

**Вищий навчальний заклад  
«НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ»**

**Факультет економіки та інформаційних технологій**

# **КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**

Рівень вищої освіти – другий (магістерський)  
спеціальність 072 «Фінанси, банківська справа та страхування»

**на тему  
«ФІНАНСОВО-ЕКОНОМІЧНЕ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ  
МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В УКРАЇНІ»**

*Здобувача вищої освіти* заочної форми  
навчання

\_\_\_\_\_ Іванчов Павло Васильович  
(підпис) (прізвище, ім'я, по батькові)

**Науковий керівник**

\_\_\_\_\_ доктор економічних наук, професор  
(вчений ступінь, наукове звання (доцент, професор))

\_\_\_\_\_ Паризький Ігор Володимирович  
(підпис) (прізвище, ім'я, по батькові)

**Завідувач кафедри фінансів, обліку та  
фундаментальних економічних дисциплін**

\_\_\_\_\_ кандидат економічних наук, доцент  
(вчений ступінь (к.е.н., д.е.н.), наукове звання)

\_\_\_\_\_ Сугак Тетяна Михайлівна  
(підпис) (прізвище, ім'я, по батькові)

Київ – 2021

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП</b> .....	-3
<b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ФУНКЦІОНУВАННЯ СИСТЕМИ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ</b> .....	-7
1.1. Економічний аналіз медичної послуги та її якості.....	-7
1.2. Функціональні засади дієвості системи якісних медичних послуг.....	-18
1.3. Особливості маркетингу медичних послуг крізь призму якості...	-29
Висновки до розділу 1.....	-42
<b>РОЗДІЛ 2. ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ КОНКУРЕНТНИХ ПЕРЕВАГ СУБ'ЄКТІВ ГОСПОДАРЮВАННЯ В МЕДИЧНІЙ СФЕРІ</b> .....	-44
2.1. Економічні аспекти управління якістю.....	-44
2.2. Класифікація та управління витратами на якість медичних послуг.....	-49
2.3. Особливості економічних проблем управління якістю медичних послуг.....	-60
Висновки до розділу 2.....	-66
<b>РОЗДІЛ 3. МЕТОДОЛОГІЯ ТА РЕГУЛЮВАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ СИСТЕМИ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В УКРАЇНІ</b> .....	-68
3.1. Адміністративно-правові засади функціонування страхової медицини.....	-68
3.2. Розробка моделі ринку медичних послуг в Україні.....	-82
3.3. Лікарні як ключові елементи моделі якісних медичних послуг...	-93
Висновки до розділу 3.....	- 110
<b>ВИСНОВКИ</b> .....	- 111
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b> .....	- 113
<b>ДОДАТОК А</b> .....	-118
<b>ДОДАТОК Б</b> .....	-119

## ВСТУП

**Актуальність теми дослідження.** 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 елементу, 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.

**Аналіз останніх публікацій і досліджень.** 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. Кляниченко, С.О. Козуліна, Н.П. Кризіна, Б.П. Криштопа, 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 кваліфікаційної роботи та окреслили коло питань, які в ній досліджені.

**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;

- 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.

**Методи дослідження.** Для досягнення визначених у кваліфікаційній роботі 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.

**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.

**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.

**Публікації.** Основні положення та висновки кваліфікаційної роботи опубліковані у наукових працях: 1 стаття у науковому фаховому виданні України, що включені до міжнародних наукометричних баз.

**Структура кваліфікаційної роботи** складається зі вступу, трьох розділів, висновку та списку використаних джерел, додатки. Загальний обсяг тексту роботи складає 119 сторінок друкованого тексту. Зміст роботи проілюстровано 2 таблицями, 25 рисунками, 2 додатками.

## 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 «*poiotes*», 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 [15].

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 [3].

Г. Гегель вважав, що «...якість чогось є тотожною буттю...» і при її втраті «...воно перестає бути тим, чим воно є...» [6]. Дж. Локке також звернув увагу на дуалістичне трактування якості, розрізняючи «первинну» і «вторинну» якості [10].

