпечення стійкого розвитку компанії стає процес розробки та впровадження в систему підприємства незворотних, якісних змін, спрямованих на забезпечення довготермінового успіху підприємства. З метою посилення ефективної інформаційної підтримки управління її розвитком та забезпечення результативної інформаційної підтримки процесів розвитку запропоновано ідентифікувати інформаційний простір компанії, під яким потрібно розуміти сукупність інформаційних ресурсів, бази даних, знань та способів їх організації для забезпечення прийняття ефективних управлінських рішень щодо визначення напрямів розвитку, розробки, впровадження та моніторингу відповідних проектів. До основних компонентів інформаційного простору управління розвитком

лікувальним закладом необхідно віднести інформаційні ресурси, засоби інформаційної взаємодії організацій та інформаційну інфраструктуру.

2. Традиційно формалізацію інформаційних потоків управління розвитком підприємства здійснюють за критерієм джерел утворення інформації. Відповідно до принципів та стандартів корпоративного управління, до вхідних інформаційних потоків прийнято відносити інформацію про середовище, в якому функціонує та розвивається медична компанія. Для формування інформаційного простору лікувальних закладів важливим є визначення змісту вихідних інформаційних потоків, які мають забезпечити всіх стейкхолдерів необхідною інформацією про компанію для прийняття відповідних рішень щодо співпраці.

4.4. Методичні засади оцінки якості медичних послуг

Для числової оцінки якості наданих медичних послуг необхідно сформулювати критерії, які є найбільш значущими, а також визначити їхню вагу в загальній оцінці. Для зручності аналізу і подальшого рангування усі критерії оцінки якості медичних послуг оформлено у вигляді матриці, що її наведено в табл. 4.1.

Усі наведені в табл. 4.1 критерії поділено на п'ять груп за ознаками схожості й спрямованості:

1. *Професійні критерії* – визначають здатність лікаря (медичного персоналу, що проводить лікування) надавати адекватну медичну допомогу та підтверджують рівень його кваліфікації. Числова оцінка зазначеної групи повинна проводитися фахівцями в даній галузі.

2. *Критерії доступності медичних послуг* – група, що характеризує легкість і простоту "доступу" пацієнтів до отримання необхідних медичних послуг. Оцінювання цих критеріїв повинно проводитися працівниками лікувального закладу.

Таблиця 4.1

Матриця критеріїв оцінювання якості надання медичних послуг*

1. Професійні критерії (лікаря)	2. Критерії доступності медичних послуг	3. Критерії обслуговування	4. Комунікативні критерії	5. Критерії престижності лікувального закладу
1	2	3	4	5
1.1. Рівень кваліфікації	2.1. Можливість вибору лікаря	3.1. Відсутність черг на прийом до лікаря, здачу аналізів	4.1. Приязне ставлення з боку медперсоналу	5.1. Престиж лікувального закладу
1.2. Практичний досвід	2.2. Зручна локалізація приймального відділення	3.2. Можливість попереднього запису на прийом і лабораторне дослідження	4.2. Знання кількох мов	5.2. Зовнішній вигляд лікувального закладу
1.3. Здатність адекватно реагувати в екстремальних ситуаціях	2.3. Належне трактування медперсоналом своїх пацієнтів незалежно від попереднього діагнозу	3.3. Забезпеченість відділень засобами зв'язку	4.3. Готовність медперсоналу до надання меддопомоги	5.3. Наявність нагород, визнань
1.4. Вміння правильно обрати методику лікування	2.4. Можливість виклику лікаря на консультацію додому	3.4. Швидкість обслуговування пацієнта	4.4. Вміння надати інформацію в повному обсязі	5.4. Обсяг спектру надання послуг
1.5. Професійна етика		3.5. Можливість отримання консультації різнопрофільних фахівців	4.5. Наявність веб-ресурсу у лікувального закладу	5.5. Забезпеченість сучасним медобладнанням
1.6. Рівень особистої культури		3.6. Задоволеність очікувань пацієнта	4.6. Наявність зворотного зв'язку між пацієнтами та медичним закладом	
1.7. Розуміння потреб пацієнтів		3.7. Повнота поінформованості клієнта	4.7. Наявність місця для паркування	
1.8. Мінімізація ризику для клієнта				

*Опрацювання власне

3. *Критерії обслуговування* – критерії, які визначають рівень обслуговування пацієнтів. Оцінка цих критеріїв повинна надаватися безпосередньо самими пацієнтами під час або ж безпосередньо після отримання медичних послуг.

4. *Комунікативні критерії* – група, що характеризує, як правило, аспекти ознайомлення з лікувальним закладом, обраними методиками лікування, комунікабельністю медичних працівників тощо. Оцінка наведених критеріїв проводиться пацієнтами.

5. *Критерії престижності лікувального закладу* – критерії, що формують імідж закладу, рівень його визнання серед інших установ аналогічного профілю, є доказом інноваційності і сучасності лікарні (поліклініки). Визначаються працівниками лікувального закладу, оскільки лише вони володіють указаною інформацією.

У табл. 4.1 в різних групах наведено різну кількість критеріїв. При необхідності їх можна збільшувати або ж, навпаки, зменшувати, враховувати специфічні вимоги і аспекти діяльності лікувального закладу, особливості надання певних видів медичної допомоги. Для оцінки якості надання медичних послуг їх можна використовувати комплексно або вибірково.

Першим етапом отримання числової оцінки якості надання медичних послуг є проведення рангування наведених у табл. 4.1 критеріїв. Причому тут потрібно визначати як ранг окремого критерію в середині групи, так і самої групи критеріїв загалом. На основі аналізу наукової літератури, публікацій в електронних і друкованих засобах масової інформації, а також практичного досвіду нами сформовано матрицю вагових коефіцієнтів запропонованих критеріїв:

1. 50%	2. 20%	3. 10%	4. 10%	5. 10%
1.1. – 40%	2.1. – 50%	3.1. – 20%	4.1. – 20%	5.1. – 25%
1.2. – 30%	2.2. – 10%	3.2. – 20%	4.2. – 10%	5.2. – 15%
1.3. – 5%	2.3. – 20%	3.3. – 10%	4.3. – 20%	5.3. – 20%
1.4. – 5%	2.4. – 20%	3.4. – 20%	4.4. – 20%	5.4. – 15%
1.5. – 4%		3.5. – 10%	4.5. – 15%	5.5. – 25%
1.6. – 5%		3.6. – 10%	4.6. – 10%	
1.7. – 6%		3.7. – 10%	4.7. – 5%	
1.8. – 5%				

) (4.1)

У наведеній матриці (4.1) вагових коефіцієнтів критеріїв (рангів) використовується $i = 5$ груп, а в межах групи j критеріїв (відповідно 8, 4, 7, 7 і 5). Тут варто відзначити, що при присвоєнні вагових коефіцієнтів M_i та $M_{i,j}$ потрібно дотримуватися рівностей:

$$\sum_{i=1}^n M_i = 100\%, \quad \sum_{j=1}^m M_{i,j} = 100\%, \quad (4.2)$$

де n – кількість груп критеріїв;

m – кількість критеріїв у межах групи;

i – номер групи критеріїв;

j – номер критерію в межах групи.

Якщо потрібно змінити кількість груп критеріїв або ж кількість критеріїв у межах групи, відповідно, потрібно змінити і вагові коефіцієнти M_i та $M_{i,j}$ для збереження рівнянь (4.2).

Наступним етапом отримання числової оцінки якості медичних послуг є присвоєння кожному критерієві власної оцінки K за певною шкалою. Найбільш оптимальна для застосування і подальшої математичної обробки десятибальна шкала. Максимальне значення "10" за цією шкалою

присвоюється критеріям, які повністю виконуються/забезпечуються лікувальним закладом, а мінімальне значення "0" тоді, коли критерій не дотримується.

Присвоєння числових оцінок критеріям, а також визначення їх вагових коефіцієнтів найбільш доцільно проводити за допомогою методу експертних оцінок. Роль експертів у цьому випадку можуть виконувати різні групи людей, залежно від критеріїв, що оцінюються:

- медичні працівники, персонал з обслуговування безпосередньо лікувального закладу, який проводить лікування;
- медичні працівники, персонал з обслуговування споріднених лікувальних закладів, спеціально запрошені для незалежного оцінювання;
- безпосередньо пацієнти лікувального закладу;
- сторонні особи-фахівці в галузі функціонування медичних закладів.

Один із можливих варіантів отримання експертних оцінок від пацієнтів лікувального закладу був докладно розглянутий у підрозділі 4.3 (використання on-line форми). Визначення числової оцінки групи критеріїв необхідно проводити з урахуванням оцінок $K_{i,j}$ у межах групи i і їх вагових коефіцієнтів $M_{i,j}$, використовуючи при цьому формулу:

$$K_i = \sum_{j=1}^m (K_{i,j} \cdot M_{i,j}). \quad (4.3)$$

Розрахувавши за формулою (4.3) числову оцінку кожної групи критеріїв, можна визначити загальну якість Q надання медичних послуг. При цьому слід користуватися залежністю:

$$Q = \sum_{i=1}^n \left(\frac{K_i}{10} \cdot M_i \right), \quad (4.4)$$

або з урахуванням формули (4.3)

$$Q = \sum_{i=1}^n \left(\frac{\sum_{j=1}^m (K_{i,j} \cdot M_{i,j})}{10} \cdot M_i \right). \quad (4.5)$$

Використання формули (4.5) при великій кількості критеріїв (наприклад, тих, які запропоновано в табл. 4.1) передбачає виконання одноманітних повторюваних розрахунків. Спрощення зазначених математичних операцій можна досягнути за рахунок використання як спеціалізованих, так і стандартних математичних програм. Найбільш оптимальним у такому випадку є використання стандартного табличного редактора Microsoft Excel.

Підкреслимо також, що розраховане значення Q якості медичних послуг при обраних межах вагових коефіцієнтів M_i та $M_{i,j}$ і десятибальній шкалі оцінювання завжди задовольнятиме нерівності:

$$0 \leq Q \leq 1 \text{ або } 0 \leq Q \leq 100\%. \quad (4.6)$$

Враховуючи вище наведені формули від (4.2) до (4.6), можна записати узагальнену математичну модель для визначення якості надання медичних послуг:

$$\left\{ \begin{array}{l} Q = \sum_{i=1}^n \left(\frac{K_i}{10} \cdot M_i \right) = \sum_{i=1}^n \left(\frac{\sum_{j=1}^m (K_{i,j} \cdot M_{i,j})}{10} \cdot M_i \right); \\ \sum_{i=1}^n M_i = 100\%; \\ \sum_{j=1}^m M_{i,j} = 100\%; \\ 0 \leq Q \leq 1, 0 \leq Q \leq 100\%, \end{array} \right. \quad (4.7)$$

де Q – якість надання медичних послуг;

$K_i, K_{i,j}$ – числові оцінки групи критеріїв і критеріїв у групі відповідно;

$M_i, M_{i,j}$ – вагові коефіцієнти групи критеріїв і критеріїв у межах групи відповідно;

n – кількість груп критеріїв;

m – кількість критеріїв у межах групи;

i – номер групи критеріїв;

j – номер критерію в межах групи.

Проілюструємо визначення якості медичних послуг, обравши довільне значення оцінок обраних критеріїв. Числові значення оцінок критеріїв у межах групи зображено у вигляді матриці:

$$\left(\begin{array}{c|c|c|c|c} 1. & 2. & 3. & 4. & 5. \\ \hline 1.1.-9 & 2.1.-7 & 3.1.-6 & 4.1.-9 & 5.1.-8 \\ 1.2.-9 & 2.2.-6 & 3.2.-6 & 4.2.-5 & 5.2.-7 \\ 1.3.-8 & 2.3.-9 & 3.3.-8 & 4.3.-9 & 5.3.-5 \\ 1.4.-10 & 2.4.-6 & 3.4.-7 & 4.4.-8 & 5.4.-9 \\ 1.5.-10 & & 3.5.-7 & 4.5.-4 & 5.5.-7 \\ 1.6.-9 & & 3.6.-7 & 4.6.-7 & \\ 1.7.-9 & & 3.7.-7 & 4.7.-4 & \\ 1.8.-9 & & & & \end{array} \right) \quad (4.8)$$

З урахуванням вихідних даних у формі матриць вагових коефіцієнтів (4.1) і числових значень критеріїв у межах групи (4.8) в редакторі MS Excel розроблена таблиця, яка дозволяє автоматизувати процес розрахунку якості надання медичних послуг за математичною моделлю (4.7). Оформлення таблиці з розрахунковими формулами, що використовуються, наведено на рис. 4.16.

Використання програми MS Excel для зазначених розрахунків має цілу низку переваг:

- можливість внесення коректив у довільні числові значення вихідних даних з автоматичним перерахунком кінцевого результату;
- при необхідності можна змінювати кількість критеріїв чи груп критеріїв без суттєвої зміни структури таблиці і розрахункових формул;
- можливість створення декількох таблиць, аналогічних до наведеної на рис. 4.16, для окремого визначення якості надання різних медичних послуг із подальшим визначенням кінцевого результату з допомогою функцій консолідації даних.

У розглянутому прикладі отримано результат якості надання медичних послуг $Q = 80,45\%$. При реальних розрахунках указане числове значення може коливатися, залежно від обраних критеріїв та їх числових характеристик. На основі аналізу наукової літератури пропонуємо шкалу лінгвістичної оцінки отриманого числового значення якості:

- $Q > 90$ – відмінна;
- $85 \leq Q < 90$ – дуже добра;
- $80 \leq Q < 85$ – добра;
- $75 \leq Q < 80$ – прийнятна (достатня);
- $Q < 75$ – недостатня.

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	
1	Розрахунок інтегральної оцінки якості надання медичних послуг														
2	Група критеріїв 1			Група критеріїв 2			Група критеріїв 3			Група критеріїв 4			Група критеріїв 5		
3	№	Критерій	Числова оцінка	№	Критерій	Числова оцінка	№	Критерій	Числова оцінка	№	Критерій	Числова оцінка	№	Критерій	Числова оцінка
4	1.1.	40%	9	2.1.	50%	7	3.1.	20%	6	4.1.	20%	9	5.1.	25%	8
5	1.2.	30%	9	2.2.	10%	6	3.2.	20%	6	4.2.	10%	5	5.2.	15%	7
6	1.3.	5%	8	2.3.	20%	9	3.3.	10%	8	4.3.	20%	9	5.3.	20%	5
7	1.4.	5%	10	2.4.	20%	6	3.4.	20%	7	4.4.	20%	8	5.4.	15%	9
8	1.5.	4%	10				3.5.	10%	7	4.5.	15%	4	5.5.	25%	7
9	1.6.	5%	9				3.6.	10%	7	4.6.	10%	7			
10	1.7.	6%	9				3.7.	10%	7	4.7.	5%	4			
11	1.8.	5%	9												
12	Числова оцінка групи критеріїв 1		9,04	Числова оцінка групи критеріїв 2		7,10	Числова оцінка групи критеріїв 3		6,70	Числова оцінка групи критеріїв 4		7,20	Числова оцінка групи критеріїв 5		7,15
13	Ваговий коеф. групи критеріїв 1		50%	Ваговий коеф. групи критеріїв 2		20%	Ваговий коеф. групи критеріїв 3		10%	Ваговий коеф. групи критеріїв 4		10%	Ваговий коеф. групи критеріїв 5		10%
14			=SUM(Оцінка1*Ранг1)			=SUM(Оцінка2*Ранг2)			=SUM(Оцінка3*Ранг3)			=SUM(Оцінка4*Ранг4)			
15															
17	Якість Q надання медичних послуг		80,45%												
18															

Рис. 4.16. Ілюстрація розрахунку числового значення якості надання медичних послуг

Значення з поданого діапазону потребує негайного реагування, спрямованого на пошук причин низької якості та можливості її підвищення. Підсумовуючи усе вище наведене, можна запропонувати узагальнену методику розрахунку якості надання медичних послуг:

- 1) встановлення критеріїв для оцінки якості надання медичних послуг та їх поділ на групи за ознакою спорідненості;
- 2) проведення ранжування критеріїв (присвоєння вагових коефіцієнтів) у межах групи і самих груп загалом. Ранжування необхідно проводити з дотриманням рівностей (4.2);
- 3) надання критеріям числових оцінок за десятибальною шкалою. Присвоєння критеріям оцінок, а також і вагових коефіцієнтів, що здійснюється за допомогою методу експертних оцінок;
- 4) визначення числових оцінок груп критеріїв на основі залежності (4.5);
- 5) розрахунок якості надання медичних послуг за формулою (4.4);
- 6) проведення аналізу отриманого розрахункового значення, формулювання висновків та можливих організаційних кроків для його підвищення.

Висновки до четвертого розділу

Правильне планування системи охорони здоров'я і організація належного функціонування медичних установ із використанням визнаних стандартів і чітким визначенням очікувань, забезпечує досягнення бажаного результату, яким є правильний догляд за пацієнтами, сім'єю та суспільством. Розробка концептуальних засад інформаційного забезпечення процесу як одна із проблем формування методологічних засад управління розвитком медичних закладів потребує інформаційної підтримки. Це дасть змогу забезпечити прийняття ефективних

управлінських рішень, які б визначали напрями розвитку, розробки, впровадження та їх моніторинг. Формування інформаційного простору лікувальних закладів є визначення змісту вихідних інформаційних потоків. Вони повинні надати користувачам достовірну інформацію, що підвищить їх конкурентоспроможність.

Запропонована нами математична модель дозволить лікувальним закладам на підставі налагодженого зворотного зв'язку з пацієнтами розрахувати діапазон якості наданих медичних послуг. На основі одержаних результатів управлінці не лише зможуть здійснювати локалізацію негативних впливів на якість, але й постійно підвищувати її рівень.

РОЗДІЛ 5

МЕТОДОЛОГІЯ ТА РЕГУЛЮВАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ СИСТЕМИ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В УКРАЇНІ

5.1. Адміністративно-правові засади функціонування страхової медицини

Повноцінне функціонування будь-якої системи не можливе без інституціонального забезпечення, система якості медичних послуг не є винятком. Діяльність держави у сфері охорони здоров'я повинна бути спрямована на реалізацію наступних цілей:

- покращення стану здоров'я суспільства;
- забезпечення безперервного загального доступу споживачів до надання послуг за рахунок публічних коштів;
- покращення якості медичних послуг;
- забезпечення фінансової рівноваги в публічній системі охорони здоров'я;
- розвиток сучасного та конкурентного сектору медичних послуг.

Держава повинна гарантувати відповідальність за забезпечення доступу до певного визначеного діапазону і стандартів для надання медичної допомоги та зміцнення здоров'я. Права пацієнтів мають бути чітко визначені, з особливим акцентом на правах вразливих груп населення (дітей, літніх людей, вагітних жінок, людей з обмеженими можливостями). Також має бути створений інструмент управління системою охорони здоров'я, спрямованою на здійснення політики в галузі охорони здоров'я та інструменти для моніторингу еволюції системи.

Сьогодні Україна задекларувала перехід від бюджетної системи охорони здоров'я до страхової медицини. Дослідження цієї проблематики доцільно розглядати в історичному аспекті [104]. Перші згадки про

операції, що за своїм змістом нагадували страхування, знаходимо ще в період античності. За припущеннями вчених, форми страхування, які зароджувались, зустрічалися в законах вавилонського царя Хаммурапі за два тисячоліття до нашої ери. Їхня суть полягала у згоді торговельників караванів про колективне понесення збитків від нападів розбійників і пограбувань. Основною ідеєю, що домінувала у всіх цих випадках, була ідея взаємного страхування. У подальшому ця форма удосконалювалася, відбувалася акумуляція грошей, що переросло у створення страхових фондів.

Страхування в середньовіччя на перших своїх етапах було ідентичним античному. Проте згодом відбулася спеціалізація взаємодопомоги, конкретизувалися страхові випадки, розроблялися спроби розрахунків розмірів страхових виплат і страхових внесків. За твердженням Т. Александрової та О. Мещерякової, “перше страхове об’єднання з’явилося в XII ст. в Ісландії. Мешканці острова об’єдналися в спілки для взаємодопомоги на випадок пожеж та вимирання худоби. До спілки входило 20 заможних селян. При потерпанні частина збитку відшкодовувалась грошима, а інша – матеріалами або роботою” [3]. Взагалі, середньовіччя – період гільдій і цехів. Особисте страхування гільдій здійснювалось у вигляді виплат компенсацій на випадок хвороби, інвалідності та смерті. Допомога хворим передбачалась при тяжких невиліковних хворобах. Слід зазначити, що сформульований перелік страхових випадків, за своєю суттю, охоплював лише майнове й особисте страхування.

Швидкими темпами розвивалися нові види комерційного страхування, безпосередньо пов’язані із потерпілими. Тобто страхування громадської відповідальності та страхування від нещасних випадків. На основі цього і виникали нові форми і види страхування. Якщо говорити

про страхування від хвороб, то тут визначено певний їх спектр, який ставав підставою виплат грошових компенсацій.

Однак слід зазначити, що розвиток страхування життя, наприклад, в Росії, був на нижчому рівні від інших країн Заходу. Основна причина цього – відсутність конкурентів у монополіста: страхового об'єднання “Життя”. Згодом виникають інші організації, які займалися цим видом страхування. На загал їх налічувалось одинадцять. У той час існували чотири види страхування життя: на дожиття, змішане, на випадок смерті та страхування рент. Середня вартість поліса складала 3 тис. руб., де страхувальник повинен був сплатити відповідно 135 руб. [5]. За тодішніми мірками ця сума була значною і не всім доступною. У 1906 році в Росії уряд зробив спробу опіки проблемами народних мас. Підсумки цієї роботи втілилися у законі про проведення страхування державними ощадними касами. Хоч, за умовами страхування, угоди укладались без попереднього медичного висновку на різні суми, виплата компенсації при виникненні страхового випадку відтягувалась на п'ять або і більше років. Основними клієнтами ощадних кас, відповідно до закону, мали бути робітники та інші верстви населення, і, відповідно, страхова сума мала бути мізерною. Але основна маса угод укладалась на значні суми, недоступні робітникам. Однак, згодом були внесені зміни до умов страхування ощадними касами, що передбачали відповідальність страхувальника за невиплату страхової суми відразу ж після виникнення страхового випадку. Ці події дещо пожвавили страховий рух.

Україна в той час була однією з активних учасниць цього руху. В 90-х роках XIX ст. були зроблені перші спроби страхування здоров'я у Східній Україні, зокрема в Херсонській губернії. Завдяки інтенсивному розвитку промисловості, страхування здоров'я робітників стало більш поширеним. Проте виникли деякі ускладнення з огляду на розмір страхових внесків працедавців до страхової компанії, особливо

обтяжливим він був для дрібних підприємств. Великі підприємства вважали за доцільне самостійно виплачувати грошові компенсації своїм робітникам у випадку втрати працездатності. Для середніх підприємств було вигідно застрахуватися і співпрацювати зі страховими компаніями, оскільки навіть один нещасний випадок обходився для них у круглою сумою.

Розмір страхового внеску у королівстві Галичина диференціювався відповідно до місцевості та фаху застрахованих. “Особливістю було те, що продавець доплачував свою частку лише в тому випадку, коли зарплата застрахованого була більше 1200 злотих. При меншому заробітку робітник був змушений виплачувати сам страхову суму”, – стверджують Я. Базилевич та І. Футрак [8]. Згідно з даними Львівського обласного державного архіву (ф. 1, опис 45, справа 202), кожна повітова каса хворих мала власний статут. Підтвердженням є витяги зі статуту каси хворих Львівського повіту у Львові.

Витяги з статуту каси хворих Львівського повіту у Львові

II

A. Обов’язкове забезпечення.

§5. Всі члени каси підлягають обов’язковому забезпеченню згідно артикулу 3 уставу.

§6. Постійне місце праці (майстерня, бюро, магазин, заклад гмінний чи державний) забезпечення після залишення його місця роботи через хворобу, який тимчасово не працював, а за наказом працедавця виконував короткотривалу роботу поза своїм касовим округом.

B. Добровільне забезпечення.

§8. Особи, які не підпадають обов’язковому забезпеченню, мають право належати до каси, коли:

– їм не більше 45 років;

- їх весь річний дохід не перевищує 30.000 марок;
- постійно мешкають в окрузі каси;
- представляють довідку про стан здоров'я, видану лікарем, якого визнає Каса.

Коли свідоцтво лікаря стверджує поганий стан здоров'я, то Каса має право відмовити в його зарахуванні.

Поділ згідно заробітку (доходи).

IV

Відомості Каси.

§26. Каса забезпечує своїх хворих:

I. В разі хвороби:

- безкоштовною лікарською допомогою;
- грошовою допомогою.

II. В разі пологів:

- безкоштовною лікарською допомогою;
- грошовою допомогою;
- грошовою допомогою по пологах для матерів-годувальниць.

III. В разі поховання:

- грошова допомога на покриття витрат на поховання.

Ці ж послуги виділяються і родині забезпеченого.

§27. Безкоштовна допомога триває від 1 дня аж до 39 тижнів або до закінчення хвороби. В певному періоді хвороби каса виділяє тільки лікарську допомогу, цей період не зараховується до часу постійної допомоги і в цьому випадку лікарська допомога буде продовжена до 52 тижнів протягом року.

§33. Утримання в лікарні за найнижчими тарифами згідно поділу на групи застрахованих. При поступленні в лікарню I групи виплачують 300 марок, а XIX – 6.000 марок.

§60. Доходи каси:

1. За рахунок забезпечених.
2. За рахунок працедавців.
3. За рахунок стягнень.
4. З відсотків за затримку.
5. З допомог громадських інвестицій.
6. З дарчих і заповітів.
7. Доходи з маєтку Каси.

За статутом, всі працівники були поділені на 19 груп. Страховий внесок робився пропорційно: 2/5 суми вносили робітники, а решту – 3/5 – працедавці. Слід зазначити, що система обов'язкового страхування була узаконена установою № 33 "Про забезпечення робітників на випадок хвороби" уряду Австро-угорської імперії. Проте особи, які не підлягали обов'язковому страхуванню, і які не досягли 35-річного віку, мали право вступу до відповідних повітових кас.

Східна Україна, яка перебувала під владою Росії, діяла на підставі законів про страхування робітників на випадок хвороби та від нещасних випадків. Проте ці закони були прийняті лише в 1921 році і поширювались, в основному, на робітників фабрик і заводів. Робітники ж сільського господарства, будівництва, торгівлі і деякі інші не підпадали під дію законів.

Всі вищезазначені факти дають нам підставу стверджувати, що система лікарняних кас, яка існувала в Україні, зокрема в Галичині, до другої світової війни відіграла позитивну роль в соціальному захисті населення. Ця система з добровільного страхування перейшла на обов'язкове, що стало суттєвим доповненням її структури. Існування систем лікарняних кас дало можливість функціонувати різним системам медичного забезпечення та соціального захисту населення.

Не менш вагомим при дослідженні визначеного питання для України є досвід зарубіжних країн, отриманий під час впровадження і

налагодження ефективного функціонування системи страхової медицини. Однією з найстаріших систем медичного страхування в Європі є швейцарська. Її коріння сягають 70-их років XIX ст. Робітники заводів перераховували частку своїх прибутків для допомоги хворим, тобто існували так звані каси взаємодопомоги. Згодом вони переросли в страхові компанії. За твердженням І. Гейвандової, сьогодні “медичне обслуговування в цій невеликій, навіть по європейських мірках, країні забезпечують майже 200 самостійних страхових компаній” [26].

Держава не раз намагалася втрутитись у справи соціальної сфери країни, однак в цьому їй перешкодила громадськість та Федерація швейцарських лікарів. Саме тому медичне страхування станом на сьогодні є добровільним. Основна маса громадян користується послугами страхових компаній та кас, які утримуються за рахунок щомісячних внесків клієнтів. За словами І. Гейвандової, суми внесків “в середньому складають 200 франків на місяць (біля 5 % заробітної плати), але можуть коливатись в залежності від компанії” [26]. Слід зазначити, що при цьому страхові компанії мають змогу впливати на розмір вартості медичних послуг. Позитивним у системі охорони здоров’я Швейцарії є право вибору громадянами лікаря та лікувально-профілактичного закладу, незалежно від їх територіального розташування. Умова, необхідна для цього – наявність лікувальних установ у списку тих, які співпрацюють із страховими компаніями чи касами.

Страхова система охорони здоров’я Швейцарії є демократичною, але має і недоліки. Страхові компанії дуже багато уваги приділяють залученню до себе молодого контингенту пацієнтів, абсолютно ігноруючи клієнтів старшого покоління. Установи, що надають медичні послуги та опікуються пристарілими, мають яскраво виражену тенденцію до банкрутства. Головне, що держава не може вплинути на ці процеси.

Особливо привертає увагу німецька модель страхової медицини, сконцентрована на правах клієнта. Наприклад, у цій моделі існує поняття медичної таємниці. Пацієнт може не турбуватися щодо розголошення фактів стану свого здоров'я. Тоді виникає питання: яким чином перевірити належне надання визначеного об'єму послуг? Цим займаються відповідні органи, наприклад, асоціація лікарів, яка теж зобов'язана зберігати таємницю пацієнта. У 1993 році був прийнятий закон, який суттєво обмежує права клієнтів на безкоштовні послуги. Основою цього закону став принцип: "Не хочеш сам вчасно дбати про своє здоров'я, то плати гроші за вимушені візити до лікаря". Крім обмежень прав клієнтів, вводяться обмеження кількості лікарів, із якими страхова компанія може заключати договори. Це суттєво вплине на ріст попиту медичних послуг, тобто зникає можливість конкуренції, що відіб'ється на якості цих послуг. Цікавою особливістю є визначення певної річної квоти затрат для лікарень. Тепер обслуговування пацієнтів можливе лише у визначених межах. Тобто держава встановила певний рівень медичного обслуговування. Однак, якщо виникає потреба в наданні більшого обсягу медичних послуг, то слід звертатися до приватних страхових компаній.

У Німеччині державне медичне страхування є загальнообов'язковим. Воно передбачене навіть для усіх найманих робітників та стажерів на виробництві. Застраховані повинні належати до однієї із вибраних ними лікарняних кас на підставі вільного вибору. Під обов'язкове медичне страхування підпадають також працівники аграрного сектору разом із членами їх сімей, безробітні, що зареєстровані на біржі праці, митці, пенсіонери та інші представники незахищених верств населення. До осіб, що користуються послугами державного медичного страхування, також відносяться і ті, що добровільно долучилися до державних лікарняних кас. Особливістю останніх є відсутність відмови особам, що звертаються у справі членства. Familienversicherung (система сімейного страхування)

передбачає звільнення від сплати внесків (при рівневій заробітці, що не перевищує встановлену законодавчою базою межу).

В основі системи медичного страхування Німеччини лежить принцип солідарності. Його суть полягає в отриманні рівного доступу до медичних послуг усіх застрахованих без урахування її страхових внесків й отриманих доходів. Страхові внески до фонду державного медичного страхування у розмірі 14 % сплачують як працівники, так і працедавці. За надання стоматологічних послуг застрахованим доводиться платити додатково 0,9 % [221].

За твердженням М. Юнко [221], особливістю державного медичного страхування Німеччини є можливість отримання медичної допомоги у вигляді оплати наданих послуг у лікувальних закладах не пацієнтами, а лікарняними касами. Розрахунок відбувається через об'єднання касових лікарів. Вагомим аспектом німецької системи державного страхування є факт невтручання держави у справи лікарняних кас. Останні ж формуються шляхом делегування власних представників від застрахованих осіб кожні 6 років, які беруть участь в управлінському процесі лікарняних кас (затвердження бюджетів на поточний рік та необхідної документації). Договори між лікувальними закладами та лікарняними касами регулюють обсяг наданих медичних послуг.

Якість медичних послуг високого рівня, сучасне медичне обладнання, кваліфікація медичного персоналу, рівний доступ до медичного обслуговування всіх застрахованих є головними перевагами німецької моделі медичного страхування. При цьому, остання включає певні безкоштовні послуги (проїзд до медичного закладу, відпуск лікарських препаратів за рецептом і т.д.). Заслуговує на увагу і система оплати лікарів, яка діє у Німеччині. Вона дозволяє уникати можливих зловживань з боку медичного персоналу. Відшкодування витрат на оплату праці лікарів відбувається на основі певної системи балів, якими

оцінюються надані послуги. Попередньо бали вносяться до плану виплат за надані послуги, присвоюючи певну кількість балів кожній окремі послугі. При цьому, розмір відшкодувань лікарів визначається як відношення загальної суми балів, які заробили усі лікарі, до встановленого регіонального бюджету. Іншими словами, менша цінність кожного балу буде за умови збільшення обсягу наданих лікувальних послуг. Цінність німецької системи охорони здоров'я полягає в:

1. Існуванні можливості використання альтернативної системи медичного страхування при перевищенні встановленого рівня доходів.
2. Забезпеченні працівниками медичним страхуванням членів сім'ї (при відсутності у них роботи).
3. Встановленні ліміту розміру заробітної плати, з якої відбуваються стягнення страхових внесків.
4. Вибір страхової компанії, медичної установи (лікарів) за власним бажанням пацієнта.

Таким чином, дія страхових систем Швейцарії і Німеччини спрямована на врахування всіх потреб громадян щодо надання медичної допомоги. Економічно обґрунтовані витрати ресурсів дають можливість ефективного функціонування галузі. Звичайно, є ряд негативних моментів, однак західні спеціалісти працюють над їх усуненням.

