МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Західноукраїнський національний університет
Кафедра менеджменту, публічного управління та персоналу

МАЦИГАНОВСЬКИЙ Олександр Володимирович

Реструктуризація системи надання медичних послуг в закладі охорони здоров'я

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

Кваліфікаційна робота

Виконав студент групи
МЗОЗм-21
Мацигановський О.В.

Науковий керівник:
д.е.н., доцент Жуковська А.Ю.

Кваліфікаційну роботу
допущено до захисту

«___»_____ 20__ р

Завідувач кафедри

_____ М.М. Шкільняк

ТЕРНОПІЛЬ – 2024

ЗМІСТ

ВСТУП 3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ РЕСТРУКТУРИЗАЦІЇ СИСТЕМИ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я 7
1.1. Заклад охорони здоров'я як базова структурна одиниця системи надання медичних послуг 7
1.2. Види медичних послуг та їх характері властивості 14
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ РЕСТРУКТУРИЗАЦІЇ СИСТЕМИ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В КНП «ЗБОРІВСЬКА ЛІКАРНЯ» ЗБОРІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ 22
2.1. Діагностика рівня задоволеності пацієнтів якістю медичних послуг досліджуваного закладу охорони здоров'я 22
2.2. Моніторинг лояльності пацієнтів досліджуваного закладу охорони здоров'я 34
РОЗДІЛ 3. ПРОЕКТУВАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ЯК ІНСТРУМЕНТ РЕСТРУКТУРИЗАЦІЇ СИСТЕМИ ЇХ НАДАННЯ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я 42
ВИСНОВКИ 51
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 54

ВСТУП

Актуальність проблеми. Реструктуризація системи надання медичних послуг у закладах охорони здоров'я є важливою складовою модернізації системи охорони здоров'я в умовах зростаючих потреб суспільства. Динамічні зміни у соціально-економічному середовищі, зростання вимог пацієнтів до якості та доступності медичних послуг, впровадження новітніх медичних технологій та цифрових рішень вимагають оновлення традиційних підходів до організації роботи закладів охорони здоров'я.

Сучасні виклики, пов'язані з демографічними змінами, зростанням тягаря хронічних захворювань та економічними обмеженнями, потребують адаптації структур закладів охорони здоров'я до нових реалій. Реструктуризація дозволяє оптимізувати ресурси, підвищити ефективність управління та забезпечити надання пацієнто-орієнтованих послуг.

Крім того, впровадження реформ у сфері охорони здоров'я, зокрема пов'язаних із трансформацією фінансування та переходом на контрактну модель відносин, також диктує необхідність перегляду організаційних підходів у наданні медичних послуг. Це особливо актуально в умовах обмеженого фінансування, коли важливо забезпечити максимальну ефективність використання наявних ресурсів.

Реструктуризація системи надання медичних послуг спрямована на підвищення доступності, якості та безперервності медичної допомоги, впровадження інноваційних підходів до управління закладами охорони здоров'я, а також забезпечення стійкого розвитку системи охорони здоров'я. Це дозволяє підвищити довіру до медичної системи, поліпшити результати лікування та задовольнити потреби населення в якісній медичній допомозі.

Таким чином, тема реструктуризації системи надання медичних послуг є надзвичайно актуальною, оскільки вона безпосередньо пов'язана з підвищенням ефективності роботи закладів охорони здоров'я, задоволенням зростаючих очікувань пацієнтів та забезпеченням доступу до якісної медичної допомоги.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. В українській науковій літературі проблема реструктуризації системи надання медичних послуг у закладах охорони здоров'я отримала значну увагу, проте її висвітлення має свої особливості. Дослідження в цьому напрямі зосереджені переважно на аналізі теоретичних основ, практичних аспектів реформування та впровадження новітніх моделей управління у сфері охорони здоров'я.

В основному всі дослідження зосереджені в таких напрямках: реформа системи охорони здоров'я; організаційно-управлінські аспекти реструктуризації; фінансовий аспект реструктуризації; пацієнто-орієнтованість; роль ІТ-технологій в процесі надання медичних послуг.

Проте недостатньо уваги приділено таким напрямкам: систематичний аналіз ефективності вже реалізованих реформ надання медичних послуг на місцевому рівні; вивченню моделей реструктуризації з урахуванням особливостей регіональних закладів охорони здоров'я; інтеграції приватних та державних медичних установ у єдину систему надання медичних послуг.

Проблема реструктуризації системи надання медичних послуг широко висвітлюється в українській літературі, однак існують напрямки, які потребують подальшого дослідження. Зокрема, це питання практичного впровадження реструктуризаційних змін, оцінки їх впливу на якість медичних послуг і створення універсальних моделей управління, які можна адаптувати до різних типів закладів охорони здоров'я.

Мета кваліфікаційної роботи полягає у розвитку теоретичних положень та розробці практичних рекомендацій щодо проведення реструктуризації системи надання медичних послуг в закладі охорони здоров'я.

Для досягнення поставленої мети було визначено та вирішувались такі **завдання**:

– дослідження закладу охорони здоров'я як базової структурної одиниці системи надання медичних послуг;

– систематизація видів медичних послуг та ідентифікація їх характерних властивостей;

– проведення діагностики рівня задоволеності пацієнтів якістю медичних послуг досліджуваного закладу охорони здоров'я;

– здійснення моніторингу лояльності пацієнтів досліджуваного закладу охорони здоров'я;

– обґрунтування необхідності проектування медичних послуг для здійснення процесу реструктуризації системи їх надання в закладі охорони здоров'я.

Об'єктом дослідження у кваліфікаційній роботі є процес реструктуризації системи надання медичних послуг в закладі охорони здоров'я

Предметом дослідження у кваліфікаційній роботі є методи та способи реструктуризації системи надання медичних послуг в закладі охорони здоров'я.

Для дослідження реструктуризації системи надання медичних послуг у закладі охорони здоров'я в роботі використано такі **методи дослідження**: аналіз та синтез – для вивчення наукових джерел, нормативно-правових актів і матеріалів, що стосуються організації медичних послуг, із метою систематизації теоретичних положень та практичних аспектів реструктуризації; індукція та дедукція – для формулювання загальних закономірностей і конкретних висновків щодо оптимізації роботи закладів охорони здоров'я; порівняльний аналіз – для порівняння моделей управління в різних медичних закладах і оцінки ефективності впроваджених змін; системний підхід – для комплексного аналізу взаємодії між організаційними, економічними та соціальними аспектами реструктуризації; соціологічне опитування – для збору інформації щодо задоволеності пацієнтів якістю медичних послуг, а також вивчення думок медичних працівників щодо змін у процесах надання медичної допомоги; експертне опитування – для отримання оцінок від фахівців у галузі охорони здоров'я стосовно актуальності та

ефективності заходів з реструктуризації; факторний аналіз – для виявлення ключових чинників, які впливають на якість надання медичних послуг у процесі реструктуризації; моделювання – метод застосовувався для побудови моделей оптимізації організаційної структури закладів охорони здоров'я та прогнозування їх ефективності; статистичний аналіз – для обробки даних, отриманих у ході дослідження, та для виявлення статистичних закономірностей і тенденцій. Ці методи дозволили забезпечити комплексний підхід до аналізу процесу реструктуризації, враховуючи як теоретичні основи, так і практичні аспекти впровадження змін у закладах охорони здоров'я.

Наукова новизна кваліфікаційної роботи полягає у розвитку теоретичних основ реструктуризації системи надання медичних послуг в закладі охорони здоров'я.

Практична значущість результатів дослідження полягає в тому, що розроблені в роботі теоретичні положення та практичні рекомендації щодо проведення реструктуризації системи надання медичних послуг в закладі охорони здоров'я можуть бути успішно використані в практичній діяльності вітчизняних та зарубіжних закладів охорони здоров'я, в т. ч. в КНП «Зборівська лікарня» Зборівської міської ради.

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ РЕСТРУКТУРИЗАЦІЇ СИСТЕМИ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Заклад охорони здоров'я як базова структурна одиниця системи надання медичних послуг

Термін «заклад охорони здоров'я», хоча й має медичну спрямованість, широко використовується в різних контекстах – у законодавчих актах, наукових дослідженнях, публіцистичних та художніх творах. «Від точності його визначення залежить ефективність правового регулювання організації та діяльності таких закладів, що впливає на реалізацію їхніх функцій у сфері охорони здоров'я» [6, с. 100].

Первинна редакція Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 року містила таке визначення терміну «заклад охорони здоров'я»: це «підприємства, установи та організації, які забезпечують потреби населення у сфері охорони здоров'я через надання медико-санітарної допомоги, профілактичних і лікувальних послуг або виконання інших функцій, що базуються на професійній діяльності медичних працівників» [1].

Протягом останніх десятиліть це визначення зазнавало змін. На сьогодні поняття «заклад охорони здоров'я» у зазначеному законі трактується як «юридична особа будь-якої форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, що здійснює медичне обслуговування населення відповідно до ліцензії та на основі професійної діяльності медичних чи фармацевтичних працівників» [25]. Ця еволюція термінології відображає не лише зміни у правовому середовищі, а й адаптацію системи охорони здоров'я до сучасних соціально-економічних умов.

У сучасній науковій літературі запропоновано декілька визначень поняття «заклад охорони здоров'я», які відображають різні аспекти цього терміна. За визначенням В. М. Пашкова, заклад охорони здоров'я

розглядається як «суб’єкт господарювання або негосподарюючий суб’єкт, включаючи їх структурні підрозділи, що спрямовані на забезпечення потреб населення у сфері охорони здоров’я через надання медико-санітарної допомоги або медичних послуг. Ця діяльність здійснюється на основі професійної роботи фармацевтичних та медичних працівників» [29].

Згодом В. М. Пашков дещо уточнив свою позицію, підкресливши, що «заклад охорони здоров’я – це установа, яка володіє відповідною матеріально-технічною базою і працівниками належної кваліфікації» [28, с. 12]. Такий заклад може бути створений суб’єктом господарювання будь-якої організаційно-правової форми або форм власності, зокрема у вигляді структурного підрозділу, чи бути негосподарюючим суб’єктом публічного права. Його завдання – задовольнити потреби населення через надання профілактичної медико-санітарної допомоги чи послуг медичного або фармацевтичного характеру. Це також включає інформаційно-медичну, санітарно-освітню та медико-статистичну діяльність.

А. В. Симонян запропонувала інше визначення, де акцентувала, що «заклад охорони здоров’я – це господарська організація будь-якої форми власності чи організаційно-правової форми, яка на основі ліцензії провадить медичну практику самостійно або через відокремлені структурні підрозділи» [41, с. 92].

З огляду на суттєві розбіжності у визначеннях терміну «заклад охорони здоров’я» в різних джерелах, необхідно додатково опрацювати питання щодо характерних ознак, які дозволяють ідентифікувати суб’єкт як заклад охорони здоров’я. Однією з ключових ознак є здійснення особливих видів діяльності, що відрізняють такі заклади від інших суб’єктів права.

Для узагальненого позначення цих видів діяльності в Основах законодавства України про охорону здоров’я використовується термін «медичне обслуговування населення». Це поняття підкреслює специфіку функціонування закладів охорони здоров’я як суб’єктів, що забезпечують доступ до медичних послуг, зберігаючи їх якість і доступність.

Аналіз змісту діяльності, позначеної терміном «медичне обслуговування населення», дозволяє зробити висновок, що ця діяльність має ознаки господарської. Відповідно до ч. 1 ст. 3 Господарського кодексу України (ГК України), «господарська діяльність характеризується такими ознаками: вона здійснюється у сфері суспільного виробництва, спрямована на виготовлення та реалізацію певної продукції (зокрема, лікарських засобів), а також надання послуг вартісного характеру, які мають цінову визначеність» [7]. У контексті діяльності закладів охорони здоров'я ці критерії є повністю застосовними.

З огляду на це, виникає необхідність уточнення терміну «заклад охорони здоров'я». Замість поняття «юридична особа» доцільніше використовувати термін «господарська організація», який застосовується в господарському законодавстві (ч. 2 ст. 55 ГК України та інші нормативно-правові акти) і в науці господарського права для позначення суб'єктів господарювання, що мають статус юридичної особи, здійснюють господарську діяльність і зареєстровані в установленому законом порядку.