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.

Револьюційним 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 р.), 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) [46]. Ван Еттінгер концентрує увагу на розумінні якості «...як ступеня, в якому виріб задовольняє поставлені до нього вимоги для виконання його кінцевого призначення» [63].

У свою чергу, П. Кросбі трактував якість як «відповідність вимогам» (conformance to requirements) і був засновником так званих «абсолютів управління якістю» [31]. 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 [33].

Згідно із Фейгенбауманом, «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 [38].

«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 [64].

Науковці на чолі з Е. Скшипек вважають, що «якість – це спосібмислення, котрий спричиняє безперервні пошуки найкращого розв’язання та їх застосування» [60]. Існує різноманітність підходів до проблеми трактування поняття «якість», хоча думки дослідників у тих чи інших аспектах відрізняються між собою, однак науковці одностайні в тому, що якість є категоріє суб’єктивною.

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 якості медичних послуг розглядається як результат трьох компонентів: *якість проекту, відповідність проекту очікуванням пацієнтів, якість виконання* [25]. 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 обслуговування 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» [33].

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 [51]. 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 [52].

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 [65]. 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.

Заслугоує також на увагу дефінювання 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» [44]. 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) [53].

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. Опольскі та Е. Шемборської, існують так звані «сфери управління якістю», зображені на рис. 1.1 [58]. 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

Складено автором на основі [58]

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).



Рис. 1.2. Етапи проведення маркетингової діяльності та створення якості  
Складно автором

На першому етапі потрібно створити анкети, опрацювання яких дало б можливість визначити рівень задоволення пацієнтів. На жаль, сьогодишні 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.

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 левову 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.

## **1.2. 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 [57].

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 самопомоги 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 [11].

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. 1.3).