Дискусійним серед практиків та науковців залишається досвід США у питаннях страхування, оскільки в цій країні немає обов'язкового медичного забезпечення. За даними Т. Воегта, витрати на охорону здоров'я тут становлять 15,7% ВВП [235]. Згідно з даними С. DeNavas-Walt, 85% населення США застраховані (при цьому 50% своїми працедавцями, 10% за рахунок власних коштів, а решта за допомогою окремих програм, фінансованих державою) [256].

Особливістю американської системи медичного страхування є пряма залежність між доступністю до обсягу медичних послуг та зайнятістю

населення. При цьому в країні згадана модель передбачає приватне та некомерційне страхування [256]. За твердженням Ю.В. Стецик, вагому роль у страхуванні малозабезпечених верств населення відіграють державні програми. Зокрема, федеральна програма Medicare, яка охоплює майже 45 мільйонів літніх осіб та осіб з обмеженими можливостями та федерально-регіональна програма Medicaid, що поширюється на бідніші прошарки населення [184].

На нашу думку, американська модель медичного страхування загалом не може бути взята за основу при реформуванні української медичної галузі, проте варто зазначити, що окремі аспекти мають бути використанні у вітчизняній практиці:

1. Присутність конкуренції як у якості надання послуг, так і ціні, що дозволяє застосовувати сучасні ринкові механізми.
2. Гарантія дотримання прав пацієнтів.
3. Застосування найсучасніших медичних технологій з метою підвищення якості наданих медичних послуг.
4. Управління та контроль за рівнем якості медичних послуг.
5. Пропагування профілактики захворювань.

Не менш корисним для України є досвід Росії, яка ввела обов'язкове медичне страхування однією із перших серед країн соціалістичного табору. У цьому контексті варто зазначити, що характерними особливостями російської моделі є:

- включення до загальнодержавного страхування обов'язкового страхування у сфері охорони здоров'я;
- управління загальнодержавним страхуванням через відповідні неприбуткові організації здійснюється на рівні держави та кошти, які належать останній;
- сплата страхових внесків виключно працедавцями;

- надходження додаткових фінансових надходжень у сферу охорони здоров'я зі сторони держави;
- створення стабільного фонду при сприянні обов'язкового медичного страхування, який дозволяє медичним закладам відчувати власну автономію при прийнятті рішень, пов'язаних із фінансами;
- створення певної організаційно-штатної структури обов'язкового медичного страхування;
- диференціація розподілу коштів, спрямованих на медичну сферу;
- ефективне функціонування системи захисту прав пацієнтів;
- утвердження некомерційного характеру державних фондів через адміністративно-правове регулювання.

Розглянутий нами досвід інших країн показує переваги запровадження обов'язкового медичного страхування і підтверджує необхідність врахування адміністративно-правових засад функціонування страхової медицини. Г.М. Токарєв слушно зауважує, що "необхідно більш системно підходити до важливих питань конструювання норм чинного законодавства, яке буде регулювати суспільні відносини в обов'язковому медичному страхуванні" [189]. Саме нормативна база повинна стати основою, котра забезпечить нормальне функціонування системи обов'язкового медичного страхування. При цьому важливо чітко виписати всі статті законодавства, унеможливлючи їх подвійного трактування. Такий підхід дасть можливість чітко відповідати на всі запитання та дозволять вирішити всі проблеми, що є актуальними на сьогоднішній день. Зокрема, нагальними для вирішення залишаються:

- обґрунтований розрахунок вкладень у медичну сферу з метою приведення її у відповідність із світовими стандартами;
- відсутність доступу до повного обсягу медичних послуг у зв'язку із відсутністю фінансової спроможності;

- збільшення кількості захворювань та смертності.

Медична діяльність повинна здійснюватися згідно вимог правового забезпечення. Іншими словами, легітимність діяльності у медичній сфері забезпечується ліцензуванням. Останнє передбачає встановлення умов надання медичних послуг, дотримання яких підтвердить їх якість. Ліцензія, що видається медичному закладові, засвідчує наявність матеріально-технічної бази відповідного рівня, а також висококваліфікованого персоналу. Згаданий документ стає стимулом, який через процес організації та управління лікувальним закладом в цілому і за структурними підрозділами не лише підтримується на відповідному рівні, але й дозволяє його вдосконалити. В «Основах законодавства України про охорону здоров'я» (ст. 17) зазначено, що господарська діяльність в галузі охорони здоров'я підлягає ліцензуванню відповідно до закону та дозволяється лише за наявності ліцензії [132].

Ст. 9 Закону України "Про ліцензування певних видів господарської діяльності" чітко регламентує види діяльності у медичній сфері, які підлягають ліцензуванню, зокрема:

- проведення дезінфекційних, дезінсекційних, дератизаційних робіт;
- медична практика;
- переробка донорської крові та її компонентів, виготовлення з них препаратів [152].

В.Ю. Стеценко пропонує трактувати поняття ліцензування медичної діяльності як сукупність правових норм, що регулюють суспільні відносини у сфері надання органом ліцензування медичної діяльності відповідного дозволу медичним підприємствам, установам, організаціям, а також індивідуальним-підприємцям на право здійснювати діяльність у сфері охорони здоров'я із подальшим контролем та наглядом за дотриманням ліцензіатами умов надання такого дозволу [181].

Відповідно до законодавчої бази, ліцензуванню підлягають як фізичні особи, так і організації, установи, які займаються медичною практикою, не зважаючи на форми власності. Інакше кажучи, ліцензування є інструментом державного впливу на дотримання встановлених критеріїв щодо діяльності у сфері медицини. Видачу ліцензій проводить Міністерство охорони здоров'я України, яке у своїх повноваженнях також має:

- ведення реєстрів ліцензій;
- переоформлення ліцензій;
- видача дублікатів;
- контроль за дотриманням ліцензійних умов.

Варто погодитись із пропозицією В.Ю. Стеценко стосовно реформування структури Міністерства охорони здоров'я України шляхом реорганізації відділу ліцензування та метрології, а також відділу державного контролю за дотриманням ліцензійних умов в єдиний підрозділ, який би займався видачею ліцензій та контролем за дотриманням ліцензійних умов [181]. Це дасть змогу оптимізувати видатки на утримання апарату, а зекономлені кошти спрямувати на потреби, пов'язані із процесом ліцензування.

Наказом Міністерства охорони здоров'я України у 2009 році була створена Ліцензійна комісія МОЗ України. Відповідно до «Положення про Ліцензійну комісію», остання є дорадчим органом і утворюється для вирішення питань, пов'язаних з ліцензуванням господарської діяльності з медичної практики, переробки донорської крові та її компонентів, виготовлення з них препаратів, проведення дезінфекційних, дезінсекційних, дератизаційних робіт (крім робіт на об'єктах ветеринарного контролю). До компетенції Ліцензійної комісії входить:

- 1) розгляд питань та надання рекомендації керівництву Міністерства охорони здоров'я України щодо видачі ліцензій, залишення заяв на видачу

ліцензій без розгляду, відмов у видачі ліцензій, видачі розпоряджень щодо усунення порушень законодавства у сфері ліцензування, анулювання ліцензій з медичної практики, переробки донорської крові та її компонентів, виготовлення з них препаратів, проведення дезінфекційних, дезінсекційних, дератизаційних робіт (крім робіт на об'єктах ветеринарного контролю);

2) розгляд пропозицій щодо вдосконалення законодавства України з питань ліцензування певних видів господарської діяльності [150].

Ретельний контроль за дотриманням ліцензійних умов дозволить забезпечити задеклароване Конституцією України право на медичну допомогу. На нашу думку, держава, як вже зазначалось в попередніх розділах, повинна гарантувати громадянам медичне забезпечення відповідно до затверджених програм обов'язкового медичного страхування. Загалом, страхування є одним із видів договору, що є між клієнтом і страховою компанією. Цей договір зобов'язує страхову компанію надати гарантії захисту та компенсації, якщо станеться подія, зазначена у страховому полісі. Клієнт, згідно з договором, зобов'язаний виплачувати встановлену плату, зазначену в документі (може виплачуватися один раз на рік, раз на місяць, незалежно від виду договору і страхування). Сплачений пацієнтом внесок є необхідною умовою, за якої страхова компанія дає клієнтові впевненість, що, при настанні страхової події, він отримає компенсацію.

Медичне страхування є різновидом страхування, яке гарантує оплату використання безкоштовними медичними послугами. Медичне страхування повинно стати основним джерелом фінансування Міністерства охорони здоров'я. Громадяни зобов'язані сплачувати обов'язкові страхові внески. На нашу думку, їх розмір має складати 10% особистих доходів (8,75% вираховується з податку на прибуток, і 1,25% за рахунок страхового покриття), який подається до установ медичного

страхування. Добрим підтвердженням такої практики є медичне страхування в Польщі (там розмір внесків складає 9% від особистих доходів). Якщо протягом деякого часу застраховані не платять (або за них не платить жодна установа: біржа праці і т.д.), щодо таких повинні застосовуватись фінансові санкції. Практичний досвід багатьох країн світу свідчить про необхідність запровадження обов'язкового медичного страхування.

Механізм роботи медичного страхування повинен бути наступним. Застраховані особи мають право на відвідування клінік у системі первинного осередку першої допомоги, яка зазвичай представляється лікарем сімейної медицини. Він відповідає за лікування та профілактику та збереження здоров'я пацієнта. Якщо хвороба серйозна і вимагає іншого консультацій чи лікування в лікарні, лікар може направити пацієнта до лікарні або до іншого спеціаліста. Варто наголосити, що скерування не повинно бути обов'язковим до таких фахівців, як гінеколог, онколог, психіатр, дерматолог, стоматолог, окуліст. Реформування системи охорони здоров'я, яке розпочалась у незалежній в Україні, довело, що по при введенні у практику обслуговування клієнтів сімейного лікаря, відсутній сам механізм ефективної налагодженої роботи так званих пунктів прийому пацієнтів. Так,

- замість однієї черги людям доводиться стояти у двох (спочатку до сімейного лікаря, а згодом вже за направленням до спеціаліста);
- відсутня можливість попереднього запису, яка б дозволила ліквідувати черги;
- нашвидкуруч перепрофільовані сімейні лікарі не мають достатнього досвіду, що відображається на їх результатах роботи;
- відсутність мотивації медичних працівників не сприяє підвищенню ефективності їх праці;

- задекларована можливість зміни пацієнтом лікаря на практиці не діє, обслуговування відбувається за територіальним принципом [148].

Обов'язковому медичному страхуванню мають підлягати:

- працівники;
- особи, які не займаються сільськогосподарською діяльністю або особи, які співпрацюють з ними;
- особи, які працюють за договорами, передбаченими Кодексом законів про працю;
- діти;
- літні люди (пенсіонери);
- інші групи людей.

Важливо зазначити, що Закон "Про обов'язкове медичне страхування" планується прийняти лише 2015 році. Таким чином реформування, яке сьогодні відбувається в Україні, не має основи, яка привела б його до успішного завершення. На нашу думку, тільки відмова від чинної системи Семашко дасть змогу не лише вивести галузь з кризи, але й перевести її на вищий рівень. Досвід країн світу доводить необхідність формування трирівневого захисту населення. До першого рівня відносять державне страхування можливих ризиків, пов'язаних із галуззю. На другому рівні страхування своїх працівників здійснюватимуть працедавці (так званий захист від колективного ризику). Індивідуальні ризики страхуються окремо взятими особами самостійно.

Важливо, щоб право на медичне страхування отримали безробітні особи, котрі зареєстровані на біржі праці та отримують тимчасові виплати через безробіття. Всі необхідні документи щодо видачі медичної страховки необхідно видавати через біржу праці. Діти, які не підлягають обов'язковому медичному страхуванню, повинні отримувати медичну допомогу за рахунок фінансування держави. Особи, які підлягають

обов'язковому медичному страхуванню повинні повідомити про членів своєї родини, які після цього отримують право доступу до пакета медичних послуг у тому ж розмірі, що і застрахований. До членів сім'ї належать:

- діти застрахованої особи;
- діти дружини (чоловіка) (від інших шлюбів);
- усиновлені дітей;
- онуки або чужі діти, для яких застрахований є опікуном;
- дружина (чоловік).

Заявку на медичне страхування особи, яка підлягає цьому страхуванню, і членів її сім'ї, подає платник медичного страхування (роботодавець, школа, коледж, осередок соціального забезпечення пенсіонерів). Особи, які підлягають обов'язковому медичному страхуванню повинні повідомити про членів своєї родини, які після цього отримують право доступу до пакету медичних послуг у тому ж розмірі, що і застрахований. До членів сім'ї варто відносити: Законопроектом "Про загальнодержавне медичне страхування", відповідно до ст. 20, п. 2, передбачено, що обчислення страхових внесків застрахованих осіб здійснюється страхувальниками на підставі бухгалтерських та інших документів, відповідно до яких проводиться нарахування (обчислення) або які підтверджують нарахування (обчислення) заробітної плати (доходу), грошового забезпечення, на які відповідно до цього Закону нараховуються страхові внески [44]. Оскільки цим же документом держава гарантує всім застрахованим рівний доступ до отримання певного пакета медичної допомоги, що регламентується щорічною програмою страхування, незалежно від розміру внеску, медичну допомогу застрахована особа може отримати на всій території України.

Розміри страхових внесків обчислюються Фондом медичного страхування у порядку, визначеному Кабінетом Міністрів України, за

непрямим методом, виходячи з оцінки валового доходу та витрат страхувальника, кількості осіб, які перебувають з ним у трудових відносинах, обсягу виробленої (реалізованої) продукції (послуг), суми сплачених ним податків, інших обов'язкових платежів, передбачених законодавством [44]. Доречно доповнити розрахунок страхового внеску корективами за допомогою коефіцієнтів для певних груп підприємств. За основу групування доцільно брати дані про шкідливі умови праці, що сприятиме виплаті вищих страхових внесків при врахуванні згаданих умов роботи. Такі ж коефіцієнти можна застосовувати залежно від місця проживання застрахованого.

Формування ринкових відносин, перехід до страхової медицини, підвищення ефективності функціонування лікувальних закладів та зацікавленості медичного персоналу в результатах власної праці сприяє запровадженню змішаного фінансування медицини. Враховуючи досвід розвинутих зарубіжних країн, основною в Україні має стати система страхової медицини, яка дозволяє, з одного боку, організувати повноцінне фінансування галузі та контролювати цільове використання коштів, а з іншого – безпосередньо зацікавити лікарів, адміністративно-управлінський та обслуговуючий персонал у результатах конкретно виконаної ними роботи.

Перехід на систему обов'язкового медичного страхування сприятиме реорганізації діяльності лікувальних закладів, в тому числі і госпрозрахункової. Це, у свою чергу, потребує нормативно-правового забезпечення, належної організації системи бухгалтерського обліку, яка б дозволяла враховувати всі витрати, що мали місце під час надання медичних послуг. Однак, важливим аспектом успішного запровадження та функціонування обов'язкового медичного страхування є соціальна політика держави.

5.2. Методологічні підходи до формування соціальної політики держави

Соціальна політика представляє діяльність держави та її органів (різних рівнів), громадських організацій у формуванні загальної вартості роботи і життя населення, об'єктів соціальної структури та соціально-культурних відносин, у яких активність громадян буде найбільш ефективним і справедливим до своїх потреб в стійкому соціально-економічному розвитку. А. Курчиновські зауважує, що збалансований суспільно-господарський розвиток – це такий стан економіки і розподілу її продукції в ній, який зберігає свою здатність конкурувати на міжнародних ринках, а рівень та спосіб задоволення потреб населення не призводить до гострих соціальних проблем. [318]. Такий підхід до розуміння розвитку не виключає допустимих відмінностей як соціальних, так і просторових.

На практиці суспільна політика розглядається як спрямована діяльність держави та інших публічних установ у напрямку дослідження оптимальних умов життя і праці людей, а також міжособистісних стосунків. До спектру соціальної політики зараховують:

- демографічну і родинну політику;
- політику зайнятості та безробіття;
- політику в галузі освіти;
- політику структури доходів і витрат населення;
- політику харчування, житла, культури, охорони праці, охорони здоров'я, соціального забезпечення.

Колектив авторів, зокрема Г. Фірліт-Феснак, М. Шилко-Скочни та Б. Штур-Яворська суспільну політику представляють як спрямовану діяльність держави і інших організацій, яка має на меті, по між іншим, соціальне забезпечення для задоволення потреб більш високого порядку та забезпечення громадського порядку [270]. На думку професора

В. Шуберта, соціальна політика є діяльність, спрямованою на задоволення людських потреб у тому широкому розумінні, в якому приймає рішення щодо процвітання окремих структурних одиниць, а також, забезпечення належного розвитку суспільства [385]. Загалом соціальна політика має відображати системний прогрес розвитку суспільства. До цього процесу повинні долучатись як місцеві органи, так і громадські організації, котрі впливатимуть на вирівнювання шансів соціально та економічно вразливих верств населення. Згадана діяльність спрямована на запобігання створенню соціальних ризиків та є відповіддю на поточні проблеми.

Тенденції та завдання соціальної політики діагностують поточні соціальні ситуації, з іншого боку, показують деякі перспективи і варіанти розвитку цієї політики. Враховуючи все вищевказане та досвід європейських країн, до цілей соціальної політики держави варто віднести:

1. Вирівнювання умов життя через задоволення потреб різних вікових категорій суспільства.
2. Створення рівного доступу до можливості скористатись із своїх цивільних прав.
3. Розвиток соціальних відносин.
4. Попередження загроз (соціальних ризиків).
5. Попередження вагомих соціальних проблем, а також зменшення їх масштабів.
6. Забезпечення соціальної безпеки.
7. Задоволення основних потреб людей.
8. Створення умов для розвитку суспільства.

Згадані цілі можуть бути реалізовані за допомогою таких інструментів, як:

- соціальне законодавство;
- соціальні служби;
- соціальна інфраструктура і податкова система.

Соціальна політика виділяє кілька провідних тенденцій, які склалися в країнах Європи, зокрема Польщі, і показали різні підходи до соціальної політики та соціальних питань. По-перше, соціалістично структурована тенденція. Тут головна увага звертається на те, що предметом соціальної політики повинна бути суспільна структура. Йдеться про побудову суспільства і його розширення. Представники цього напрямку зацікавлені в соціальній політиці з точки зору змін у соціальній структурі в напрямку усунення конфліктів, які часто виникають в результаті нерівномірного розвитку суспільства.

По-друге, економічно-суспільна тенденція, яка ґрунтується на аналізі взаємозв'язку економічної та соціальної політики. Основна увага тут звертається на суспільне планування, що має на меті зріст економіки. Це, у свою чергу, створює шанси для подолання безробіття.

Соціально-побутова є третьою тенденцією, котра проявлялася в Польщі та інших країнах Європи. Ця тенденція безпосередньо пов'язана з концепцією підвищення рівня життя та праці. Головним завданням соціальної політики є підвищення рівня життя великих соціальних груп, введення реформ на шляху еволюції, у тому числі різних категорій людей. Це тенденція, яка звертає увагу на побут.

Четвертою тенденцією, яка виділилася, є психологічно-суспільна. Суспільна діяльність тут розглядається як така, що спрямована на задоволення різноманітних потреб суспільства загалом. В рамках психологічно-суспільної тенденції В. Шубертом була розроблена теорія систем потреб різних суспільних верств. Він звернув увагу на потреби дітей і молодих людей, людей похилого віку, жінок, сімей. Виявилось, що системний підхід до потреб має велике практичне значення, оскільки він визначає спрямування діяльності соціальної політики.

При аналізі соціальних питань, важливим є погляд крізь призму соціальної структури, економічних умов, можливості керувати ходом і

можливістю для задоволення існуючих потреб. Значення, які найбільш часто пов'язують з соціальними відносинами є: свобода, справедливість, соціальна рівність, а значення, пов'язані з задоволенням власних потреб є: я, людська суб'єктивність, партнерство, гідність і здатність до самореалізації. З точки зору оцінки соціальних інститутів перевагами є спільні блага, ефективність, мобільність та оперативність. Коли йдеться про стосунки між людиною і природою, то повинні визначатися такі цінності: права, екологічний баланс.

Найважливішими функціями, що мають значення в суспільній політиці є:

- програмна функція пов'язана із підпорядкуванням значення цілям суспільної політики, які згодом мають формувати конкретні напрямки діяльності;
- мотиваційна функція передбачає мотивацію до конкретної діяльності, виходячи із їх значення;
- нормотворча функція опирається на тому, що всі величини повинні ґрунтуватися на нормах права;
- прогностична функція пов'язана з тим, що знаючи цінності суспільства може передбачити появу нових потреб, спад або ж підвищення тих, що існують.

Правила соціальної політики визначають загальні головні принципи і стандарти діяльності, якими повинні керуватися державні структури політики у реалізації пріоритетів. Соціальна політика пов'язана з характерними цінностями та орієнтаціями, прийнятими реалізаторами концепції людини, її мотивації, сильних і слабких сторін, принципами, які найбільш часто сформульовані або реалізуються за допомогою соціальної політики сучасних держав та включають:

1. Принцип обачності, який полягає у тому, що соціальне забезпечення осіб не може бути тільки результатом суспільної вигоди, але

повинно також стати результатом відповідальності людини минуле і майбутнє: як за своє так, і своєї сім'ї. Йдеться про здатність відмовитися від певних переваг для задоволення майбутніх потреб і здатність проводити такий спосіб життя, що зводить до мінімуму ризик загрози, наприклад, турбота про здоров'я та можливість його збереження, колективна поведінка, пов'язана з організацією взаємного страхування.

2. Принцип самодопомоги проявляється в існуванні і розвитку взаємної допомоги людей зі схожими проблемами в житті і допомоги сильних слабшим у малих неформальних групах.

3. Принцип соціальної солідарності часто розуміється як передача різного роду соціальних наслідків та ризиків фізичних осіб суспільству. Цей принцип безпосередньо стосується християнської моралі, яка ототожнюється зі значенням соціальної переваги солідарності спільних інтересів членів суспільства над інтересами окремих класів або окремих його прошарків.

4. Принцип субсидіарності ґрунтується на прийнятті конкретного порядку, в якому різні соціальні інститути забезпечують індивідуальну підтримку, коли особи не в змозі задовольнити їхні потреби. Інтерпретуючи зазначений принцип, варто зауважити, що перша допомога повинна виходити від сім'ї, далі від місцевих органів влади і лише згодом – від держави.

5. Принцип участі виражається через організацію суспільного життя, за якої пересічні громадяни мали б змогу повною мірою виконувати свої соціальні ролі, а окремі групи могли займати рівноправне місце в суспільстві. Це означає, зокрема, право бути членом певних соціальних груп і громад та активної участі в них.

6. Принцип самоврядування, що стосуються свободи і людської суб'єктивності. Реалізується через таку організацію соціального життя людей і їх груп, яка б дала право брати активну участь у чинних

соціальних інституціях, а також право на створення нових установ із метою більш повного задоволення потреб та інтересів.

7. Принцип загального блага, яке проявляється у діях органів державної влади, які враховують інтереси всіх громадян і ґрунтуються на пошуку компромісів, де ці інтереси перебувають у конфлікті.

8. Міжсекторний принцип полягає у створенні умов для співіснування соціальної політики, державних структур, неурядових організацій та ринкових інститутів.

Усі висвітлені нами вище принципи повинні бути відображені при побудові соціальної політики України, а для цього необхідно визначити її модель. Моделі соціальної політики мають структури, які впливають на суспільний устрій та пов'язані з певними цінностями:

- суспільний устрій, пов'язаний зі структурою будови суспільства;
- устрій корпоративної власності, пов'язаний із власністю;
- фінансовий устрій;
- організаційний устрій.

Головна роль у моделі соціальної політики відводиться трьом аспектам:

- соціально-економічній структурі суспільства;
- обмінові товарами;
- принципіві участі індивідів і соціальних груп у процесі прийняття рішень у галузі соціальної політики та ступінь самоорганізації громадян для вирішення соціальних проблем.

Існує багато теоретичних моделей соціальної політики. Найбільш відомою є класифікація, представлена Р. Тітмасом, який виділяє три основні моделі [385]:

1. Маргінальна модель – заснована на переконанні, що існує два природних шляхи задоволення людських потреб: приватний ринок і сім'я. Тим не менш, соціальні програми мають значення, якщо ці природні

способи виявляються ненадійними. Іноді цю модель ще називають моделлю підтримки. Відповідно до неї, вважається, що розширення соціальної політики держави є не тільки недоцільним, але й може призвести до негативних наслідків – втрати мотивації до праці або ослаблення моральності. Згадана модель має гуманний характер, однак її запровадження в практику для України потребує встановлення чітких застережень. Держава повинна втручатися тільки в особливому випадку. Заходи соціальної політики, таким чином, є селективними, а послуги в основному дискреційні і залежать від фінансового становища людини.

2. Мотиваційна модель – соціальна політика є доповненням економічної політики і соціальних потреб; повинна задовольняти ці потреби відповідно до вкладеної праці та продемонстрованої продуктивності. Ця модель ґрунтується на засадах приватного страхування, і робить акцент на розвитку потенціалу самореалізації.

3. Інституційно-редистрибуційна модель – соціальним інститутам соціальної політики довірена роль інтеграції та соціального вирівнювання. Йдеться про надання послуг універсального характеру, незалежно від ринку, що ґрунтуються на критеріях потреб. Важливим елементом цієї моделі є відсутність меж державного втручання в громадську діяльність. У цій моделі передбачається, що, в першу чергу, суспільство, а не окрема особа відповідальна за його процвітання і безпеку. Вважається, що тут ні сам індивід, ні приватний ринок не може гарантувати задоволення потреб на достатньому рівні. Таким чином, запланована діяльність держави повинна замінити ринкові механізми у процесі задоволення всіх важливих соціальних потреб. Соціальна політика в цій моделі повинна мати універсальний характер, який опирається на припущення, що всі громадяни мають право на гідний рівень життя, а також право на соціальні пільги, доступні для всіх, без виконання будь-яких попередніх умов. Передбачається також виконання соціальною політикою функції

перерозподілу доходів, що має забезпечити доступ до послуг незалежно від внеску окремих підрозділів.

У кожній із цих моделей соціальна політика має дещо інше значення. Маргінальна модель є свободою особистості, мотивується на основі критерію справедливості і заслуг, в інституційно-розподільчій моделі відображається соціальна рівність. Що стосується критерію соціального порядку, то пропонується інше його бачення. Гранична модель заснована на ліберальному порядку суспільства, де держава відіграє роль "нічного сторожа". Мотиваційна модель громадянського суспільства і держави, що діють за принципом "допомога для самопомоги". Інституційно-редистрибуційна модель – передбачає побудову елітарним суспільством державного устрою загального добробуту.

Кожна модель віддає перевагу різним економічним рішенням. З точки зору страхування від ризиків, гранична соціальна модель передбачає комерційне рішення; модель мотивації – самофінансування соціального страхування, засноване на принципі солідарності та інституційно-розподільча модель – переважно на страхуванні послуг постачання. Існують різні підходи щодо реалізації соціальної політики, де критерієм є ступінь державного втручання, функціонування ринкової економіки. На практиці виділяються три моделі держави, пов'язані із реалізацією соціальної політики. По-перше, позитивна соціальна політика держав для захисту від можливих претензій перерозподілу доходів. Засобом для цього повинен стати розвиток соціального вирівнювання доходів у рамках життєвого циклу окремо взятої організації (підприємства), що переносять ризик безробіття чи хвороби на все населення.

По-друге, державними цілями соціальними забезпечення є гарантування мінімального доходу для всіх громадян, а не тільки деяким групам працівників. Встановлення даного мінімуму повинно використовуватися в основному для створення в суспільстві рівних

можливостей. Слід підкреслити, що соціальна політика не може задушити ініціативу і відповідальність громадян. Тому повинна бути достатньо місця для добровільної діяльності та підтримки прагнень окремих осіб і сімей до забезпечення вищого рівня життя, ніж мінімальний.

Третя модель представляє державне соціальне забезпечення, яке не тільки не обмежує себе гарантуванням мінімуму, але її метою є забезпечення рівних можливостей і загальної рівності умов життя протягом усього життя людини. Державні моделі, пов'язані з розумінням ролі опікуна своїх громадян, які можуть бути втілені в конкретних заходах, вжиті державою, прийнято називати стратегією втручання для вирішення соціальних проблем. У літературі цю стратегію вважають узагальненою щодо постійної моделі соціального втручання.

Найбільш поширеною стратегією розв'язання проблем соціальної політики є стратегія покарань та нагород, що застосовується разом із виникненням у суспільстві осередків влади. Ця стратегія реалізується державою. Є кілька основних версій цієї стратегії:

- Розподілу – її основною функцією є відновлення балансу суспільного життя, зруйнованого кримінальним злочином.
- Застереження, пов'язані зі стримуванням від вчинення кримінальних злочинів.
- Окремого попередження, якщо штрафна функція не дозволяє покарати людину.

Коригувальні стратегії виражаються в різних видах соціальних планів реконструкції та охоплюють все суспільство. Вони зводяться до реалізації різних типів програм, що рекомендують прийняття нових (часто радикальних) засад діяльності. Соціальна захищеність людей, яка з різних причин деформується вказує на ще одну категорію соціальних стратегій, пов'язаних із доглядом і призначених, у першу чергу, для людей, що

страждають від бідності, хвороби, інвалідності. Втручання держави при цьому необхідне.

Практика розвитку країн світу вказує на існування дилеми щодо держави загального добробуту. Головним чином, це стосується суперечок, пов'язаних із функціонуванням держави, загального добробуту, що піднімається опонентами цієї концепції. Противники держави загального добробуту вказують на неможливість бюрократичного апарату державного управління ефективно і результативно виконувати відведенні йому функції. Одним із відомих критиків згаданої концепції був Х. Мюрей, котрий запропонував три закони негативного громадського добробуту [341]:

1. Недосконалого вибору. На думку розробника, прийняття будь-яких загальних правил стосовно осіб, котрі відповідають критеріям для отримання певних переваг, призводить до того, що не всі люди, які заслуговують на це, їх не отримують.

2. Небажаного призу. Частина різних форм соціальних переваг посилює поведінку, що сприяє створенню умов, які виправдовують їх отримання. Цей закон показує, що допоміжні стратегії можуть бути неефективними в довгостроковій перспективі та завдавати шкоди, прагнучи повторити помилки при збереженні вимогливого ставлення.

3. Загального збитку. Соціальна допомога приносить певні результати тільки для випадків, коли переваги спрямовані на людей, які готові використовувати їх, щоб змінити власну ситуацію. У всіх інших випадках ці переваги принесуть більше шкоди, ніж користі. Х. Мюрей доводить, що усі види переваг, котрі може надати держава, мають шанс опинитися під дією зазначених вище трьох видів загроз.

Існує дилема щодо способу реалізації стратегії вирішення соціальних проблем таким чином, щоб люди не ставали постійними клієнтами соціальної допомоги. У цілому, кількість пропозицій стосується

одержувачів соціальної допомоги, якими повинні бути люди із вагомим внеском у вирішення власних проблем. З іншого боку, критика держави загального добробуту, пов'язана з перетвореннями, яким підлягають продуктивність реалізації стратегії догляду для вирішення соціальних проблем. Спочатку створюються механізми для пом'якшення труднощів людей, які позбавлені рівних можливостей. З часом вони набувають форми соціальних прав. Це означає, що держава бере на себе зобов'язання із надання таких прав.

Напрями, у яких відбуваються пошуки відповідних способів реалізації стратегій із догляду, звертають особливу увагу на контроль за використанням коштів, відповідно до затверджених планів. Європейський Союз у своїй практиці реалізує соціальну політику за допомогою чотирьох моделей. По-перше, йдеться про корпоративну модель, яка є частиною мотиваційної моделі. Її характерною рисою є залежність від соціального забезпечення, виходячи із передбачення, що громадянин застрахований на час бездіяльності, наприклад, пенсії. У цій моделі, держава є основним гарантом соціальної безпеки, але завдання вирішуються неурядовими організаціями. Соціальні програми у цій моделі є важливим доповненням до економіки, і тому вона називається моделлю соціально-ринкової економіки. Ідея полягає в тому, що соціальні програми якомога менше втручаються в роботу економіки і сприяють економічному розвитку. Потреби людей повинні бути задоволені відповідно до стажу роботи та її продуктивності. В основу моделі покладено статус людини на ринку праці. Пільги в основному надаються особам, застрахованим в обов'язковому порядку. Ця модель найбільш виразно представлена у Німеччині, Голландії, Бельгії, Австрії, Фінляндії.

Друга модель називається ліберальною або ж маржинальною. Основою суспільно-економічної стабілізації є самостійне задоволення соціальних потреб через її громадян. Перевагою є самоорганізація

організації. Визнається свобода організації, вільний ринок держави через посередництво власних соціальних служб та допомоги тільки тим особам, які не можуть собі поради. Допомога держави є останнім рятівним човном, проте задоволення всіх потреб відбувається за допомогою приватного ринку. Ця модель заснована на припущенні, що обов'язкове соціальне страхування, як правило, доповнюється системою охорони здоров'я та сімейними дотаціями. Ці переваги гарантують громадянам мінімальний рівень доходу, необхідні для забезпечення більш високого рівня соціального забезпечення. Це залежить від індивідуальних рішень окремих громадян. Основні завдання соціальної політики зводяться до боротьби з бідністю, оскільки передбачається, що більша частина населення в змозі задовольнити власні потреби самостійно чи за сприянням членів сім'ї або ж організації. Така модель застосовується у Великобританії.