Ще одним важливим аспектом є те, що законодавче визначення терміну «заклад охорони здоров'я» допускає, що таким закладом може бути відокремлений підрозділ юридичної особи. Однак відокремлені підрозділи за чинним законодавством не є суб'єктами господарювання і не мають права самостійно отримувати ліцензії, зокрема на провадження медичної практики. У цьому контексті доречно погодитися з думкою А. В. Симонян, яка підкреслює, що «закладом охорони здоров'я слід вважати саме юридичну особу (господарську організацію), яка здійснює діяльність безпосередньо або через свої відокремлені структурні підрозділи» [41, с. 27].

Таким чином, уточнення поняття «заклад охорони здоров'я» шляхом акценту на терміні «господарська організація» не тільки узгоджується з господарським законодавством, але й дозволяє точніше відобразити правовий статус і характер діяльності таких закладів.

Ще одним важливим аспектом, на який варто звернути увагу, є вимога наявності ліцензії в закладах охорони здоров'я, закріплена у чинному

законодавчому визначенні цього терміну. Аналіз нормативно-правових актів свідчить, що ця ознака притаманна не всім закладам охорони здоров'я, оскільки деякі види діяльності, що входять до поняття «медичне обслуговування», не підлягають обов'язковому ліцензуванню.

Наприклад, у абзаці 2 пункту 3 постанови Кабінету Міністрів України «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики» від 2 березня 2016 року зазначено, що «дія цих Ліцензійних умов не поширюється на господарську діяльність, пов'язану із здійсненням таких видів робіт, як судово-медична гістологія, судово-медична експертиза, судово-медична імунологія, судово-медична криміналістика, судово-медична токсикологія, судово-медична цитологія та судово-психіатрична експертиза» [32]. Це означає, що відповідні види діяльності виключені зі сфери ліцензування.

Крім того, у Законі України «Про ліцензування видів господарської діяльності» від 2 березня 2015 року також відсутні положення про обов'язкове ліцензування зазначених видів діяльності. Це ще раз підкреслює, що не всі аспекти медичного обслуговування підлягають ліцензуванню, навіть якщо вони здійснюються в межах закладів охорони здоров'я.

Таким чином, наведені положення законодавства вказують на необхідність уточнення визначення «заклад охорони здоров'я» з урахуванням винятків із загального правила про ліцензування. Це дозволить усунути неоднозначність у правовому регулюванні та забезпечити більш точне відображення специфіки діяльності таких закладів.

Отже, вимога наявності ліцензії не може бути визнана загальною ознакою всіх закладів охорони здоров'я, що свідчить про необхідність корегування законодавчого визначення цього поняття. Крім того, слід переглянути й уточнити поняття «медичне обслуговування», у якому також згадується одержання закладами охорони здоров'я відповідної ліцензії відповідно до законодавства.

Враховуючи зазначене, доцільно запропонувати таке визначення терміну

«заклад охорони здоров’я» для закріплення на законодавчому рівні: «заклад охорони здоров’я – це господарська організація, що здійснює медичне обслуговування населення самостійно або через її відокремлений підрозділ на основі професійної діяльності медичних працівників» [8]/

Продовжуючи дослідження, доцільно зосередитися на аналізі видів закладів охорони здоров’я, що дозволить глибше зрозуміти теоретичні та практичні аспекти їх господарсько-правового статусу. У науковій літературі пропонуються різноманітні класифікації таких закладів, які базуються на різних критеріях.

Зокрема, О. В. Баєва запропонувала класифікацію закладів охорони здоров’я за такими підставами:

1. «За сферою діяльності: лікувально-профілактичні заклади; санітарно-профілактичні заклади; фармацевтичні заклади; інші заклади; заклади медико-соціального захисту» [3, с. 109-128].

2. «За організаційно-правовою формою: державні заклади охорони здоров’я; комунальні заклади охорони здоров’я; приватні заклади охорони здоров’я; заклади охорони здоров’я, які діють у формі господарських товариств; підприємства, засновані на власності об’єднань громадян» [3, с. 109-128].

Однак запропонований підхід до класифікації за організаційно-правовою формою має певні недоліки. Зокрема, у цій класифікації змішуються поняття «організаційно-правова форма» та «форма власності». Такий підхід потребує перегляду, оскільки кожне з цих понять має чітке юридичне значення, і їх поєднання може призвести до неоднозначності в розумінні класифікаційних критеріїв.

Таким чином, подальший аналіз класифікацій закладів охорони здоров’я має враховувати чітке розмежування організаційно-правових форм та форм власності, що дозволить уникнути плутанини і забезпечити адекватне правове регулювання їх діяльності.

А. В. Симонян запропонувала класифікацію закладів охорони здоров’я

за різними критеріями, що враховують їхню власність, мету діяльності, доступність послуг, напрямок роботи та спеціалізацію. Зокрема, класифікація включає: «за формою власності: державні, комунальні, засновані на приватній власності громадян чи юридичних осіб; за метою здійснення господарської діяльності: заклади, що діють з метою отримання прибутку, та заклади, діяльність яких спрямована на досягнення соціальних результатів; за доступністю медичної допомоги: загальнодоступні, відомчі, а також заклади, що обслуговують окремі категорії населення за професійними, відомчими чи іншими ознаками; за напрямом діяльності: лікувально-профілактичні, санітарно-профілактичні та заклади медико-соціального захисту; за спеціалізацією: однопрофільні, багатопрофільні, спеціалізовані та особливого типу заклади» [41, с. 92].

Наведені класифікації, хоча й доволі детальні, не є вичерпними та можуть бути доповнені з урахуванням зроблених вище висновків, а також новітніх змін у законодавстві, спрямованих на реформування сфери охорони здоров’я. Однією з таких додаткових класифікаційних ознак може бути наявність або відсутність ліцензії на провадження господарської діяльності.

Таким чином, заклади охорони здоров’я можна поділити на: ті, що діють на основі ліцензії, відповідно до законодавства; ті, що діють без ліцензії.

Як зазначалося вище, чинне законодавство передбачає, що більшість закладів охорони здоров’я повинні мати ліцензію. Виняток становлять заклади, які здійснюють господарську діяльність із судово-медичної гістології, судово-медичної експертизи, судово-медичної імунології, судово-медичної криміналістики, судово-медичної токсикології, судово-медичної цитології та судово-психіатричної експертизи (абз. 2 п. 3 Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики).

Доповнення класифікації зазначеною ознакою дозволить краще врахувати правовий статус закладів охорони здоров’я та специфіку їхньої діяльності в умовах реформування медичної галузі.

Додатковим критерієм класифікації закладів охорони здоров’я може бути

проходження акредитації. За цією ознакою заклади охорони здоров'я поділяються на ті, що пройшли акредитацію, та ті, які її не проходили. Ця підстава закріплена у ч. 5 ст. 16 Основ законодавства України про охорону здоров'я, де зазначається, що заклади охорони здоров'я можуть добровільно проходити акредитацію відповідно до порядку, встановленого Кабінетом Міністрів України.

Іншим критерієм класифікації є можливість приватизації закладів охорони здоров'я. Згідно з ч. 11 ст. 16 Основ законодавства України про охорону здоров'я, державні та комунальні заклади охорони здоров'я не підлягають приватизації. Відповідно, можна виділити дві групи: заклади охорони здоров'я, які підлягають приватизації; заклади охорони здоров'я, які не підлягають приватизації.

Ще однією класифікаційною підставою є орган підпорядкування закладів охорони здоров'я. За цією ознакою їх можна розподілити на:

1. «Заклади, що підпорядковуються Міністерству охорони здоров'я України як центральному органу виконавчої влади, відповідальному за реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я» [12].

2. «Заклади, що підпорядковуються іншим органам, наприклад, Міністерству оборони України, Міністерству внутрішніх справ України, Службі безпеки України, Державній прикордонній службі України, Державній кримінально-виконавчій службі України, а також іншим військовим формуванням та правоохоронним органам спеціального призначення. Діяльність цих закладів регулюється з урахуванням особливостей, визначених законодавством» [12].

Ця класифікація ґрунтується на аналізі чинного законодавства та підзаконних нормативно-правових актів. Запропоновані підстави класифікації дозволяють краще зрозуміти правовий статус закладів охорони здоров'я, їхню організаційну структуру та можливості у сфері охорони здоров'я.

6 квітня 2017 року до законодавства України було внесено зміни, які уточнюють класифікацію закладів охорони здоров'я за такими підставами, як

організаційно-правова форма та форма власності. Згідно з чинною редакцією ст. 16 Основ законодавства України про охорону здоров'я, заклади охорони здоров'я поділяються: «за формою власності: державні, комунальні, приватні або засновані на змішаній формі власності; за організаційно-правовою формою: заклади державної власності можуть утворюватися та функціонувати як казенні підприємства або державні установи; заклади комунальної власності – як комунальні некомерційні підприємства або комунальні установи; заклади приватної власності не обмежені у виборі організаційно-правової форми» [25].

Узагальнюючи викладене, пропонується таке уточнене визначення поняття «заклад охорони здоров'я» – це «господарська організація, яка здійснює медичне обслуговування населення самостійно або через відокремлений підрозділ на основі професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників» [31].

Крім того, заклади охорони здоров'я доцільно класифікувати за такими критеріями: «за органом підпорядкування; за організаційно-правовою формою; за формою власності; за ознакою ліцензування господарської діяльності; за ознакою проходження акредитації; за можливістю приватизації» [31]. Такий підхід дозволяє більш чітко визначити правовий статус закладів охорони здоров'я, врахувати їхню різноманітність та особливості функціонування в умовах реформування системи охорони здоров'я.

1.2. Види медичних послуг та їх характері властивості

Забезпечення сталого соціально-економічного розвитку України та її інтеграція до Європейського Союзу потребують удосконалення механізмів охорони здоров'я та підвищення якості надання медичних послуг. Відсутність належного фінансування системи охорони здоров'я, дієвих механізмів управління якістю медичних послуг та впливу на ці процеси свідчить про необхідність її реформування.

Однією з причин недостатньої ефективності ринку медичних послуг в

Україні є відсутність єдиного теоретичного визначення поняття «медична послуга». Уперше медична послуга була виділена як окремий вид економічної діяльності в галузі охорони здоров'я у відповідному розділі Класифікації видів економічної діяльності (КВЕД) «Охорона здоров'я і соціальна допомога» [17].

У науковій літературі існують різні трактування поняття «медична послуга». Так, Л. В. Щербаченко визначає її як «послугу лікувально-профілактичного характеру, яка здійснюється одним або бригадою медичних працівників у процесі лікування хворого», при цьому ототожнюючи поняття «медична допомога» з «лікуванням» [55, с. 170]. М. М. Шутов вважає, що «медична послуга – це дії медичного персоналу, спрямовані на задоволення насущних потреб пацієнтів у відновленні та підтриманні здоров'я». Він підкреслює, що «медична послуга – це частина медичної допомоги, яка складається з окремих медичних послуг» [53, с. 286].

Інший підхід пропонує О. І. Смотров, визначаючи медичну послугу як «діяльність послугодавця, спрямовану на досягнення такого результату, корисні властивості якого здатні задовольнити потреби особи у відновленні або підтриманні здоров'я. Така діяльність не має матеріальної форми та не може бути гарантована послугодавцем» [42].

А. Г. Ахламов та Н. Л. Кусик трактують медичну послугу як «дії медичного персоналу, спрямовані на задоволення потреб пацієнтів у відновленні та підтриманні здоров'я» [2]. Д. І. Черненко, зі свого боку, наголошує, що «медична послуга – це різновид медичної діяльності, що надається професійними медичними працівниками, спрямована на профілактику, діагностику, лікування захворювань, оздоровлення організму, відновлення його фізичного та психологічного здоров'я, і має вартість» [45].

Ці різні підходи свідчать про необхідність більш глибокого дослідження поняття «медична послуга», що дозволить створити єдину концепцію, яка буде відповідати сучасним вимогам у сфері охорони здоров'я.

Відповідно до галузевого класифікатора «Довідник медичних процедур (послуг) та хірургічних операцій», «медична процедура (послуга) – це

послідовно визначені дії або комплекс дій медичного персоналу, направлені на діагностику, лікування або профілактику захворювання, які мають самостійно закінчене значення і певну ціну» [5]. Суттєвим для визначення медичної процедури (послуги) є їх розподіл на прості та складні (комплексні). Проста медичні процедура (послуга) – це «неподільна послуга, яка виконується медичними фахівцями для пацієнта в обсязі одного з елементів діагностики, лікування або профілактики» [5]. Складна (комплексна) медична процедура (послуга) – це «комплекс послідовних дій, який виконується медичними фахівцями для пацієнта і складає набір простих медичних процедур (послуг) з метою формування окремих етапів медичної допомоги» [5].