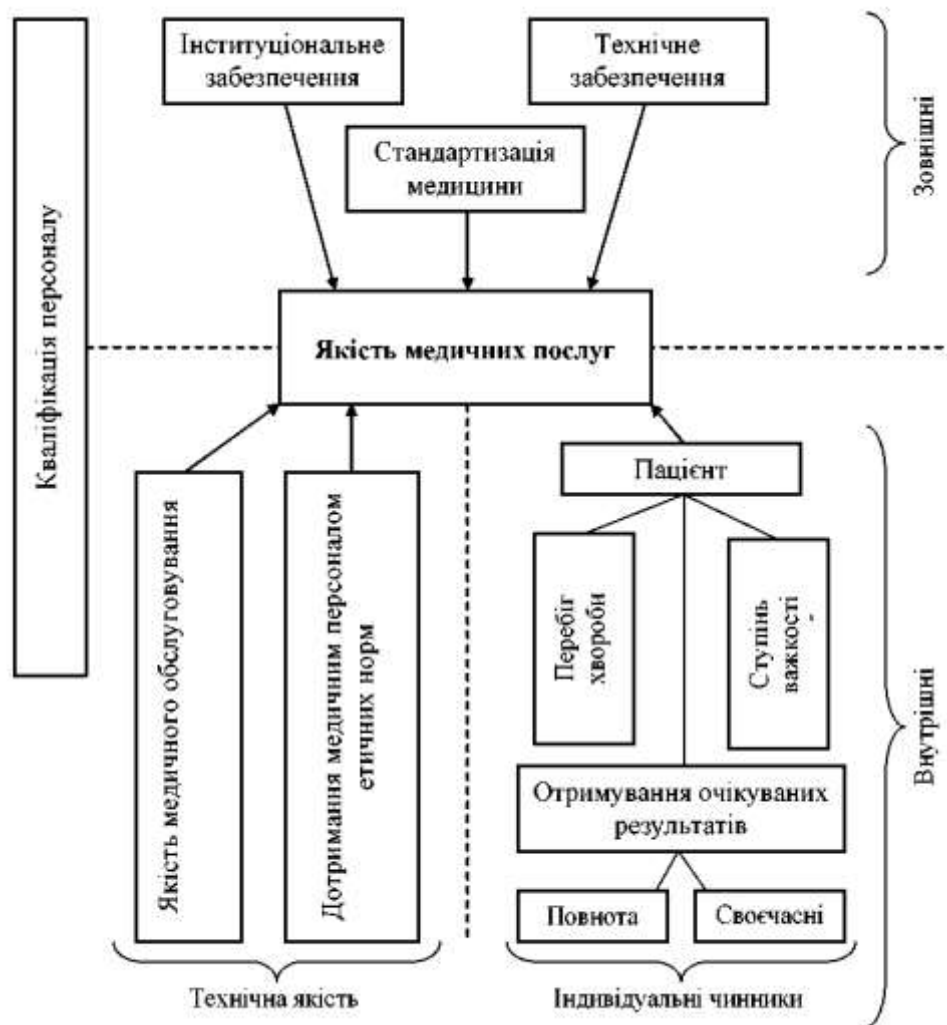


Рис. 1.3. Чинники, що впливають на якість медичних послуг  
Складено автором

На рис. 1.3 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 всьому законодавстві, 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 (обладнанні, 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. 1.3 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 повного вилікування 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 [11]. На рис. 1.3 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 [62]. 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 викоринювати 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 неспеціфікованому 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 вагоме 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. 1.1) [56].

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.

Таблиця 1.1

## 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

*Складено автором*

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 [26]. 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» [39].

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 [23]. 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» [45]. 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.

### **1.3. 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. 1.4). 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).



Рис. 1.4. Схема співпраці медико-лікувальних закладів із пацієнтом  
Складено автором

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.

Програмою економічних реформ для підвищення стандартів життя поставлені такі завдання:

- підвищити якість медичних послуг;
- підвищити доступність медичних послуг;
- поліпшити ефективність державного фінансування [9].

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 [11];
- 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 запуснути 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 – сімейної медицини, не витримують жодної критики. Заробітна плата медиків так і залишилась на низькому рівні. Справедливості ради варто зауважити, що держава надає лікарям «підйомні» у розмірі 6000 грн. (з обов'язковою умовою відпрацювати три роки за скеруванням) [12].

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. [5, с. 18]. Таким чином, люди вимушені звертатись за допомогою до приватної медицини, хоча оплата послуг останньої не є гарантом якості самих медичних послуг. проведене нами дослідження засвідчило особливості структури видатків на охорону здоров'я (табл. 1.2).

Таблиця 1.2

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

Країна	2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019		2020	
	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

Складено автором на основі даних [42] та [43]

Дані, представлені Світовим банком, підкреслюють збільшення щорічних приватних витрат громадян у структурі загальних витрат (див. рис. 1.5).