Третя модель рудиментарна чи, як її ще називають на практиці, – елементарна. Найбільш поширена в економічно найслабших країнах Європейського Союзу, соціальна діяльність яких опирається на добродійну допомогу. При цьому більшість проблем вирішується за допомогою громадських організацій. Держава встановлює певний розмір мінімального доходу, який диференціюється залежно від обставин. У цій моделі домінують припущення, що ґрунтуються на вченнях церкви і на принципі солідарності, за яким соціальні питання повинні вирішуватися на найвищому рівні та на рівні місцевих громад. Основою соціальної політики в рамках згаданої моделі є громадські організації. Найбільшого поширення модель набула в Португалії, Іспанії, Греції та частині Італії.

Четверта модель, в літературі носить назву інституційно-перерозподільчої або ж соціальної. Основним об'єктом діяльності є держава. При цьому застосовуються принцип універсальності. Соціальна політика вважається невід'ємною частиною інституцій в суспільстві, яке

гарантує загальний доступ до благ і послуг на основі критерію необхідності. Сутність її розкривається через функції перерозподілу доходів у результаті визнання принципу відповідальності за добробут суспільства та соціальної безпеки особи. Соціальна політика цієї моделі включає всіх громадян. У цій моделі збереглися загальна і базова система охорони здоров'я, освіти, розвиток систем соціальних послуг для людей похилого віку та інвалідів. Дотримуються засади соціальної відповідальності. Держава гарантує опіку кожному громадянину протягом усього його життя. Ця модель реалізується в основному у скандинавських країнах – Швеції, Данії, Нідерландах.

Проведений нами аналіз підходів щодо моделі формування соціальної політики в державі, підвів нас до висновку про переваги соціальної політики, що поширені в Європейському Союзі (ЄС). Система європейської соціальної політики визначається як соціально-політична активність спільноти, спрямована на вирівнювання соціальних умов економічно слабких верств населення. Діяльність європейської соціальної політики реалізується у країнах співтовариств, які разом визначають реалізацію конкретної програми соціальної політики в рамках цієї програми, мінімальні стандарти соціального забезпечення для усіх членів суспільства. Соціальна політика ЄС включає:

- політику в галузі зайнятості;
- трудові відносини;
- встановлення мінімальних стандартів зайнятості;
- соціальний захист;
- безпеку та гігієну праці.

На теренах Європейського Союзу діє Європейська Конвенція про соціальне забезпечення, яку також називають Європейським Кодексом Забезпечення. Цим документом встановлена система стандартів забезпечення, що зобов'язує провести його ратифікацію у кожній державі-

учасниці співдружності. Згодом у Страсбурзі була прийнята Соціальна Карта Європейської Спільноти, яка поділяється на дванадцять соціальних прав:

1. Свобода переміщення та вибору місця проживання. Передбачає не лише можливість вільного пересування, але й доступність працевлаштування, забезпечення належних умов праці та соціальної охорони в країні, на території якої працює людина на засаді рівного трактування. Право вільного пересування також передбачає:

- узгодження умов перебування в усіх державах, членах співдружності, зокрема щодо возз'єднання сімей;
- усунення перешкод, пов'язаних із невизнанням дипломів або еквівалентів сертифікатів, котрі відповідають тій або іншій професії;
- покращення умов життя людей, що живуть в одній країні, а працюють з іншого боку кордону.

2. Зайнятість і заробітна плата. Ця група визначає права на свободу вибору професії, і залишає за собою право на справедливу винагороду. Кожен працівник має право на вільне використання служб зайнятості.

3. Покращення умов життя і праці. Йдеться в основному про сферу, пов'язану з робочим часом, організацію праці за формами зайнятості. Крім того, встановлюються права працівників на відпочинок впродовж тижня і на відпустку.

4. Соціальний захист. Сформульовані права на соціальний захист не порушують умов соціального захисту працівників у певній країні та умов надання відповідної допомоги тим, хто опинився за межами ринку праці.

5. Свобода об'єднань і колективних перемовин. Роботодавці та працівники мають право на свободу об'єднання з метою створення для своїх потреб асоціацій та профспілок, які представляють в ній власні економічні і соціальні інтереси. Приєднання до цих організацій є

добровільним рішенням кожного роботодавця та працівника, і не може спричинити будь-які негативні наслідки, як особисті, так і професійні. Роботодавці та їх об'єднання, з одного боку, й об'єднання працівників, з іншого боку, мають право, відповідно до чинного законодавства, що діє на території певної країни, проводити перемовини щодо тарифних ставок та укладати колективні договори.

6. Професійне навчання (підвищення кваліфікації). Йдеться про вільний доступ до професійної підготовки і можливості його використання кожною людиною, що перебуває на постійному місці роботи протягом усього періоду трудової діяльності. Існує умова, що передбачає заборону дискримінації доступу до освіти, залежно від громадянства працівника.

7. Однакове трактування чоловіків і жінок (гендерна рівність). Карта підкреслює посилення усіх заходів, які гарантували б досягнення рівності у правах між чоловіками і жінками. Особлива увага звертається на можливість рівного доступу до зайнятості та гідної оплати праці, соціального захисту, освіти та просування по службі.

8. Інформація з урахуванням думки роботодавців і співпраця. Тут підкреслюється розширення функцій працівників у цьому напрямі.

9. Охорона здоров'я та безпека праці. Усі співробітники на своєму робочому місці мають бути забезпечені умовами, що відповідають вимогам охорони здоров'я і безпеки. Слід вжити заходів щодо гармонізації умов, що існують у цій сфері, та подальшого їх покращення.

10. Охорона дітей та молоді. Цій темі відведено чотири пункти.

- Максимальний вік прийняття на роботу не може бути нижчим, від віку, в якому завершується обов'язкова шкільна освіта, і ні в якому разі не меншим 15 років. Це правило не стосується положень щодо працевлаштування неповнолітніх, зокрема, тих, які гарантують останнім можливість виконання легших робіт.

- Кожна молода людина, виконуючи певну роботу, повинна отримати справедливу винагороду (оплату), яка передбачається нормативною базою відповідних країн.
- Необхідно обмежити тривалість роботи працівникам, віком до 18 років – без можливості обходу заборони на використання понаднормової і нічної роботи.
- Після закінчення обов'язкової середньої освіти підлітки повинні мати достатньо часу для опанування професійної освіти. Це дозволить їм спростити дотримання вимог, які ставляться до їх майбутньої професійної діяльності. Щодо молодих робітників, то їх підготовка повинна проводитися у робочий час.

11. Люди старшого віку. Залежно від норм окремих країн, працівники повинні мати засоби забезпечення належного рівня життя. Йдеться про визначення розміру пенсії або достатнього рівня соціальних допомог.

12. Інваліди. Карта передбачає обов'язок забезпечення інвалідам засобів, які сприяли б їх соціальній та професійній інтеграції.

Розглянута нами Конвенція забезпечує відповідний рівень життя у суспільстві, який можна виміряти. Вимірювання рівня життя пов'язане із пошуком та визначенням різного роду соціальних показників. Це також можуть бути різні статистичні дані, які можна використати для опису й оцінки соціально-демографічних явищ, пов'язаних із якістю життя суспільства. До важливих показників може включати рівень найнижчої та середньої заробітної плати. Якість життя доцільно виміряти за допомогою різних економічних показників. Зокрема, правило Енглера говорить, що зі зростанням доходів населення зменшується відсоткова частка видатків на харчування в загальному обсязі домогосподарств. Це співвідношення іноді стає основою для визначення абсолютного рівня бідності. Іншим показником є індекс Гіні, котрий використовується для визначення рівня,

на якому фактичний розподіл доходів між окремими організаціями або домогосподарствами відрізняється, а, отже, коефіцієнт вимірює ступінь концентрації та нерівності доходів.

О.О. Драган провів аналіз структури сукупних витрат домогосподарств, який вивив:

- скорочення частки витрат на продукти харчування;
- зростання частки витрат на непродовольчі товари і неспоживчі витрати;
- зміну структури споживання продуктів харчування у бік збільшення "нормальних" товарів;
- зростання рівня забезпеченості непродовольчими товарами тривалого використання.

При цьому автор зауважує, що структура все ще залишається далекою від досконалої, а рівень заощаджень вкрай низьким, який не залежить від ставки відсотку, тобто прибутковості. Найбільшу схильність до заощадження, на думку О. О. Драган, демонструють домогосподарства з невисоким рівнем доходу, значна частина заощаджень пов'язана з відкладеним споживанням, на заощадження сильно впливають очікування, пов'язані з макроекономічною і політичною нестабільністю [42].

Дослідження О.О. Драгана показали тенденцію зниження активності домашніх господарств України. Наслідки кризи 2009 року відчутні і сьогодні, зокрема, автором виділяється низький рівень схильності до заощаджень, що має негативний вплив на інвестиційний потенціал заощаджень і ефективність, доцільність споживчих витрат [42]. Доречно погодитись із О.О. Драганом у тому, що причини описаного явища полягають у:

- низькому рівні розвитку інфраструктури фінансового ринку;
- відсутності довіри населення до фінансово-кредитної сфери та державних органів;

- соціально-економічній і політичній нестабільності;
- низькій фінансовій грамотності;
- недостатньому державному стимулюванні ощадної та інвестиційної поведінки населення [42].

Основним джерелом інформації про ситуацію у домашніх господарствах чи рівень наявних витрат на споживання, а також придбання товарів тривалого користування є дослідження бюджетів цих господарств. Воно полягає у визначенні:

- розміру домогосподарств, що вимірюється кількістю осіб;
- належність голови сім'ї до однієї із соціально-професійних груп (наприклад, промислових чи сільськогосподарських робітників);
- частки зайнятих у домашньому господарстві;
- розміру середньомісячного доходу;
- забезпечення товарами тривалого користування – холодильниками, пральними машинами і т.д.;
- середніх витрат на групи товарів і послуг, в тому числі – розподілу продовольства та середнього рівня споживання на душу населення окремих товарів;
- структури споживання: витрат на охорону здоров'я, харчування, роботу.

На практиці розрізняють ще так звані синтетичні показники якості життя, котрі включають:

1. Оцінку рівня життя або держави та задоволення потреб матеріальних і нематеріальних активів, стан технологічного та природного середовища.

2. Оцінку правил організації суспільного життя і характеру соціальних зв'язків.

Якість життя виражається через створення певного суспільства, тобто в тому, що оцінюється як позитивний і бажаний рівень життя,

можливість розвитку, самореалізації і почуття безпеки та участі у суспільному житті. При визначенні якості життя береться до уваги соціальна нерівність, патологічні явища, підвищення значення соціальних питань, маргіналізація суспільства. Важливим показником визначення рівня життя є також демографічна ситуація, яка дозволяє встановити процеси, що беруть участь у створенні можливостей для розвитку та ризиків, пов'язаних із якістю життя.

Важливим аспектом при формуванні соціальної політики держави, на нашу думку, є діяльність, спрямована на покращення економічних умов. Йдеться про:

- зниження рівня безробіття;
- збільшення можливостей для навчання;
- продовження середньостатистичної тривалості життя;
- доступність отримання власного житла;
- підвищення рівня реальних заробітних плат;
- гальмування процесу спаду народжуваності;
- скорочення рівня бідності;
- покращення здоров'я та стану навколишнього середовища.

Важливим елементом формування запропонованої стратегії є визначення заходів для економічного розвитку, яка визначає соціальний розвиток. Соціальний розвиток необхідно трактувати як:

- багатоступеневий процес змін, що відбуваються в суспільстві;
- процес змін, який призводить до зміцнення та вдосконалення суспільства.

Питання турботи про здоров'я полягає, в першу чергу, у наданні різних видів послуг, як в просторовому, так і матеріальному вимірі. Охорону здоров'я в соціальній політиці слід розглядати у трьох аспектах:

1. Медична допомога або орієнтація на хворих, діагностика та лікування захворювань, особливо масового поширення.

2. Реабілітація або відновлення здоров'я, ефективності і соціальної користі непрацездатних людей, інвалідів, психічно хворих.

3. Профілактики або запобігання захворюванням, особливо таким, які набувають розмірів епідемії і тих, які в більшою мірою стосуються популяції.

Політика в галузі охорони здоров'я є невід'ємною частиною загальної соціальної політики, де якість життя і здоров'я населення тісно взаємопов'язані. Це поле, яке спрямоване на створення заходів щодо поліпшення здоров'я, задоволення потреб у галузі охорони здоров'я та надання медичних послуг. Всесвітня організація охорони здоров'я декларувала здорову особу як таку, що має можливість вести продуктивний, значущий для неї спосіб життя, (якомога довше) соціально та економічно незалежний, без хвороб. Здоров'я населення є результатом стану природного середовища і загальних закономірностей поведінки, моделей поведінки, організаційної та фінансової ефективності.

Оптимальна система охорони здоров'я має бути: безпечна, надійна та різностороння. Модель соціальної політики держави повинна виконувати функції, представлені на рис. 5.1. Існує багато теоретичних моделей соціальної політики, що відповідають обом типам описової функції. Різні автори пропонують різні набори основних характеристик, на основі яких відбувається побудова теоретичних моделей або збору даних і їх порівняння. Метою порівняння є показати великі кластери з декількох країн, що схожі один на одного і входять в одну групу. Перший метод можна назвати порівняльним моделюванням теоретичного характеру (найкращим прикладом є підхід Т. Шамліча, який побудував моделі, виходячи із кількох основних понять (1994, 2005), в іншому випадку ми маємо справу з більш-менш емпіричним порівнянням. Об'єктами аналізу спочатку були найбагатші країни світу, а згодом і інші країни, що приєдналися до міжнародних організацій та їх статистичних систем.

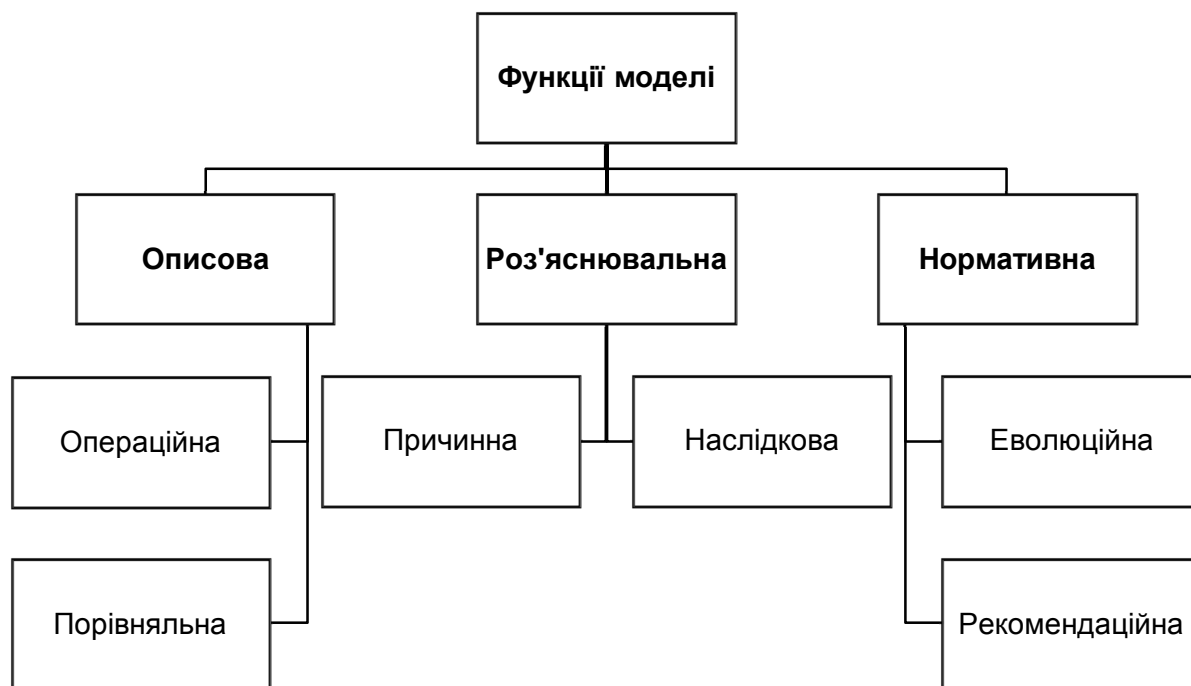


Рис. 5.1. Функції моделі суспільної політики*

*Опрацювання власне

Доречно зауважити, що у сучасних моделях беруться до уваги менш типові для вузького розуміння соціальної політики змінні, пов'язані з регулюванням ринку праці та освітніх послуг. Й. Сапінська запропонувала теоретичну модель соціальної політики зі спрощеними функціями, що ґрунтуються на чотирьох аспектах:

- цілях;
- інструментах;
- предметах;
- предметних областях [380].

Окремі характеристики соціальної політики більшою чи меншою мірою полягають у створенні нерівностей. Відомо, що фактори зовнішньої соціальної політики можуть мати певний ефект або протилежний йому. При цьому навіть виникають складні зв'язки в середині моделі соціальної політики, які стають лише частиною великого цілого. Описову функцію моделі соціальної політики, зокрема, в контексті порівняння можна

розглядати як таку, що перевершує інші моделі на основі отриманого ефекту і підбраного набору критеріїв оцінки. На основі аналізу даних про кількість моделей, що існують у соціальній політиці, встановлюють взаємозв'язок характеристик цих моделей і рівень найважливіших соціальних проблем. При цьому певна функція моделі відповідає за більш низький рівень бідності в групі країн, де вона реалізується у порівнянні з іншими країнами та моделями.

Приходимо до висновку, що модель, яка оцінена як краща нормативна функція, може бути використана як стандарт для оцінки різних моделей. Представлені нами моделі соціальної політики дають підстави стверджувати, що сучасна світова практика є добрим підґрунтям для формування національної політики на основі системи якісних медичних послуг. Основою національної моделі соціальної політики повинна стати Європейська Конвенція про соціальне забезпечення, орієнтована на континентальну модель соціального страхування (модель Бісмарка), яка наближена по своїй суті до реалів української економіки із дотриманням чітко визначених засад принципу солідарності.

5.3. Розробка моделі ринку медичних послуг в Україні

У сучасному світі постійно ведеться мова про конкуренцію – середовище, де питання якості стали одними з найбільш важливих. Сучасна організація господарської діяльності, незалежно від виду бізнесу, має покладатись на якість. Вона є не тільки основою успішного функціонування і фактором успіху на ринку, але й визначником культури. Охорона здоров'я є одним із секторів національної економіки. Клієнтові у цьому випадку, надається амбулаторна медична допомога. Вона є очікуваним продуктом щодо вирішення проблем зі здоров'ям. У сфері охорони здоров'я, продукт є загальним положення, яке, в основному,

складаються із суто медичних послуг. Найбільш відомими моделями якості є:

- модель помилок якості;
- модель покращення якості;
- модель очікуваної якості.

Перша модель була представлена у минулому столітті. Основна ідея її полягала у визначенні діяльності кожного підприємства, яке працює в сфері послуг і має вагомий вплив на якість. Його додатковою вартістю є встановлення зв'язків між цією діяльністю та ідентифікацією, а також ключовою діяльністю, що має вплив на рівень якості послуг. Представлена модель є досить поширеною, оскільки вона є аналітичним інструментом. Так, його правильне використання дає змогу ідентифікувати найважливіші причини недоліків якісних послуг та показує вагомість урахування думки клієнта.

Друга із перерахованих вище моделей опрацьована Д. Мюреєм. Спочатку вона отримала назву "карти якості". Недоліком цієї моделі є менша прив'язаність до значення якості в розумінні клієнта. Це дозволяє зробити висновок про меншу орієнтацію на клієнта та надання переваги технічним особливостям проектування якості послуг. Однак Д. Мюреєм зауважував, що моніторинг процесу реалізації стратегії якості повинен передбачати дослідження думок споживачів та моніторинг змін у їх очікуваннях.

Ця модель має ще один недолік. Йдеться про відсутність механізму ідентифікації причин та напрямків, у яких можна досягнути зниження якості послуг. Крім того, ключовими елементами моделі є ідентифікація можливостей підприємства у напрямку покращення якості та опрацювання її стратегії. Представлена модель вказує на великий вплив якості культури організації та заохочення керівництва і персоналу фірми на задоволення вимог клієнтів.

Проблема зіставлення очікувань споживачів із фактичними особливостями пропонованої їм послуги лягла в основу третьої моделі. Модель очікуваної якості трактує якість послуг як ступінь задоволення підприємством очікувань клієнтів, зваживши на факт, що надавачі послуг під час їх реалізації повинні пам'ятати, що в розумінні споживачів "якість послуги" не лише стосується кінцевого результату надання послуг, але й включає сам процес її реалізації. Якість, до якої повинні прагнути споживачі, можна відобразити на одній осі, де з одного боку, "неприйнятна якість послуг", а з протилежного – "якість ідеальна". Поділ згаданої осі буде означати градацію рівня якості з точки зору потенційних споживачів. Серед них кожен надавач послуг визначає рівень якості, котрий задовольняє споживачів.

Виходячи із цього, слід зауважити на скільки важливе для надавача послуг встановлення рівня очікувань клієнтів. Ці очікування вивчаються не лише через власні потреби споживачів, але з урахуванням думки знайомих, ситуації на ринку, уявлень про підприємство та ціни на послуги. Визначення згаданих очікувань у підсумку призводить до різних можливості пристосування до вимог та очікувань клієнтів. Ідентифікація потреб повинна також надати можливість підібрати необхідні ринкові інструменти зовнішньої комунікації, які б певною мірою дозволили впливати на рівень очікувань, відповідно до можливостей надавачів послуг.

Прийнятна якість – це відчуття споживача щодо отриманої послуги. Порівнюючи свої попередні очікування з отриманою якістю, надавачі послуг отримують певний рівень:

- сатисфакції (прийнятна якість відповідає очікуванням);
- незадоволення (прийнятна якість нижча від очікуваної);
- позитивного здивування (прийнятна якість перевищує очікування).

Варто зауважити, що розташування підприємства на рівні, близькому до його повної сатисфакції і перевищені очікувань, перш за все, потребує визначення особливих вимог. Цей факт має особливе значення, якщо якість займатиме належне місце серед інших чинників у конкурентоспроможності компанії (що природно для кожного підприємця), адже вони повинні завжди спрямовувати свою діяльність на досягнення ідеальної якості. Це завдання досить складне, якщо припустити, що модель очікуваної якості сприймається лінійно. Та все ж, деякі автори роблять припущення, що процес оцінки якості, який є результатом порівняння з попередніми очікуваннями, слід розглядати як багатовимірний, оскільки знаходяться поза очікуваннями, які визначають вибір постачальника та беруться за основу при прийнятті рішення щодо купівлі. Під час процесу реалізації послуги споживач формулює наступні очікування (побажання).

Часто вони є результатом первинних очікувань в результаті першого контакту зі співробітниками підприємства. Вони також можуть бути результатом впливу інших зовнішніх стимулів. До таких можна віднести: думки про послуги інших фірм; отримання інформації, доступу до якої покупець не мав, приймаючи рішення про купівлю послуги.

Модель К. Неша ілюструє саме такий підхід, виразно вказує на існування численних можливостей нагромадження досвіду, верифікації більш ранніх очікувань і формулювання наступних у процесі надання послуг. Все частіше якість визнається основною умовою успіху підприємства, в тому числі фірми, що надає послуги, для якої істотним стає процес вдосконалення. Донедавна більшість спроб вдосконалення якості послуг опиралися на рішення, які з успіхом застосовувались на промислових підприємствах, натомість в організаціях, що надають послуги, отримані ефекти були далекі від запланованих.

Виокремлення таких характерних ознак послуги як: нематеріальність, нестійкість, різномірність і нероздільність, а також усвідомлення відмінностей між матеріальним і нематеріальним виробом сприяло виникненню великої кількості моделей якості послуг. Ці моделі служать для вимірювання і вдосконалення якості у фірмах, що надають послуги. Варто розглянути найважливіші моделі, відокремити на їх підставі чинників, що істотно впливають на якість послуги, яка надається.

Моделі якості послуг ґрунтуються на очікуваній якості стосунків, інакше кажучи, отриманій якості. Процес вдосконалення якості послуг відрізняється від удосконалення якості промислових виробів. Це зумовлено відмінностями, які існують між промисловим виробом і послугою. Ці відмінності істотно впливають на сприйняття якості через споживачів і створення моделей якості послуг, котрі дозволяють виділити атрибути якості.

Більшість моделей ґрунтуються на припущенні, що якість послуг – це стосунки між очікуваною якістю і якістю, отриманою через споживача. Набагато складніша модель якості послуг, яка, крім ефектів процесу обслуговування (технічної якості і відносин), передбачає також джерела якості, тобто якість проекту і якість виробництва, постачання. Цю модель запровадив Е. Гаммессон [281] (рис. 5.2).

Автор пропонує запровадити на підприємствах ці чотири типи якості чи «4 Q» як "передумови сприйняття якості і задоволення" [281]. Якість проекту є важливим фактором, що впливає на підвищення якості обслуговування в сприйнятті споживачів. Відповідне проектування послуг визначає поведінку їх надавача щодо клієнта. Неврахування на цьому етапі вимог клієнтів призведе до їх незадоволення отриманими послугами.

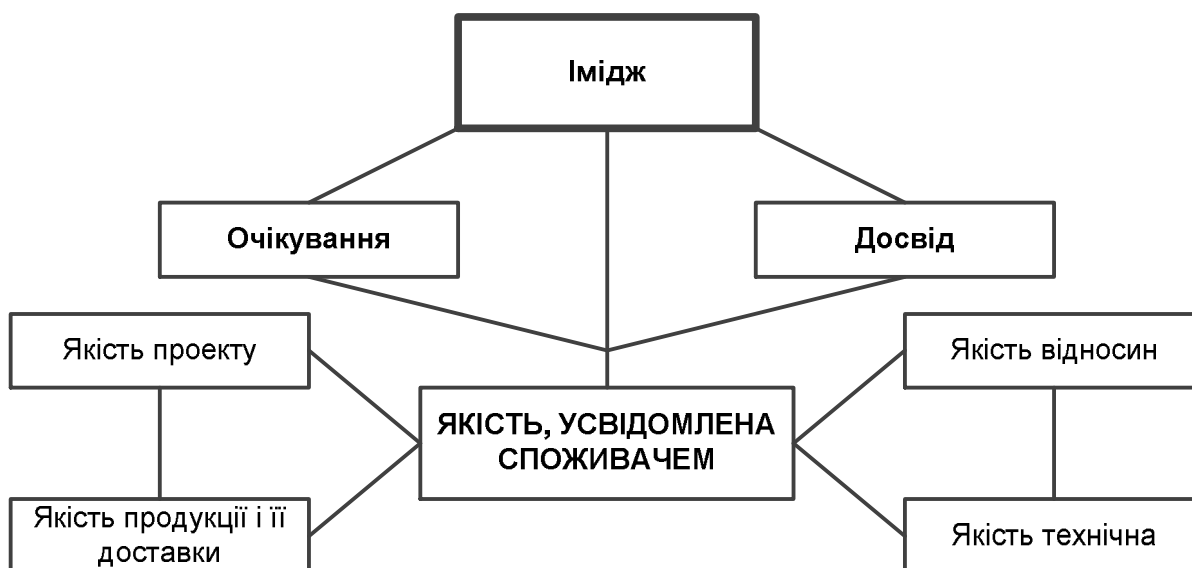


Рис. 5.2. Інтеграційна модель якості [281]

Якість продукції і постачання має вплив на якість послуги, яка повинна відповідати вимогам клієнтів та братись до уваги під час процесу проектування самої послуги. Якість стосунків – це спосіб сприйняття якості послуг під час процесу їх надання. За принципом моделі К. Гронроса, на них, зокрема, на функціональну якість, впливають нематеріальні елементи: манера поведінки надавача послуг, його готовність до обслуговування на відповідному рівні. Йдеться також про матеріальні елементи: зовнішній вигляд фірми, персоналу.

Технічна якість в обох вищезгаданих моделях трактується як ефект процесу надання послуги. Проте найбільш розширеною є модель прогалин якості послуг, запропонована А. Парашураманом, В. Зейтхамлом та Л. Беррі (рис. 5.3). Автори встановили наявність п'яти прогалин, виявлення та усунення яких призводить до збільшення прийнятної якості обслуговування клієнтів фірми. Вони виділили чотири основні внутрішні прогалини в підприємстві та одну зовнішню, яка перебуває під впливом на ранній стадії на стику взаємовідносин фірма – клієнт [252, с. 121-123].

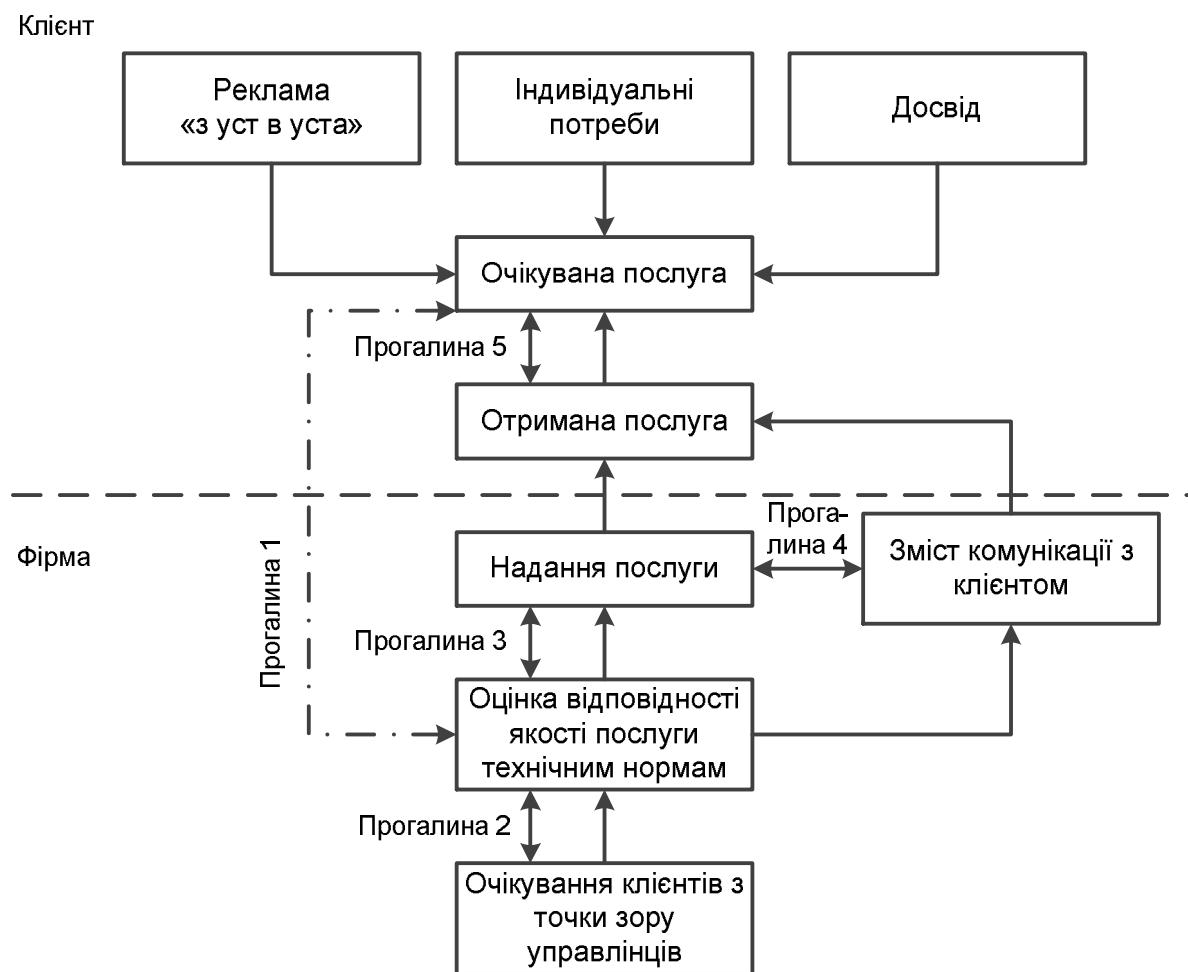


Рис. 5.3. Модель прогалин якості [352]

До внутрішніх прогалин належать:

1. Розбіжність між очікуваннями клієнтів і сприйняття цих очікувань керівництвом підприємства.
2. Різниця між очікуваннями управлінців та очікуваннями клієнтів і спосіб перенесення цих очікувань на відповідні норми та стандарти якості.
3. Розбіжності між нормами та стандартами якості послуг та рівнем їх надання.
4. Різниця між рівнем наданих послуг і зовнішніми формами комунікації з клієнтами.
5. Зовнішня прогалина, що окреслює взаємовідносини між отриманою та очікуваною якістю.

Рівень прийнятної якості залежить від ступеня здійснення або перевершення очікувань клієнта від певної послуги, що представлено на рис. 5.4. Продовжуючи дослідження якості послуг, перш за все, зосередимось на п'ятій прогаліні. Автори виділили такі чинники, що визначають якість послуг:

- матеріальність;
- безвідмовність;
- відповідальність;
- певність і співпереживання.