Деякі науковці визначають медичну послугу як «захід або комплекс заходів, які виходять за межі визначеної лікарем медичної допомоги та надаються за бажанням фізичної особи або на замовлення юридичної особи на платних засадах» [1]. У цьому контексті медична допомога трактується як діяльність медичних працівників, що включає комплекс заходів, спрямованих на оздоровлення та лікування пацієнтів у станах, що загрожують їхньому життю, здоров'ю чи працездатності.

З метою формулювання чіткого визначення поняття «медична послуга» скористаємося теорією визначень, яка пропонує кілька підходів до створення дефініцій: через рід і видові відмінності, семантичні та синтаксичні методи тощо. У даному випадку доцільним є застосування екстенціального семантичного підходу, адже цей метод передбачає аналіз поняття через розкриття значення його складових.

Згідно з тлумачними словниками, термін «медичний» означає «той, що стосується медицини, діагностики, лікування та профілактики захворювань» [9]. Водночас «послуга» визначається як: 1) «особлива споживча вартість процесу праці, виражена в корисному ефекті, що задовольняє потреби людини, колективу або суспільства» [1]; 2) «форма невиробничої праці, яка виражає соціально-економічне відношення, що характеризує споживання доходу» [1]; 3) «визначена цілеспрямована діяльність, яка існує у формі корисного ефекту

праці та виражає обмін праці на дохід» [1]; 4) «дія або вчинок, що надає користь чи допомогу іншій особі» [1].

На основі цих визначень можна стверджувати, що медична послуга – це діяльність, яка одночасно відповідає критеріям медичної спрямованості (діагностика, лікування, профілактика захворювань) та задовольняє потреби споживача завдяки корисному ефекту. Вона може бути надана як у межах основної медичної допомоги, так і виходити за її межі, відповідаючи індивідуальним запитам пацієнтів або організацій.

Таким чином, медична послуга є складним явищем, що поєднує соціально-економічні, правові та медичні аспекти, які потребують подальшого вивчення для формулювання загальноприйнятого визначення.

Медична послуга є результатом професійної діяльності медичних працівників, що здійснюється з використанням спеціалізованих знань у галузі медицини, а також матеріальних ресурсів. Вона може розглядатися як структурована одиниця медичної допомоги, яка надається населенню медичними працівниками або закладами охорони здоров'я. У цьому сенсі медична послуга виступає як специфічний товар, що має унікальні характеристики.

Однією з ключових особливостей медичних послуг є «їхній соціально значущий характер, адже вони забезпечують життєво важливі функції, задовольняючи основні потреби людини – збереження здоров'я та життя» [43]. З цієї точки зору, медичні послуги можна вважати незамінним благом. Вони належать до категорії товарів, суспільна значущість яких перевищує їхнє індивідуальне значення. Саме ця обставина є причиною обмеження повної свободи ринкових відносин у сфері охорони здоров'я.

Медичні послуги відзначаються високою специфічністю. Однією з ключових характеристик є те, що результат медичної діяльності формується безпосередньо в процесі надання послуги. Ця діяльність не завершується створенням матеріальних благ чи їх привласненням, а спрямована на зміну стану здоров'я людини. Завданням медичної діяльності є не виробництво

товару, а зміна незадовільного стану здоров'я пацієнта на більш задовільний, діагностика чи консультування.

Крім того, медичні послуги мають загальні властивості, характерні для сфери послуг. Вони є «нематеріальними та невідчутними, не підлягають збереженню чи транспортуванню, завжди персоніфіковані та невіддільні від їх виконавця. Якість медичної послуги може варіювати навіть за однакових умов та в одного й того самого фахівця» [2].

Таким чином, медичні послуги вирізняються унікальними характеристиками, які відрізняють їх від інших товарів і послуг, та потребують окремого підходу до їх організації, управління та регулювання.

Поряд із традиційними властивостями послуг, медична послуга має низку специфічних рис, «властивих саме їй: медична послуга може бути дуже тривалою у часі, наприклад, у випадку хронічного захворювання медична послуга може надаватися протягом усього життя пацієнта; не завжди відчутним є ефект від споживання послуги, наприклад, у випадку профілактичних заходів; медицина більшою мірою, ніж будь-яка інша галузь, відчуває на собі вплив державного регулювання, що спостерігається у наявності переважно державного фінансування, необхідності ліцензування, вимог до кваліфікації персоналу тощо» [1, с. 195].

Шутов М. М. наводить ще такі «особливості медичної послуги: збудована на довірі споживача до виконавця; споживач послуги бере участь або присутній при її виконанні до досягнення цілі; оцінка якості суб'єктивна, залежить від особистості споживача; при наданні медичної послуги присутній ризик смерті» [53, с. 287].

Мокрицька А. виділяє «наступні характерні властивості медичної послуги в умовах ринкових відносин: непередбачуваність, за якої пацієнт, що прийшов на прийом до лікаря, не може заздалегідь знати результат відвідування, а необхідність в медичній послузі оцінюється споживачем вже після надання цієї послуги; невіддільність від джерела послуги, при якій пацієнт, що записався до певного лікаря, отримає вже не ту послугу, якщо

потрапить через відсутність одного лікаря до іншого; непостійність якості, в залежності від якої одну і ту ж медичну послугу лікарі різної кваліфікації надають по-різному; неможливість нагромадження, за якої медична послуга існує або виникає тільки в момент споживання, у зв'язку з чим не можливе її нагромадження і зберігання» [23, с. 118].

Марова С.В. та Вовк С.М. стверджують, що «медична послуга, будучи товаром ринку, різко відрізняється від якого-небудь іншого товару або послуги і характеризується рядом власних ознак: не існує до початку виробництва; трудомістка і не має чіткої вартості до закінчення виконання; не матеріальна; важко піддається розрахунку; персоніфікована; інтелектуально залежить від виробника послуги; якість послуги мінлива навіть при виконанні її одним й тим самим лікарем; будується на до послуги є суб'єктивною і залежить від особливостей споживача та ін.» [19].

Незважаючи на те, що існує низка «класифікацій медичних послуг, наприклад, за характером – профілактичні, діагностичні, лікувальні, консультаційні, реабілітаційні; за сегментами галузі охорони здоров'я – стаціонарні, амбулаторно-поліклінічні, санітарно-гігієнічні, параклінічні, епідеміологічні; за рівнями надання медичної допомоги – спеціалізовані, високоспеціалізовані, долікарські, лікарські медичні послуги, чинним законодавством визначені види медичної допомоги, наприклад швидка та невідкладна, амбулаторно-поліклінічна, стаціонарна, санаторно-курортна тощо, та перелік платних медичних послуг, зокремако сметологічна допомога, анонімне обстеження, медичні огляди, протезування та інші; вони також можуть бути класифіковані за джерелами фінансування» [23, с. 119].

За джерелами фінансування можна виділити «медичні послуги, отримання яких для користувача буде платним або ж безоплатним. Таким чином, всі медичні послуги можна розділити на чотири групи: основні медичні послуги, тобто послуги, які фінансуються за рахунок бюджетних коштів або коштів обов'язкового медичного страхування; оплачувані медичні послуги, тобто послуги, що фінансуються за рахунок коштів конкретного підприємства

і призначені для працівників даного підприємства; платні медичні послуги, тобто послуги, надання яких пацієнт оплачує за рахунок власних коштів у повному обсязі після надання йому цих послуг; спеціальна медична допомога – це комплекс послуг, фінансування яких здійснюється цільовим призначенням тільки за рахунок бюджетних коштів» [23, с. 119-120].

Згідно даних робот деяких вчених, медична практика «включає: консультаційні послуги та лікування, що надається лікарями всіх спеціальностей в лікувальних установах (амбулаторіях) і в умовах приватної практики; діагностичні послуги; проведення аналізів; послуги приватних консультантів; послуги швидкої та невідкладної медичної допомоги; послуги санаторно-курортних організацій; послуги інших лікувальних установ для відновлення здоров'я людини» [27]. Там же зазначається, що медичні послуги можуть бути короткострокові та довгострокові.

На основі узагальнення проаналізованого матеріалу можна систематизувати всі види медичних послуг у єдину загальну класифікацію (табл. 1.1).

Таблиця 1.1

Узагальнена класифікація медичних послуг за різними ознаками

Ознаки класифікації	Види медичних послуг
За видами медичної практики	- консультації; - діагностика; - лікувальна справа.
За місцем надання послуги	- стаціонар; - поліклініка; - швидка та невідкладна допомога; - санаторії, профілакторії та ін.
За складністю	- прості послуги; - складні послуги.
За часом виконання	- короткострокові; - довгострокові.
За кількістю учасників, зайнятих у наданні послуги	- одноосібні; - групові.
За характером економічних відносин	- послуги державних установ; - послуги комунальних установ; - послуги установ приватного сектору.

Примітка. Наведено за [19]

Медична послуга, як результат діяльності медичних установ і працівників, здебільшого ототожнюється з виробничою діяльністю. Це породжує низку запитань, зокрема: хто і за рахунок яких ресурсів компенсуватиме витрати на лікування, яким чином це відбуватиметься, і наскільки ефективно будуть використовуватись наявні фінансові ресурси. Незважаючи на ці питання, різноманітні форми фінансування медичних послуг існують і функціонують у багатьох країнах.

Міжнародна практика свідчить, що «фінансування медичних послуг може здійснюватися кількома шляхами. До них належить пряма оплата пацієнтом за отримані послуги, компенсація витрат страховими компаніями за рахунок внесків роботодавців і працівників, а також перерозподіл бюджетних податків на користь медичної галузі» [56].

Незалежно від способу фінансування, процес надання медичної допомоги вимагає економічного обґрунтування витрат і належного регулювання фінансових потоків. У європейських країнах, наприклад, окрім завдання підвищення якості медичних послуг, значну увагу приділяють стримуванню зростання витрат на медицину. Це необхідно для підвищення ефективності використання інвестицій у медичну галузь, що виражається в покращенні здоров’я населення. Таким чином, вирішення медичних і економічних питань у сфері охорони здоров’я здійснюється одночасно, з урахуванням їх взаємозв’язку.

Узагальнюючи викладене, можна зробити висновок, що медична послуга, хоч і є ринковим товаром, суттєво відрізняється від інших видів послуг або товарів. У суспільстві поширене уявлення про безкоштовність медичної допомоги і платність медичних послуг, що пов’язано з соціальним характером медичних відносин, адже їхнім об’єктом є людина. Протиставлення медичної допомоги, як безкоштовної, і медичних послуг, як платних, створює певні суперечності в діяльності приватного сектору медицини, що потребує подальшого теоретичного і практичного опрацювання.

РОЗДІЛ 2
АНАЛІЗ РЕСТРУКТУРИЗАЦІЇ СИСТЕМИ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В КНП «ЗБОРІВСЬКА ЛІКАРНЯ» ЗБОРІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ

2.1. Діагностика рівня задоволеності пацієнтів якістю медичних послуг досліджуваного закладу охорони здоров'я

Для оцінки рівня задоволеності пацієнтів якістю медичної допомоги в КНП «Зборівська лікарня» ЗМР було проведено соціологічне дослідження. Об'єктом дослідження виступили пацієнти закладу охорони здоров'я, зокрема працюючі громадяни, безробітні, пенсіонери та діти. Кожен анкетований був одиницею спостереження.

Розмір репрезентативної вибірки визначався за методикою В. І. Паніотто, що допускає 5-відсоткову похибку. Відповідно до таблиці Паніотто, для генеральної сукупності в межах 100-200 осіб обсяг вибірки повинен становити 28-33 анкети. У межах дослідження було опитано 30 пацієнтів, що повністю відповідає вимогам репрезентативності.

Для опитування було розроблено анкету «Задоволеність якістю медичної допомоги», створену з урахуванням трикомпонентного підходу до оцінки якості медичної допомоги. Також передбачалася можливість статистичної обробки зібраних даних із застосуванням пакета прикладних програм SPSS (версія 12.0) та Excel для Windows XP. З огляду на соціальну значущість, до анкети був доданий компонент «доступність», що дозволяє врахувати ширший спектр факторів, які впливають на рівень задоволеності пацієнтів.

Анкета була структурована таким чином, щоб забезпечити зручність заповнення та точність отриманих даних. Більшість питань анкети мали закриту форму, де респонденти могли обрати один із запропонованих варіантів відповідей. Переважна частина питань була альтернативною, тобто передбачала вибір лише однієї відповіді. Однак деякі питання мали неальтернативний характер, дозволяючи респондентам обрати кілька варіантів

відповідей. У таких випадках сума питомих відповідей могла перевищувати 100%, що враховувалося при обробці даних.