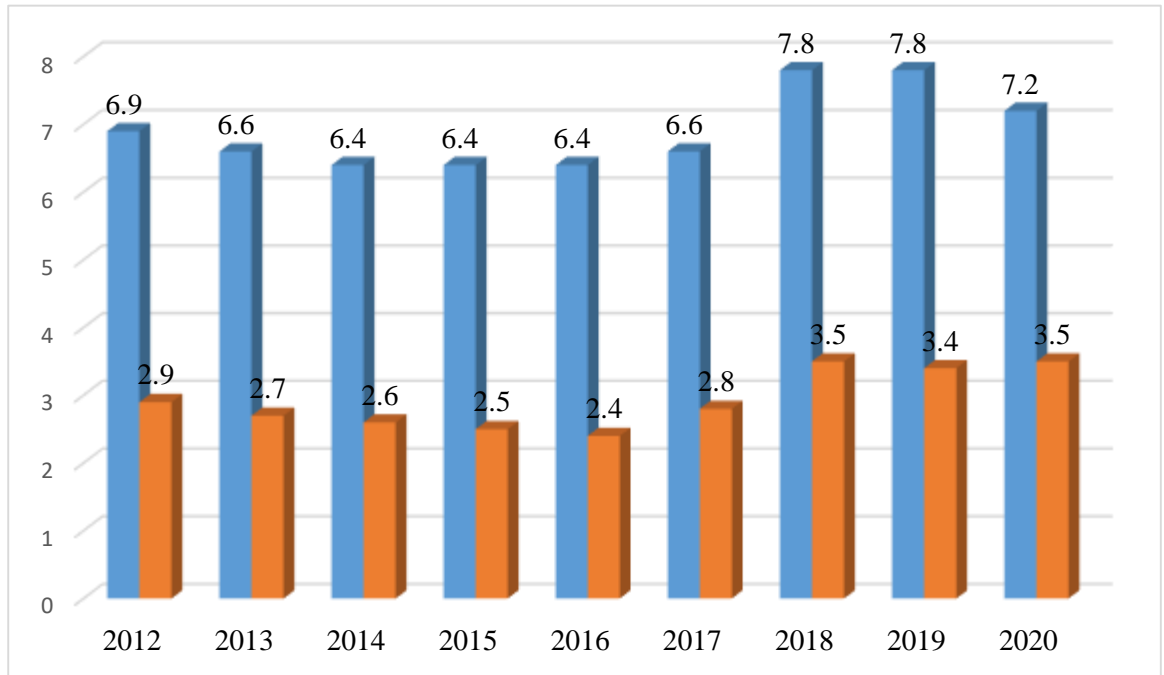


Рис. 1.5. Порівняння загальних і приватних витрат (Україна, % від ВВП)  
Складено автором за даними [42, 43]

Дані табл. 1.2 засвідчують тенденцію до зменшення загальних витрат на охорону здоров'я (% від ВВП) у порівнянні з іншими країнами (див. рис. 1.6).