Модель якості послуг ґрунтується на властивостях, із яких випливає, що підприємство, котре займається наданням послуг, характеризується високою якістю за умови задоволення ним вподобань та очікувань клієнтів. У зв'язку з цим, поділ відповідних властивостей на певні групи є першим кроком у напрямку вдосконалення якості послуг. Варто виділити три групи властивостей (атрибутів):

- фізичні: обладнання та процеси;
- професійна етика;
- професійна оцінка.

Слід контролювати спосіб сприйняття якості обслуговування як серед потенційних клієнтів, так і теперішніх, що його випробовують. При цьому важливою є інтеграції традиційної структури управління з відповідним проектуванням послуг та операцій і маркетинговою діяльністю. Акцент варто робити на визначенні площини зв'язку якості послуг у традиційній структурі управління: планування, реалізації і контролю.

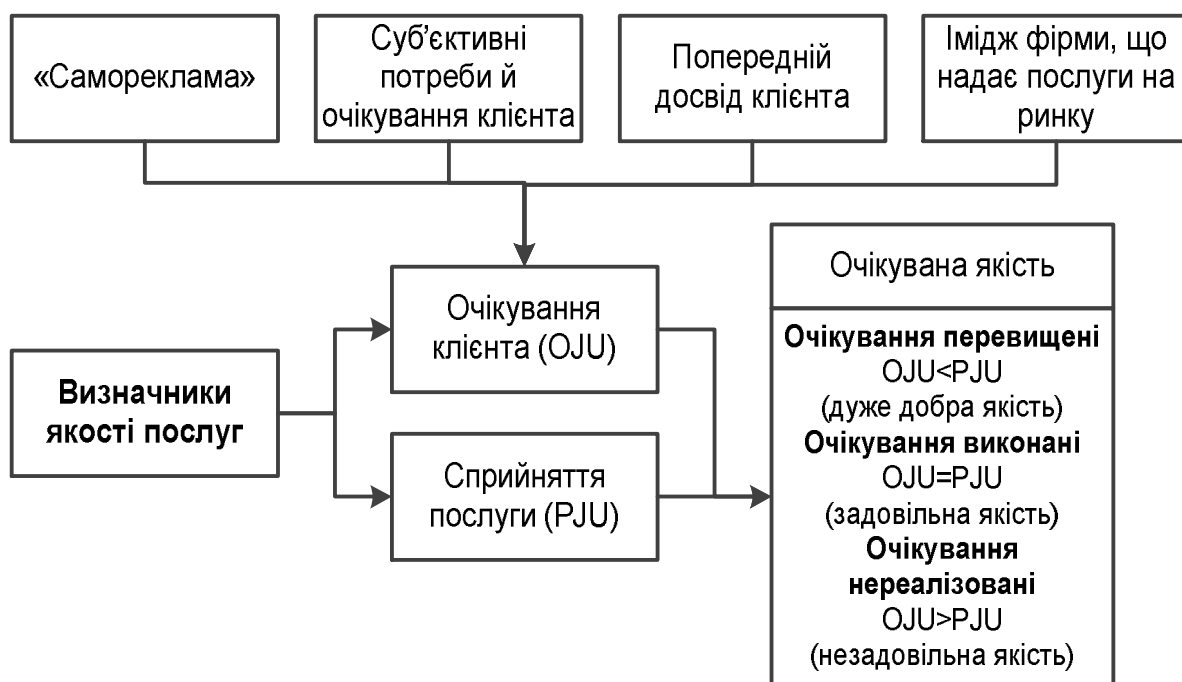


Рис. 5.4. Чинники, які впливають на сприйняття якості послуги [236, с. 48]

Ці зазначені постулати повинні лягти в основу моделі якості медичних послуг із врахуванням наступних факторів: імідж лікувального закладу, вплив зовнішніх, внутрішніх факторів і традиційну маркетингову діяльність як фактори, що впливають на технічні та функціональні очікування щодо медичної послуги (рис. 5.5). Якість послуг можна вважати прийнятною для клієнтів на визначених рівнях. При цьому на неї впливають:

- стосунки персоналу і пацієнтів;
- атмосфера надання послуг;
- безпосередня якість виконання послуг.

Кожен із зазначених елементів характеризується за допомогою трьох інших чинників, які, в свою чергу, аналізуються відносно наступних трьох таких самих детермінантів: безвідмовності забезпечення послуг, вразливості та покірливості персоналу. Основою якості послуг є увага і дбайливість, піклування, цілісність і функціональність.



Рис. 5.5. Узагальнююча модель досягнення якості медичних послуг*

*Опрацювання власне

Твердження про те, що на якість впливає також факт формування і надання послуги, характерний для процесуально-системного підходу. У контексті згаданого підходу, на оцінку якості послуг впливає не лише взаємодія на рівні «працівник – пацієнт», але й інші, зокрема, взаємодія з пацієнтом і взаємодія між пацієнтом і матеріальним корпусом послуги, між пацієнтом і якістю самої організації чи між самими пацієнтами. Остаточна

оцінка якості залежить від якості видатків (навичок і кваліфікації персоналу, матеріально-технічної бази), якості процесів (відносин між клієнтами і працівниками) і якості результатів (у вигляді матеріальних і нематеріальних споживчих пільг споживачів). Привабливим стає підхід до якості послуг, в якому важливу роль відіграє ступінь задоволення клієнта і його зв'язок із якістю. Виявлення негативних розбіжностей, коли очікування більше, ніж спонукальна якість, впливає на отримання кращого позитивного ставлення до послуги в майбутньому. Невідповідність є однією з основних причин відсутності задоволеності послугою, і саме тому варто звернути увагу на вивчення процесів, які відповідають за створення і зміни специфікацій послуг через пацієнтів.

Таким чином, якість послуг є дуже важливим і актуальним питанням. Беручи до уваги вимоги і потреби клієнтів у сфері послуг та прагнення до постійного вдосконалення, стає частіше нормою і стандартом, які повинні бути виконані для того, щоб успішно конкурувати в сучасних економічних умовах. Спосіб розуміння якості послуг і вибору відповідної моделі дуже часто пов'язаний з методами вимірювання якості, яка буде використовуватися в цьому випадку.

Аналізуючи вище розглянуті моделі, ми можемо визначити деякі з факторів, що впливають і формують якість послуг. Серед них:

- доступ і використання інформаційних технологій;
- задоволення потреб клієнтів;
- забезпечення матеріального корпусу послуги;
- досягнення задоволеності клієнтів;
- взірцева модель між людських відносин (зв'язок, доброта);
- правильно спланований і здійснений процес надання послуг;
- оцінка, відповідне мотивування внутрішніх клієнтів;
- психосоціальні умови;
- позитивний PR.

На основі здійснених досліджень проблеми створення моделі якості нами розроблена модель досягнення якості медичних послуг (див. Додаток В). Запропонована модель передбачає врахування вимог пацієнтів. Так, зокрема, останні орієнтуються на якість медичного обслуговування, яка досягається як загальна якість медичних послуг. Разом з тим, необхідно врахувати можливості виникнення невідповідності досягнутої та очікуваної якості. Це відбувається, по-перше, через відсутність такої можливості. При цьому необхідно встановити причини цієї невідповідності. По-друге, наближення досягнутої та очікуваної якості медичних послуг можливе при її оптимізації. Інакше кажучи, йдеться про встановлення відповідності рівня досягнутої якості рівневі очікуваної з урахуванням вимог пацієнтів та можливостей їх задоволення.

Задовольнити вимоги пацієнтів можна різними шляхами. Так, вагому роль при цьому відіграє імідж лікувального закладу, що одночасно підвищує якість наданих медичних послуг. Складовою іміджу є міжособистісні відносини пацієнт-лікар, що ґрунтуються на довірі та порядності. Згадані аспекти підсилюють отримання очікуваної якості.

Наступним шляхом досягнення зазначеної якості є матеріальна спроможність лікувального закладу, що забезпечить пацієнтам повномасштабне обстеження і дасть змогу встановити точний діагноз із подальшим його лікуванням. Однак, слід пам'ятати про те, що очікувану якість медичних послуг можна отримати лише у випадку ретельного планування процедури забезпечення якості, представленої нами у Додатку Г. Згадана процедура передбачає надання оцінки процесу створення якості лікувальними закладами.

Наступним аргументом на користь досягнення очікуваної якості є, на наш погляд, функціонування вузькоспеціалізованих лікувальних закладів із орієнтацією винятково на дослідження та лікування окремо взятого захворювання (наприклад, рак кишечника). Особливістю таких закладів

повинно стати їх комплектування фахівцями різних профілів. Наша пропозиція зорієнтована на конкретні потреби споживачів. Іншими словами, потрапляючи в такий лікувальний заклад за попереднім скеруванням, хворий проходить повне обстеження із залученням усіх медичних фахівців. Після уточнення діагнозу пацієнт матиме можливість лікувати виявлену хворобу та покращити загальний стан здоров'я. Таким чином, зникне потреба возити хворого по різних відділах або чекати у черзі на його консультування. З економічної точки зору, такий підхід до формування спеціалізації дозволить не лише задовольнити потреби пацієнтів, а й вести чіткий облік витрат, удосконалювати як сам процес надання, так і якість медичних послуг. У рамках функціонування страхової медицини доречніше було б запровадити оплату повного циклу лікування, а не окремих візитів до лікарів. Така схема розрахунку дозволить зацікавити лікаря максимально ефективно провести лікування протягом цілого циклу з утриманням від зайвих візитів чи досліджень. Таким чином, на перше місце ставитиметься не кількість візитів, а якість лікування. Пацієнт, у свою чергу, отримує більшу гарантію щодо задоволення його вимог при відсутності збільшень видатків на візити.

Існування на ринку медичних послуг різних суб'єктів господарювання має стимулювати конкуренція, але це припущення не підтверджується в умовах чинної моделі охорони здоров'я в Україні. Відсутність "регулятора" ринку медичних послуг і відповідальності за результати лікування свідчать про брак підстав для здорової конкуренції в галузі. Саме тому варто сформувати відповідну вітчизняну модель, яка дозволила б не лише задовольнити згадані вимоги, але й забезпечити повноцінне функціонування медичної сфери як сектору економіки України (рис. 5.6).

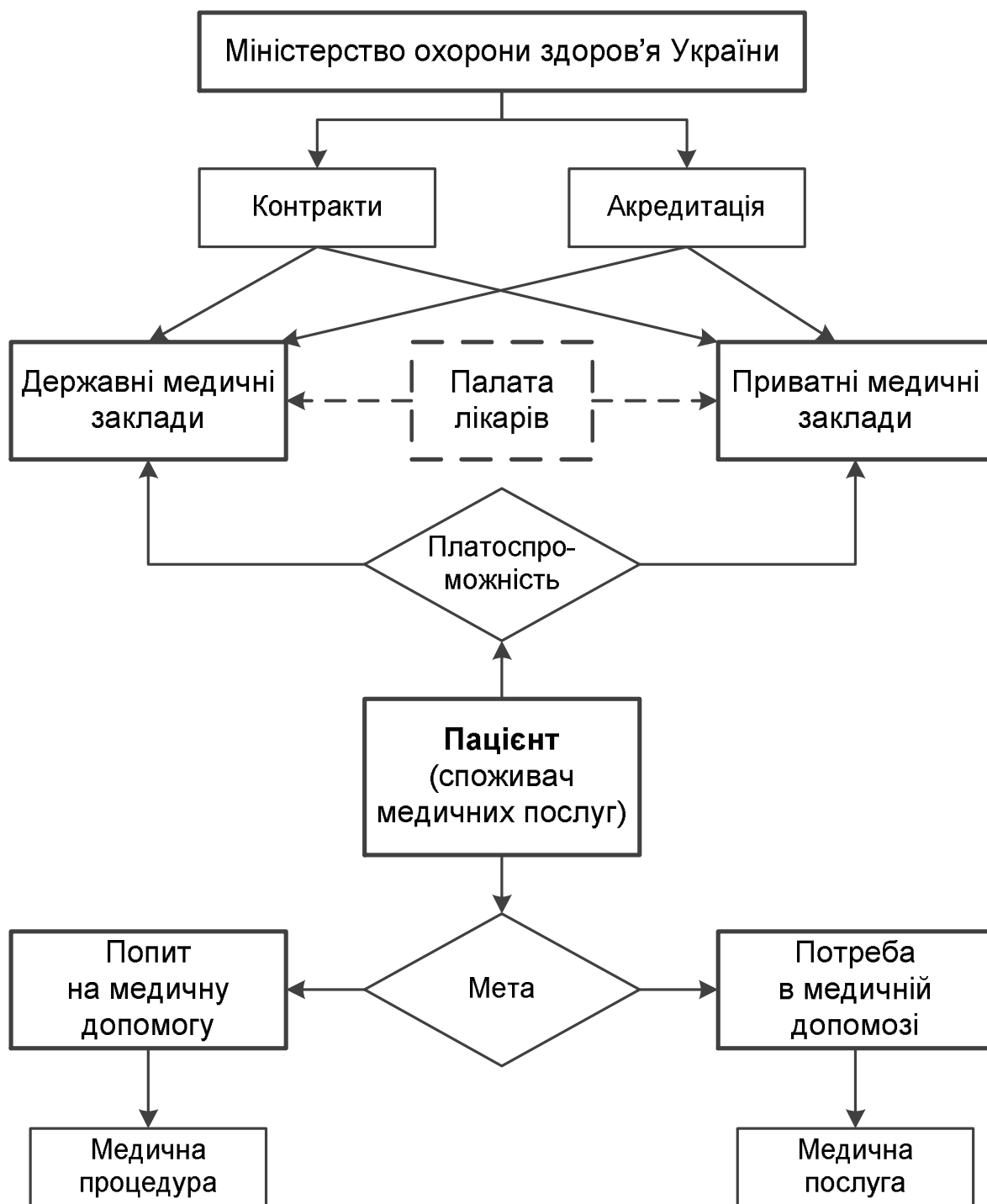


Рис. 5.6 Вітчизняна модель ринку медичних послуг*

*Опрацювання власне

Запропонована модель опирається на державу в особі Міністерства охорони здоров'я, яке в межах системи медичного страхування заключатиме контракти з лікувальними закладами (як державними, так і

приватними) за подушним принципом. При цьому держава, використовуючи механізм акредитації, гарантуватиме рівень наданих медичних послуг у згаданих закладах. Можливість звернення пацієнта до державної чи приватної медичної установи залежатиме винятково від його платоспроможності. Доречним, на нашу думку, буде створення незалежного органу – "Палати лікарів", функція якого полягатиме у розгляді та оцінці спірних питань щодо професійної та етичної поведінки медичних працівників із можливістю позбавлення ліценції на здійснення практики у сфері медицини.

Це стане вагомим аргументом на шляху до підвищення якості медичних послуг, зменшення кількості лікарських помилок та видатків лікувального закладу на їх виправлення (наприклад, повторна госпіталізація). Вітчизняна модель ринку медичних послуг повинна враховувати той факт, що, відповідно до мети, існує потреба (медична послуга) чи попит (медична процедура) на медичну допомогу. Держава повинна гарантувати відповідальність за забезпечення доступу до певного визначеного діапазону і стандартів для надання медичної допомоги та зміцнення здоров'я. Права пацієнтів мають бути чітко визначені, з особливим акцентом на права вразливих груп населення (дітей, літніх людей, вагітних жінок, людей з обмеженими можливостями). Також має бути створений інструмент управління системою охорони здоров'я, спрямованою на здійснення політики в галузі охорони здоров'я та інструменти для моніторингу еволюції системи.

5.4. Лікарні як ключові елементи моделі якісних медичних послуг

В умовах планової економіки питання якості наданих медичних послуг мало значення у кількісному контексті. Тобто, бралася до уваги

кількість хворих, що обслуговувалися у поліклініках, або ж розраховувався ліжковий фонд для лікарень, котрий був не об'єктивно завищеним. Це призводило до збільшення видатків на фінансування пацієнтів, які перебували на стаціонарному лікуванні. Справедливості ради, варто зазначити, що увага приділялося таким медичним показникам, як смертність, народжуваність та зараження при перебуванні у лікарні. Однак така турбота про названі вище показники мала і негативні наслідки. З метою зниження рівня смертності у лікарнях, безнадійних хворих виписували додому помирати. Така практика існує і сьогодні. Кожен смертельний випадок розглядався окремо і досить ретельно. Хоч винуватців і викривали, проте кардинальних заходів впливу на них не застосовували (як, наприклад, позбавлення можливості займатися лікарською практикою).

Ситуація, що склалася в сучасній медицині, є критичною. З одного боку, медикам дісталися у спадок застарілі лікарняні комплекси та медичні технології, існує брак фінансування галузі. З іншого, вони роблять спроби вийти за межі державних закладів та надавати послуги приватно. Брак фінансування ставить під загрозу існування як галузі загалом, так і кожного її напрямку зокрема. Держава не готова проводити дофінансування в обсязі, потрібному для повноцінного функціонування. Тоді постає питання джерел фінансування. Для вирішення цієї проблеми варто було б скористатися європейським досвідом.

Вирішальним моментом у створенні нової моделі медицини має бути акцент на конкуренції як стимуляторі ринку медичних послуг. Як свідчить досвід провідних країн, конкурентне середовище формується за активною участю суб'єктів господарювання. В Україні медичні заклади є установами, що фінансуються з бюджету. За таких умов не можна говорити про створення конкурентного середовища і самого ринку медичних послуг. Враховуючи зазначені обставини, можна стверджувати

необхідність перегляду статусу лікарень, не зважаючи на форму їх власності. Це забезпечить медичним закладам ряд переваг:

- можливість самостійно планувати власну діяльність, виходячи із засад економічної незалежності;
- оптимально використовувати наявні засоби з метою досягнення результативності;
- можливість отримання індивідуальної користі;
- безпосередня відповідальність за наслідки.

Лікарня для здійснення власної діяльності та досягнення поставлених цілей розробляє стратегію, до реалізації якої залучаються персонал (медичний і допоміжний), а також матеріальні і нематеріальні засоби. Для діяльності медичних закладів вагоме значення має зовнішнє середовище та їхнє оточення (рис. 5.7).

У сучасних умовах визначальний вплив на лікарню мають не пацієнти як головні користувачі послуг, а Міністерство охорони здоров'я (МОЗ), технічне забезпечення. Цей факт гальмує розвиток конкурентного середовища в медичній сфері. У такому оточенні бракує незалежного органу, який об'єктивно оцінював би діяльність як лікувальних закладів, так і окремих медиків. Таким органом повинна бути так звана Палата або ж Асоціація лікарів. До її функції входить не лише нагляд за діяльністю лікарів, але й контроль за якістю наданих послуг. Представники запропонованого органу можуть залучатися до вирішення судових справ, пов'язаних із діяльністю медичних установ.

При цьому фахівці зобов'язані будуть об'єктивно оцінити діяльність своїх колег. З метою уникнення фальшувань, повинна проводитись паралельна перевірка. У підсумку винні мають бути покарані аж до позбавлення права займатися лікарською практикою, що стане вагомим аргументом на користь належного виконання медиками своїх професійних

обов'язків. Формування конкуренції на ринку медичних послуг повинно розпочинатися із аналізу її мети.

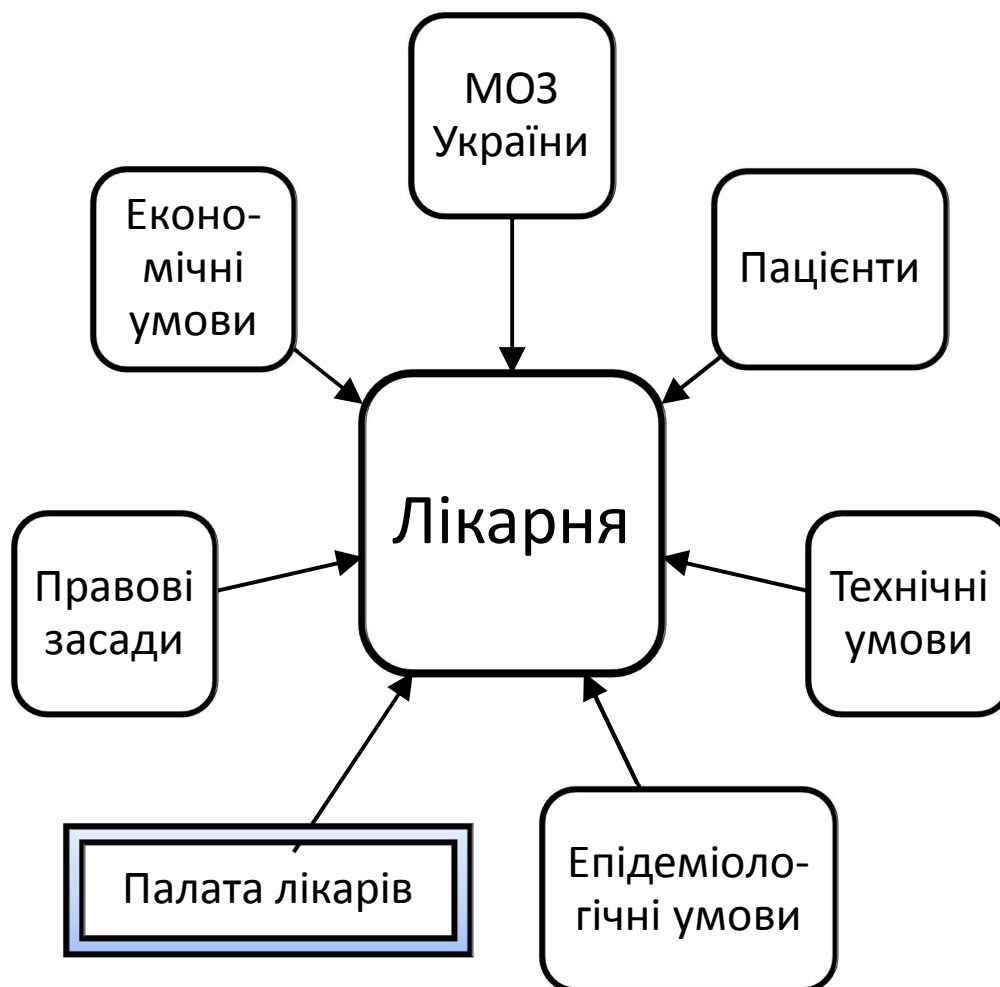


Рис. 5.7. Зовнішнє оточення лікарні*

*Опрацювання власне

Для цього спочатку до уваги береться середовище, під впливом якого воно буде діяти. М. Портер у своїх працях стверджував, що метою конкурентної стратегії суб'єктів господарювання в медичній сфері є пошук позиції, у якій вона може найкраще оборонятися від зовнішніх чинників або ж використовувати їх із власною користю [131]. Поки що, при чинній системі охорони здоров'я, лікарні не можуть дозволити собі шукати таку позицію. Заміна системи Семашко, що діє сьогодні, вкрай

необхідна для формування належних умов розвитку галузі і створення конкурентного середовища, але не вигідна, як для Міністерства охорони здоров'я, так і для більшості медиків. Під прикриттям "безкоштовної" медицини, лікувальні заклади вже давно діють на засадах платності (у більшості випадків розмір плати не є економічно обґрунтованим). Не зважаючи на останній аспект, акцент не робиться на якість та відповідальність за надані медичні послуги.

Характерними рисами медичних закладів як суб'єктів господарювання (медичних підприємств) є:

- наявність свободи вибору в економічних питаннях та можливість самостійно вирішувати майнові питання;
- прагнення до досягнення індивідуальної користі;
- особиста відповідальність за господарську діяльність та прийнятих рішень;
- раціональний вибір у питаннях використання засобів для досягнення встановлених цілей.

Розглядаючи лікувальний заклад із точки зору системного підходу, варто зауважити, що спосіб впорядкування полягає у взаємодії окремих його складових елементів за для досягнення встановленої мети. Запропонована система має:

- динамічно взаємопов'язані між собою підсистеми, особливо стосовно суб'єкта господарювання;
- матеріальні підсистеми, які складаються із матеріальних і фінансових складників, матеріальної, технологічної просторово-часової структури;
- суспільні підсистеми, відповідно структуровані, що складаються з людей, які перебувають у формальних та неформальних зв'язках, генерують діяльність, спрямовану на загальний успіх.

В цілому, лікувальні заклади стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги як медичні підприємства є відкритими системами, зокрема:

- належне функціонування медичного підприємства по суті залежить від налагодженої взаємодії його складових (відділів), а не лише від їх ефективної автономної діяльності;
- його стосунки та співпраця з оточенням чи більшою системою, частиною якої вони є.

Разом з тим, кожна система, може бути частиною ще більшого утворення (системи). При цьому медичне підприємство (лікарню) можна трактувати з двох точок зору. З одного боку, йдеться про систему, яка функціонує окремо, з іншого – як частину системи охорони здоров'я. Остання як комплексна структура має певні цілі, досягнення яких можливе через процеси, засоби та організаційні структури, що застосовуються. До найважливіших цілей системи охорони здоров'я доречно віднести:

- доступність до медичної допомоги через страхування і забезпечення населення можливістю отримання певного пакета медичних послуг, якого воно потребує без врахування фінансових можливостей;
- якість і безперервність медичних послуг через надання лікувально-профілактичних, реабілітаційних послуг на найвищому рівні;
- ефективність, раціональність системи охорони здоров'я через організацію оптимізації матеріальних, фінансових та людських засобів.

Загальне функціонування лікарні можна представити за допомогою певної моделі (рис. 5.8). Кожна система має змогу злагоджено працювати за допомогою наступних функцій:

- контролю;

- підтримки балансу;
- стимуляції.



Рис. 5.8. Лікарня в кібернетичному представленні теорії систем*

*Опрацювання власне

Контролюванню повинен підлягати загальний процес діяльності, спрямований на отримання бажаних результатів. Цей процес починається від входу в систему із необхідними затратами до початку процесу через дії до елементів виходу – наслідків, значення, яких є достатніми. До елементів входу відносять:

- матеріали;
- процедури;

- методи реалізації контрактів щодо надання медичних послуг;
- інформація;
- персонал;
- знання;
- практичний досвід;
- медичне обладнання.

До елементів виходу (наслідків) відносять:

- медичну послугу;
- ціну лікарні як медичного підприємства.

Варто при цьому зазначити, що окремі елементи входу в систему спрямовані на ціль, яка дещо відрізняється в приватних та державних медичних закладах. Так, наприклад, в приватних лікарнях кінцевою метою є вартість (ціна) медичного підприємства. В умовах ринкової економіки та конкуренції зрозуміло, що забезпечення реальної цінності медичного бізнесу можливе через надання медичних послуг та при дотриманні ринкових, економічних, правових регуляторних обмежень діяльності лікарні. Разом із тим, у державних медичних установах кінцевою метою повинна бути користь від отриманих послуг, яка проявляється через безперервність, загальну доступність, неоплачені послуги.

Така користь повинна бути досягнута при дотриманні засад раціональної діяльності: економії коштів та цілеспрямованій діяльності. На практиці розглядається таке поняття як "рентабельність діяльності". Щодо державного медичного закладу стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, його вартість представляється корисність наданих медичних послуг за умов утримування належного рівня рентабельності. Заклади охорони здоров'я як підприємства, що надають послуги, відрізняються від інших своєю неповторністю та специфічністю. Підсистема керівництва вводить на вході в систему певні характеристики і реакції, що виникають

на виході, а також оточенні. При цьому відбувається їх модифікація. В міру потреби відбуваються корективи й адаптація структур (процесів) до умов оточення та внутрішнього обладнання.

Система управління полягає у поточному контролі та корегуванні основних внутрішньо-економічних підприємницьких процесів лікарні і пов'язана з постійним вдосконаленням відповідно до прийнятих процедур. Система стимулювання повинна складатися із логічних, спільних засобів мотивації, що доповнюють один одного, а також із осередків, що діють на засаді зміцнення, прагнучи ефекту синергії. Йдеться про мотивацію працівників, заохочення людей до досягнення цілей медичного підприємства за допомогою стимулів, які дозволять задовольняти власні потреби. Це своєрідний процес заохочення працівників, який повинен впливати на досягнення поставленої лікувальним закладом мети.

Дослідження еволюції поглядів щодо мотивування працівників дозволило виділити шість основних рис, характерних для медичних установ. По-перше, медичні працівники діють в межах чинного медичного законодавства. Ця діяльність є їх основним джерелом доходів. По-друге, медичні працівники трактують свою роботу в лікувальних закладах як службу і покликання. По-третє, медичний персонал має власні символи та знаки, що відрізняє їх від інших працівників. Четвертою характерною рисою є об'єднання медичних працівників у різного роду організації не з фінансових та матеріальних причин. П'ята типова ознака мотивації полягає в отриманні згаданими працівниками знань та досвіду під час довгого і складного процесу навчання. По-шосте, лікарі діють автономно і керуються винятково власним досвідом.

Існування на ринку медичних послуг різних суб'єктів господарювання має стимулювати конкуренція, але це припущення не підтверджується в умовах сучасної моделі охорони здоров'я в Україні. Відсутність "регулятора" такого ринку і відповідальності за результати

лікування, свідчать про брак підстав для здорової конкуренції в галузі. Зміна системи, що діє зараз, повинна спричинити зміну статусу лікарні як суб'єкта господарювання. Враховуючи твердження М. Портера, варто проаналізувати чинники, що впливають на формування конкуренції в сфері охорони здоров'я (рис. 5.9).



Рис. 5.9. Вплив чинників на конкурентне середовище медичної сфери [393, с. 39]

Представлені на рис. 5.9 чинники мають сприяти формуванню та підсиленню конкурентного середовища, проте в сучасних реаліях призводять до збільшення видатків у медичній сфері. Головні причини криються у постачальниках медичних технологій, лікарських засобів та інших провайдерах. За певною схемою викривляється система стимулювання, що дозволяє зазначеним силам збільшувати власні статки, не дивлячись на збільшення кривої затрат [144].

Лікарня, незалежно від форми власності, повинна стати механізмом зміни, яка має відбуватися в медичній сфері на макро- та мікро- рівнях.

Виконанню окресленого завдання перешкоджають відсутність:

- відділів у структурі лікарні, котрі займалися б забезпеченням повномасштабної роботи закладу;
- менеджерів у системі охорони здоров'я, що мають теоретичні знання та практичні навички щодо вирішення питань організаційного, економічного, управлінського і технічного характеру;
- програм підготовки фахівців згаданого напрямку у достатніх масштабах, щоб задовольнити попит, що існує у медичній сфері;
- практик проведення тренінгів, спрямованих на підвищення кваліфікації працівників та вдосконалення комунікативних здібностей (для покращення комунікації із пацієнтами), профінансованих лікувальними закладами. Це дасть змогу підвищити якість медичних послуг і вартість лікарні;
- відсутність у лікувальних закладів практики системного аналізу, планування і затвердження бюджетів з огляду на оптимізацію витратків.

Всі вище представлені проблеми не дозволяють ринкові медичних послуг розвиватися в Україні (не зважаючи на його декларування) та розкрити всі потенційні можливості лікарень як одного з ключових елементів ринку. Для виправлення ситуації необхідно звернути увагу на наступне:

1. Програма переходу від адміністративної системи медицини до ринкових відносин в галузі має бути детально розроблена і не ґрунтуватися на декларативних засадах.

2. Забезпечення умов еволюційного розвитку ринку медичних послуг.

3. Відсутність чіткої системи показників якісних медичних послуг в медичній сфері.

4. Незабезпеченість пацієнтів інформацією про актуальні ціни на медичні послуги лікарів.

5. Створення на основі лікарні суб'єкта господарювання із можливістю самостійно планувати власну діяльність та вести конкурентну боротьбу за пацієнтів, шляхом надання останнім якісних медичних послуг.

Діючи на ринку медичних послуг, на медичне підприємство впливають як макро-, так і мікро- оточення (рис. 5.10). Для економіки медичного підприємства важливо звернути увагу на чинники, що впливають на його діяльність. Так, контракт відіграє важливу роль у стосунках між тими, хто надає послуги і тими, хто їх отримує. Медичні заклади, що функціонують у системі охорони здоров'я піддаються впливові особистих чинників, що знаходяться в їх оточенні. Тому лікарні повинні пристосовувати власну діяльність до перелічених чинників у так, щоб досягнути намічених цілей.

Серед оточення медичного підприємства виділяють дві групи. До першої відносять макрооточення, представлене у вигляді системи, з якою лікарні стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги мають непрямий зв'язок. Сюди можна віднести суспільні тренди, правову систему, демографічну ситуацію. Інакше кажучи, макрооточення – це сукупність умов, які регулюють функціонування організації в державі, регіоні і т. д.

На думку М. Добської та К. Рогожінського, в цьому оточенні варто виділити, наступні сфери:

- політичну;
- правову;
- економічну;
- суспільну;

- демографічну;
- технологічну;
- міжнародну;
- природну [260, с. 42].



Рис. 5.10. Рушійні сили конкуренції в секторі охорони здоров'я*

*Опрацювання власне

Згадане оточення не пов'язане з ринком, на якому діє медична фірма. Йдеться про відсутність зміни даного ринку у зв'язку зі змінами попиту та продажу, хоча має безпосередній вплив на них. Оскільки макроточення

саме по собі є явищем складним, то для кращого його аналізу варто виділити кілька його сфер:

1. Економічні чинники підкреслюють купівельну спроможність споживачів послуг (пацієнтів). Показниками такого оточення є:

- ступінь економічного зростання;
- інфляція;
- рівень безробіття;
- величина ВВП;
- рівень доходів певних суспільних груп;
- рівень розвитку економіки країни;
- структура видатків населення;
- відсоток, який займають видатки на медичні послуги в загальній структурі бюджетів домашніх господарств.