Під час соціологічного дослідження застосовувалася безповторна випадкова вибірка, де кожен респондент заповнював анкету лише один раз. Дослідження зосереджувалося на вивченні задоволеності пацієнтів різними аспектами якості медичної допомоги. Було сформовано кілька тематичних блоків питань: ЗСК – задоволеність структурним компонентом якості, включає 7 питань; ЗТК – задоволеність технологічним компонентом якості, 8 питань; ЗРК – задоволеність результативним компонентом якості, 14 питань; ЗД – задоволеність доступністю медичної допомоги, 7 питань, виділений через його соціальну значущість.

На підготовчому етапі дослідження була проведена валідація анкети з метою забезпечення її надійності та достовірності. Оцінка внутрішньої стійкості здійснювалася через обчислення α-коефіцієнта Кронбаха для кожної шкали опитувальника. Ця формула враховує кількість пунктів тесту, дисперсію кожного пункту та загальну дисперсію балів по всьому тесту.

Результати розрахунків показали, що внутрішня узгодженість за показником α-коефіцієнта Кронбаха перебувала в межах 0,74-0,81 для всіх шкал. Ці значення свідчать про високий рівень надійності анкети, що повністю відповідало завданням дослідження.

Для оцінки відтворюваності результатів анкети на невеликій групі пацієнтів було використано метод «ретестової надійності». Цей метод дозволяє оцінити стабільність у часі властивостей досліджуваного предмета, в даному випадку якості медичної допомоги. Результати аналізу показали, що значення коефіцієнта кореляції Пірсона склало 0,81, що вказує на високу ступінь відтворюваності.

Чутливість анкети оцінювалася як здатність відображати достовірні зміни рівня задоволеності якістю медичної допомоги залежно від змін у стані респондента, наприклад, під час процесу лікування. Для цього застосовувався парний критерій Стьюдента. Чутливість шкал анкети перевіряли під час

попереднього та основного дослідження з інтервалом у два місяці на малих вибірках пацієнтів. Результати аналізу не виявили достовірних відмінностей між двома серіями анкетного опитування ($p > 0,05$). Це свідчить про достатню стабільність досліджуваного явища, а саме якості медичної допомоги.

Конструктивна валідність анкети оцінювалася як здатність її структури достовірно вимірювати те, для чого вона була розроблена. Для цього знову був використаний коефіцієнт кореляції Пірсона. Результати підтвердили наявність прямого середньо-сильного зв'язку між ключовими блоками анкети (ЗСК, ЗКР, ЗД) і підсумковим питанням про загальну задоволеність якістю медичної допомоги (ЗДК). Ці результати наведені в табл. 2.1, і вони підтверджують адекватність використаного інструментарію.

Таблиця 2.1

Кореляційний аналіз залежності загальної задоволеності якістю медичної допомоги від задоволеності пацієнтів за аналізованими блоками

	M	r(X,Y)	t	p
ЗСК	26.47			
ЗДК	3.69	0.3	7.03	$p < 0.001$
ЗТК	30.12			
ЗДК	3.69	0.1	1.4	$p = 0.2$
ЗРК	34.59			
ЗДК	3.69	0.5	10.3	$p < 0.001$
ЗД	33.47			
ЗДК	3.69	0.4	8.3	$p < 0.001$

Примітка. Розраховано автором

Для спрощення аналізу та підвищення наочності даних задоволеності пацієнтів якістю медичної допомоги, отриманих за допомогою розробленої анкети, був введений інтегральний показник задоволеності (Кзадовол). Цей коефіцієнт обчислювався як середнє арифметичне показників задоволеності за всіма блоками анкети.

На етапі попереднього тестування було встановлено внесок оцінок різних блоків задоволеності у загальну дисперсію результатів. Отримані дані розподілилися наступним чином:

1. Блок задоволеності доступністю медичної допомоги (ЗД): 33% – найбільший вплив на загальний рівень задоволеності, що свідчить про важливість забезпечення доступності медичних послуг для пацієнтів.

2. Блок задоволеності якістю структурного компонента (ЗКБ): 26% – значна частка, що акцентує увагу на інфраструктурі, матеріально-технічній базі та комфорті в закладі охорони здоров'я.

3. Блок задоволеності якістю результату (ЗКР): 21% – оцінка кінцевого результату медичної допомоги, яка прямо впливає на сприйняття пацієнтів.

4. Блок задоволеності якістю технологій медичної допомоги (ЗКТ): 20% – важливість використання сучасних технологій та методик у наданні медичних послуг.

Розрахунок інтегрального коефіцієнта задоволеності дозволяє оцінювати загальний рівень задоволеності пацієнтів, враховуючи різні аспекти медичної допомоги, та визначати пріоритети для покращення діяльності закладу охорони здоров'я.

Результати дослідження дозволили встановити, що коефіцієнт задоволеності пацієнтів якістю наданих медичних послуг (Кзадовол) має чітку градацію. Максимальне значення цього показника дорівнює 1 і свідчить про повну задоволеність. Значення Кзадовол у діапазоні від 1,0 до 0,81 вказує на відмінний рівень задоволеності. Якщо коефіцієнт знаходиться між 0,8 та 0,71, то це хороший результат. Значення в межах від 0,7 до 0,41 відображає задовільний рівень якості. Показник нижче 0,4 свідчить про незадовільний рівень і потребує уваги та втручання.

Для систематизації даних було створено базу з використанням програмного забезпечення Microsoft Excel. Ця база може бути застосована в будь-якому закладі охорони здоров'я для моніторингу задоволеності пацієнтів якістю медичних послуг.

Соціологічне дослідження охопило кілька категорій респондентів. Працюючі пацієнти становили 17,3% від загальної кількості опитаних, безробітні пацієнти – 7,9%, а пенсіонери – 8,8%. Розподіл за рівнем освіти

показав, що 52,5% респондентів мали середню або середню спеціальну освіту, а 47,5% – вищу освіту. Кореляція між рівнем освіти та задоволеністю якістю медичних послуг виявилася незначною, з коефіцієнтом r = –0.1.

Самооцінка стану здоров'я пацієнтів продемонструвала, що 24,8% опитаних оцінили свій стан як «поганий» або «дуже поганий». Майже половина респондентів (49,7%) визнали своє здоров'я «задовільним». Лише 18,2% пацієнтів відзначили «хороший» стан здоров'я, а 3,5% оцінили своє здоров'я як «відмінне». Ще 3,8% респондентів вагалися з відповіддю. Аналіз показав, що самооцінка стану здоров'я не мала значного впливу на загальну задоволеність якістю медичних послуг (r = 0.1).

Таким чином, запропонований підхід до вимірювання рівня задоволеності пацієнтів є ефективним та може використовуватися для підвищення якості послуг у закладах охорони здоров'я. Рівень задоволеності відображає об'єктивні показники якості медичної допомоги, навіть попри вплив суб'єктивних чинників, таких як самопочуття пацієнтів.

Основними причинами звернень пацієнтів за медичною допомогою протягом останнього року були такі: необхідність лікування (25,2%), профілактичні огляди (16,0%) та побоювання за своє здоров'я (14,5%). При цьому важливо зазначити, що реальна частка звернень для проходження профілактичних оглядів може бути вищою, якщо врахувати відповіді про необхідність направлення на обстеження за межі закладу (9,0%) та консультацію у лікаря-спеціаліста (9,4%).

Оцінка структурного компонента якості медичної допомоги показала, що більшість респондентів позитивно оцінили матеріально-технічне забезпечення, фінансові та кадрові ресурси досліджуваного закладу охорони здоров'я (табл. 2.2). Частка пацієнтів, які оцінили якість структурного компонента як «відмінну», становила від 54,5% до 76,0% залежно від групи без значних статистичних відмінностей. Кожен третій пацієнт (31,8%) оцінив цей компонент як «добрий».

Таблиця 2.2

Рівень задоволеності якістю структурного компонента медичної допомоги у різних групах анкетованих, %

Розподіл оціночних рівнів	Незадовільно 2-3 бали РЗКС < 0.7	Задовільно 3-3,9 бали РЗКС = 0,7-0,79	Добре 4,0-4,5 бали РЗКС = 0,8-0,9	Відмінно 4,6-5,0 бали РЗКС > 0.9
Працюючі пацієнти	0,5±0,4	7,6±1,8	31,9±3,2	60,0±3,4
Безробітні пацієнти	0	4,0±3,9*	20,0±8,0*	76,0±8,5*
Пенсіонери	0	5,5 ±3,1*	40,0±6,6*	54,5±9,2*
Діти	3,6 ±3,5%	10,7±5,8*	25,0±8,2*	60,7±9,2*
Усі категорії	0,6±0,4%	7,5±1,5*	31,8±2,6*	60,3±2,7*

Примітка. Розраховано автором
* p > 0,05 відносно до загальної кількості пацієнтів

Проте особливу увагу слід звернути на групу пацієнтів, які оцінили рівень структурного компонента як «задовільний» або «незадовільний». Їхня частка склала 8,1%. У цій групі 72% респондентів були задоволені станом приміщень закладу, однак 76% висловили незадоволення рівнем оснащеності медичним обладнанням. Найнижчі оцінки пацієнтів стосувалися стану приміщень, із середніми балами у межах 3,8-4,1. Щодо рівня оснащеності обладнанням, середні оцінки становили 4,3-4,5 бали.

Оцінка доступності медичної допомоги є важливим аспектом її якості, оскільки спостерігається значна кореляційна залежність (r = 0,82) між цим показником та інтегральним коефіцієнтом задоволеності (Кзадовол). Більшість респондентів (65-66%) оцінили доступність медичної допомоги як «хорошу» або «відмінну». Проте значна частка пацієнтів (28,1-32,0%) вважає доступність лише «задовільною», що свідчить про наявність проблем у цій сфері (табл. 2.3).

Детальний аналіз відповідей пацієнтів, які оцінюють доступність як «задовільну» або «незадовільну», є необхідним для ідентифікації чинників, що негативно впливають на цю характеристику якості медичної допомоги. У групі пацієнтів, які виявили незадоволення доступністю медичних послуг (їх частка становить 34,6% серед загальної оцінювальної структури), виявлено такі проблеми:

1. Час очікування прийому лікаря: 46,8% пацієнтів зазначили, що їм доводилося чекати на прийом більше години.

2. Недостатня доступність спеціалізованої допомоги: 27,5% респондентів висловили незадоволення можливістю отримання спеціалізованої медичної допомоги у разі потреби.

Таблиця 2.3

Рівень задоволеності доступністю медичної допомоги в різних групах анкетованих %

Розподіл оціночних рівнів	Незадовільно 2-3 бали РЗДос < 0,7	Задовільно 3,1-3,9 бали РЗДос = 0,7-0,79	Добре 4.0-4.5 бали РЗДос = 0,8-0,9	Відмінно 4,6-5,0 бали РЗДос > 0.9
Працюючі пацієнти	6,2±1,7	28,1±3,1	42,4±3,4	23,3±3,9
Безробітні пацієнти	0,0±0	32,0±9,3*	44,0±9.9*	24,0±8,5*
Пенсіонери	10,9±4,2*	29,1±6,1*	34,5±6,4*	25,5±5,8*
Діти	0,0±0	28,6±8,5*	32,1±8,8*	39,3±9,2*
Усі категорії	6,0±1,3 *	28,6±2,5*	40,3±2,7*	25,2±2,4*

Примітка. Розраховано автором
* p > 0,05 відносно до загальної кількості пацієнтів

Ці результати свідчать про необхідність вдосконалення організації медичних послуг, зокрема скорочення часу очікування та забезпечення кращого доступу до спеціалізованої допомоги, що позитивно вплине на загальний рівень задоволеності пацієнтів.

Аналіз відповідей респондентів виявив, що 31,1% пацієнтів, незадоволених доступністю медичної допомоги, вказували на труднощі в отриманні консультацій лікаря-фахівця. Це пов’язано з тим, що у 35,8% випадків консультації надавалися із затримкою: через тиждень або протягом 2–7 днів після їх призначення. Множинний кореляційний аналіз засвідчив, що своєчасність отримання спеціалізованої консультативної та медичної допомоги має значний вплив на загальну оцінку якості медичної допомоги, зокрема інтегрального показника задоволеності (Кзадовол) та доступності медичних послуг (ЗД). Кореляційний коефіцієнт склав r = +0,7 (p < 0,05).

Окрім того, 71,6% респондентів зазначили про обмежену соціальну

доступність медичних послуг для дітей, а 45,9% опитаних вказали на високий рівень матеріальних витрат на організацію лікування (придбання медикаментів, оплата лікування), що свідчить про обмежену економічну доступність медичної допомоги.

Порівняльний аналіз загальної оцінки доступності медичної допомоги серед різних категорій пацієнтів досліджуваного закладу охорони здоров'я показав, що середній бал цього блоку становив 4,1-4,2, без значних статистичних відмінностей між групами. Однак в окремих аспектах були виявлені статистично значущі розбіжності. Наприклад, працюючі пацієнти давали вищі оцінки можливості отримання медичної допомоги, ніж непрацюючі, але частіше вказували на триваліший термін очікування прийому лікаря. Пацієнти-пенсіонери, порівняно з працюючими, частіше брали участь у фінансуванні лікування (купівля медикаментів, оплата медичних послуг), що знижувало їхню оцінку економічної доступності медичної допомоги (4,2 бали у працюючих проти 3,5 балів у пенсіонерів, $p < 0,05$). Зокрема, 36,4% пенсіонерів зазначили, що сплачували повністю або частково за медичні послуги, зокрема стоматологічні та діагностичні обстеження.

Оцінка результативного компонента якості медичної допомоги дозволила дослідити задоволеність пацієнтів змінами свого стану здоров'я після лікування, а також оцінити діяльність лікувально-діагностичних підрозділів і закладу загалом. Порівняльна характеристика результативного компонента за категоріями пацієнтів представлена у табл. 2.4. Аналіз даних

про оцінку результативного компонента якості медичної допомоги показав, що майже кожен дев'ятий пацієнт вважає, що результативність наданих медичних послуг знаходиться на досить високому рівні. У загальному підсумку 87,7% респондентів оцінили питання цього блоку на «добре» або «відмінно». При цьому статистично значущих відмінностей між групою працездатних пацієнтів та іншими групами респондентів не виявлено.

Практично у всіх групах респондентів було зафіксовано суттєве покращення стану здоров'я внаслідок проведеного лікування. Середня оцінка

цього показника становила 4,0-4,2 бали без суттєвих статистичних відмінностей між групами. Водночас пенсіонери та безробітні пацієнти частіше зверталися до лікарів порівняно з працюючими пацієнтами, що пояснюється початковим рівнем їхнього здоров'я.

Таблиця 2.4

Розподіл оцінок за рівнем задоволеності результативним компонентом якості медичної допомоги в різних групах анкетованих %

Розподіл оціночних рівнів	Незадовільно 2-3 бали РЗКР < 0.6	Задовільно 3,1-3,99 бали РЗКР = 0,62-0,79	Добре 4,0-4,55 бали РЗКР = 0,8-0,9	Відмінно 4,56-5,0 бали РЗКР > 0.9
Працюючі пацієнти	0±0	11,9±2,2	31,4±3,2	56,7±3,4
Безробітні пацієнти	0±0	4,0*±3,9	28,0*±8,9	68,0*±9,3
Пенсіонери	0±0	10,9*±4,2	36,4*±6,5	52,7*±6,7
Діти	0±0	25,0*±8,1	17,9*±7,2	57,1*±9,4
Усі категорії	0±0	12,2±1,8	30,8±2,6	56,9±2,8

Примітка. Розраховано автором
* $p > 0,05$ відносно до загальної кількості пацієнтів

Результати діяльності різних функціональних підрозділів закладу охорони здоров'я були високо оцінені всіма групами респондентів, середній бал склав 4,7-4,8 ($p > 0,05$). Респонденти також виявили високий рівень довіри до лікувально-діагностичного процесу, що підтверджується оцінкою безпеки лікування на рівні 4,4-4,5 балів ($p > 0,05$). Досліджуваний заклад охорони здоров'я отримав перевагу над іншими установами, отримавши середню оцінку 4,8.

Рівень задоволеності пацієнтів роботою лікарського та сестринського персоналу також виявився високим, зі середніми оцінками 4,7-4,9 та 4,7-4,8 балів відповідно. У загальному підсумку рівень задоволеності лікувально-діагностичним процесом в досліджуваному закладі склав 4,6-4,8 бали без значних статистичних відмінностей між групами респондентів.

Хоча загальні оцінки рівня задоволеності результативним компонентом якості медичної допомоги є досить високими, окрему увагу привертає аналіз причин, через які деякі пацієнти дали «задовільну» оцінку діяльності досліджуваного закладу охорони здоров'я. Частка таких респондентів склала

12,2% ± 1,8%.

Серед цієї групи 46,2% ± 7,9% анкетованих виявили недостатнє задоволення змінами у своєму стані здоров'я під час лікування, а 56,4% ± 7,9% пацієнтів висловили сумніви щодо безпеки наданого лікування. Водночас, респонденти цієї категорії загалом позитивно оцінили роботу лікаря – у 92,3% ± 4,3% випадків, а також діяльність закладу охорони здоров'я в цілому – у 79,5% ± 6,5% випадків.

Детальна порівняльна оцінка процесного компонента якості медичної допомоги, отримана від різних категорій пацієнтів, представлена в табл. 2.5.

Таблиця 2.5

Розподіл оцінок за рівнем задоволеності процесним компонентом якості медичної допомоги в різних групах анкетованих %

Розподіл оціночних рівнів	Незадовільно 2-3 бали РЗКТ < 0.6	Задовільно 3,1-3,99 бали РЗКТ = 0,62-0,79	Добре 4,0-4,55 бали РЗКТ = 0,8-0,9	Відмінно 4,56-5,0 бали РЗКТ > 0.9
Працюючі пацієнти	0±0	13,3±2,3 (28)	36,7±3,3 (77)	50,0±3,5 (105)
Безробітні пацієнти	0±0	4,0**±3,9 (1)	36,0*±9,6 (9)	60,0*±9,8 (15)
Пенсіонери	0±0	7,2*±3,5 (4)	38,2*±6,6 (21)	54,5*±6,7 (30)
Діти	3,6±3,5 (1)	3,6**±3,5 (1)	32,1*±8,8 (9)	60,7*±9,2 (17)
Усі категорії	0,3±0,3 (1)	10,7±1,7 (34)	36,5±2,7 (116)	52,5±2,8 (167)

Примітка. Розраховано автором
* p > 0.05 по відношенню до категорії працюючих пацієнтів
** p < 0.05 по відношенню до категорії безробітних пацієнтів

Аналіз отриманих даних засвідчив, що більшість респондентів (89%) оцінили рівень процесного компонента якості медичної допомоги як «хороший» або «відмінний». Загальний рівень оцінок для цього блоку вказує на досить високий рівень задоволеності пацієнтів, що підтверджується результатами, наведеними в табл. 2.6.

Аналіз даних свідчить, що на загальну оцінку задоволеності якістю медичних технологій значною мірою впливає рівень задоволеності лікувально-діагностичними, реабілітаційними та профілактичними процесами, які здійснюються в досліджуваному закладі охорони здоров'я. Виявлено позитивну кореляційну залежність між оцінками цих аспектів та загальним

сприйняттям процесного компонента якості (r = +0.7), зокрема для лікувального процесу ця залежність ще більш виражена (r = +0.8).

Таблиця 2.6

Порівняльний аналіз загальної оцінки процесного компонента якості медичної допомоги

Оцінка середнього балу блоку	Працюючі пацієнти			Безробітні пацієнти			Пенсіонери			Діти		
	M	±m	σ	M	±m	σ	M	±m	σ	M	±m	σ
ЗКТ	4,5	0,03	0,5	4,6	0,1	0,3	4,7*	0,07	0,5	4,2*	0,1	0,6

Примітка. Розраховано автором
* p < 0.05 порівняно з групою працюючих пацієнтів

У групі респондентів, які висловили задовільні або незадовільні оцінки якості медичних технологій (їх частка становить 11%), 28,6±7,6% вказали на недостатнє використання сучасних технологій лікування лікарями. У 37,1±8,2% випадків претензії стосувалися технологій, що застосовуються в лікувальному процесі, а у 40,0±8,3% – технологій реабілітації. Найбільше незадоволення у цій групі було пов'язано із якістю супровідних послуг, про що зазначили 68,6±7,8% опитаних. Кожен третій респондент цієї групи дав низькі «задовільні» оцінки якості лікувально-охоронного режиму та технологій медико-профілактичної роботи.

Цікаво, що ставлення до організації лікувально-охоронного режиму варіюється залежно від категорії респондентів. Безробітні пацієнти оцінили цей аспект на низькому рівні (3,8±0,2 бали), тоді як працюючі пацієнти, які знаходилися на лікуванні, високо оцінили такі режимні заходи (4,8±0,1 бали).

Підсумовуючи аналіз отриманих даних, можна представити загальну характеристику задоволеності якістю медичної допомоги на основі загального інтегрального коефіцієнта. Важливим є той факт, що серед усіх отриманих відповідей не було жодної, яка б свідчила про поганий рівень якості медичної допомоги. Загальний розподіл думок пацієнтів виглядає наступним чином:

1. «Задовільний» рівень (Кзадовол = 0,7–0,41) – 2,5%.
2. «Добрий» результат (Кзадовол = 0,8–0,7) – 14,5%.

3. «Відмінний» результат (Кзадовол = 1,0–0,81) – 83,0%.

При цьому статистичних відмінностей у співвідношенні оцінок між різними групами анкетованих не виявлено. Узгоджене сприйняття якості медичної допомоги серед різних груп пацієнтів свідчить про високий рівень соціальної доступності медичної допомоги та відсутність переваг для окремих категорій пацієнтів.

Середні значення оціночних та інтегральних показників за окремими компонентами якості медичної допомоги у досліджуваному закладі представлені в табл. 2.7. Дані таблиці демонструють, що загальний рівень задоволеності всіма компонентами якості є досить високим і перебуває у межах хороших оцінок.

Таблиця 2.7

Середні значення бальних оцінок задоволеності пацієнтів якістю медичної допомоги за блоками

Середні оціночні значення блоків								Інтегральний показник
ЗСК	РЗСК	ЗКТ	РЗКТ	ЗКР	ЗКР	ЗД	РЗД	0,88
4,55	0,91	4,52	0,9	4,51	0,9	4,11	0,82	

Примітка. Розраховано автором

Водночас існує потенціал для покращення, зокрема, шляхом виявлення та усунення причин, що негативно впливають на сприйняття якості медичної допомоги. Пацієнти особливо відзначили важливість доступності медичної допомоги, середня оцінка якої склала 4,11 бали. Це підкреслює необхідність подальшого вдосконалення організації надання медичних послуг.

Таким чином, розроблена анкета оцінки задоволеності пацієнтів якістю медичної допомоги, створена на основі принципів соціологічних досліджень, є ефективним інструментом для аналізу не лише медико-соціологічних характеристик респондентів, але й компонентів якості медичної допомоги як окремо, так і загалом. Це є важливим елементом для реалізації процесу управління у сфері охорони здоров’я.

Диференційований підхід до вивчення задоволеності пацієнтів дає

можливість виявити проблеми, які не завжди очевидні для медичних працівників, але суттєво впливають на якість медичних послуг. Цей підхід дозволяє виявити «слабкі місця» в організації лікувально-профілактичних заходів та визначити конкретні напрямки для покращення медичної допомоги.

Орієнтація на пацієнта як ключового споживача медичних послуг має стати основним принципом системи контролю якості медичної допомоги. У цьому контексті медико-соціологічні дослідження можна рекомендувати для систематичного аналізу якості медичних послуг на різних рівнях системи охорони здоров'я. Це сприятиме підвищенню ефективності та відповідності медичної допомоги потребам пацієнтів.

2.2. Моніторинг лояльності пацієнтів досліджуваного закладу охорони здоров'я

Лояльність пацієнтів безпосередньо залежить від якості надання медичних послуг. У цьому контексті стає важливою потреба систематичного відстеження рівня лояльності пацієнтів, які вже завершили лікування або ще перебувають у процесі лікування в конкретному закладі охорони здоров'я.

На сьогодні існує значна кількість систем і методик, спрямованих на визначення та оцінку лояльності споживачів товарів і послуг. Серед них особливої уваги заслуговує методика Net Promoter Score (NPS), розроблена Фредом Райхельдом, який у 2003 році опублікував статтю «Єдина цифра, яка вам потрібна для зростання».