2. Технологічні чинники вимагають врахування трансформації, що відбувається в медичних підприємствах і мають вагомий вплив на рівень розвитку медичних послуг. Зміна оточення лікарень вимагає змін у процесі управління ними. Йдеться про запровадження інновацій, технологічних нововведень, придатних для потреб лікарень і розвитку цілого сектору.

3. Суспільно-культурне оточення є найбільш нестабільним, непередбаченим різновидом оточення медичного закладу, оскільки безпосередньо пов'язане з людьми та їх уподобаннями. Від нього залежить:

- взаємовідносини між пацієнтами та надавачами медичних послуг;
- очікування згідно з умовами наданих послуг, сервісні функції;
- звички споживачів та величина попиту на визначений вид послуг;
- спосіб прийняття і представлення рекламації.

4. Демографічне оточення впливає на величину і структуру попиту на медичні послуги. Визначальними критеріями є: вік, стать, місце проживання, освіта.

5. Політичні і правові чинники. Згадані чинники впливають із чинної законодавчої бази, яка регулює функціонування медичних закладів. Останні повинні адаптувати свою діяльність до законів України та міжнародного законодавства (що зробить можливою адаптацію при об'єднанні з Європейським Союзом).

До другої групи оточення медичного підприємства відносять мікрооточення, що включає всі системи, з якими підприємства перебувають у безпосередніх стосунках (конкуренти, постачальники, пацієнти). Це оточення пов'язане з ринком (ринками), на яких працює фірма. До його складу входять наступні елементи ринку:

- потенційні надавачі медичних послуг – цільовий ринок (Міністерство охорони здоров'я, Національний медичний фонд), пропозиції працедавців щодо надання абонентських послуг, поточні продажі медичних послуг на засадах конкуренції;
- конкуренти – підприємства, що конкурують із медичним закладом і пропонують не лише аналогічні медичні послуги, а й можуть заміщувати їх пропозиції. Так, наприклад, деякі лікарні роблять медичні послуг більш доступними, із використанням сучасних технологій та привабливішими цінами на такі послуги;
- постачальники, субпідрядники послуг, ліків, інформації і медичного устаткування;
- фінансові інституції, діяльність яких спрямована на стабілізацію та розвиток медичного підприємства. До них відносять: інвестиційні фонди, банки, страхові компанії і т. д.);
- представники ЗМІ та адміністрацій різного рівня.

Для створення стимулів велике значення мають механізми фінансування медичних послуг. Кожен із них створює різнопланову структуру стимулів, а тим самим, і досягнення цілей, якими зацікавлений пацієнт. Оптимальний механізм фінансування повинен стимулювати

лікарні до надання медичних послуг високої якості, що відповідають потребам пацієнтів та сприяють технічній і видатковій ефективності. Як вже зазначалось нами раніше, система контрактів повинна мати вплив на життєдіяльність медичного підприємства, який варто розглянути в двох напрямках.

По-перше, це стосується змін всередині організації. Зокрема:

- керівництво включає місію та бачення, стратегію організації, інновації, мотивації працівників, розуміння потреб пацієнтів;
- політика та стратегія спрямована на акціонерів, підкріплена відповідними планами, цілями і процесами;
- управління людськими засобами. Йдеться про підвищення кваліфікації, навчання, мотивацію (спосіб, за допомогою якого організація може використовувати вміння та навички персоналу);
- якість надання послуг передбачає застосування сучасного медичного обладнання, працю висококваліфікованого медичного персоналу, здобуття різного роду відзнак якості;
- засоби, за допомогою яких лікарня здійснює планування і керує своїми стосунками із зовнішніми партнерами. Наявність засобів для підтримки політики та стратегії, як і ефективність діяльності, управління фінансами, технологіями, обладнаннями, майном;
- управління процесами та керівництво змінами шляхом проектування, управління і покращення виконання їх із метою підтримки політики та стратегії, як і повного задоволення (чи збільшення користі) для своїх пацієнтів та акціонерів.

Вплив системи контрактів на зовнішню діяльність лікарні варто розглядати, враховуючи:

- доступність медичних послуг для суспільства, яке можливе через програму обов'язкового медичного страхування та індивідуального страхування;

- якість медичних послуг, що надаються людям;
- безперервність надання послуг для суспільства;
- реалізацію конституційного права кожного громадянина України щодо права на отримання медичної допомоги та страхування (ст. 49 Конституції України).

Управління медичним підприємством потребує виокремлення в їх діяльності двох сфер. До першої відносять операційне і стратегічне управління; визначення поточних потреб організації. До другої – прийняття рішень, пов'язаних із поточною діяльністю лікарні, одночасно вміти передбачувати та будувати концепцію функціонування підприємства в майбутньому. Основою для підписання контрактів із лікувальними установами стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги є планування, що вимагає оцінки медичних потреб суспільства; розробки політики в галузі охорони здоров'я; вибору надавачів послуг під час проведення переговорів; визначення способу фінансування; управління і моніторингу виконання контракту. Потреба у плануванні в медичному підприємстві, що постійно зростає, спричинена:

- збільшенням складності медичного обладнання;
- зростанням спеціалізації діяльності;
- необхідністю збільшення видатків на інвестиції;
- високим ризиком діяльності;
- постійним зростанням вимог пацієнтів.

А. Вайда у своїй праці "Організація і управління" слушно зазначає, що планування є основним напрямком кожної раціональної діяльності, сутність якого полягає у передбаченні, калькулюванні та виборі оптимальних варіантів, а також визначенні умов і засобів, необхідних для їх реалізації та досягнення поставлених цілей [387, с. 45]. Пошук оптимальних зв'язків лікарні з її оточенням становить суть стратегічного

планування. Операційне планування, у свою чергу, виконує виконавчу функцію відносно стратегічного планування, діючи раціонально в реальних умовах, є своєрідним елементом, що об'єднує минулу, перспективну та поточну діяльність.

Стратегічне планування є важливим інструментом, який робить можливим одночасно добитися виконання своїх зобов'язань та підвищення компетенції всіма працівниками лікарні. Крім того, це необхідна умова, якої варто дотримуватись для згуртування людей, котрі б ідентифікували себе із цілями лікарні та прагнули до їх реалізації. Процедура опрацювання плану починається «з нуля» із врахуванням потреб в майбутньому й обирається певна стратегія. Модель стратегічного планування представлена нами на рис. 5.11.

Метою першого етапу є визначення найкращого майбутнього та бачення лікарні. На цьому етапі повинні прийматися рішення щодо стратегії лікарні і мотивації персоналу. Має бути вироблене спільне для всіх працівників бачення лікувального закладу, щоб вони докладали зусилля для досягнення мети. Варто зауважити, що такий підхід може сприяти успіхові лікарні з наступних міркувань:

- дозволяє отримати чітке уявлення про майбутнє із врахуванням застережень, на основі яких розраховуються сили, необхідні для реалізації певного підходу;
- бачення способу покращення діяльності лікувального закладу стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, що надихає, може стати сильною мотивацією, оскільки її реалізація може розглядатись як конкретне призначення, що спричинить приплив енергії та позитивних емоцій;

- процес стратегічного управління отримає додаткове підсилення у тому випадку, коли декларування бачення відбувається в розрізі засад прийняття рішень;
- успіх організації значною мірою залежить від активної підтримки працівників.

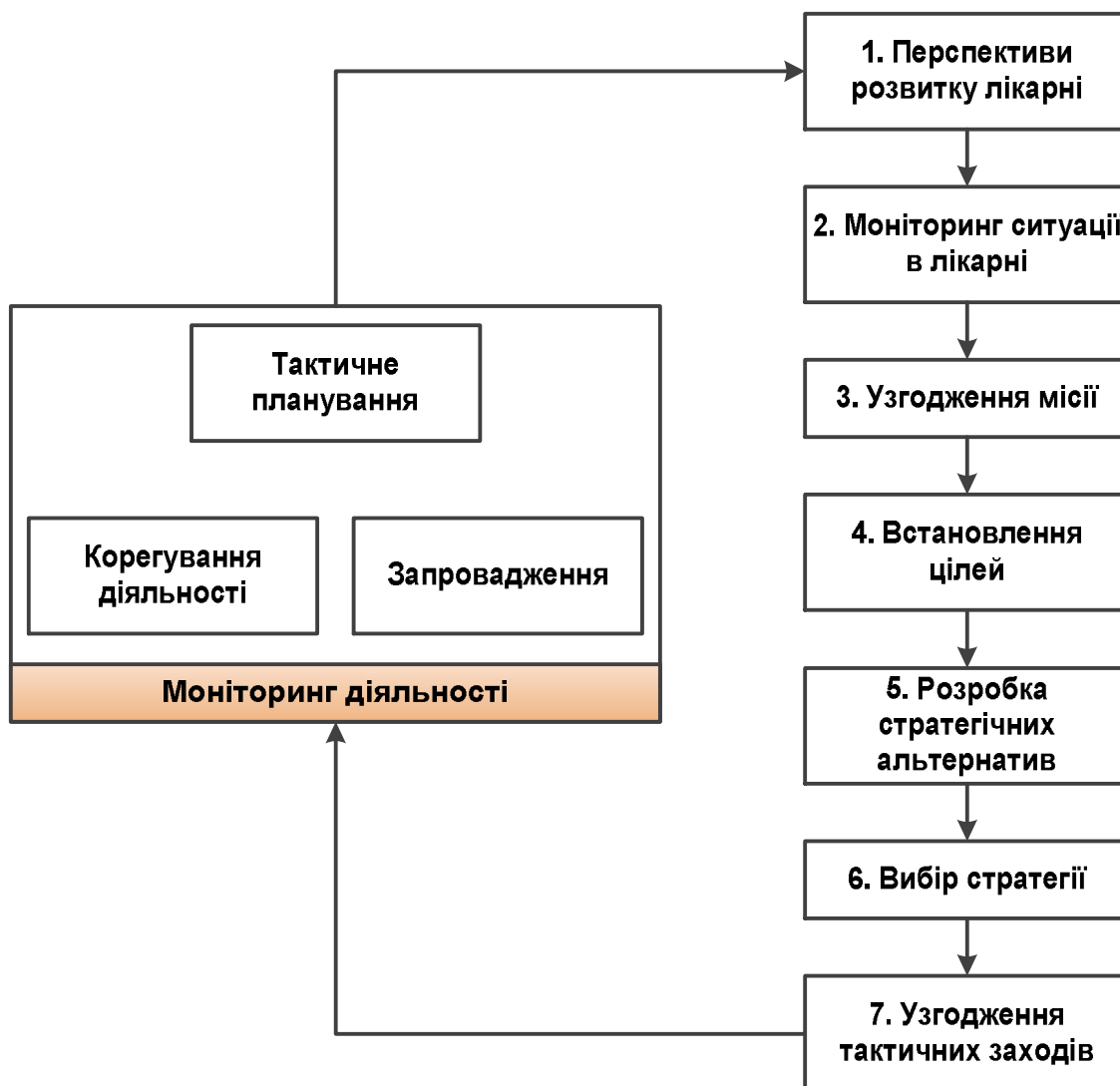


Рис. 5.11. Модель стратегічного планування лікарні*

*Опрацювання власне

Реалізація планів на майбутнє не можлива без поточного аналізу ситуації в лікувальному закладі стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної

допомоги. Проведення діагностики є найкращим інструментом для виконання зазначеного завдання. У цьому полягає суть другого етапу. На практиці одним із інструментів стратегічного аналізу, що отримав популярність, є SWOT-аналіз (детальніше ми розглядали його у попередньому розділі).

Чітко опрацьована місія, пристосована до ринкових можливостей та переваг лікарні може бути елементом конкурентної переваги на ринку медичних послуг. Саме тому варто звернути увагу на узгодження місії, яке відбувається на третьому етапі стратегічного планування лікарні. При цьому звертається увага на пропоновані медичні послуги, які мають нематеріальний характер та потребують визначення, послуги якого виду пропонується пацієнтам. Важливим елементом цього процесу є медичний персонал, від кваліфікації, вміння зрозуміти клієнта та рівня культури, якого залежить успіх на ринку медичних послуг.

Я. Кліх при вивченні місію закладів охорони здоров'я звертає увагу на питання про задоволення основних учасників (пацієнтів і їх родин, медичних працівників), від яких залежить успіх лікувального закладу [308, с. 37]. Місія лікарні повинна бути спрямована на пропагування організаційної культури, системи цінностей, етичні норми, чинні стандарти, які мають бути прийняті її працівниками у стосунках між пацієнтами й іншим оточенням. До складу місії лікарні повинні входити наступні елементи:

- заходи, спрямовані на збереження і відновлення здоров'я;
- гарантія прав пацієнтів;
- зміцнення здоров'я;
- надання високоякісних медичних послуг (із застосуванням сучасної медичної технології за допомогою висококваліфікованого персоналу);

- зазначення гарантій надання послуг на основі страхування чи за відповідну оплату.

На четвертому етапі встановлюються цілі лікарні. Вони повинні виконувати чотири важливі функції:

- надання рекомендацій та скерування в одному напрямку всіх працівників лікарні, розуміння, куди організація прямує і чому так важливо досягнути мети;
- встановлення цілей відображається на аспектах планування. Ефективне встановлення цілей сприяє ретельному плануванню, що, в свою чергу, полегшує визначення мети на майбутнє;
- є джерелом мотивації для працівників лікарні стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, особливо якщо досягнення цілей буде винагороджуватись;
- ефективний механізм оцінки і контролю. Таким чином майбутні результати можна буде оцінити за ступенем досягнення встановлених раніше цілей.

Варто зауважити, що всі цілі повинні бути конкретними, здатними до вимірювання, досяжними, реалістичними і актуальними. Так, конкретність цілей проявляється через те, чого ми хочемо досягнути. Здатність до вимірювання цілей – це наявність вказівників чи вказівок завдяки, яким можна виміряти ступінь їх реалізації. Всюди, де це лише можливо, необхідно використовувати статистику не тільки щодо збільшення позитивних фінансових показників діяльності лікарні, а й варто використовувати підрахунок стосовно кількості пацієнтів чи дотримання стандартів якості.

Цілі повинні бути досяжними і прийнятими усіма членами колективу, що їх втілюють. Реалістичність цілей визначається через врахування людських, фінансових засобів та майнових активів.

Актуальність цілей повинна відповідати чітко встановленим часовим рамкам. П'ятий етап відведений на опрацювання стратегічних альтернатив. Стратегія лікарні формується під впливом внутрішніх та зовнішніх чинників. Залежно від їх позитивного чи негативного впливу, варто виділити наступні види стратегій.

– Диверсифікована стратегія розвитку та сильної експансії. Ця стратегія є наслідком поєднання всіх шансів та переваг лікувального закладу, що переважають. При перевазі позитивних чинників можливе завоювання нових ринків і зміцнення конкурентних позицій.

– Конкурентна стратегія полягає у діяльності лікарні у сприятливому оточенні. При цьому її шанси значно переважають ймовірні загрози. Хоч лікувальний заклад самотужки може пережити кризу, проте внутрішня оцінка свідчить про наявність значної кількості недоліків. Основне завдання цієї конкуренції – максимальне використання наданих шансів та мінімізація слабких сторін.

– Консервативна стратегія визначає напрями діяльності лікарні, в яких переважають сильні сторони. Лікувальний заклад може протиставити несприятливим зовнішнім тенденціям сильний внутрішній потенціал.

– Оборонна стратегія позбавляє лікарню можливих шансів для розвитку у визначеному секторі. Обрання такої стратегії для лікувального закладу означає відсутність внутрішнього потенціалу та несприйняття зовнішніх чинників в оточенні. Оборонна стратегія може призвести до двох шляхів розв'язання проблеми. По-перше, так званий песимістичний варіант – ліквідація лікувального закладу. По-друге, оптимістичний варіант, який передбачає пошук партнерів з метою утримання на плаву і, в подальшому, злиття лікувальних закладів.

На шостому етапі стратегічного планування лікарні відбувається створення ефективної стратегії на основі певних засад. При стратегічному управлінні варто звертати увагу на наступні правила:

- стратегія повинна брати до уваги зовнішні зміни діяльності організації і представляти раціональну реакцію на усвідомлення змін або передбачати їх;
- стратегія має стимулювати діяльність, завдяки встановленню амбітних цілей та забезпеченню повного використання засобів лікарні з урахуванням сучасних реалій;
- пріоритетною повинна стати діяльність лікувального закладу, що забезпечить йому високу довготривалу ефективність;
- важливим є абстрагування від формування моделі стратегії, що передбачає лише сприятливі умови, оскільки вона має бути стійкою до впливу негативних обставин;
- уникнення нееластичних стратегій, що дозволить лікувальному закладові пристосовуватись до змін.

Сьомий етап стратегічного планування передбачає узгодження тактичних засобів лікарні. Враховуючи наявні тактичні засоби, можна реалізувати окреслені стратегічні завдання лікарні за допомогою розробки наступних планів:

1. Планування людських ресурсів, що визначають чинники, котрі формують культуру лікарні, етичні та моральні норми, а також можливість розвитку як окремих відділів, так і лікувального закладу стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги загалом.

2. Ресурсне планування стосується набуття та контролю за ресурсами (медичного обладнання, апаратури; кількості та якості приміщень).

3. Маркетинговий план дозволяє вказати на актуальні і потенційні ринки, а також пацієнтів, сектори ринку. Такий план стосується рішень, які варто прийняти для задоволення, як постійних потреб на ринку, так і тих, що виникають.

4. План фінансових ресурсів стосується набуття та контролю відповідних фінансових засобів, що походять із зовнішніх та внутрішніх джерел, гарантує доступність необхідних засобів і реалізацію цілей.

Висновки до п'ятого розділу

Страхова медицина для України є додатковим джерелом фінансування медичних закладів. При цьому важливо створити конкурентне середовище на ринку медичних послуг. Для цього необхідно забезпечити прийняття пакета законодавчих актів із питань обов'язкового соціального медичного страхування. Розвиток та забезпечення зростання надійності страхових організацій у системі медичного страхування повинні відбуватись шляхом встановлення вимог до їхнього ліцензування із врахуванням визначених критеріїв.

Запропонована система заходів, спрямованих на запровадження і розвиток страхової медицини в Україні, дозволить створити умови для найбільш повного задоволення потреб населення в одержанні доступної і високоякісної медичної допомоги; суттєво зменшити навантаження на державний та місцеві бюджети; зменшити частку тіньової медицини в системі медичного забезпечення; уникнути необґрунтованих витрат, викликаних наданням зайвих медичних послуг з метою одержання додаткового прибутку; покращити матеріальну мотивацію працівників медичних установ стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.

Варто зазначити, що планування є лише однією із функцій управління і не повинно сприйматись як універсальний засіб подолання всіх проблем сучасних медичних підприємств. Ключовим завданням управління є вміння визначення стратегії лікувальних закладів стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної

(високоспеціалізованої) медичної допомоги. Стратегічний аналіз діяльності лікарні дозволяє провести діагностику її загального та специфічного оточення. Наслідком такої діяльності є негайне застосування управлінських ресурсів, що дозволить сформувати сприятливе внутрішнє та відкоригувати зовнішнє середовище.

ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі здійснено теоретичне узагальнення та запропоновано вирішення важливої науково-прикладної проблеми, що полягає в обґрунтуванні теоретико-методологічних засад формування та функціонування системи надання медичних послуг в Україні. За результатами проведеного дослідження можна сформулювати такі висновки:

1. Проведено аналіз понять медичної послуги та її якості, встановлено два підходи до трактування даного поняття, як сукупності характеристик, з одного боку, або ступеня, в якому послуга задовольняє свої функції – з іншого. Визначено особливості якості медичної послуги як соціально-економічної категорії – суб'єктивність і індивідуальна цінність споживання.

2. Проведені дослідження дозволили встановити неподільність медичних послуг, що визначає їх ексклюзивність та нематеріальну основу, а також підкреслює специфіку галузі. Досліджено мірники якості згаданих послуг з позиції споживача та визначено спектр чинників, що впливають на процес надання якісних медичних послуг. Виділено показники якості в сфері охорони здоров'я, котрі можуть бути універсальними і індивідуальними, безпосередньо впливати на ефективність діяльності лікувальних закладів. Встановлено, що сатисфакція пацієнтів є одним із головних аспектів впливу на конкурентоспроможність медичних установ, який дозволить розвивати регулювання конкуренції між різними надавачами медичних послуг.

3. Досліджено, що ринок медичних послуг має свою специфіку, котра полягає у відсутності вагомих первинних витрат і значного стартового капіталу. Визначено характерні особливості даного ринку – високі ціни та максимальні прибутки його учасників при обмеженні доступу нових

суб'єктів до ринку. Доведено монополістичний характер ринку медичних послуг. Встановлено неефективність маркетингового підходу, що ґрунтується на привабливості споживачів низькими цінами та якісним обслуговуванням, тому що зниження ціни на лікування ставить під сумнів його якість. Доведено, що саме якість наданих медичних послуг є регулятором попиту на ринку та показником конкурентоспроможності лікувальних закладів.

4. Досліджено діючу систему надання медичних послуг в Україні та визначено тенденції до збільшення приватних видатків на медичне обслуговування і відсутність відповідальності за якість наданих послуг при задекларованому ст. 49 Конституції України безоплатному обслуговуванні громадян у державних та комунальних лікувальних закладах. Доведено необхідність трансформації існуючої моделі охорони здоров'я в Україні в національну модель соціальної політики на базі моделі Бісмарка (континентальної моделі соціального страхування) із дотриманням чітко визначених засад принципу солідарності, визначених Європейською Конвенцією про соціальне забезпечення, на базі чого запропоновано теоретико-методологічний підхід до формування системи надання якісних медичних послуг, в основу якого покладено фінансову та адміністративну автономію лікувальних закладів стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, а також забезпечення ключових факторів їх конкурентоспроможності як постачальників медичних послуг на світовому ринку.

5. Проведені дослідження довели можливість виявлення та розв'язання проблем у галузі охорони здоров'я через управління якістю наданих медичних послуг. Для успішного управлінського процесу запропоновано застосовувати стандарти у вигляді "пакету вигідних пропозицій", що розглядаються в більшості випадків, як "процес" (наприклад, лікування конкретного захворювання особи), а не "продукт" (наприклад, діагностика). Представлено SWOT-аналіз фірм, що надають

медичні послуги. Доведено необхідність здійснення моніторингу потреб споживачів, що відповідають очікуванням ринку та дозволять забезпечити впровадження нових послуг на базі новітніх технологій.

6. Доведено, що ключовими елементами конкурентоспроможності лікувальних закладів стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги є мінімізація витрат при досягненні бажаного результату; встановлення економічно обґрунтованої ціни, котра б задовольняла споживачів. На цій основі обґрунтовано та розроблено методичний підхід до формування системи моніторингу ефективності надання медичних послуг лікувальними закладами на базі формалізації визначення рівня медичних послуг та лінгвістичної шкали оцінок, що дозволяє враховувати найбільш вагомі групи критеріїв, які характеризують діяльність лікувальних закладів стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.

7. Проведено дослідження інформаційного забезпечення управління системою надання медичних послуг із групуванням управлінської інформації на оперативну, контролінгову та інформацію стратегічного планування. Визначено користувачів інформаційної системи та сформовані ними вимоги щодо її якості. Доведено необхідність комплексного управління якістю при проектуванні інформаційних систем у лікувальних закладах (з урахуванням виникнення інформаційного ризику) та низку переваг від їх застосування. Запропонована розроблена спеціальна електронна on-line форма для загальної оцінки якості обслуговування в окремо взятому лікувальному закладі стаціонарної та (або) амбулаторної вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги з використанням технологій Google Drive. Визнано, що основою формування інформаційного простору лікувальних закладів є визначення змісту вихідних інформаційних потоків, які мають забезпечити всіх

стейкхолдерів необхідною інформацією про заклад для прийняття відповідних рішень стосовно співпраці.

8. Розроблено методичний підхід до визначення витрат на забезпечення якості медичних послуг на базі оптимізації співвідношення «вартість-якість» з визначенням точки екстремуму. Сформульовано критерії для числової оцінки якості наданих медичних послуг, які трансформовані у матрицю. Запропоновано методику обрахунку якості медичних послуг за допомогою матриці вагових коефіцієнтів та методу експертних оцінок. Представлено шкалу лінгвістичної оцінки отриманого числового значення якості на підставі аналізу наукової літератури і розрахунок числового значення якості надання медичних послуг із використанням програми MS Excel.

9. Дослідження адміністративно-правових засад функціонування страхової медицини в історичному розвитку України дозволило довести, що перехід на систему обов'язкового медичного страхування сприятиме реорганізації діяльності лікувальних закладів, в тому числі і госпрозрахункової, а також запропонувати можливі механізми роботи медичного страхування.

10. Проаналізовано методологічні підходи до функціонування системи медичних послуг як складової формування соціальної політики держави. Визначено принципи, на яких повинна будуватися соціальна політика України: *обачності* – соціальне забезпечення осіб не може бути тільки результатом суспільної вигоди, але має також стати результатом відповідальності людини за минуле і майбутнє; *самодопомоги* проявляється в існуванні і розвитку взаємної допомоги людей зі схожими проблемами в житті і допомоги сильних слабшим у малих неформальних групах; *соціальної солідарності* – розуміється як передача різного роду соціальних наслідків та ризиків фізичних осіб суспільству; *субсидіарності* ґрунтується на прийнятті конкретного порядку, в якому різні соціальні

інститути забезпечують індивідуальну підтримку, коли особи не в змозі задовольнити власні потреби; *участі* виражається через організацію суспільного життя, за якої пересічні громадяни мали б змогу повною мірою виконувати свої соціальні ролі, а окремі групи могли займати рівноправне місце в суспільстві; *самоврядування* – свобода і людська суб'єктивність – право брати активну участь у чинних соціальних інституціях, а також право на створення нових установ із метою більш повного задоволення потреб та інтересів; *загального блага*, яке проявляється у діях органів державної влади, що узгоджують інтереси держави, бізнесу та суспільства; *міжсекторний* принцип полягає у створенні умов для співіснування соціальної політики, державних структур, неурядових організацій та ринкових інститутів.

11. Розроблено національну модель системи охорони здоров'я в Україні, орієнтовану на потреби споживачів, що опирається на державу в особі Міністерства охорони здоров'я, яке в межах системи медичного страхування заключатиме контракти з лікувальними закладами (як державними, так і приватними) за подушним принципом. На цій основі обґрунтовано методичний підхід до реформування державної політики регулювання системи надання медичних послуг, заснований на узгодженні інтересів держави, виробників і споживачів медичних послуг, на базі розробленої структурної моделі системи надання медичних послуг в Україні.

12. Досліджено діяльність лікарняних закладів як ключових елементів моделі системи медичних послуг, що дозволило удосконалити методичний підхід до внутрішнього маркетингу системи медичних послуг, який передбачає запровадження п'ятого елементу діючої моделі концепції маркетингу – працівників галузі, спрямований на тісну міжособистісну комунікацію працівників, комунікацію зі споживачами та лікувальним закладом.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авраменко Н. В. Державне управління системою охорони здоров'я на регіональному рівні: сучасний стан, шляхи вдосконалення : монографія / Н. В. Авраменко. – Запоріжжя : КПУ, 2010. – 196 с.
2. Авраменко Н. В. Організаційні аспекти державного управління системою охорони здоров'я в Україні / Н.В. Авраменко // Держава та регіони. Серія: Державне управління. – 2010. – № 2. – С. 194-196.
3. Александрова Т. Г., Коммерческое страхование (справочник) / Т. Г. Александрова, О.В. Мещерякова. – М.: Институт новой экономики, 1996. – 254 с.
4. Амблер Т. Практический маркетинг / И. Петрова (пер.с англ.), В. Васильева (пер.с англ.). – С.Пб., 1999. – 400с.
5. Анисимов В. М. Развитие страховой медицины – путь к реформированию здравоохранения // Финансы. – 1995. – № 5. – С. 47-50.
6. Аристотель. Сочинения: В 4-х т. / Пер. с древнегреч.; общ. ред. А. И. Доватура. – М.: Мысль, 1983. – Т. 4. – 1983. – 830 с.
7. Артюхіна М. В. Маркетингова діяльність закладів охорони здоров'я в умовах реформування галузі / М.В. Артюхіна // Економічний вісник Донбасу. – 2011. – № 2 (24). С. 135-137.
8. Базилевич Я. Страхова медицина Галичини в минулому / Я. Базилевич, І. Футрак // Медична газета України. – 1995. – № 27. – С. 13.
9. Бендукідзе К. Реформи охорони здоров'я в Республіці Грузія: від радянської руїни до охорони здоров'я на ринковій основі / К. Бендукідзе, Ф.С. Редер, М. Танер, А. Урушадзе. – 2014. – К.: ТОВ «Аграр Медіа Груп». – 2014. – 52 с.
10. Бетлій О. Чи може зачекати реформа системи охорони здоров'я? / О. Бетлій [Електронний ресурс]. – 2012. – Режим доступу: http://www.ier.com.ua/ua/publications/comments/archive_2012/?pid=3486.

11. Бобришева О. В. Ефективний розвиток та функціонування ринку медичних послуг в умовах глобалізації економіки та інтеграційних процесів в охороні здоров'я / О. В. Бобришева // Вісник Дніпропетровського університету. – 2014. – № 10/1, том 22. – С. 12-18.

12. Богачев Р.М. Порівняльний аналіз принципів фінансування медичної галузі в Україні та деяких країнах світу / Р.М. Богачев // Вісник НАДУ –2013. – № 4. – С. 24-30.

13. Бондар А. В. Фінансування галузі охорони здоров'я в Україні та у зарубіжних країнах / А.В. Бондар // Менеджмент та підприємництво в Україні: етапи становлення і проблеми розвитку : [збірник наукових праць] / Відповідальний редактор О. Є. Кузьмін. – Львів : Видавництво Львівської політехніки, 2011. – С. 357-364.

14. Бондарева Л. В. Забезпечення доступної і якісної медичної допомоги на базовому рівні: механізми державного регулювання: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. екон. наук : спец. 25.00.02 "Механізми державного управління" / Л. В. Бондарева. – Одеса, 2014. – 20 с.

15. Бурлаковська В. Хочеш жити – плати / В. Бурлаковська // Український тиждень. – 2013. – № 42 (310). – С. 14-18.

16. Важливість впровадження сучасної системи управління якістю послуг у медичній практиці [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://qsys.com.ua/node/18>. – Заголовок з екрану.

17. Васильєва І. В Проблеми реформування системи охорони здоров'я: деякі політико-економічні аспекти / І. В. Васильєва, С. Д. Місержи // Держава і право. – 2010. – № 47. – С. 708-715.

18. Весперіс С.З. Особливості формування і управління якістю послуг / С.З. Весперіс //Актуальні питання сталого розвитку економіки. – 2012. – Том 1. – С. 75-80.

19. Відпрацювання сучасної інноваційної моделі надання якісних медичних послуг населенню [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.municipal.gov.ua/673>. – Заголовок з екрану.
20. Воробйов В.В. Досвід зарубіжних країн в управлінні сферою охорони здоров'я / В.В. Воробйов // Держава та регіони. Сер. Держ. упр. . – 2011. – Вип. 4. – С. 10- 17.
21. Гагаринская Г. П. Управление человеческими ресурсами организации: формирование конкурентных преимуществ и стратегии предприятий сферы услуг на региональном уровне. Самара: Самарский гос. технический ун-т, 2010. 359 с.
22. Гайдай Н. Правове регулювання та особливості договорів про надання медичних послуг / Н. Гайдай // Юридичний журнал. – 2010. – № 10 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.justinian.com.ua/article.php?id=3730>. – Заголовок з екрану.
23. Гапонова Е. О. Особливості формування ринку медичних послуг в Україні на сучасному етапі / Е. О. Гапонова // Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна. – 2014 – № 1144. – С. 94-96.
24. Гаркавенко С.С. Маркетинг: Підруч. для студ. екон. спец. вищ. навч. закладів / С.С. Гаркавенко. – К.: Лібра, 2002. – 708с.
25. Гегель Г. Энциклопедия философских наук. Ч. 90. – М.: Мысль, 1974. – 471 с.
26. Гейвандова И. Медицинское страхование в Швейцарии // Врач. – 1992. – № 5. – С. 38.
27. Голубчиков М. Обробка та захист персональних даних в електронному реєстрі пацієнтів / М. Голубчиков, О. Коваленко // Управління закладом охорони здоров'я. – 2012. – № 12.
28. Грига І. М. Економічна захищеність хворого та перспективи обов'язкового медичного страхування в Україні / І. М. Грига [Електронний

ресурс]. – Режим доступу: http://elib.ukma.lan/Pratsi_vyklad/G/Griga_Ekonomichna.pdf. – Заголовок з екрану.

29. Григорович В. Р. Удосконалення управлінських механізмів державної підтримки системи охорони здоров'я в Україні / В. Р. Григорович // Державне управління: удосконалення та розвиток. – 2010. – № 2 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=93>. – Заголовок з екрану.

30. Григорьев И. Правовые основы лицензирования, аттестации и сертификации в системе здравоохранения / И. Григорьев // Врач. – 2003. – №7. – С.58-63.