Індекс NPS використовується для оцінки рівня готовності споживача рекомендувати товар або послугу конкретної компанії. Його основна відмінність від традиційних опитувальників, таких як Customer Satisfaction Index (CSI), полягає в універсальності: методика дозволяє порівнювати компанії з різних галузей і сфер економіки, включно зі сферою охорони здоров'я. Ще однією особливістю NPS є акцент на намірі споживача рекомендувати компанію, а не на оцінці численних критеріїв та складових продукту або послуги, як у CSI. Респондент самостійно, спираючись на

особисті переваги, обирає чинники і критерії, що визначають його вибір.

Таким чином, NPS дозволяє оцінювати лояльність споживачів за допомогою лише одного питання. До додаткових переваг цієї методики належать: короткий час, необхідний для опитування (приблизно 2-5 хвилин), та проста процедура розрахунку індексу. Ці переваги роблять методику NPS актуальною і доцільною для оцінки лояльності пацієнтів у закладах охорони здоров'я, включно з КНП «Зборівська лікарня» ЗМР.

Методика NPS складається з двох питань. Перше запитання звучить так: «Яка ймовірність того, що ви порекомендуєте компанію своїм колегам і знайомим?» Респондент оцінює це за 11-бальною шкалою (від 0 до 10 балів). Друге запитання є відкритим і передбачає пояснення респондентом своєї оцінки: «Чому?»

Згідно з цією методикою, респонденти поділяються на три групи:

1. «Промоутери» (оцінка 9-10 балів): це найцінніші клієнти для компанії, які активно рекомендують її товари чи послуги іншим. Вони сприяють просуванню компанії на ринку. Як показують дослідження Ф. Райхельда, збільшення частки лояльних клієнтів лише на 5% може призвести до зростання прибутку компанії на 25-100%. Крім того, організація підтримки відносин із лояльними клієнтами обходиться значно дешевше, ніж залучення нових.

2. «Нейтрали» (оцінка 7-8 балів): ці клієнти користуються товарами або послугами компанії, але не роблять активних дій для їхнього просування. Вони залишаються байдужими до іміджу компанії і не впливають на її репутацію.

3. «Критики» (оцінка 0-6 балів): це незадоволені клієнти, які часто стають джерелом негативної інформації про компанію. Їхній вплив на імідж та просування товарів і послуг є негативним.

Індекс лояльності (NPS) обчислюється як різниця між відсотковими частками «промоутерів» та «критиків». Формула розрахунку виглядає так:

$$NPS = \%\text{промоутерів} - \%\text{критиків} \qquad (2.2)$$

Значення індексу може варіюватися від -100% (усі клієнти є критиками)

до +100% (усі клієнти є промоутерами). Чим ближче значення NPS до +100%, тим вищий рівень лояльності клієнтів.

Для оцінки лояльності пацієнтів КНП «Зборівська лікарня» ЗМР було залучено 93 респонденти, які отримували медичні послуги у досліджуваному закладі. Лише 44 із них (47,4%) надали відповіді на відкрите запитання про мотиви виставлених оцінок. З цих відповідей 42 (44,8%) були узагальненими і не містили конкретних причин, таких як «все добре», «мені все подобається», «все влаштовує», тому вони не брали участі у подальшому аналізі. Решта відповідей були класифіковані на три групи залежно від їхнього змісту.

Група «Лікувально-діагностичний процес». Відповіді цієї групи відображають задоволеність пацієнтів якістю медичної допомоги, професіоналізмом лікарів і медичного персоналу, а також рівнем оснащення закладу сучасним медичним обладнанням. Приклади відповідей: «висока кваліфікація персоналу, сучасне устаткування»; «високий професіоналізм, сучасні методи діагностики»; «високий рівень професіоналізму лікарів, хірургів та інших медичних працівників».

Група «Етика та деонтологія медичного персоналу». Ця група об’єднує відповіді, які акцентують на доброзичливості, уважності та ввічливості медичного персоналу, а також їхніх комунікативних здібностях, таких як здатність вислухати пацієнта, докладно пояснити та інформувати про лікування. Приклади відповідей: «хороша атмосфера, ввічливий медичний персонал»; «сподобалося ставлення до пацієнтів лікарів та медичного персоналу»; «фахівці доступно пояснюють будь-які питання»; «сподобався лікар, все докладно пояснює і не поспішає».

Група «Сервіс у закладі охорони здоров’я». До цієї групи належать відповіді, що стосуються загальних умов у закладі: цінова політика, умови перебування, якість лікувального харчування, якість обслуговування (включаючи немедичний персонал), час очікування, престиж і репутація закладу. Приклади відповідей: «ціна не влаштовує»; «заклад хороший, але бюджет не дозволяє пройти всі обстеження»; «все подобається, все чисто та

акуратно»; «комфортабельні умови, чистота»; «заощадив час».

На основі розробленої класифікації всі відповіді респондентів були віднесені до відповідної категорії. Відповідь могла бути зарахована до однієї або кількох груп залежно від її змісту. Наприклад, відповідь «працюють професіонали екстра-класу і просто хороші чуйні люди» відноситься до першої та другої груп, тоді як відповідь «привітний персонал» стосується лише третьої групи.

Для виявлення як негативних, так і позитивних відгуків усі відповіді респондентів були класифіковані за тематикою та згруповані відповідно до виставленої оцінки. У результаті вся вибірка була розподілена на три підгрупи: «Критики», «Промоутери» та «Нейтральні» (рис. 2.1). Група «Критики» включає пацієнтів із низьким рівнем лояльності. Їхні пояснення причин виставленої оцінки здебільшого складаються з критичних зауважень, які вплинули на зниження їхньої лояльності.

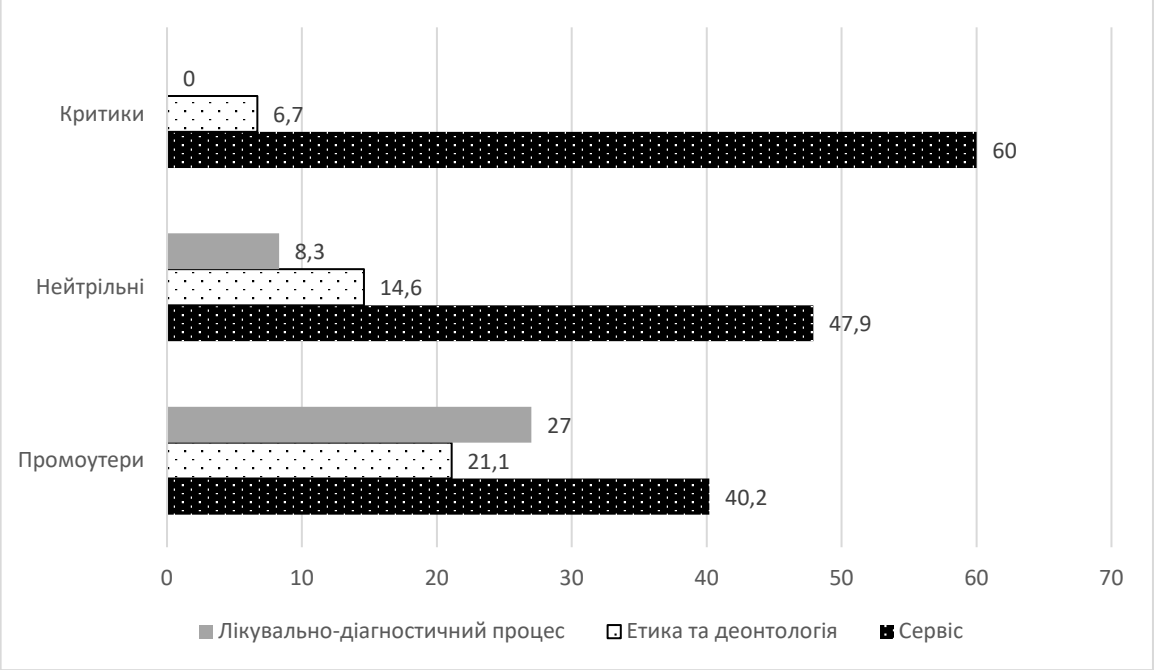

Рис. 2.1. Розподіл відповідей пацієнтів за тематикою залежно від виставлених оцінок

Примітка. Сформовано автором на основі опитування.

Як показано на рис. 2.1, основна частина зауважень групи «Критики»

стосується сервісу закладу охорони здоров'я (60%). Невелика частка пов'язана з етикою та деонтологією медичного персоналу (6,7%), тоді як зауваження щодо лікувально-діагностичного процесу у цій групі взагалі відсутні.

У групі «Промоутери», навпаки, представлені відгуки, які виражають позитивну оцінку діяльності закладу і пояснюють високий рівень лояльності пацієнтів. Співвідношення тематик відгуків «Промоутерів» суттєво відрізняється від «Критиків». У «Промоутерів» значно більше позитивних коментарів, які пов'язані із лікувально-діагностичним процесом (27%) та етикою і деонтологією медичного персоналу (21,1%).

Група «Нейтральні» займає проміжне положення між двома крайніми групами, демонструючи середній рівень оцінок без виразного ухилу в позитивну чи негативну сторону.

На основі рис. 2.1 можна зробити висновок, що групи «Критики» та «Промоутери» суттєво відрізняються як за змістом коментарів, так і за підходами до оцінки лояльності. «Критики», головним чином, незадоволені якістю обслуговування, акцентуючи увагу на таких аспектах, як цінова політика та тривалий час очікування (табл. 2.8). Ці чинники є основними бар'єрами для формування їхньої лояльності.

Таблиця 2.8

Розподіл відповідей пацієнтів у групах залежно від оцінки лояльності

	Лікувально-діагностичний процес		Етика і деонтологія	Сервіс					
	Професіоналізм медичного персоналу / Лікування	Діагностика / Обладнання / Різноманітність діагностичних процедур		Цінова політика	Умови перебування	Лікарське харчування	Якість обслуговування	Час очікування / Швидкість / Оперативність	Престиж / статус / Репутація
Критики	0,00%	0,00%	6,7%	26,67%	0,00%	0,00%	13,33%	20,00%	0,00%
Нейтральні	6,25%	2,08%	14,6%	10,42%	2,08%	2,08%	18,75%	14,58%	0,00%
Промоутери	21,42%	5,56%	21,1%	0,42%	4,03%	3,34%	24,90%	6,95%	0,56%

Примітка. Сформовано автором на основі опитування.

«Промоутери», на відміну від «Критиків», переважно звертають увагу

на якість надання медичних послуг. Це дозволяє припустити, що рівень сервісу значно впливає на кількість незадоволених пацієнтів. Однак, коли йдеться про «Промоутерів», ключове значення мають якість медичних послуг, етика та деонтологія медичного персоналу.

Отже, робота з підвищення рівня лояльності пацієнтів повинна мати комплексний характер і враховувати всі зазначені критерії. Особливо важливо пам’ятати, що, за винятком невідкладних станів, пацієнти передусім оцінюють рівень сервісу, а також ввічливість та етичну поведінку персоналу. Якщо рівень сервісу буде низьким, це може стати причиною відмови пацієнта від послуг закладу, і як наслідок, пацієнт не отримає можливості оцінити якість інших аспектів медичної допомоги. У результаті, заклад ризикує втратити пацієнта і здобути нового «Критика».

Порівняльний аналіз даних за 2023 та 2024 роки свідчить про позитивну динаміку індексу NPS у КНП «Зборівська лікарня» ЗМР. У 2022 році цей показник зріс на 11,6%. Збільшення стало можливим завдяки зменшенню частки «Критиків» з 5,4% до 1,6%, а також зростанню частки «Промоутерів» з 85,1% до 92,9% (рис. 2.2).

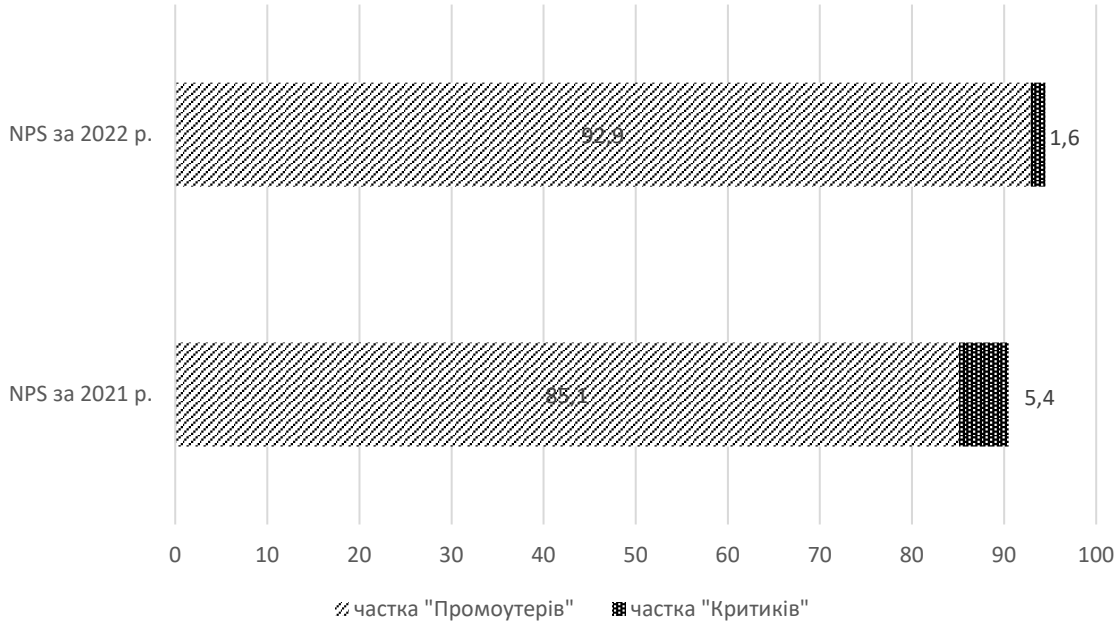

Рис. 2.2. Співвідношення частки «Критиків» та «Промоутерів» в індексі NPS за 2023 та 2024 роки

Примітка. Сформовано автором на основі опитування.

Успішні зміни в показниках лояльності пацієнтів у КНП «Зборівська лікарня» ЗМР стали можливими завдяки цілеспрямованій роботі зі врахування зауважень та побажань пацієнтів. Було вжито низку заходів, що сприяли підвищенню якості обслуговування:

1. Покращення умов перебування пацієнтів: розширено та урізноманітнено раціон харчування, організовано доставку їжі; проведено плановий ремонт кабінетів та денного стаціонару; покращено доступ до Інтернету через систему Wi-Fi; оперативно здійснювався дрібний ремонт сантехнічного обладнання, що підвищило комфорт перебування пацієнтів.

2. Оптимізація роботи персоналу: медичні сестри почали здійснювати початкове оформлення пацієнтів, що пришвидшило процес долікарського обслуговування; до штату було прийнято вузькопрофільних спеціалістів, розширено перелік медичних послуг; організовано вечірній прийом спеціалістів та проведення інструментальних досліджень.

3. Покращення сервісу: зменшено кількість зауважень щодо умов перебування (з 6% до 3,8%); збільшено кількість позитивних відгуків про час очікування, швидкість обслуговування (з 2,6% до 7,7%) та якість лікувального харчування (з 2,0% до 3,0%).

Методика Net Promoter Score (NPS) виявилася ефективним інструментом для встановлення зворотного зв’язку між закладом охорони здоров’я та пацієнтами. Її застосування дозволяє не лише оцінити рівень лояльності пацієнтів, але й виявити конкретні аспекти, які потребують вдосконалення.

Аналіз відповідей пацієнтів виявив три ключові групи факторів, що впливають на лояльність: лікувально-діагностичний процес; етика та деонтологія медичного персоналу; сервіс закладу охорони здоров’я.

Велика частка критичних зауважень стосується саме сервісу, тому його покращення є ключовим для зниження частки «Критиків». Для «Промоутерів» вирішальними є якість медичних послуг та професійна етика персоналу.

Робота з підвищення лояльності повинна бути комплексною, включати вдосконалення всіх компонентів обслуговування та орієнтуватися на потреби пацієнтів.

РОЗДІЛ 3
ПРОЕКТУВАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ЯК ІНСТРУМЕНТ РЕСТРУКТУРИЗАЦІЇ СИСТЕМИ ЇХ НАДАННЯ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Проектування медичних послуг передбачає «організацію процесів надання медичної допомоги, включаючи прийом пацієнтів, направлення до спеціалістів, бронювання місць у медичних установах тощо» [46]. Основним завданням у процесі проектування є встановлення високих функціональних стандартів. Варто зазначити, що виконання процедур на 97% забезпечує високий рівень якості надання послуг. Однак якщо медична послуга складається з кількох етапів, стандарт знижується. Наприклад, «у разі надання послуги, що включає п'ять процедур, рівень дотримання стандартів становить лише 86%. Якщо ж процедура складається з 22 етапів, ймовірність отримання якісної послуги пацієнтом зменшується наполовину» [30].

Проектування медичних послуг включає функціональні та семіотичні аспекти. Функціональний аспект пов'язаний із практичною складовою послуг. Він охоплює організацію способів надання медичної допомоги, вибір необхідного обладнання, засобів, розрахунок оптимальної чисельності медичного персоналу, встановлення виду діагностичних процедур, визначення параметрів надання послуг та заходів безпеки.

«Семіотичний аспект проектування акцентує увагу на сприйнятті медичних послуг пацієнтами та впливі на їхнє просування. До цього аспекту належить зовнішній вигляд закладу охорони здоров'я, імідж медичного персоналу, атмосфера у закладі, зручність та час очікування процедур. Усі ці елементи формують загальне враження пацієнта про якість медичного обслуговування. Такі аспекти можна вважати своєрідними рекламними інструментами. Наприклад, тривале очікування консультації лікаря негативно впливає на репутацію закладу, оскільки свідчить про непропорційність цінності часу лікаря та пацієнта. Якщо пацієнт змушений чекати три години

для консультації, це створює враження, що його час оцінюється в 60 разів нижче, ніж час лікаря» [15].

Практичні аспекти медичних послуг не підлягають щоденним змінам, проте їх можна вдосконалювати на постійній основі. Наприклад, лікарі, здійснюючи записи в медичній картці пацієнта, мають інформувати його про доступні альтернативні варіанти лікування, надаючи можливість самостійно обрати відповідний вид терапії. Такий підхід сприяє підвищенню прозорості медичних послуг і залученню пацієнта до процесу ухвалення рішень.

Семіотичний аспект свободи пацієнта під час перебування в стаціонарі також є значущим, особливо для тих, хто проводить у медичному закладі тривалий час. Цей фактор має терапевтичне значення і нерідко переважає інституційні гарантії, оскільки створює відчуття комфорту й автономії у пацієнтів. Практика свідчить, що навіть незначні враження, пов'язані з дрібними елементами перебування в лікарні, формують важливі компоненти загальної якості медичних послуг.

«Маркетингові дослідження таких аспектів повинні проводити спеціалізовані служби, які заклади охорони здоров’я можуть залучати на умовах аутсорсингу. Зібрана інформація надає уявлення про уподобання, звички та очікування пацієнтів. Наприклад, пацієнти можуть висловлювати бажання обговорити особисті питання з лікарем, отримати допомогу під час прийняття душу або мати можливість вільного пересування по лікарні. Знання таких деталей є основою успішного функціонування медичного закладу, оскільки вони допомагають створити орієнтовану на пацієнта систему обслуговування» [24].

У разі необхідності вибору між функціональними та семіотичними аспектами проектування медичних послуг зазвичай пріоритет надається функціональності. Проте, «перед виведенням нової послуги на медичний ринок, вона повинна пройти тестування. Це передбачає перевірку відповідності послуги місії та цілям закладу охорони здоров’я, оцінку зацікавленості з боку потенційних покупців і пацієнтів, а також визначення її

переваг. Пацієнти готові прийняти навіть певні обмеження нової послуги, якщо вона виявиться корисною для їхнього здоров'я та комфорту» [46].

Світова практика пропонує п'ять основних способів внутрішньої організації проектування медичних послуг у закладах охорони здоров'я.

1. Звичайне управління. «Цей підхід не є обов'язковим для всіх закладів охорони здоров'я та базується на використанні комплексу дій, спрямованих на внутрішнє планування, розробку стратегії та реалізацію операцій відповідно до затвердженого плану. Важливим елементом такого управління є розробка специфікацій медичних послуг і медичного страхування на основі договорів із покупцями послуг. У цьому підході досягнення короткострокових і довгострокових цілей, а також формування специфікацій медичних послуг не нав'язуються зверху, а пропонуються структурними підрозділами закладу. Водночас, майбутня діяльність закладу визначається підписаними контрактами та дотриманням ієрархії управління» [28].

2. Управління через «осередки якості». «Цей підхід базується на впровадженні стратегії, що спирається на заздалегідь визначені стандарти якості медичної допомоги. Осередки якості – це групи людей, які регулярно збираються для обговорення поточних питань та вдосконалення системи охорони здоров'я. Для успішного функціонування цього підходу необхідно забезпечити такі умови: низьку плинність кадрів з моменту створення осередків якості високий рівень морального духу серед персоналу; чітко визначені обов'язки та напрями діяльності кожного осередку якості; масштабне впровадження осередків якості для виявлення та усунення найменших помилок і недоліків у процесі надання послуг; наявність сильного, незалежного управлінського персоналу, який готовий до ризиків, зберігає контроль та забезпечує належне функціонування структурних підрозділів закладу» [28].

Ці два підходи демонструють різні аспекти управління, де перший орієнтований на традиційні методи планування і реалізації, а другий акцентує увагу на залученні колективу до процесу покращення якості через активну

участь та співпрацю.

Для забезпечення ефективної діяльності та розвитку закладів охорони здоров'я керівники повинні виконувати низку ключових завдань, зокрема: активно підтримувати «осередки якості», взаємодіяти з персоналом середнього рівня, координувати їхню діяльність у межах закладу, публічно презентувати досягнення та успіхи, організовувати експериментальні дослідження для перевірки нових ідей, забезпечувати постійне навчання лідерів робочих «осередків якості» з числа працівників, а також стимулювати інновації через публічне визнання досягнень і винагороди.

3. Внутрішній маркетинг. «Цей підхід зосереджується на визначенні сфер маркетингової взаємодії всередині закладу охорони здоров'я, орієнтуючись на покращення взаємодії між учасниками процесу надання медичних послуг. Основна ідея внутрішнього маркетингу полягає у забезпеченні ефективної комунікації та співпраці між персоналом, що сприяє підвищенню якості послуг» [15].

4. Функціонування груп покращення якості (ГПЯ). «ГПЯ створюються для підвищення якості медичних послуг шляхом проведення досліджень ринку медичних послуг. Їхні висновки передаються керівникам відповідних підрозділів. Важливим аспектом діяльності ГПЯ є чіткий поділ між медичним та управлінським персоналом: медичний персонал безпосередньо визначає потреби пацієнтів та оцінює ефективність медичних процедур, тоді як управлінський персонал приймає стратегічні рішення. На відміну від осередків якості, ГПЯ мають ширший спектр завдань і виконують постійні функції з покращення процесів» [28].

5. Метод «реалізації системних структур». «Цей метод полягає у впровадженні самостійних функціональних структур у закладах охорони здоров'я. Ці структури є незалежними і самореалізуються, не залежать від зовнішнього втручання. Метод широко застосовується у Великобританії та спрямований на реалізацію політики закладів охорони здоров'я в усіх сферах їхньої діяльності. Це може включати проектування специфікацій і якості, які

забезпечують досягнення встановлених стандартів медичних послуг» [28].

Усі ці методи відображають різні підходи до організації та вдосконалення медичних послуг у закладах охорони здоров'я, спрямовані на підвищення ефективності та якості надання послуг, а також на створення комфортних умов для пацієнтів і персоналу.

Для визначення стратегічних цілей функціонування закладу охорони здоров'я, що надає медичні послуги та використовує сучасні методи управління, важливим кроком є комплексний аналіз зовнішніх та внутрішніх факторів, які впливають на його діяльність. Одним із дієвих методів такого аналізу є SWOT-аналіз, який дозволяє ідентифікувати сильні та слабкі сторони закладу, а також оцінити потенційні загрози та можливості для його розвитку. У табл. 3.1 наведено результати SWOT-аналізу для КНП «Зборівська лікарня».