31. Гулемпинченко О. В. Реформа здравоохранения в США: дискуссии продолжаются / О. В. Гулемпинченко // США*Канада. Экономика. Политика. Идеология. – 2011. – № 5. – С. 85-96.

32. Даниленко І. В. Основні соціальні детермінанти здоров'я населення України. Методологія, теорія та практика соціологічного аналізу сучасного суспільства / І. В. Даниленко, К. А. Кизілова, І. І. Кузіна та ін. – 2010. – С. 568-586.

33. Данилишин Б. Новітні виміри сучасної практики соціально-економічних перетворень у державі / Б. Данилишин / Економіка України. – 2010. – № 8. – С.40-50.

34. Данилишин Б. Соціальна безпека – підґрунтя сталого розвитку / Б. Данилишин, В. Куценко// Вісник національної академії наук України. – 2010. – № 1. – С. 20-28.

35. Данилишин Б. Методологічні засади адміністративно-територіальної реформи в Україні: соціально-економічні аспекти. – К.: Основа, 2011. (у співавторстві).

36. Данилів А. І. Формування ринку медичних послуг в Україні: структура фінансування та витрат / А.І. Данилів // Наукові записки НаУКМА: Економічні науки. – 2012. – Том 133. – С. 49-56.

37. Державний бюджет і бюджетна стратегія в умовах економічних реформ; напрями раціоналізації та підвищення ефективності. Т. 4. Державні соціальні видатки. – ДННУ. – К., 2011. – 607 с.

38. Діденко С. В. Зміна джерел фінансування медичної галузі як чинник підвищення якості медичних послуг / С. В. Діденко, А. В. Носульчак // Економіка і регіон. – 2012. – № 5 (36) – С. 164-168.

39. До проблеми ціноутворення та визначення вартості медичної допомоги (огляд літературних джерел) / В. Д. Долот, М. І. Яцюк, Л. А. Ляховченко, Я. Ф. Радиш // Економіка та держава. – 2011. – № 12. – С. 117-113.

40. Договір про надання платних медичних послуг – від укладання до виконання [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.medlawcenter.com.ua/ua/publications/78.html>. – Заголовок з екрану.

41. Долот В. Д. До проблеми визначення вартості лікування пацієнта в амбулаторно-поліклінічних умовах / В. Д. Долот, Л. А. Ляховченко, Я. Ф. Радиш // Економіка та держава. – 2011. – № 12. – С.109-123.

42. Драган О. О. Аналіз бюджету домогосподарств в посткризовий період//Ефективна економіка. Електронний ресурс. Режим доступу: <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=2302>.

43. Ермакова С. Э. Российское здравоохранение до и после кризиса: состояние и проблемы / С. Э. Ермакова // Экономика и управление. – 2010. – 11 (72). – С. 81-86 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://ecsocman.hse.ru/data/2011/03/03/1214893143/15.pdf>.

44. Закон України "Про загальнодержавне медичне страхування" [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/JF8JP00A.html. – Назва з екрану.

45. Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава. Програма економічних реформ на 2010-2014 рік [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.president.gov.ua/docs/Programa_reform_FINAL_1.pdf. – Заголовок з екрану.

46. Зацна Л. Я. Маркетинг медичних послуг та особливості розвитку ринку медичних установ в умовах трансформації економіки / Л. Я. Зацна, Т. І. Івашків // Економіка Крима. – 2013. – № 1 (42). – С. 363-367.

47. Зюков О. Л. Сучасні підходи до визначення змісту поняття «якість медичної допомоги» / О. Л. Зюков // Охорона здоров'я України. – 2007. – № 3-4 (27-28). – С. 54-59.

48. Икулина О.В. Специфика предпринимательских функций на целевом рынке услуг // 3б. наук. праць молодих вчених. – Випуск 2. – Одеса: ОДЕУ, 1998. – С. 95-99.

49. Инновации в управлении медицинскими организациями / А. А. Лебедев, М. В. Гончарова, О. Ю. Серебрянский, Н. А. Лебедев; под ред. проф. Ю. П. Лисицына. – М.: Литтера, 2010. –172 с.

50. Исикава К. Японские методы управления качеством / К. Исикава; сокр. пер. с англ.; под ред. А. В. Гличева. – М.: Экономика, 1988. – 214 с.

51. К теории рынков опекаемых благ. Статья 1. Опекаемые блага и их место в экономической теории // Общественные науки и современность. – 2009. – № 1. – С. 139-153.; К теории рынков опекаемых благ. Статья 2. Социодинамическое описание рынков опекаемых благ // Общественные науки и современность. – 2009. – № 2. – С. 138-150.

52. Каминская Т. Рынок медицинских услуг: опыт теоретико-институционального анализа [Текст]: моногр. / Т. Каминская – Х: ВПЦ «Контраст», 2012. – 275 с.

53. Камінська Т. Вади державної монопсонії на ринку медичної праці України [Текст] / Т. Камінська // Вісник НУ «Юридична академія України імені Ярослава Мудрого». Серія: Економічна теорія та право. – 2011. – № 2 (5). – С. 77-89.

54. Камінська Т. М. Світові моделі фінансування охорони здоров'я [Текст] / Т. М. Камінська // Вісник Національного університету "Юридична академія України імені Ярослава Мудрого". Серія: Економічна теорія та право: зб. наук. пр. / Національний університет "Юридична академія України ім. Ярослава Мудрого". – Х.: Право, 2012. – № 1 (8). – С. 284-285.

55. Камінська Т. М. Співвідношення держави та альтернативних економічних суб'єктів: випадок охорони здоров'я / Т. М. Камінська // Вісник Національного університету "Юридична академія України імені Ярослава Мудрого". – 2013. – № 1 (12). – С. 31-41.

56. Камінська Т. Некомерційні інститути охорони здоров'я у постіндустріальній економіці: досвід для України [Текст] / Т. Камінська // Вісник НУ «Юридична академії України імені Ярослава Мудрого». Серія: Економічна теорія та право. – 2012. – № 1 (8). – С. 39-48.

57. Камінська Т. Тенденції та наслідки міграції медичних працівників на європейському просторі України [Текст] / Т. Камінська // Вісник НУ «Юридична академія України імені Ярослава Мудрого». Серія: Економічна теорія та право. – 2012. – № 2 (9). – С. 41-51.

58. Камінська Т. М. Ринок медичних послуг: формування та закономірності розвитку [Текст]: автореф. дис. д-ра екон. наук: 08.01.01 / Камінська Тетяна Михайлівна – Харків, 2006. – 29 с.

59. Камінська Т. М. Уроки зарубіжних країн для реформування охорони здоров'я в Україні // Економічна теорія та право. – 2015. – №1. – С. 38-50.

60. Карамішев Д. В. Управління якістю медичної допомоги в контексті інноваційних перетворень системи охорони здоров'я / Д. В. Карамішев // Главный врач. – 2007. – № 8. – С. 68-71.

61. Катуніна Е. Г. Европейский аспект безопасности здоровья – внедрение проекта страховой медицины // Тр. Одес. политехн. ун-та. – 2013. – Вип. 2(41). – С. 301-306.

62. Качество в истории цивилизации. Эволюция, тенденции и перспективы управления качеством / Под ред. Дж. Джурана: Пер. с англ. – В 3-х томах. – М.: РИА "Стандарты и качество", 2004. – Т. 1. – 2004. – 208 с.

63. Кикуш О. Умови реформування ринку медичних послуг / О. Кикуш // Галицький економічний вісник. – 2012. – № 1 (34). – С. 38-42.

64. Князевич В. Контроль якості надання медичних послуг залишається одним з головних завдань системи охорони здоров'я / В. Князевич [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua/ua/main/press/?docID=12203>. – Заголовок з екрану.

65. Коваленко Ю. Теоретичні аспекти сутності послуги та її види / Ю. Коваленко // Вісник КНТЕУ. – 2012. – № 2 – С. 38-46.

66. Козуліна С. О. Механізми державного управління діяльністю закладів охорони здоров'я (організаційно-правовий аспект): автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук з державного управління: спец. 25.00.02 «Механізми державного управління» / С. О. Козуліна. – Одеса, 2004. – 17 с.

67. Концептуальна модель маркетингу медичних послуг в імітаційному моделюванні системи охорони здоров'я [Електронний

ресурс]. – Режим доступу: <http://ua.textreferat.com/referat-15091.html>. – Заголовок з екрану.

68. Концепція управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року. Наказ МОЗ України 01.08.2011 № 454 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.balance.ua/sai/sprav_info/budjetnii_proces/konceptia_MOZ.html. – Заголовок з екрану.

69. Корвецький О. Питання реалізації державної політики забезпечення доступності медичної допомоги населенню: стан та перспективи розвитку / О. Корвецький, Л. Бондарева // Актуальні проблеми державного управління: зб.наук. пр. ОРІДУ. – Одеса: ОРІДУ НАДУ, 2012. – Вип. 3(51). – С. 11-14.

70. Корнійчука О.П. "Трансформація системи охорони здоров'я України: стан та перспективи" / О.П. Корнійчука // Український медичний часопис. – 2013. – № 4 (96). – С. 20-26.

71. Котлер Ф. Маркетинг, менеджмент / Ф. Котлер. – СПб.: Питер, 1999. – 887 с.

72. Котлер Ф. Основы маркетинга: Пер. с англ. / Ф. Котлер. – М: Ростингэр, 1996. – 704 с.

73. Котуза А. Економічна ефективність в охороні здоров'я як інструмент оцінювання досягнутого результату / А. Котуза, І. Цанько // Управління закладом охорони здоров'я. – 2012. – № 12.

74. Кравченко Ж.Д. Порівняльний аналіз структурно-функціонального забезпечення національних систем охорони здоров'я / Ж.Д. Кравченко // Теорія та практика державного управління: зб. наук. праць. – Х.: Вид-во ХарРі НАДУ "Магістр", 2010. – Вип. 3(30). – С. 82-88.

75. Кризина Н.П. Державна політика України в галузі охорони здоров'я: механізми формування та реалізації: автореф. дис. на здобуття

наук. ступеня доктора наук з державного управління: спец. 25.00.02 «Механізм державного управління» / Н.П. Кризина. – К., 2008. – 36 с.

76. Крикавський Є. В. Логістика. Основи теорії: Підручник / Є. В. Крикавський. – Львів: Національний університет «Львівська політехніка», «Інтелект-Захід», 2004. – 416 с.

77. Куденко Н.В. Стратегічний маркетинг: Навч. посібник / Н.В. Куденко. – К.: КНЕУ, 1998. – 151 с.

78. Куцин І. Проактивні методи державного управління та регулювання розвитку медичної галузі сфери охорони здоров'я України / І. Куцин // Ефективність державного управління [Текст]: зб. наук. пр. Львівського регіонального інституту державного управління Національної академії державного управління при Президентіві України. – Вип. 29 [за заг. ред. чл.-кор. НАН України В.С. Загорського, доц. А.В. Ліпінцева]. – Львів: ЛРІДУ НАДУ, 2011. – С. 279-289.

79. Лепешина Е. Система начисления бонусов врачам. Как медицинскому центру избежать экономических рисков / Е. Лепешина / Блог Олени Лепешиної[Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www olenalepeshyna.com.ua/economics.html>. – Назва з екрана.

80. Лехан В. М. Методичні основи визначення необхідних ресурсів для досягнення цілей модернізації охорони здоров'я / В. М. Лехан, К. О. Надутий, М. В. Шевченко // Україна. Здоров'я нації. – 2013. – № 2 (26). – С. 67-71.

81. Лехан В. М. Охорона здоров'я України: проблеми та напрямки розвитку / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко, Л. В. Крячкова, В. Г. Гінзбург // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2011. – № 4. – С. 5-19.

82. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: Український вимір / В.М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко // Главный врач. – 2010. – Число 1 (105). – С. 20-36.

83. Лехан В. М. Організація роботи лікаря загальної практики (сімейного лікаря) / В. М. Лехан, А. В. Іпатов, Е. В. Борвінко, Л. В. Крячкова, О. Л. Зюков. – Донецьк: АТР-ПРЕС, 2002. – 370 с.

84. Лехан В. М. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні / В. М. Лехан, Н. М. Лакіза-Сачук, В. М. Войцехівський та ін. Під заг. ред. В. М. Лехан. – К.: Сфера, 2001. – 176 с.

85. Лехан В. М. Характеристика пацієнтів приватних стоматологічних кабінетів / В. М. Лехан, О. С. Кононенко, І. Г. Солодченко // Медичні перспективи. – 2002. – Том VII. – № 1. – С. 152-155.

86. Лиденбрaten А. Л. Вопросы организации материального стимулирования в условиях добровольного выбора врача пациентом / А. Л. Лиденбрaten, А. Е. Третьяков, А. Г. Роговина, В. Н. Голодненко // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 1999. – № 1. – С. 30-31.

87. Лисак В. П. Питання якості та ефективності стаціонарної медичної допомоги / В. П. Лисак, Г. Я. Пархоменко // Матеріали Всеукр. наук.-практ. конф., 22 жовтня 2010 р. – К., 2010. – С. 95-96.

88. Літвак А. Тіньова економіка та майбутнє медицини в Україні. Одеська крайова організація ВУЛТ за підтримки Інституту відкритого суспільства / А. Літвак, В. Погорілий, М. Тищук. – Одеса, 2001. – 96 с.

89. Літінська Я.Г. Деякі аспекти впровадження та вдосконалення форм контролю за якістю надання медичної допомоги / Я. Г. Літінська // Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче забезпечення (генезис, розвиток, проблеми і перспективи вдосконалення): матеріали II Всеукраїнської науково-практичної конференції (17-18 квітня 2008 р. м. Львів). – Львів: Вид-во ЛОБФ «Медицина і право», 2008. – С. 149-154.

90. Лободіна З. Доступність медичної допомоги для населення: проблеми та перспективи забезпечення / З. Лободіна // Ефективність державного управління [Текст]: зб. наук. пр. – Вип. 24. – Львів: ЛРІДУ НАДУ, 2010. – С. 285-292.

91. Локке Дж. Розвідка про людське розуміння. У чотирьох книгах / Пер. з англ. Наталки Бордукової. – Харків: Акта, 2002.

92. Людиноцентрична система державного управління в Україні: утопія чи шанс // Монографія / [за заг. ред. Г. А. Дмитренка]. – К.: 2014. – 350 с.

93. Максимова Т. М. Особенности здоровья в условиях формирования новой социальной структуры населения / Т. М. Максимова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 1999. – № 3. – С. 15-19.

94. Максимова Т.М. Оценка состояния здоровья населения по результатам пробной переписи населения 1997 г. / Т. М. Максимова, Е. П. Какорина, Н. П. Лушкина, Т. А. Королькова, М. В. Токуров // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 1999. – № 1. – С. 12-17.

95. Малець К. М. Використання маркетингових інструментів у сфері медицини в Україні / К. М. Малець, М. Ф. Гончар // Маркетинг та логістика в системі менеджменту: тези доповідей ІХ Міжнародної науково-практичної конференції (Львів, 8-10 листопада 2012 р.). – Львів: Видавництво Львівської політехніки, 2012. – С. 265-266.

96. Мартусенко І. В. Трансформація фінансування системи охорони здоров'я в Україні та зарубіжних країн / І. В. Мартусенко, Т. Д. Сіташ // Проблеми економіки. – 2013. – № 1. – С. 321-325.

97. Марчук О. В. Сутність та характеристики медичних послуг у маркетинговій товарній політиці медичних закладів / О. В. Марчук, О. О. Войтович – [Електронний ресурс]. – Режим доступу:

<http://ena.lp.edu.ua:8080/bitstream/ntb/16807/1/165-Marchuk-269-271.pdf> –

Заголовок з екрану.

98. Маслова О. П. Расчет показателя эффективности медицинских услуг на основе ресурсного потенциала // Вестник ПГУС. Тольятти : Изд-во ПВГУС, 2011.

99. Маслова О. П. Эффективность медицинских услуг в условиях реформирования здравоохранения // Вестник университета. Серия "Экономика, менеджмент, право". – № 4. М. : Изд-во ГУУ, 2011.

100. Материалы по обобщению арбитражной практики по делам с участием территориальных фондов обязательного медицинского страхования. Том 3 / [Ковалевская Н. С., Ковалевский М. А., Попондопуло В.Ф. и др.]; под общ. ред. А. М. Таранова, М. А. Ковалевского и др. – М.: Федеральный фонд ОМС, 1999. – 352 с.

101. Матюха Л. Ф. Стан модернізації первинної медичної допомоги в Україні / Л. Ф. Матюха, К. О. Надутий, Н. Ю. Кондратюк // Україна. Здоров'я нації. – 2013. – № 2 (26). – С. 76-83.

102. Махнуша С. М. Маркетингова система охорони здоров'я у сучасних соціально-економічних умовах / С. М. Махнуша, О. Ю. Шевченко / Економічні проблеми сталого розвитку: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції, присвяченої пам'яті проф. Балацького О. Ф. (м. Суми, 24-26 квітня 2013 р.): у 4 т. / За заг. ред. О. В. Прокопенко. – Суми: Сумський державний університет. – 2013. – Т. 4. – С. 86-87.

103. Мачуга Н. З. Деякі аспекти функціонування ринку медичних послуг / Н. З. Мачуга // Соціально-економічні, політичні та культурні оцінки і прогнози на рубежі двох тисячоліть: Тези доповідей V Міжнародної науково-практичної конференції студентів, аспірантів і молодих вчених. – Тернопіль, 2007. – С. 230-232.

104. Мачуга Н. З. Страхова медицина – добре забуте старе / Н. З. Мачуга / Вісник Львівської комерційної академії. – 2002. – № 12. – С. 214-218.

105. Мачуга Н. З. Якість медичних послуг як інструмент реформування системи охорони здоров'я / Н. З. Мачуга // Актуальні проблеми економіки. – 2011. – № 8. – С. 202.

106. Медведовська Н. В. Сучасний стан та регіональні особливості кадрового забезпечення лікувальних закладів системи МОЗ України / Н. В. Медведовська // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2010. – № 4. – С. 34-47.

107. Медична помилка: юридичний аспект [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.medlawcenter.com.ua/ua/publications/75.html>. – Заголовок з екрану.

108. Медична реформа в Україні: провал операції [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://ua.racurs.ua/386-medychna-reforma-v-ukrayini-proval-operaciyi>. – Заголовок з екрану.

109. Медичні послуги у розрізі особливостей вітчизняної економіки / Аналітичний центр "Академія"[Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.academia.org.ua/?p=376>. – Назва з екрана.

110. Міжнародні стандарти контролю якості, аудиту, огляду, іншого надання впевненості та супутніх послуг: видання 2010 р., частина 1 / Пер. з англ. О.Л. Ольховікова [та ін.] – К.: «Видво «Фенікс», 2010. – 409 с.

111. Міністерство охорони здоров'я України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/Pro_20100531_1.html#1. – Заголовок з екрану. – Дата відвідування: 12.07.2011.

112. Модернізація державного управління та європейська інтеграція України: наук. доп. / авт. кол.: Ю. В. Ковбасюк, К. О. Ващенко, Ю. П. Сурмін та ін.; за заг. ред. д-ра наук з держ. упр., проф. Ю. В. Ковбасюка. – К.: НАДУ, 2013. – 120 с.

113. Москаленко В. Ф. До питання класифікації систем охорони здоров'я / В. Ф. Москаленко // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2012. – № 2-3 (18-19). – С. 10-19.

114. Москаленко В. Ф. Економіка охорони здоров'я: підручник / В. Ф. Москаленко, О. П. Гульчій, В. В. Таран та ін. – Вінниця: Нова Книга, 2010. – 288 с.

115. Надюк З. Доцільність впровадження посади менеджера охорони здоров'я в системі управління якістю надання медичної допомоги в лікувально-профілактичних закладах України / З. Надюк // Вісн. НАДУ. – 2005. – № 2. – С. 434-438.

116. Надюк З. Професійна модель менеджера охорони здоров'я з управління якістю медичної допомоги в системі охорони здоров'я України / З. Надюк // Економіка і держава. – 2005. – № 10. – С. 63-65.

117. Надюк З. Стандартизація медичної допомоги населенню України як засіб державного управління її якістю / З. Надюк // Економіка і держава. – 2005. – № 8. – С. 55-57.

118. Надюк З. Сучасні проблеми державного управління якістю надання медичної допомоги населенню України / З. Надюк // Держава та регіони. – 2004. – № 2. – С. 74-78. – (Сер. “Держ. упр.”).

119. Надюк З. Управління якістю надання медичної допомоги на сучасному етапі розвитку українського суспільства / З. Надюк // Зб. наук. пр. НАДУ. – 2005. – Вип. 1. – С. 176-183.

120. Надюк З. Упровадження соціологічного моніторингу як метод управління якістю надання медичної допомоги населенню України / З. Надюк // Актуальні проблеми державного управління: Зб. наук. пр.: У 2-х ч. – Харків: Вид-во ХРІДУ НАДУ “Магістр”, 2005. – № 2 (24). – Ч. 1. – С. 185-189.

121. Надюк З. Формування ринкових відносин в охороні здоров'я України / З. Надюк // Розвиток економіки в трансформаційний період:

глобальний та національний аспекти: Матеріали Міжнар. наук.-практ. конф.: У 3 т. (20 квіт. 2005 р., м. Запоріжжя). – Донецьк.: Наука і освіта, 2005. – Т. 1. – С. 117-118.

122. Надюк З. О. Управління процесом якості медичної допомоги в ринкових умовах системи охорони здоров'я / З. О. Надюк, В. В. Чекурда // Актуальні проблеми стандартизації у невідкладній абдомінальній хірургії: Матеріали Перш. Всеукр. наук.-практ. конф. – Л., 2004. – С. 34-36.

123. Наказ від 31.03.2008 № 166. Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я України до 2010 року [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20080331_166.html. – Заголовок з екрану.

124. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://healthsag.org.ua/wp-content/uploads/2014/11/Strategiya_UKR.pdf. – Заголовок з екрану.

125. Немова Л.А. Государственно-частное партнерство в Канаде / Л. А. Немова // США*Канада. Экономика. Политика. Идеология. – 2011. – № 5. – С. 17–30.

126. Неэкономические грани экономики: непознанное взаимовлияние : Научные и публицистические заметки обществоведов / ред. О. Т. Богомолов, Б. Н. Кузык. – М. : Ин-т экон. стратегий, 2010. – 800 с.

127. Нікуліна О. В. Негосударственные пенсионные фонды: неиспользуемые возможности / О. В. Нікуліна, О. В. Кокшаров // Вісник соц.-ек. досліджень. 1997. – Випуск 1. – С. 36-49.

128. Нікуліна О. В. Проблеми формування сегментів на ринку послуг / О. В. Нікуліна // Зб. наук. праць. – Хмельницький: Технол. ун-т Поділля. - 1998. – Ч. 2. – С. 91-92.

129. Новіков В. Соціальні наслідки Євроінтеграції України. Система охорони здоров'я / В. Новіков, К. Никонюк [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/ukraine/09542.pdf>. – Заголовок з екрану.

130. Носуліч Т. М. Формування ринку медичних послуг на регіональному рівні (організаційно-економічний аспект): Дис. канд. наук: 08.00.05 / Носуліч Тетяна Миколаївна – К., 2008. – 247 с.

131. Организационно-правовые основы экспертизы качества оказания медицинской помощи в частных ЛПУ в условиях реализации Закона «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации». Методическое пособие / под ред. А.М. Таранова, Ю. В. Михайловой. – М.: Федеральный фонд ОМС, 2005. – 112 с.

132. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19 листопада 1993 року №2801-ХІІ // Відомості Верховної Ради України. – 1993. – № 4. – Ст. 19.

133. Особливості відшкодування шкоди, заподіяної пацієнтові невдалим медичним втручанням [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.medlawcenter.com.ua/ua/publications/76.html>. – Заголовок з екрану.

134. Офіційний сайт Міністерства охорони здоров'я України. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua/ua/main/?docID=12144>.

135. Павленко М. Система управління якістю медичних послуг / М. Павленко, Т. Маматова, В. Маматов, О. Федько // Стандартизація. Сертифікація. Якість. – 2011. – № 2. – С. 41-45.

136. Пак С. Я. Організаційно-правове забезпечення державного управління охороною суспільного здоров'я на регіональному та місцевому рівнях в Україні: проблеми та шляхи вирішення / С. Я. Пак // Актуальні

проблеми державного управління, педагогіки та психології: зб. наук. пр. – Вип. 1(6). – Херсон, 2012. – С. 167-172.

137. Пашков В. Державний сектор надання медичних послуг та забезпечення медичною допомогою / В. Пашков // Підприємництво, господарство і право. – 2006. – №12. – С. 14-17

138. Пивень Д. В. О необходимости большей преемственности и взаимосвязи между контролем качества медицинской помощи в системе ОМС и контролем качества и безопасности медицинской деятельности / Д. В. Пивень, И. С. Кицул // Менеджер здравоохранения. – 2015. – № 6. – С.6-13.

139. Платон. Филеб. Тимей. Государство: Соч. в 3 т. – М.: Мысль, 1971. – Т. 3. – Ч. 1. – С. 11-87; 455-550; 89-454.

140. Поживілова О. Державна політика України в галузі охорони здоров'я: стан та перспективи розвитку / О. Поживілова // Державне управління та місцеве самоврядування: зб. наук. пр. – Д.: ДРІДУ НАДУ, 2011. – Вип. 1(8). – С. 122-132.

141. Поживілова О.В. Наукове забезпечення державного управління розвитком системи охорони здоров'я України: методологія дисертаційного дослідження / О. В. Поживілова // Актуальні проблеми державного управління: зб. наук. пр. – Х.: Вид-во ХарРІ НАДУ “Магістр”, 2011. – № 1 (39). – С. 117-121.

142. Половцев О. Методи моделювання динаміки соціально-економічних систем / О. Половцев // Вісник Національної академії державного управління при Президентові України. – 2010. – № 1. – С. 105-111.

143. Портер М. Конкурентное преимущество: Как достичь высокого результата и обеспечить его устойчивость: Пер. с англ. / М. Потер. – М.: Альпина Бизнес букс, 2005. – 715 с.

144. Портер М. Конкуренція: Пер. с англ. / М. Потер. – М.: Издательский дом «Вильямс», 2005. – 608 с.

145. Порядок контролю та управління якістю медичної допомоги: затверджений наказом Міністерства охорони здоров'я України від 26 березня 2009 р. № 189 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: www.moz.gov.ua.

146. Потенціал малого підприємництва в парадигмі сталого розвитку [Текст]: [монографія] / А. І. Бутенко, Є. В. Лазарева, Н. Л. Шлафман; Нац. акад. наук України, Інститут проблем ринку та економіко-екологічних досліджень. – О.: Інтерпрінт, 2012. – 108 с.

147. Про затвердження Ліцензійних умови провадження господарської діяльності з медичної практики : наказ Державного комітету України з питань регуляторної політики та підприємництва, Міністерства охорони здоров'я України від 16 лютого 2001 року №38/63 // Офіційний вісник України. – 2001. – № 10. – Ст. 421.

148. Про затвердження методичних рекомендацій МОЗ України щодо регіональних планів модернізації мережі закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу: наказ МОЗ України від 11.09.2012 № 713 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20120911_713.html. – Заголовок з екрану.

149. Про затвердження переліку органів ліцензування: Постанова Кабінету Міністрів України від 14 листопада 2000 року №1698 // Офіційний вісник України. – 2000. – № 46. – Ст. 2001.

150. Про затвердження Положення про Ліцензійну комісію МОЗ України: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 8 квітня 2009 року № 230 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: www.moz.gov.ua. – Заголовок з екрану.

151. Про затвердження Тимчасових галузевих уніфікованих стандартів медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в лікувально-профілактичних закладах України та Тимчасових стандартів обсягів діагностичних досліджень, лікувальних заходів та критерії якості лікування дітей: наказ Міністерства охорони здоров'я від 27 липня 1998 року № 226 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua/ua/main/?docID=12144>.

152. Про ліцензування певних видів господарської діяльності : Закон України від 1 червня 2000 року №1775-III // Відомості Верховної Ради України. – 2000.– №36.– Ст.299

153. Про якість медичних послуг [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://medvisnyk.org.ua/content/view/540/31/>.– Заголовок з екрану.

154. Пушмак Г. Маркетингові шляхи реформування медицини в Україні / Г. Пушмак // Маркетинг в Україні. – 2013. – № 3. – С. 28-32.

155. Регіональні особливості рівня здоров'я народу України (Аналітико-статистичний посібник). – К., 2011. –165 с.

156. Редькін О. С., Нікуліна О. В. Пенсионные фонды: возможности и перспективы / О.С. Редькін, О.В. Нікуліна // Економічний часопис. – 1998. – № 3. – С. 37-41.

157. Реинжиниринг учреждений здравоохранения – новая технология совершенствования управления качеством медицинских услуг / А. И. Иванов, И. В. Сударев, В. Г. Гандель [и др.] // Вестник Российской Академии естественных наук. – 2012. – № 1. – С. 83-85.

158. Рекомендація 69 щодо медичного обслуговування // Міжнародна організація праці. Конвенції та рекомендації. 1919-1964. Міжнародне бюро праці. Т. 1. – Женева, 1999. – С. 333-346.

159. Репин В. В. Описание и анализ бизнес-процессов: цепочки ценности и Work Flow / В. В. Репин [Електронний ресурс]. – Режим

доступу: www.finexpert.ru. – Заголовок з екрану. – Дата відвідування: 30.01.2012.

160. Реформування сфери охорони здоров'я в Україні: організаційне, нормативно-правове та фінансово-економічне забезпечення / [авт. Тексту Т.П. Попченко]. – К., НІСД, 2011. – 41 с.

161. Решетников А.В. Социальный портрет потребителя медицинских услуг / А.В. Решетников // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения (обзор печати). – 2002. – № 1 (25). – С. 50-53.

162. Рижкова Є. Ю. Правові аспекти регламентації контролю якості надання медичних послуг / Є. Ю. Рижкова // Право і суспільство. – 2014. – № 1-2. – С. 162-167.

163. Рівень якості медичної послуги [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://strahovik.com.ua/riven-yakosti-medichno%D1%97-poslugi/>. – Заголовок з екрану.

164. Рогова О.Г. Теоретичні засади державного управління у сфері охорони здоров'я / О.Г. Рогова // Теорія та практика державного управління: зб. наук. пр.. – Х.: Вид-во ХарПІ НАДУ “Магістр”, 2012. – Вип. 2 (37). – С. 50-55.

165. Розробка марківської моделі зміни станів пацієнтів в проектах надання медичних послуг / С. В. Руденко, М. В. Романенко, О. Г. Катуніна, Е. В. Колеснікова // Управління розвитком складних систем. – 2012. – №12. – С. 86-89.

166. Роль міжнародної стандартизації в економічному розвитку України / О. Бікбулатова, Б. Гриньов, Ю. Даниленко [та ін.] // Стандартизація, сертифікація, якість. – 2012. – № 1. – С. 3-10.

167. Рубинштейн А. Я. К теории рынков «опекаемых благ» (научный доклад). – М.: Институт экономики РАН, 2008. – 63 с.

168. Руденко С. В. Сетевые процессы управления проектами в контексте отображения состояний проекта [Текст] / С. В. Руденко, Е. В. Колесникова, В. И. Бондарь // Проблемы техники. – 2012.– № 4.– С. 61-67.

169. Салтмон Р. Б. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий: Пер. с англ. / Р. Б. Салтмон, Дж. Фигейрас. – М.: ГЭОТАР Медицина, 2000. – 432 с.

170. Самофал М. М. Підстави виникнення правовідносин у наданні медичних послуг / М. М. Самофал // Вісник вищої ради юстиції. – 2013. – № 1. – С. 153-160.

171. Сборник законодательных актов и нормативных документов, регламентирующих обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. Том 20 / Под ред. А. М. Таранова. – М.: Федеральный фонд ОМС, 2005. – 352 с.

172. Семенів І. П. Алгоритм впровадження системи менеджменту якості в медичних організаціях на основі міжнародних стандартів ISO серії 9000 / І. П. Семенів, А. С. Котуза, А. М. Строкань // Україна. Здоров'я нації. – 2012. – № 3 (23). – С. 196-200.

173. Сіташ Т. Д. Фінансування системи охорони здоров'я в Україні: тенденції та реформування / Т. Д. Сіташ // Механізм регулювання економіки. – 2012. – № 1. – С. 164-169.

174. Скороход А. В. Медико-соціальне обґрунтування моделі добровільного медичного страхування в системі бюджетно-страхової медицини (на прикладі Сумської області). Дис. канд. мед. наук: 14.02.03 / Скороход Андрій Валерійович. – К., 2015. – 149 с.

175. Слабкий Г. О. Аналіз мережі, кадрового забезпечення та фінансування відомчих та приватних закладів охорони здоров'я / Г. О. Слабкий, Ю. Б. Яценко, М. В. Шевченко, Н. Ю. Кондратюк //

Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2012. – № 2-3 (18-19). – С. 329-339.

176. Слабкий Г. О. Деякі аспекти формування та тенденції розвитку медико-організаційних технологій на сучасному етапі реформування системи охорони здоров'я України / Г. О. Слабкий, О. О. Петриченко, С. І. Лупей-Ткач // Україна. Здоров'я нації. – 2013. – № 1(25). – С. 79-84.

177. Сміянов В. А. Впровадження моделі управління якістю медичної допомоги на основі медико-соціального механізму внутрішнього аудиту в закладі охорони здоров'я / В. А. Сміянов, В. Ю. Петренко, С. В. Тарасенко // Журнал клінічних та експериментальних медичних досліджень. – 2013. – № 2. – Том 1. – С. 201-208.

178. Соколи І. І. Охорона здоров'я як чинник формування людського капіталу [Електронний ресурс] / І. І. Соколи, М. О. Каташинська // Економіка: реалії часу. Науковий журнал. – 2013. – № 1 (6). – С. 167-171. – Режим доступу до журн.: <http://economics.opu.ua/files/archive/2013/n1.html>.

179. Солоненко І. М. Удосконалення діяльності органів місцевого самоврядування у сфері охорони громадського здоров'я / І. М. Солоненко, О. К. Толстанов, О. М. Торбас, О. І. Ушакова // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2012. – № 2-3 (18-19). – С. 340-345.

180. Соціальні результати державних програм: теоретико-методологічні та прикладні аспекти оцінювання [монографія] / За ред. Е. М. Лібанової. – К.: Ін-т демографії та соц. дослідж. НАНУ, – Умань: Видавець “Сочинський”, 2013. – 312 с.

181. Стеценко В. Ю. Адміністративно-правові засади ліцензування медичної діяльності / В. Ю. Стеценко / Вісник Запорізького юридичного інституту. – 2010. – № 1. – С. 108.

182. Стеценко В. Ю. *Обов'язкове медичне страхування в Україні адміністративно-правові засади запровадження*: монографія / В. Ю. Стеценко. – К.: Атіка, 2010. – 320 с.

183. Стеценко С. Г. *Медичне право України (реалізація та захист прав пацієнтів)*: Монографія / С. Г. Стеценко, В. О. Галай. – К.: Атіка, 2010. – 168 с.

184. Стецик Ю. В. *Адміністративно-правове забезпечення обов'язкового медичного страхування: зарубіжний досвід* [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.stattionline.org.ua/index.php/pravo/76/12147-administrativno-pravove-zabezpechennya-obov-yazkovogo-medichnogo-straxuvannya-zarubizhnij-dosvid.html>. – Заголовок з екрану.

185. *Стратегічні напрямки розвитку підприємницького сектора України*: [монографія] / [А. І. Бутенко, В. І. Ляшенко, Н. Л. Шлафман та ін.]. – Одеса: Інтерпрінт, 2011. – 346 с.

186. Суржик Л. Это сладкое слово – медстрахование / Л. Суржик // *Зеркало недели*. – 2006. – № 48. – С. 158.

187. *Сучасне українське медичне право*: Монографія / За заг. ред. С. Г. Стеценка. – К.: Атіка, 2010. – 496 с.

188. Тарабукіна І. Ми дбаємо про поліпшення якості надання соціальних послуг / І. Тарабукіна [Електронний документ] // *Урядовий кур'єр*, 16.03.2012. – Режим доступу: <http://ukurier.gov.ua/uk/articles/irina-tarabukina-mi-dbayemo-pro-polipshennya-yakos/>.

189. Токареєв Г. М. *Адміністративно-правові засади запровадження в Україні обов'язкової страхової медицини* [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://archive.nbu.gov.ua/portal/soc_gum/nzizvru/2011_2/p5_17.html. – Заголовок з екрану.

190. Томпсон А. А. *Стратегический менеджмент. Искусство разработки и реализации стратегии*: Учебник для вузов: Пер. с англ. / Под

ред. Л. Г. Зайцева, М. И. Соколовой. – М.: Банки и биржи, ЮНИТИ, 1998. – 576 с.

191. Успенская И. В. Социальный статус пациентов больницы, их затраты на лечение и удовлетворенность медицинской помощью / И. В. Успенская, Г. А. Пономарева // Экономика здравоохранения. – 1999. – № 5, 6/38. – С. 21-23.

192. Устинов А. В. Шляхи забезпечення якості медичної допомоги: ліцензування, акредитація, стандартизація, спільна відповідальність / А. В. Устинов // Український медичний часопис. – 2013. – № 3 (95) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.umj.com.ua/article/59176/shlyaxi-zabezpechennya-yakosti-medichnoi-dopomogi-licenzuvannya-akreditaciya-standartizaciya-spilna-vidpovidalnist>. – Заголовок з екрану.

193. Ушакова Н. М. Як подолають перешкоди вітчизняні ВНЗ, що готують ділову еліту / Н. М. Ушакова // Сінергія. – 2003. – № 3 (7). – С. 11-15.

194. Федорчук Д. Державно-приватне партнерство у сфері охорони здоров'я / Д. Федорчук // Юридична газета. 8 жовтня 2013 року. № 41. – С. 34-35.

195. Федько О. Економічні аспекти системи охорони здоров'я в Україні / О. Федько // Ефективність державного управління: зб. наук. пр. – Вип. 22. – Львів: ЛРІДУ НАДУ, 2010. – С. 383-388.

196. Финансирование здравоохранения в Европейском союзе. [Текст]: науч. изд. / S. Thomson, T. Foubister, E. Mossialos; Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. – Копенгаген: ВОЗ, 2010. – 241 с.

197. Финансирование систем здравоохранения: путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2010 [Электронный ресурс] / Всемирная

организация здравоохранения. – 2010. – Режим доступа: <http://www.who.int/whr/2010/ru/index.html>.

198. Фільштейн Л. М. Проблемні питання фінансування галузі охорони здоров'я [Електронний ресурс] / Л. М. Фільштейн, Н. Л. Гохголеринт // Наукові праці Кіровоградського національного технічного університету. Економічні науки. – № 20 (ч. 1). – 2011. – Режим доступу:

http://www.nbu.gov.ua/Portal/natural/Npkntu_e/2011_20_1/stat_20_1/58.pdf.

– Назва з екрана.

199. Фойгт Н. Роль планування в системі державного управління охороною здоров'я в Україні / Н. Фойгт // Державне управління та місцеве самоврядування: зб. наук. пр. / редкол.: С. М. Серьогін (голов. ред.) [та ін.]. – Д.: ДРІДУ НАДУ, 2011. – Вип. 3 (10). – С. 96-100.

200. Франк Е. В. Управление сопротивлением в рамках организационных изменений / Е. В. Франк // Экономика, предпринимательство и право. – 2011. – № 8. – С. 3-13.

201. Харковенко Р. В. Громадський контроль як механізм участі громадськості в реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я / Р. В. Харковенко // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2012. – № 2-3 (18-19). – С. 382-385.

202. Хаузлонер П. Оцінка особистих витрат громадян на лікарську службу в Львівській області. Технічний доклад № Укр.-12 за програмою ЗдравРеформ. – Львів, 1996. – 14 с.

203. Хуторской М. А. Технологические основы обеспечения высоких технологий показателей качества медицинской помощи / М. А. Хуторской, В. Ф. Мартыненко // Проблемы управления здравоохранением. – 2003. – № 1 (8). – С. 21-23.

204. Ціборовський О. М. Шляхи систематизації законодавства України у сфері охорони здоров'я / О. М. Ціборовський, С. В. Істомін, В. М. Сорока. – К., 2011. – 72 с.

205. Челидзе Н. П. О затратах на внедрение современных приемов рекламы, маркетинга и менеджмента при предоставлении платных медицинских услуг в бюджетных учреждениях здравоохранения / Н. П. Челидзе, П. П. Кузнецов, Д. Р. Байбиков, Н. Б. Ордина и др. // Экономика здравоохранения. – 2002. – № 3. – С. 36-40.

206. Черненко Д. І. Статистичне прогнозування кон'юнктури ринку лабораторних медичних послуг в Україні / Д. І. Черненко // Бізнесінформ. – 2015. – № 4. – С. 263-268.

207. Чехун І. А. Надання платних медичних послуг: цивільно-правові аспекти / І. А. Чехун // Часопис Київського університету права. – 2010. – № 2. С. 213-216.

208. Чорновіл О. В. Економічні моделі управління національними системами охорони здоров'я / О. В. Чорновіл // Держав та регіони. Серія: Економіка та підприємництво. – 2013. – № 5 (74). – С. 45-49.

209. Чурпій І.К. Сучасний стан інформатизації в медицині / І. К. Чурпій, Н. В. Чурпій, В. Д. Скрипко // Буковинський медичний вісник. – 2011. – Т. 5, № 1. – С. 171-173.

210. Шаповал В. Н. Основные права и свободы в механизме конституционного регулирования: опыт Украины / В. Н. Шаповал // Конституционные права и свободы личности в контексте взаимодействия гражданского общества и правового государства. Материалы II Международной научно-теоретической конференции / Под ред. Н. В. Витрука и Л. А. Нудненко. – М.: РАП, 2010. – С. 20-26.

211. Шевцов В. Г. Державне управління розвитком медичної допомоги в Україні [Електронний ресурс] / В. Г. Шевцов // Публічне

адміністрування: теорія та практика. – 2010. – № 1 (3). – Режим доступу: http://www.nbuuv.gov.ua/e-journals/Patp/2010_1/index.html. – Назва з екрана.

212. Шевцов В. Г. Державне управління розвитком медичної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. екон. наук: спец. 25.00.02 "Механізми державного управління" / В.Г. Шевцов. – Харків, 2011. – 19 с.

213. Шевцов В. Г. Державне управління розвитком медичної допомоги за умов упровадження страхової медицини в Україні / В. Г. Шевцов // Авторське право і суміжні права: офіційний бюлетень. – 2010 – № 21. – С. 36-37.

214. Шевцов В. Г. Державне управління розвитком медичної допомоги в Україні: теоретичні аспекти [Електронний ресурс] / В. Г. Шевцов // Публічне адміністрування: теорія та практика: зб. наук. праць. – Дніпропетровськ: ДРІДУ НАДУ. – 2010. – Вип. 1(3). – Режим доступу: <http://www.dbuapa.dp.ua/zbirnik/2010-01/index.html>.

215. Шигаев Н.Н. Разработка критериев оценки качества оказания медицинской помощи в дневном стационаре в педиатрии / Н. Н. Шигаев, Т. Ю. Гроздова // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2011. – Т. 7, № 2. – С. 362-368.

216. Шкробанець І. Розробка моделі оцінювання наукового супроводу прийняття управлінського рішення у сфері охорони здоров'я на регіональному рівні / І. Шкробанець // Вісн. НАДУ. – 2010. – № 4. – С. 232-238.

217. Шлафман Н. Л. Соціальний потенціал України: реалії, інститути та перспективи розвитку / Н. Л. Шлафман // Прометей. – 2013. – №1(40). – С. 110-115.

218. Щодо пріоритетних напрямів вдосконалення вітчизняної сфери охорони здоров'я. Аналітична записка [Електронний ресурс] / Національний інститут стратегічних досліджень при Президентіві

України, 2012. – Режим доступу: <http://www.niss.gov.ua/articles/480/>. – Назва з екрана.

219. Экспертные оценки: методология и практика применения / И. П. Артюхов, Н. А. Горбач, С. Л. Бакшеева [и др.] // Фундаментальные исследования. – 2012. – № 10. – С. 11-15.

220. Эмануель А. В. Элементы системы менеджмента качества на базе ГОСТ Р ИСО 9001:2008 и ГОСТ Р ИСО 9004:2010. Обзор стандартов / А. В. Эмануель // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития. – 2012.– № 1 (11). – С. 112-123.

221. Юнко М. Система державного медичного страхування в Німеччині / М. Юнко [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.apteka.ua/article/40027>. – Заголовок з екрану.

222. Якість в охороні здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://healthcare.management.com.ua/category/yakist-v-oz/>. – Заголовок з екрану.

223. Якість медичних послуг – у п'ятірці найбільших проблем Луцька [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.pravda.lutsk.ua/news/676/>. – Заголовок з екрану.

224. Ярош Н. П. Сучасний стан, проблеми стандартизації медичної допомоги та шляхи їх вирішення в умовах реформування системи охорони здоров'я України / Н. П. Ярош, С. І. Лупей-Ткач // Україна. Здоров'я нації. – 2012. – № 1 (21). – С. 95-100.

225. Ясінська А. І. Маркетингові і логістичні рішення у період реформування медичної галузі України / А. І. Ясінська, Н. І. Демків // Lviv Polytechnic National University Institutional Repository. – 2012. – С. 468-469 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://ena.lp.edu.ua:8080/bitstream/ntb/17080/1/289-Yasinska-468-469.pdf>.

226. ABC Health Plan. Outpatient Drug Formulary. Published under the Authority of the ABC Health Plan Pharmacy and Therapeutics Committee. 1993/1994.
227. Altkorn J. Podstawy marketingu, Instytut Marketingu, Kraków, 1992, s. 126.
228. Amstrong M. "A Handbook of management Techniques", Kogan Page Ltd, London, 1993, p. 192.
229. Armistead C., Clark G., The „Coping” Capacity Management Strategy in Services and the Influence on Quality Performance, „International Journal of Service Industry Management” 1994, Vol. 5, nr 2.
230. Bank J. "Zarządzanie przez jakość", Gebethner I S-ka, Warszawa, 1997, S. 2.
231. Berkley B. J., Gupta A., Improving service quality with information technology, „International Journal of Information Management” 1994, Vol. 14.
232. Berkowska M. Satysfakcja pacjenta jako element jakości usług. W: Materiały z VIII Krajowego Zjazdu Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego "Rola i zadania medycyny społecznej u progu XXI wieku". Akademia Medyczna, Wrocław 2002.
233. Bither M. J., Booms B. H., Tetreault M. S.. The service encounter: diagnosing, favorable and unfavorable incidents, Journal of Marketing, 1990, January, S. 73.
234. Bochniarz P., Gugala K. Budowanie i pomiar kapitału ludzkiego w firmie, wydawnictwo "POLTEXT", 156 s.
235. Boerma T. World health statistics 2010 / T. Boerma, C. AbouZahr. – France: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2010. – 177 c.
236. Borkowski S. Wszedybył E., Jakość i efektywność usług hotelarskich, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007, s. 49, na podstawie: A. Parasuraman, V. A. Zeithaml, L.L. Berry, op.cit.

237. Brogowicz A. A., Delene L. M., Lyth D. M. A synthesised service quality model with managerial implications, „International Journal of Service Industry Management” 1990, nr 1.
238. Bugdol M. Zarządzanie jakością w urzędach administracji publicznej. Teoria i praktyka, Difin, Warszawa 2008.
239. Cella D. R, Tulsy D. S. (1990). Measuring Quality of Life Today: Methodological Aspects, *Oncology*, 4, 5, 29-38.; Fallowfield L. (1990) The quality of life, Souvenir Press Ltd, London.
240. Ciecchan-Kujawa M. Rachunek kosztów jakości, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2005.
241. Clark D., Malson H. (1995). Key issues in palliative care needs assessment. *Progress in Palliat. Care* 3, 53-55.
242. *Competitive Advantage: Creating and Sustaining Superior Performance* (New York, Free Press, 1985) 222.
243. Country and lending Groups [Electronic resource] / The World Bank, 2012. – Mode of access: <http://data.worldbank.org/about/country-classifications/country-and-lending-groups>. – Title from the screen.
244. Cronin J., Taylor S. Measuring service quality: a reexamination and extension, *Journal of Marketing* 1992, nr 56, s. 55.
245. Crosby P. *Quality is Free: the art of Making Quality Creating*, Mc Graw-Hil, New York 1979.
246. Customer Satisfaction at Public Hospitals in Pakistan: PAKSERV Application *Global Business Review* December 1, 2014, n.15, s. 677-693.
247. Cylus J. The challenges of hospital payment systems / Jonathan Cylus, Rachel Irwin // *Euro Observer*. – Autumn 2010, Volume 12, Number 3. – P. 1-4.
248. Cylus J., Irwin R., [2010]. The Challenges of Hospital Payment Systems, „Euro Observer” Vol. 12, No. 3.

249. Czaja S., Becla A. Wybrane wyzwania współczesnej teorii ekonomii a ewolucja makromierników rozwoju gospodarczego, dobrobytu społecznego i jakości życia, [w:] *Dokowania współczesnej myśli ekonomicznej. Teoretyczne ujęcie dobrobytu*, pod red. U. Zagóry-Jonszty, Katowice 2012.

250. Czapiński J. Ekonomia szczęścia i psychologia bogactwa, „Nauka” 2012, nr 1, s. 51.

251. Czarny. Spory o naturę ekonomii dobrobytu we współczesnej metodologii ekonomii, „Ekonomia” 2011, nr 27.

252. Czubała A., Jonas A., Smoleń T., Wiktor Jan W. *Marketing usług*, Wolters Kluwer Polska, Kraków 2006.

253. Dabholkar P. A., Shepherd C. D., Thorpe D. I. A comprehensive framework for service quality: an investigation of critical conceptual and measurement issues through a longitudinal study, „Journal of Retailing” 2000, nr 2.

254. Dąbrowa M. Badanie poziomu życia – metodologia konstrukcji wybranych wskaźników. „Zeszyty Naukowe MSWE w Tarnowie” 2011, nr 1.

255. Deming W. Edwards. *Out of the Crisis* // MIT Center for Advanced Engineering Study, Cambridge, MA: MIT, 1982.

256. DeNavas-Walt C. Income, poverty and health insurance coverage in the United States, 2007 / C. DeNavas-Walt, B. D. Proctor, V. C. Smith. - US Census Bureau, 2008. – 84 c.

257. Deplorte J. P.: *Ogólna metodologia monitorowania użytkowania leków*. Farmacja Polska, 1998 r. Tom 54, nr 8.

258. Dietrich E., Schulze A. *Metody statystyczne w kwalifikacji środków pomiarowych, maszyn i procesów produkcyjnych* (tłum. Z j. niem.), Notika System, Warszawa 2000.

259. Dobska M., Dobski P. *Marketing usług medycznych*. Wydawnictwo Prawno-Ekonomiczne INFOR. Warszawa 1999.

260. Dobska M., K. Rogoziński. Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej, PWN, Warszawa 2008.
261. Drucker P. Innowacje i przedsiębiorczość. Warszawa, 1992.
262. Druker P. Zarządzanie w czasach burzliwych. Nowe wyzwanie – nowe horyzonty. Biblioteka nowoczesności, AE, Kraków, "Czytelnik", Kraków 1995.
263. Durbajło-Mrowiec M. Wyznaczniki wartości zakładu opieki zdrowotnej, Wrocław, 2009.
264. Dziadkowiec J. Mystery Shopping – metoda badania i oceny jakości usług, „Problemy Jakości” 2004, nr 10.
265. Dziadkowiec J. Wyznaczniki jakości usług na przykładzie biura podróży [w:] Towaroznawstwo wobec integracji z Unią Europejską, red. J. Żuchowski, Politechnika Radomska, Radom 2004.
266. Efektywność przedsięwzięć rozwojowych. Metody, analiza, przykłady, red. Borowiecki R., A E; Kraków 1995.
267. Erstad M. Mystery Shopping Programmes and Human Resource Management, „International Journal of Contemporary Hospitality Management” 1998, nr 1.
268. Feigenbaum A. V. Total Quality Control. New York: McGraw-Hill, 1983.
269. Finn A. Mystery Shopper Benchmarking of Durable-goods Chains and Stores, International Journal of Service Research” 2001, nr 3.
270. Firlit-Fesnak G., Szyłko-Skoczny M. Polityka społeczna. Wydawnictwo Naukowe PWN , 2008.
271. Frost F. A., Kumar M., INTSERVQUAL: an internal adaptation of the GAP model in a large service organization, „Journal of Services Marketing” 2000, nr 5.
272. Garczyński S. O radości. NK, Warszawa 1983.

273. Gawlik J., Rewilak J. Dobór i ocena zdolności wyposażenia pomiarowego w przemyśle maszynowym [w:] Materiały VI Sympozjum Klubu Polskie Forum ISO 9000 "Metrologia w systemach jakości" – 3, Kielce 2001, t. I, s. 101-111.
274. Golinowska S. Polityka społeczna państwa w gospodarce rynkowej. Studium ekonomiczne, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1994.
275. Golinowska S. Zdrowie to nie tylko zdrowie, „Gazeta Wyborcza” 2011, nr 89, 18.04.2011.
276. Górnik-Durose M. [Wprowadzenie do:] „Chowanna” 2013, nr 1 – W poszukiwaniu wyznaczników jakości życia, pod red. M. Górnik-Durose, Katowice 2013.
277. Gritsenko O. I. Economic cost analysis of service quality as a factor of sustainable development of enterprises [Internet source] / O. I. Gritsenko// Economic Processes Management: International Scientific E-Journal. – 2015. – № 1. – Access mode: http://epm.fem.sumdu.edu.ua/download/2015_1/2015_1_2.pdf.
278. Grönroos Ch. A Service Quality Model and its Marketing Implications, „European Journal of Marketing”, 1984, nr 18.
279. Grossman M. 1972. On the concept of health capital and the demand for health, Journal of Political Economy, No 80- 92), s. 223-255.
280. Grzegorz G. Quality as a measurable category. "Zeszyty Naukowe Ostroleckiego Towarzystwa Naukowego” 2011, nr 25, s. 337-345.
281. Gummesson E. Quality Management in Service Organizations, ISQA, New York 1993.
282. Hamrol A. Mantura W. Zarządzanie jakością. Teoria i praktyka, Warszawa, 2002.
283. Haywood-Farmer J. A conceptual model of service quality, „International Journal of Operations & Production Management” 1988, nr 6.

284. Health expenditure, private (% of GDP) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PRIV.ZS>. – Заголовок з екрану.

285. Health expenditure, total (% of GDP) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS>. – Заголовок з екрану.

286. Health systems and public health services / World Health Organization. Regional Office for Europe, 2012. – 28 p.

287. Higginson I. (1993). Audit Methods: Validation and In-patient Use, [w:] I. Higginson (red.). Clinical Audit in Palliative Care. Radcliffe Medical Press, Oxford and New York.

288. Holliday K. Mystery Shopping can Illuminate Problems, Opportunities in Investment Sales, „Community Banker” 2003, nr 1.

289. Hugh R Waters, Roy Korn, Elizabeth Colantuoni, Sean M Berenholtz, Christine A Goeschel, Dale M Needham, Julius C Pham, Allison Lipitz-Snyderman, Sam R Watson, Patricia Posa, Peter J Pronovost // American Journal of Medical Quality, 2011 – № 26 (5), pp. 333-339.

290. Informal patient payments and public attitudes towards these payments: evidence from six CEE countries / T. Stepurko [et al.] // Scripta Scientifica Medica. – 2011. – № 43 (7). – P. 143-146.

291. International Organization for Standardization [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.iso.org/iso/iso9000-14000/understand/qmp.html>. – Заголовок з екрану.

292. Is there a place for the patient in the Ukrainian health care system? Patient payment policies and investment priorities in health care in Ukraine / A. Danyliv [et al.] // Society and Economy. – 2012. – in press.

293. Ishikawa K. What is Total Quality Control? The Japanese Way. London, Prentice Hall, 1985.

294. Iwasiewicz A. Błędy kwalifikacji jako podstawowa ocena rzetelności systemów pomiarowych stosowanych w zarządzaniu jakością, *Normalizacja* 2001 nr 5, s. 3-11.

295. Jakość usług bankowych i ubezpieczeniowych Diagnoza, determinanty, segmentacja, pod red. J. Garczarczyka, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Poznań, 2000, 238s.

296. Janknegt R. Steenhoek A. The System of Objectified Judgement Analysis (SOJA). A Tool in Rational Drug Selection for Formulary Inclusion. *Drugs* 53 (4), 1997.

297. Joint Commission on the Accreditation of Health Organizations. "Quality Assurance in Managed Health Care Organizations", Chicago, 1989.

298. Jones C. "Why have Health Expenditures as a Share of GDP Risen So Much?", Stanford University, Stanford 2001.

299. Juran J., Frank M. Gryna Jakość – projektowanie, analiza. WNT, Warszawa 1974.

300. Juran J.M. „Upper Management and Quality”, Juran Institute, Nowy Jork, 1982.

301. Kaminska T. Informal Health Economics in Ukraine / T. Kaminska // *Health in management*. – 2014. – Vol. 18. – № 1. – P. 5-7 [Електрон. ресурс] – Режим доступу: <http://journal.managementinhealth.com/index.php/rms/issue/current>.

302. Kaplan R. S., Cooper R. "Zarządzanie kosztami i efektywnością".

303. Karaszewski R. "Relacje pomiędzy wprowadzeniem norm serii ISO 9000 a TQM w praktyce polskich przedsiębiorstw", *Problemy jakości*, Nr 10/99, s. 2.

304. Karaszewski R. SERVQUAL – metoda badania jakości świadczonych usług, „*Problemy Jakości*” 2001, nr 5.

305. Kautch M., Klich J., Campbell P. (1998), Zarządzanie w opiece zdrowotnej: Planowanie, Kraków, Uniwersyteckie Wyd. Medyczne Vesalius, s.35/
306. Kisielnicki J., Sroka H. Systemy informacyjne biznesu. Informatyka dla zarządzania. Placet, Warszawa 2005, 390 s.
307. Klasyczne metody zarządzania jakością [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.zarz.agh.edu.pl/bsolinsk/knzj.html>.– Заголовок з екрану.
308. Klich J., M. Kautsch, P. Campbell. Zarządzanie w opiece zdrowotnej: planowanie, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne "Vesalius", Kraków 1998.
309. Kolman R. Ilościowe określanie jakości. PWE, Warszawa, 1973.
310. Kolman R. Zastosowanie inżynierii jakości. Poradnik, AJG, Bydgoszcz, 2003.
311. Kolman T., Tkaczyk R. Jakość usług. Poradnik, TNOiK, Bydgoszcz 1996.
312. Kolman R. Projakościowe zarządzanie energią, „Problemy Jakości” 2010, nr 3, s. 38.
313. Korporowicz V. Zdrowie jako kategoria społeczno-ekonomiczna // Gospodarka narodowa 2011, nr. 7-8 (239-240), s. 71-87.
314. Kot S.M. Ku stochastycznemu paradygmatowi ekonomii dobrobytu, Kraków 2012.
315. Kowalik S. (1995). Jakość życia pacjentów w procesie leczenia, [w:] Waligóra B. (red.). Elementy psychologii klinicznej. Tom IV. Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań.
316. Krakowiak A. Wstęp do metodologii badań satysfakcji. Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków 1996.
317. Krzyżanowska M., Wajdner R. CIT – metoda badania jakości usług, Problemy Jakości 2000, nr 11.

318. Kurzynowski (2001). Polityka społeczna – podstawowe pojęcia i zakres [w:] Polityka społeczna, A. Kurzynowski (red.), SGH, Warszawa.
319. Kusterka-Jefmańska M. Wysoka jakość życia jako cel nadrzędny lokalnych strategii zrównoważonego rozwoju, „Zarządzanie Publiczne” 2010, nr 4
320. Lalonde M. A New Perspective on the Health of Canadians; A Working Document; Information Canada, Ottawa, 1974.
321. Landowski J., Majkiewicz M., Lamparska E. (1996). Ocena jakości życia u chorych na schizofrenię - wprowadzenie w problematykę. Farmakoterapia w Psychiatrii i Neurologii. Instytut Psychiatrii i Neurologii.
322. Lenartowicz H. "O potrzebie wzmocnienia siły i pozycji odbiorców opieki zdrowotnej w reformowanym systemie", Pielęgniarstwo 2000 nr 1, 1998 r., s.12.
323. Leszczyński Z., Wnuk T. Zarządzanie Firmą Produkcyjną Za Pomocą Rachunkowości Zarządczej i Kontrolingu Finansowego. Fundacja Rozwoju Rachunkowości w Polsce. Warszawa 1996.
324. Lista organizacji z aktualnym certyfikatem akredytacji [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.cmj.org.pl/akredytacja/certyfikaty.php>. – Заголовок з екрану.
325. Locke J. "Rozważania dotyczące rozumu ludzkiego", Warszawa, 1955.
326. Machuga N. Podejścia do definiowania jakości usług zdrowotnych / N. Machuga // Галицький економічний вісник. – 2009. – № 4 (25). – С. 63-70.
327. Majkiewicz M. (1997) Problemy metodologiczne i techniczne badawcze jakości życia w chorobach nowotworowych, [w:] J. Meyza (red.) ośc życia w chorobie nowotworowej wybrane zagdania. Centrum Onkologii Instytut im. Marii Skłodowskiej- Curie, Warszawa.

328. Mantura W. Ekonomiczna ocena jakości – wybrane sytuacje decyzyjne. "Problemy jakości", nr 1/92.
329. Mantura W. Kategoria jakości w projektowaniu technicznym. Wydawnictwo Uczelniane PP, Poznań, 1994.
330. Marczak M. "Aspekty jakości produktu", 2000.
331. Mattsson J. A service quality model based on ideal value standard, „International Journal of Service Industry Management” 1992, nr 3.
332. Maxwell R. Quality assessment in health / R. Maxwell // Br.Med.J. – 1984. – Vol. 288. – P. 1470-1471.
333. Measuring quality: from the system to the provider / D. Evans, T. Edejer, J. Lauer[et al.]// Int. J. Qual. HealthCare. – 2001. – Dec. 13 (6). – P. 439-446.
334. Medycyna Sądowa, 1972 POPIELSKI KOBIELA - 848 s.
335. Millan Mc. S. C, Mahoń M. (1994). Measuring quality of life in hospice patients using a newly developed hospice quality of life index. Qual Life Res. 3, 437-447.
336. Mladovsky, P. Health policy in the financial crisis / P. Mladovsky, D. Srivastava, J. Cylus // Eurohealth. – 2012. – Vol. 18, № 1. – C. 3–6.
337. Modern health care delivery systems, care coordination and the role of hospitals. – World Health Organization, 2012. – 36 p.
338. Moore C. D., 1987. Outclass the Competition with Service Distinction, Mortgage Bank, Vol. 47, No. 11.
339. Mudie P., Cottam A. "Usługi. Zarządzanie i marketing", PWN, Warszawa, 1998.
340. Murkowski M., Nowacki W., Koronkiewicz A.. Zastosowanie standardów w programie akredytacji szpitali, Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, Zakład Szpitalnictwa, Warszawa, 1996, s. 12.
341. Murray Ch. In Our Hands: A Plan To Replace The Welfare State, AEI Press, Washington D.C. 2006.

342. Nash C. A., 1988. Question of Service: Action Pack, Business Management Programme, Hotel and Catering Industry Training Board, National Consumer Council, London.

343. Niżankowski R., Banaszewska A., Bedlicki M. Ekonomia medycyny. Kompendium dla lekarzy i studentów medycyny. Warszawa. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2002.

344. Oakland J.S. Total Quality Management, London, 1992, S. 83.

345. Ocena warunków i jakości życia mieszkańców województwa pomorskiego i ich postrzeganie przyszłości, Gdańsk 2011.

346. Od strony narzędziowej kwestia została naświetlona m.in. w: A. Sompolska-Rzechuła. Pomiar i ocena jakości życia, „Wiadomości Statystyczne” 2013, nr 8.

347. OECD 2009: Health Care Quality Indicators Project: Patient Safety Indicators. Report 2009, Health Working Papers № 47.

348. Opolski K., Dykowska G., Możdżonek M. Zadzążanie przez jakość w usługach zdrowotnych.

349. Opolski K., Szemborska E. Sfery zarządzania jakością w służbie zdrowia. Antidotum 9/1997.

350. Osborne S. P. (red.), The New Public Governance, Routledge, 2010, s. 45.

351. Oyrzanowski B. "Jakość dla konsumenta producenta i gospodarki narodowej". PWE, Warszawa, 1989.

352. Parasuraman A., Zeithaml V.A., Berry L. L. A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research, „Journal of Marketing” 1985, nr 49.

353. Potrer E., Kramer M. R., [January, February 2011]. Creating Shared Value, Harvard Business Review.

354. Produkt i jego jakość w systemie opieki zdrowotnej [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.toya.net.pl/~mediren/ksiazka/cz2_rozdzial_4.htm. – Заголовок з екрану.

355. Prozowicz M. Ekonomiczne determinanty kształtowania jakości wyrobu w przedsiębiorstwie, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2001.

356. Przybylski W., Polakowska M. (2000). Satysfakcja pacjenta w rok po wprowadzeniu reformy. V Ogólnopolska Konferencja „Jakość w opiece zdrowotnej”. Kraków, 12-4.04.2000.

357. Quality management and quality assurance – Vocabulary [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.saiglobal.com/PDFTemp/Previews/OSH/As/as8000/8400/8402.pdf>.

358. Raport z badań „Desk Research”: „Jakość życia w obszarze przygranicznym - wzmocnienie ponadgranicznych przepływów dla wspólnego zrównoważonego rozwoju i planowania regionalnego”, Jelenia Góra – Drezno, maj 2012.

359. Robbins M. (1998). Evaluating Palliative Care. Establishing the Evidence Base. Oxford University Press.

360. Rogoyński K. Nowy marketing usług, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Poznań, 1998.

361. Rogoziński K., Usługi rynkowe, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 2000.

362. Różańska A. Zakażenia szpitalne – analiza sytuacji epidemiologicznej oraz kosztów na podstawie obserwacji w wybranych szpitalach, praca doktorska – Collegium Medicum. Kraków, 2007.

363. Scharff, Robert L. Economic burden from health losses due to foodborne illness in the United States // Journal of Food Protection, Number 1, January 2012, pp. 123-131.