Таблиця 3.1

SWOT-аналіз КНП «ТМДКЛ»

Сильні сторони	Можливості
1. Професійність кадрів. 2. Сучасне технологічне медичне обладнання. 3. Зручне розташування, комфорт і безпека при наданні медичних послуг. 4. Позитивні відгуки пацієнтів. Знання потреб клієнтів. 5. Стабільні позиції на ринку. 6. Розширення асортименту медичних послуг.	1. Продаж послуг, що приносять дохід та виходять за рамки медичного страхування. 2. Лояльність клієнтів.
Слабкі сторони	**Загрози**
1. Нестабільна фінансова політика та монопольне становище Міністерства охорони здоров'я України.	1. Конкуренція. 2. Високі відсоткові ставки з кредитів 3. Підвищена чутливість до економічної ситуації в секторі послуг 4. Зниження доходів пацієнтів

Примітка. Складено автором

Комплексний аналіз задоволеності пацієнтів якістю медичних послуг в закладі охорони здоров'я повинен базуватися на семи основних етапах:

1. Характеристика пацієнтів та медичних послуг. «На першому етапі заклад охорони здоров'я повинен чітко визначити, ким є його пацієнти, а також

які медичні послуги вони отримують» [13]. Це включає аналіз усвідомлення цільової аудиторії та розробку моделі взаємодії. Практика показує два можливих варіанти розвитку моделі задоволеності пацієнтів: а) варіант «а»: пацієнт безпосередньо взаємодіє із закладом охорони здоров'я, що надає медичні послуги, і отримує від нього зворотний зв'язок; б) варіант «б»: більш складна бінарна модель, яка передбачає, що медичні послуги надаються через посередників (рис. 3.2). У такій моделі ключовим є відкритість системи розподілу. Останній варіант є більш ефективним, оскільки дозволяє враховувати різноманітні канали комунікації та забезпечувати зворотний зв'язок на всіх етапах надання послуг.

Рис. 3.2. Моделі задоволення потреб пацієнтів: а) звичайна; б) бінарна

Примітка. Наведено за [20, с. 14]

2. Початкове сегментування пацієнтів. «Другий етап полягає у поділі пацієнтів на різні сегменти відповідно до їхніх характеристик і потреб. Як показує практика, пацієнти не є однорідною групою, тому сегментація є

важливим інструментом для персоналізації медичних послуг. Наприклад, можна розрізняти пацієнтів за: формою оплати; місцем надання послуг; складністю діагнозу чи лікування. Зібрані дані використовуються для внесення коректив у стратегію роботи з кожною групою пацієнтів, дозволяючи закладу більш точно реагувати на їхні потреби та очікування. Подальші етапи аналізу передбачають уточнення методів оцінки задоволеності пацієнтів, врахування їхніх уподобань, а також використання отриманих даних для оптимізації роботи закладу охорони здоров'я» [13].

3. Визначення параметрів якості медичних послуг. «Цей етап передбачає активне залучення пацієнтів до процесу визначення ключових параметрів якості медичних послуг. У закладів охорони здоров'я часто є лише загальні уявлення про очікування пацієнтів, тому важливо організувати дискусії між представниками медичного закладу та пацієнтами. Для цього психологи або координатори формують групи, в яких шляхом обговорення визначаються основні параметри якості послуг. Такий підхід забезпечує врахування реальних потреб пацієнтів і створює базу для подальшого аналізу» [13].

4. Вивчення конкурентів. «Аналіз конкурентів є важливим інструментом для розширення уявлення про ринок медичних послуг. Це здійснюється через періодичне вибіркове опитування, яке включає всі типи медичних закладів, незалежно від сфери діяльності чи форми власності. Таке дослідження дозволяє визначити сильні й слабкі сторони конкурентів, однак його складність полягає у відсутності респондентів, які могли б глибоко проаналізувати діяльність одразу кількох закладів. Незважаючи на це, результати такого аналізу значно підвищують цінність дослідження задоволеності пацієнтів» [13].

5. Розробка вибіркової анкети. «Для забезпечення ефективності опитування важливо розробити анкету, яка містить оптимальну кількість питань, зазвичай не більше 30. Це дозволяє уникнути перевантаження респондентів. Анкета повинна бути структурованою, зручної для заповнення,

а опитування повинне проводитися кваліфікованими фахівцями, які викликають довіру у пацієнтів. Успішність цього етапу багато в чому залежить від здатності опитувачів створити комфортну атмосферу для респондентів» [13].

6. Остаточна сегментація пацієнтів та визначення якісних типів. «На цьому етапі формується карта якості медичних послуг, яка враховує витрати та очікування пацієнтів. Карта базується на принципі рівності значень кожного параметра якості. Це дозволяє закладу оцінювати баланс між витратами і результатами, оптимізуючи процес надання медичних послуг» [13]. Остаточна сегментація пацієнтів забезпечує більш точне розуміння потреб кожного сегмента, що сприяє підвищенню загального рівня задоволеності (рис. 3.3).

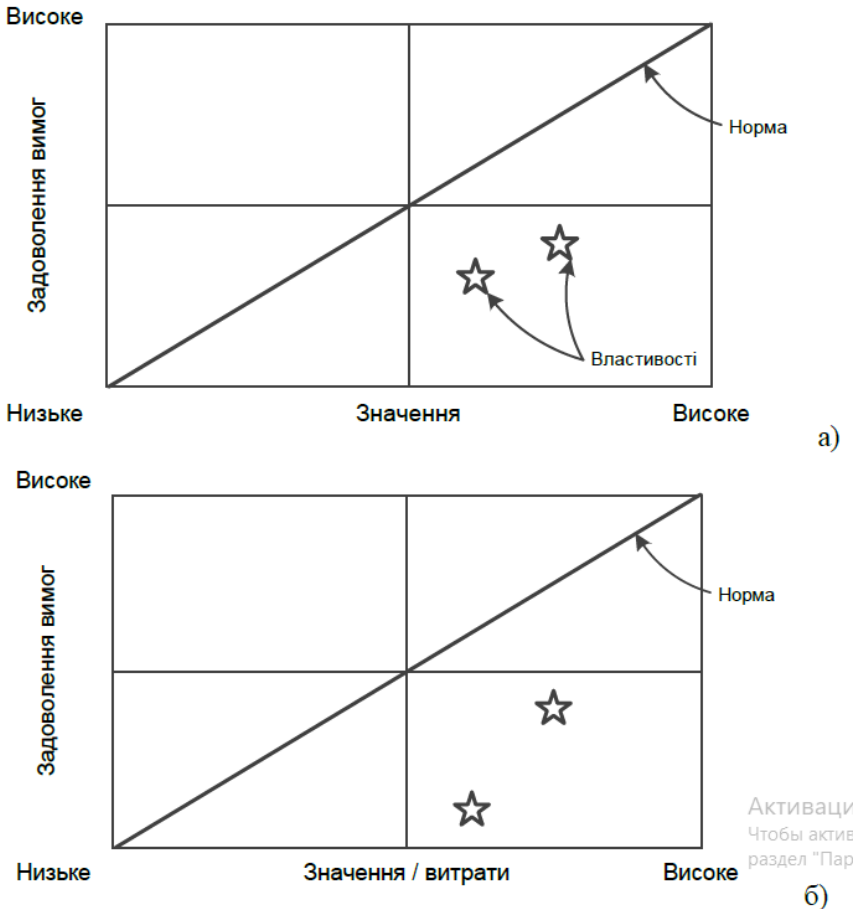

Рис. 3.3. Карта якості медичних послуг: а) звичайна; б) відносно витрат

Примітка. Наведено за [20, с. 146]

7. Проведення SWOT-аналізу із застосуванням коригувальних дій. На цьому етапі проводиться SWOT-аналіз, метою якого є виявлення сильних і

слабких сторін закладу охорони здоров’я, а також потенційних загроз і можливостей. Особливістю цього аналізу є застосування коригувальних дій. Якщо загрози мають високе значення, це вказує на високий рівень задоволеності пацієнтів. Сильні сторони виявляються тоді, коли високе значення корелює з високим рівнем задоволеності. Слабкі сторони й загрози повинні бути поступово трансформовані в сильні сторони через ефективні управлінські рішення.

Таким чином, запропонований поетапний комплексний підхід до вимірювання рівня задоволеності пацієнтів дозволяє не лише оцінити слабкі та сильні сторони діяльності закладу охорони здоров’я, але й прогнозувати варіанти подальшого розвитку подій у межах чотирьох квадратів SWOT-аналізу. Це забезпечує підвищення конкурентоспроможності медичних установ, сприяючи одночасно вдосконаленню системи управління якістю надання медичних послуг.

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження реструктуризації системи надання медичних послуг в закладі охорони здоров'я на прикладі КНП «Зборівська лікарня» Зборівської міської ради дозволяє зробити наступні висновки та навести пропозиції.

На основі аналізу різних підходів до визначення та класифікації закладів охорони здоров'я було запропоновано уточнене визначення поняття «заклад охорони здоров'я». Під ним слід розуміти господарську організацію, яка надає медичне обслуговування населенню самостійно або через свої структурні підрозділи, базуючись на професійній діяльності медичних чи фармацевтичних працівників. Для більш повного розуміння статусу та особливостей закладів охорони здоров'я запропоновано їх класифікацію за такими критеріями: орган підпорядкування; організаційно-правова форма; форма власності; ознака ліцензування господарської діяльності; ознака проходження акредитації; можливість приватизації.

Аналіз медичної послуги як товару медичного ринку показав її унікальність, яка відрізняє її від інших видів товарів і послуг. Характерною особливістю є соціальний характер медичних відносин, оскільки об'єктом послуги виступає людина. Важливим аспектом є поширений стереотип, згідно з яким медична допомога вважається безкоштовною, а медичні послуги — платними. Такий підхід створює суперечності, особливо в діяльності приватного сектору медицини, і потребує чіткого врегулювання для уникнення

Для оцінки рівня задоволеності пацієнтів якістю медичних послуг у КНП «Зборівська лікарня» ЗМР в роботі проведене соціологічне дослідження. Об'єктом дослідження стали різні категорії пацієнтів цього закладу, зокрема працюючі та безробітні пацієнти, пенсіонери та діти.

Результати дослідження показали, що загальний рівень задоволеності всіма компонентами якості медичної допомоги є досить високим і відповідає хорошим оцінкам. Однак, водночас було виявлено певний резерв для покращення, що свідчить про необхідність ідентифікації та усунення факторів,

які негативно впливають на сприйняття пацієнтами якості медичних послуг.

Серед компонентів, які пацієнти відзначили найбільше, виділяється доступність медичної допомоги. Це підкреслює важливість подальшої роботи у напрямі оптимізації процесів, що забезпечують доступність, зокрема організації прийому, скорочення часу очікування та покращення логістики всередині закладу охорони здоров'я.

Для оцінки рівня лояльності пацієнтів до КНП «Зборівська лікарня» ЗМР в роботі використано Net Promoter Score (NPS). Дана методика визначає три основні групи факторів, що впливають на лояльність пацієнтів закладу: лікувально-діагностичний процес; етика та деонтологія медичного персоналу; сервіс закладу охорони здоров'я.

Аналіз даних показав, що значна частка критичних зауважень пацієнтів стосується сервісу закладу охорони здоров'я. Для зменшення частки «Критиків» в індексі лояльності NPS необхідно систематично підвищувати якість сервісу. У свою чергу, для «Промоутерів» визначальними факторами є якість медичних послуг та етичні стандарти роботи медичного персоналу.

Встановлено, що підвищення рівня лояльності пацієнтів потребує комплексного підходу, який включає вдосконалення якості всіх складових діяльності закладу.

Для проведення реструктуризації системи надання медичних послуг в закладі охорони здоров'я запропоновано використовувати інструмент проектування медичних послуг. Цей інструмент охоплює організацію процесів прийому, управління та бронювання місць у закладі охорони здоров'я.

Проектування медичних послуг має здійснюватися з урахуванням двох ключових аспектів: функціонального та семіотичного.

Функціональний аспект стосується практичності медичних послуг. Він включає: спосіб надання послуг; визначення необхідного медичного обладнання та засобів; затвердження чисельності персоналу та складу штату; встановлення видів діагностики; вибір параметрів надання послуг; забезпечення заходів безпеки.

Семіотичний аспект охоплює практичний вимір обслуговування та його вплив на сприйняття та просування медичних послуг. До нього входять такі складові: зовнішній вигляд медичного закладу та його персоналу; атмосфера закладу; час очікування на медичну процедуру; інші аспекти, що формують враження пацієнта.

Ці складові є своєрідними рекламними інструментами, які формують ставлення пацієнтів до закладу. Наприклад, тривале очікування на консультацію лікаря (до трьох годин) негативно характеризує заклад, оскільки демонструє велику диспропорцію між цінністю часу лікаря та пацієнта.

Таким чином, інтеграція функціональних та семіотичних аспектів у процес проектування медичних послуг дозволить підвищити якість обслуговування, зменшити час очікування, створити комфортні умови для пацієнтів і, як результат, покращити їхнє ставлення до закладу.