364. Sęk H. (1993). Jakość życia a wymiary zdrowia. Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny.
365. Seyda B. „Dzieje medycyny w zarysie”, PZWL, Warszawa, 1962.
366. Sidor M. Ocena jakości usług za pomocą metody Servqual, Marketing i Rynek 2000, nr 11, s. 8.
367. Siwiec J. (2000). Aspekty opieki - wymiary do pomiaru. V Ogólnopolska Konferencja „Jakość w opiece zdrowotnej”. Kraków, 12-4.04.2000.
368. Skrzypek E. Rola wiedzy i kapitału intelektualnego w zarządzaniu jakością w uczelni [w:] J. Dietel, Z.Sapijaszka (red.), Zarządzanie jakością w szkolnictwie wyższym, Fundacja Edukacyjna Przedsiębiorczości, Łódź 2002, s.201
369. Skrzypek E. "Jakość i efektywność", Wydawnictwo: Uniwersytet Marii Curie – Skłodowskiej, Lublin 2000, 319 s.
370. Skrzypek E. Doświadczenia w zakresie prowadzenia kosztów jakości, na przykładzie certyfikowanych przedsiębiorstw różnych branż. Materiały szkoleniowe, Szczyrk 1999.
371. Słaby T. Nowe ujęcie badań społecznych, „Nierówności Społeczne a Wzrost Gospodarczy” 2004, nr 1.
372. Solek A. Ekonomia behawioralna a ekonomia neoklasyczna, „Zeszyty Naukowe Polskiego Towarzystwa Ekonomicznego”, Kraków 2011.
373. Sompolska-Rzechuła. Jakość życia jako kategoria ekonomiczna, “Folia Pomeranae Universitatis Technologiae Stetinensis” 2013, Oeconomica 301 (71).
374. Sorenson C. Emergence of HTA in Central and Eastern Europe. Volume 11, Number 1/2000, s. 10-12.
375. Spreng R.A., Mackoy R.D. An empirical examination of a model of perceived service quality and satisfaction, „Journal of Retailing” 1996, Vol. 722.

376. Stabryła A. Zarządzanie strategiczne w teorii i praktyce firmy, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa-Kraków 2000.

377. Stiglitz J. E. Ekonomia sektora publicznego, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004.

378. Sturgeon T.J. How do we define value chains and production networks.// IDS Bulletin. 2001. – Vol. 32. – #3. McCormick D. Value chains, production networks, and the business system // Bellagio Value Chains Workshop. – Bellagio, 2000. pp. 9-18.

379. Suhrcke M. i inni. The contribution of health to the economy in the European Union, European Commission, 2005.

380. Supińska J. Dylematy polityki społecznej, wyd. IPS UW, Warszawa 1991.

381. Szarfenberg R. Analiza koszty-korzyści w polityce społecznej, w: J. Szambelańczyk, M. Żukowski (red.), Człowiek w pracy i polityce społecznej, Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu, Poznań 2010.

382. Szeszycka. Dylematy pomiaru jakości usług profesjonalnych na przykładzie usług medycznych, Antidotum 2000, nr 4, s. 6.

383. Szubert W. 1979 Przedmiot, geneza i zakres socjalistycznej polityki społecznej, w: A. Rajkiewicz red. Polityka społeczna, PWE.

384. The lottery of life. Where to be born in 2013 [Електронний рецупс] // The Economist. – 2012. – November 21. – Режим доступу: <http://www.economist.com/news/21566430-where-be-born-2013-lottery-life>

385. Titmuss Richard. The Gift Relationship: From Human Blood to Social Policy (1970). Reprinted by the New Press, ISBN 1-56584-403-3 (reissued with new chapters 1997, John Ashton & Ann Oakley, LSE Books.

386. Van Ettinger I., Sittig I. Lepsza jakość – większe efekty. Wydawnictwo Techniczne, Warszawa, 1970.

387. Wajda A. Organizacja i zarządzanie, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2003, s. 45.

388. Wawak S. Zarządzanie jakością. Teoria i praktyka, Wydawnictwo Helion, Gliwice 2002, S. 40.
389. Wawak T. Koszty i korzyści poprawy jakości w służbie zdrowia, [w:] "Jakość w opiece zdrowotnej", materiały piątej ogólnopolskiej konferencji, CMJ, Kraków, 2000 r., s. 255-265.
390. Wawak T. Makroekonomiczne problemy jakości produktów przemysłowych w Polsce. UJ, Kraków, 1989.
391. WHO Patient safety [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.who.int/patientsafety/en/>. – Заголовок з екрану.
392. WHO Working group. Quality Ace in Health Care, 1989, s. 79-95.
393. Witzak I. Ekonomia szpitala. Uwarunkowanie, elementy, zasady. – Warszawa, CeDeWu Sp. z o.o., 2009, 254 S.
394. Włudyka T. Historia, [w:] Instytucje gospodarki rynkowej, pod red. T. Włudyki i M. Smagi, Warszawa 2012, s. 48.
395. Wnuk M., Marcinkowski J.T. Jakość życia jako pojęcie pluralistyczne o charakterze interdyscyplinarnym, „Problemy Higieniczno-Epidemiologiczne” 2012, nr 1.
396. Wojda M., Pogorzelska D. Usługa medyczna jako produkt marketingowy. Pielęgniarstwo Polskie 1(21), 2006, S. 65-68.
397. Wolniak R. Pomiar oczekiwanej i postrzeganej jakości w usługach medycznych / R. Wolniak // Współczesne zarządzanie. – 2010. – № 2. – S. 128-140.
398. Wpływ zarządzania na jakość usług medycznych w ochronie zdrowia – Opinie świadczeniobiorców usług medycznych // Przedsiębiorczość i Zarządzanie. – Tom XIII, zeszyt 9. – Łódź, 2012 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://piz.san.edu.pl/docs/e-XIII-9.pdf>. – Заголовок з екрану.
399. Wyřebek H. Zarządzanie jakością usług ubezpieczeniowych // Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego w Siedlcach. Seria: Administracja i Zarządzanie. – 2011. – № 89. – S. 181-195.

400. Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania, red. M. Kautscha, Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa 2010.

401. Zhu F. X., Wymer W. J., Chen I. IT-based services and service quality in consumer banking, „International Journal of Service Industry Management” 2002, nr 1.

ДОДАТКИ

Додаток А

Анкета для on-line опитування

Визначення якості обслуговування у лікувальному закладі

Дайте, будь-ласка, відповіді на нижче наведені запитання. Ваші відповіді дозволять зробити узагальнену оцінку якості обслуговування пацієнтів у лікувальному закладі, врахувати Ваші побажання та виправляти наявні недоліки в подальшій діяльності.

*Обов'язкове поле

Дані особові

Ваш вік *

- < 20
- 21 - 35
- 36 - 45
- 46 - 60
- > 60

Стать: *

- чол.
- жін.

Освіта:

- середня
- середня спеціальна
- вища

Місце проживання: *

- обласний центр
- районний центр
- Інше:

Статус працевлаштування: *

- Працюю на підприємстві (в установі, організації).
- Приватний підприємець.
- Безробітний (-на).
- Студент (-ка).
- Інше:

Термін перебування у лікувальному закладі: *

Кількість днів, тижнів, місяців...

Якість обслуговування

Яким чином відбувся Ваш перший контакт з лікувальним закладом? *

- за номером телефону
- з допомогою електронної пошти
- особистий візит

Оцініть своє враження після першого контакту з лікувальним закладом за 5-бальною шкалою: *

1 2 3 4 5

Що вплинуло на Ваш вибір лікувального закладу? *

- лікар, який проводив діагностику
- думка знайомих
- власний досвід
- інформація з інтернет-ресурсів (реклами)
- місце проживання
- Інше:

Як довго Ви очікували на оформлення в приймальному відділенні? *

- до 15 хв.
- до 30 хв.
- до години
- більше години

Чи отримали Ви при оформленні у приймальному відділенні вичерпну інформацію про свої права? *

так швидше так швидше ні ні

Оцініть ставлення до Вас працівників приймального відділення? *

(за 5-бальною шкалою)

	1	2	3	4	5
ввічливість	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
доброзичливість	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
зацікавленість	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Як Ви оцінюєте роботу приймального відділення загалом? *

(за 5-бальною шкалою)

	1	2	3	4	5
погано	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> відмінно

В яке відділення Вас було оформлено? *

(хірургія, урологія, травматологія...)

Оцініть ставлення до Вас обслуговуючого персоналу відділення? *

(за 5-бальною шкалою)

	1	2	3	4	5
ввічливість	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
доброзичливість	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
зацікавленість	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Оцініть ставлення до Вас лікаря? *

(за 5-бальною шкалою)

	1	2	3	4	5
ввічливість	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
доброзичливість	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
зацікавленість	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Чи питали у Вас згоди на лікування? *

- так
 ні

Чи отримали Ви достатньо інформації на предмет обраної методики лікування та ліків, які використовувалися? *

- так
 швидше так
 швидше ні
 ні

Оцініть побутові умови Вашого перебування у відділенні, у якому проходило лікування: *

(за 5-бальною шкалою)

	1	2	3	4	5
погано	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> відмінно

Як Ви оцінюєте якість харчування у відділенні, у якому проходило лікування? *
(за 5-бальною шкалою)

1 2 3 4 5
погано відмінно

Як Ви оцінюєте загалом роботу відділення, у якому проходило лікування? *
(за 5-бальною шкалою)

1 2 3 4 5
погано відмінно

Загальний висновок

Чи порекомендували б Ви лікувальний заклад своїм знайомим? *

- так
 ні

Що на Вашу думку необхідно змінити/покращити в роботі лікувального закладу?

За підтримки служби [Документи Google](#)

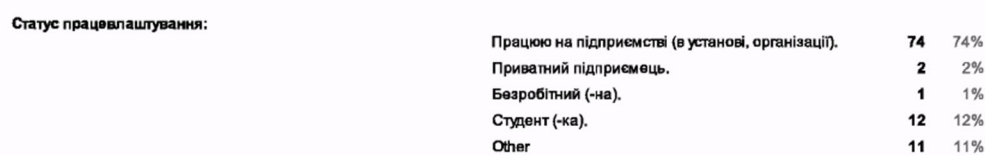
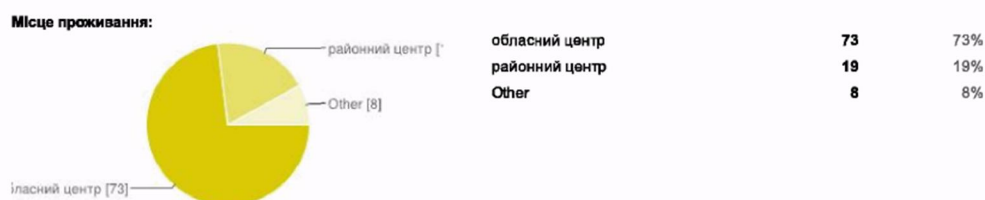
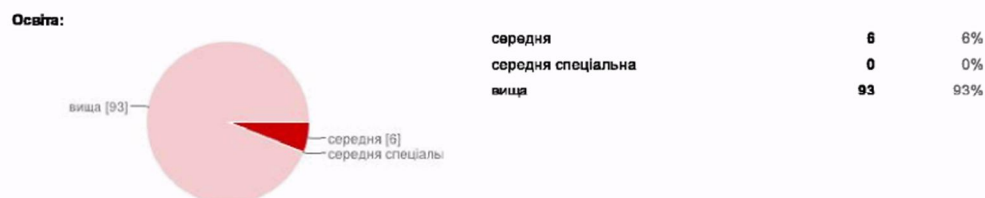
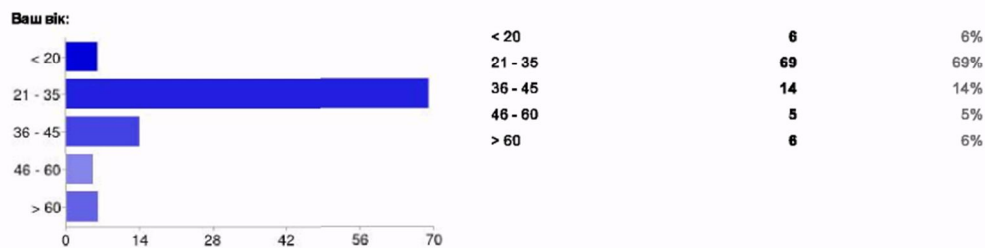
[Повідомити про порушення](#) - [Умови надання служби](#) - [Додаткові положення](#)

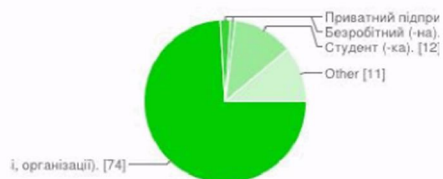
Додаток Б Результати анкетування

100 відповіді

Зведення [Див. повні відповіді](#)

Дані особові



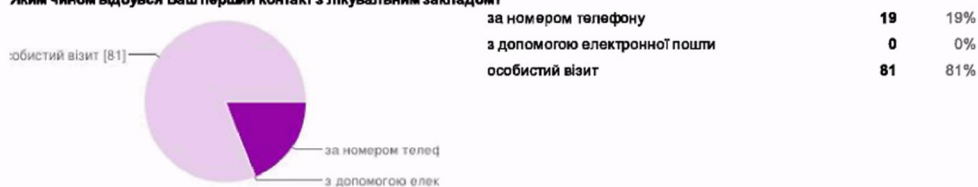


Термін перебування у лікувальному закладі:

тиждень 10 1 2 тижні 2 тижні 10 14 днів 3 тижні 10 3 дні 7 4 дня 1 за який період? за все життя? 1 місяць 2 дні часто и много. врачи, больницы, ответы ниже - по 7 городской больнице 3-4 года назад 5 8 днів 10 21 10 д ...

Якість обслуговування

Яким чином відбувся Ваш перший контакт з лікувальним закладом?



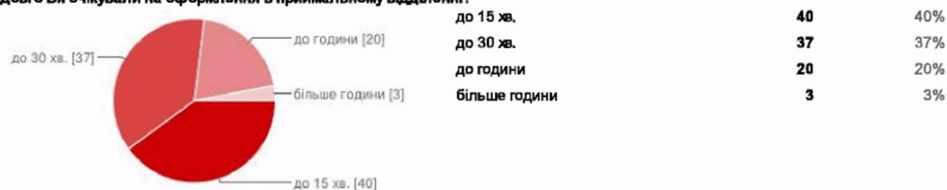
Оцініть своє враження після першого контакту з лікувальним закладом за 5-бальною шкалою:



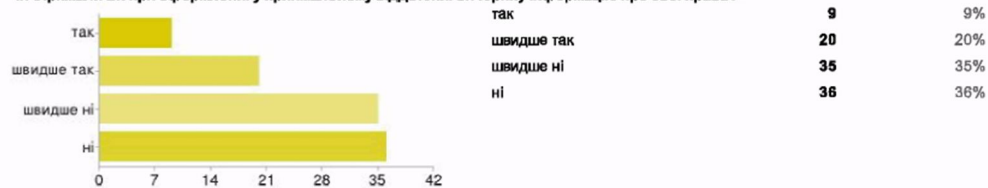
Що вплинуло на Ваш вибір лікувального закладу?



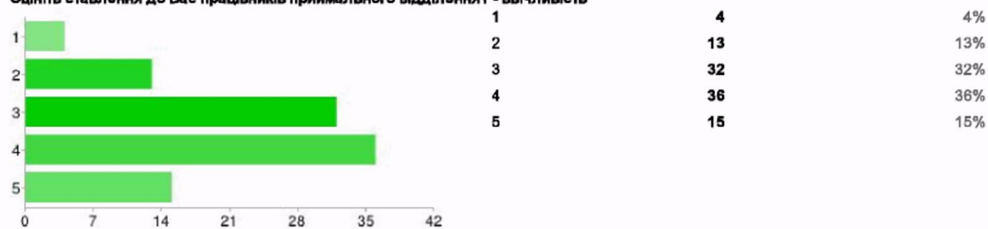
Як довго Ви очікували на оформлення в приймальню відділенні?



Чи отримали Ви при оформленні у приймальному відділенні вичерпну інформацію про свої права? -



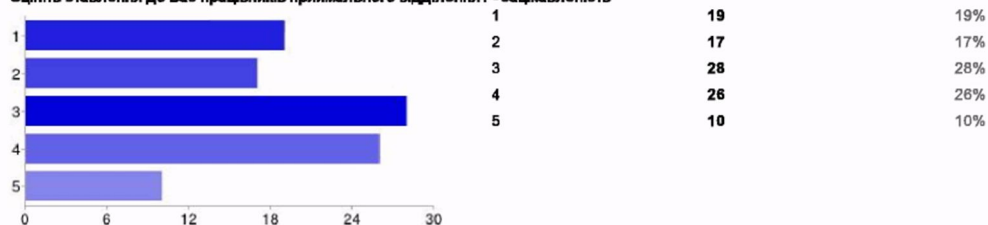
Оцініть ставлення до Вас працівників приймального відділення? - ввічливість



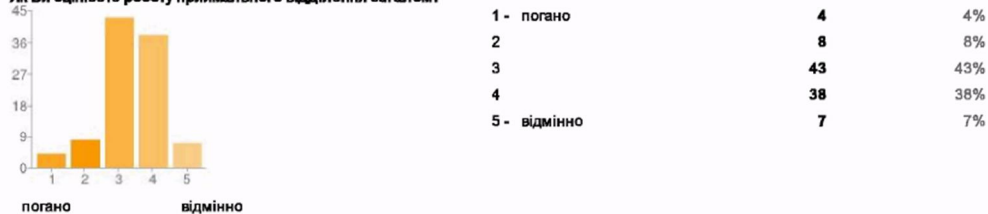
Оцініть ставлення до Вас працівників приймального відділення? - доброзичливість



Оцініть ставлення до Вас працівників приймального відділення? - зацікавленість



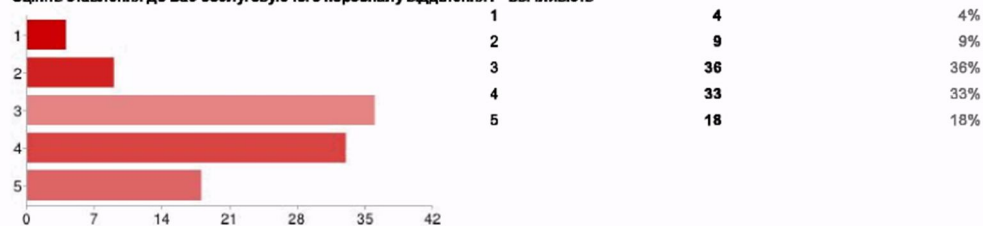
Як Ви оцінюєте роботу приймального відділення загалом?



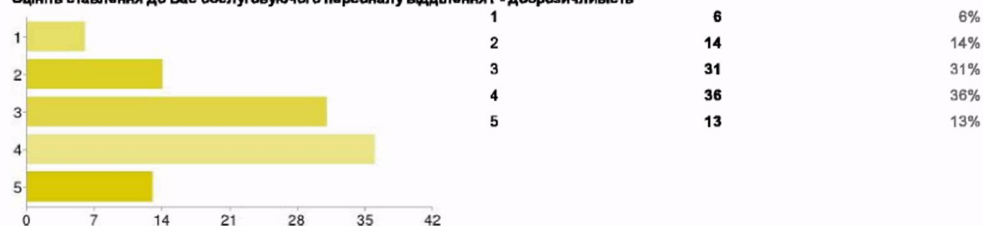
В яке відділення Вас було оформлено?

неврологія денний
стаціонар терапія травматологія лор гинекологія гастроентерологія гінекологія хірургія хірургія травматологія хірургія травматологія урологія
гастроентерологія (об'єднані) Гин ...

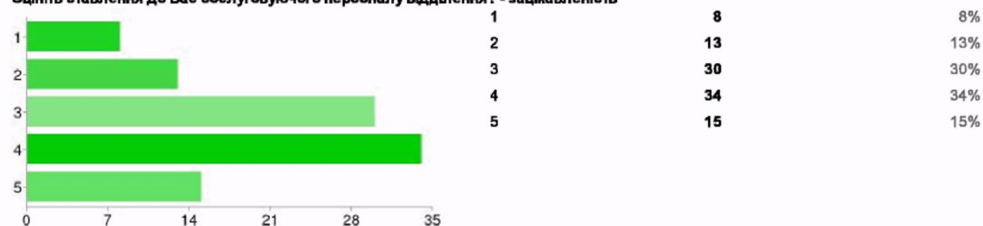
Оцінь ставлення до Вас обслуговуючого персоналу відділення? - ввічливість



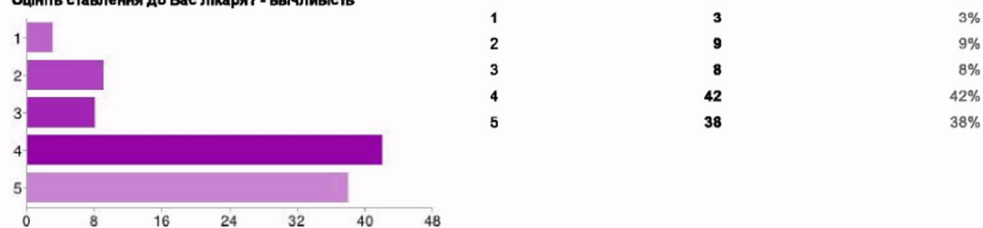
Оцінь ставлення до Вас обслуговуючого персоналу відділення? - доброзичливість



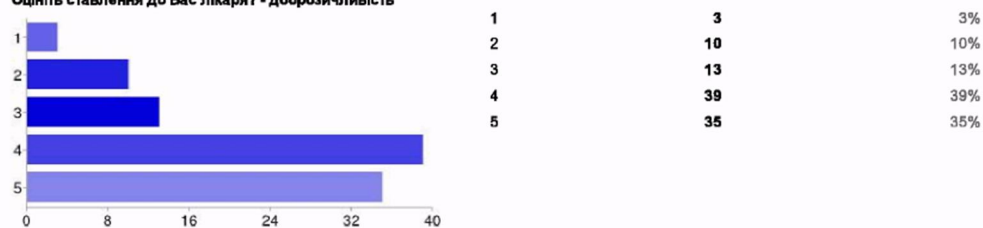
Оцінь ставлення до Вас обслуговуючого персоналу відділення? - зацікавленість



Оцінь ставлення до Вас лікаря? - ввічливість

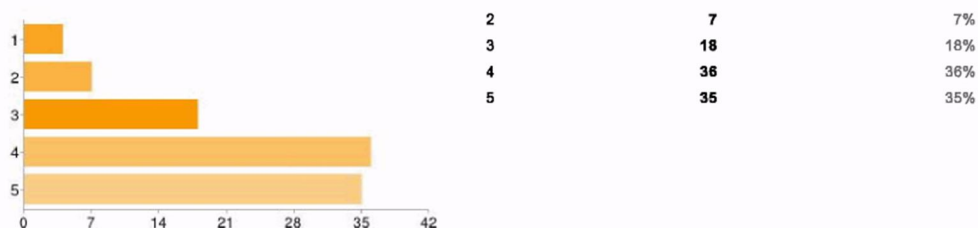


Оцінь ставлення до Вас лікаря? - доброзичливість



Оцінь ставлення до Вас лікаря? - зацікавленість

Рейтинг	Кількість	Відсоток
1	4	4%

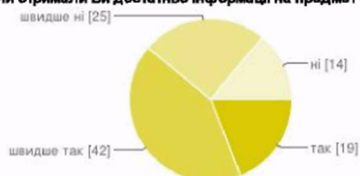


Чи питали у Вас згоди на лікування?



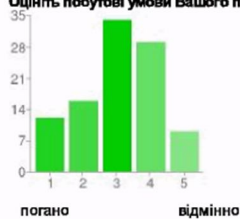
так	76	76%
ні	24	24%

Чи отримали Ви достатньо інформації на предмет обраної методики лікування та ліків, які використовувалися?



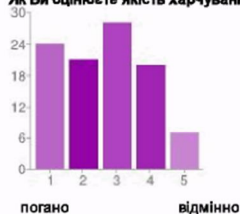
так	19	19%
швидше так	42	42%
швидше ні	25	25%
ні	14	14%

Оцініть побутові умови Вашого перебування у відділенні, у якому проходило лікування:



1 - погано	12	12%
2	16	16%
3	34	34%
4	29	29%
5 - відмінно	9	9%

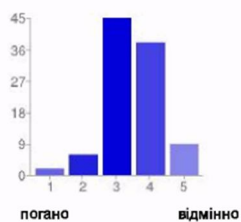
Як Ви оцінюєте якість харчування у відділенні, у якому проходило лікування:



1 - погано	24	24%
2	21	21%
3	28	28%
4	20	20%
5 - відмінно	7	7%

Як Ви оцінюєте загалом роботу відділення, у якому проходило лікування?

1 - погано	2	2%
2	6	6%
3	45	45%
4	38	38%
5 - відмінно	9	9%



Загальний висновок

Чи порекомендували б Ви лікувальний заклад своїм знайомим?



Що на Вашу думку необхідно змінити/покращити в роботі лікувального закладу?

1. Щоб хворий самостійно мав змогу обирати лікаря 2.Щоб лікарі давали вичерпну інформацію про хворобу та методи її лікування(а то часом все відбувається мовчки) 3. Здача аналізів- якось упростити цей процес,тратиться багато часу і також точність аналізів-часом викликає сумніви унеможливити хабарництво, підвищити покарання за невідповідне лікування, хамство, байдужість, некомпетентність заручування, ставлення персоналу, матеріальна база лікарни 1) Підвищення заробітної плати лікарям до такого рівня, щоб у них з'явилася зацікавленість до пацієнтів, що відповідно потягнуло б за собою сувору відпові ...

Додаток В
Модель досягнення якості медичних послуг

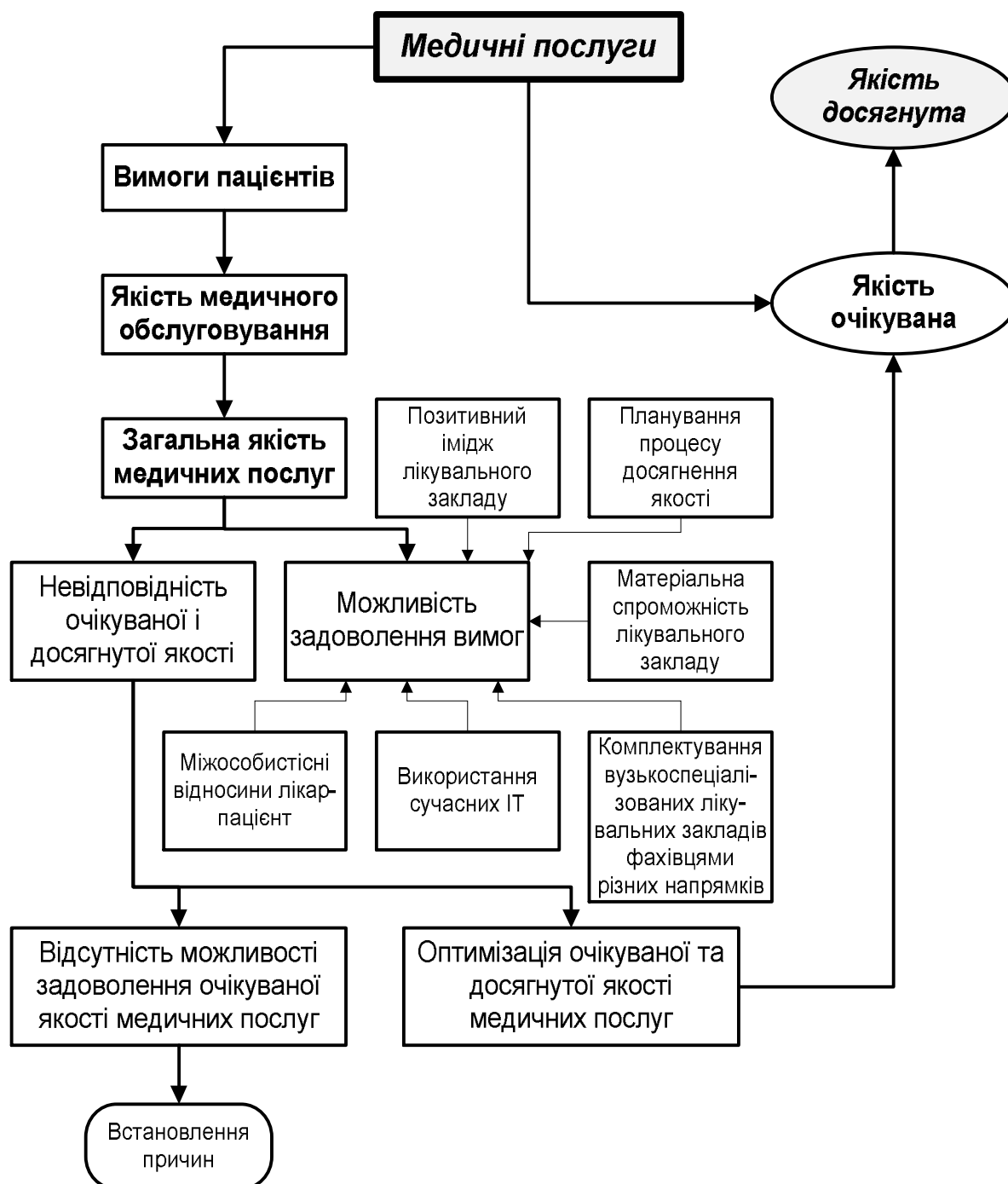


Рис. В.1. Модель формування якості медичних послуг

Додаток Г Процес "створення" якості

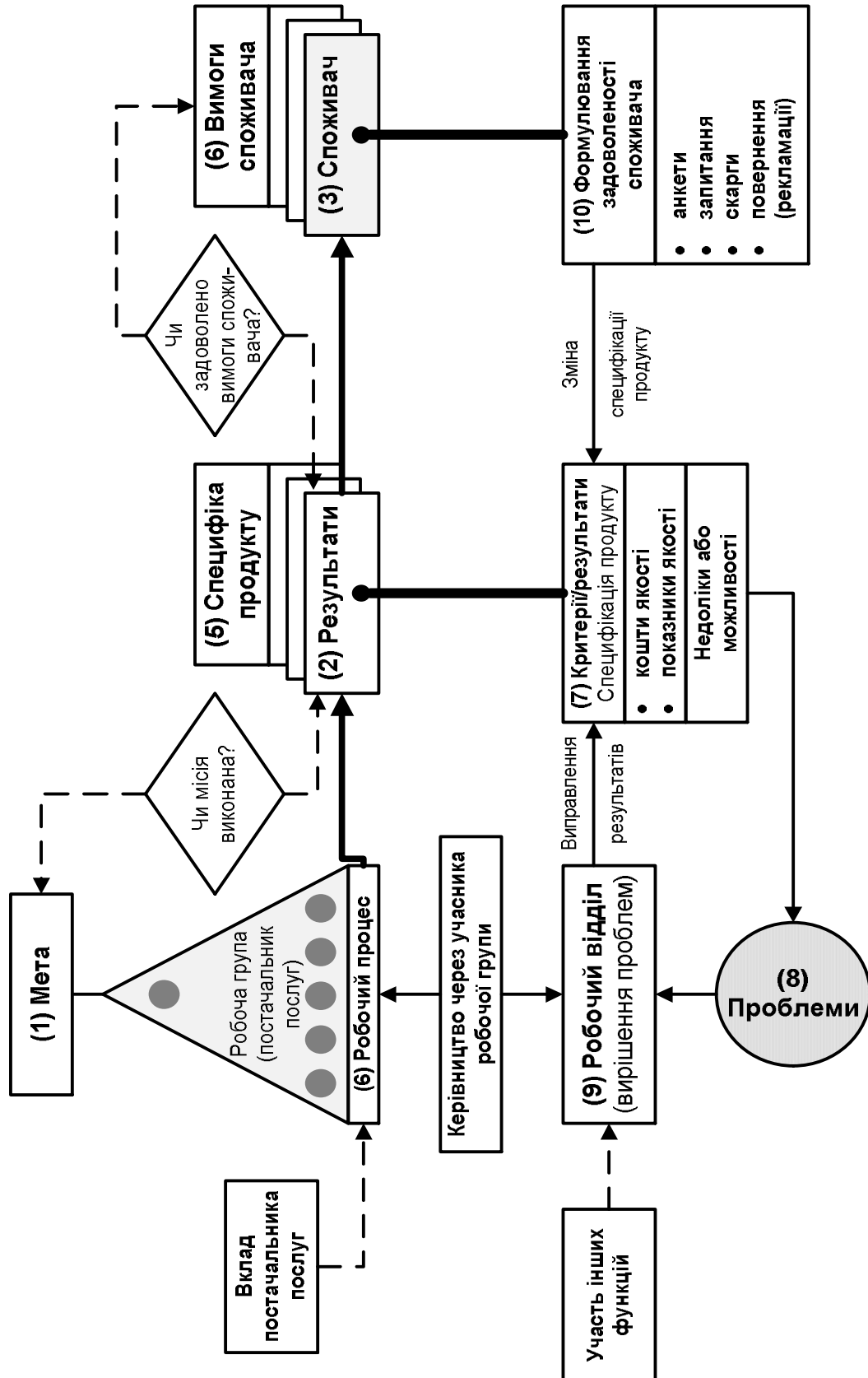


Рис. Г.1. Процедура досягнення якості