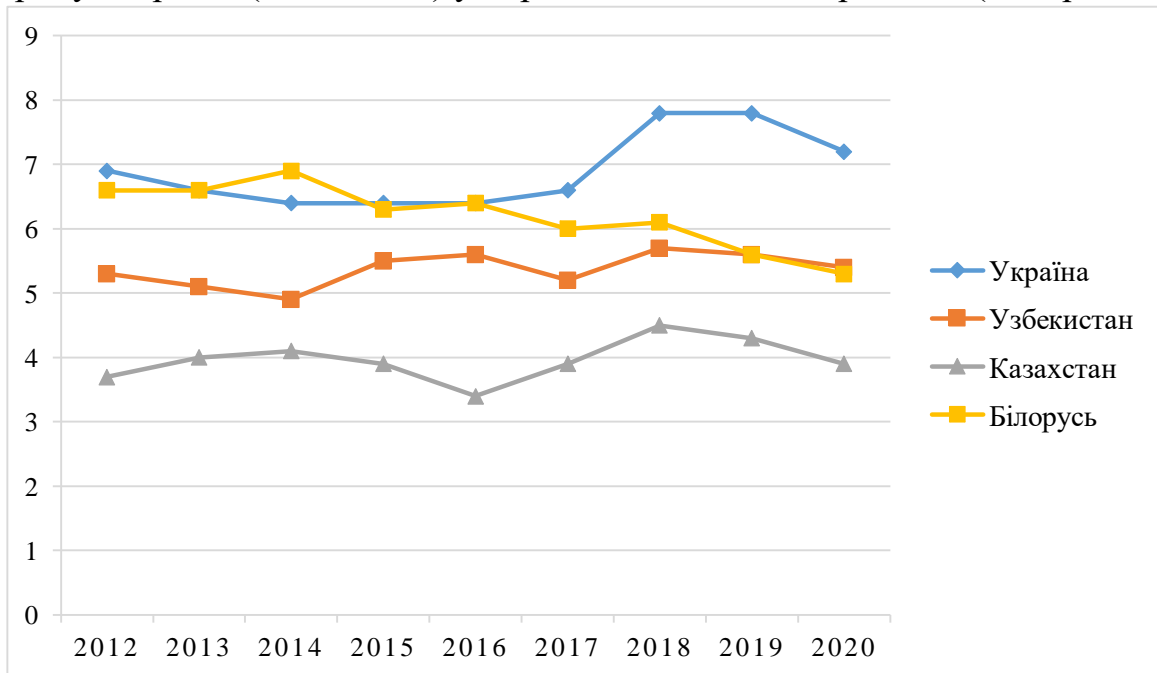


Рис. 1.6. Загальні витрати на охорону здоров'я, (% від ВВП)  
Складено автором за даними [43]

По при це, чітко прослідковується збільшення кількості приватних

коштів на охорону здоров'я за рахунок самих українців (рис. 1.7).

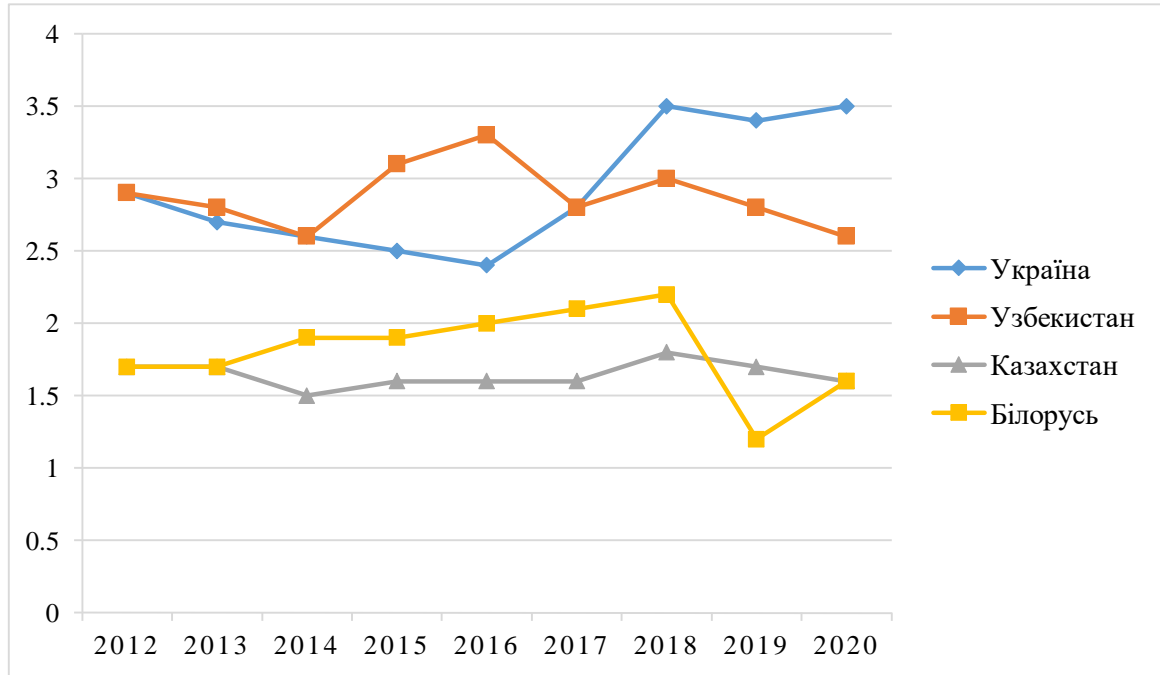


Рис. 1.7. Витрати на охорону здоров'я, приватні (% від ВВП)

Складено автором за даними [42]

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 робити 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 вагоме 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 пропонованого медичного обслуговування.

Відповідно до 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» [12]. 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 унеможлиблює 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 однакове) 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 [67] 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 [36] 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 розділу 1**

Враховуючи все вище зазначене, приходимо до висновку про неминучість реформування чинної системи охорони здоров'я, що збільшило б

можливості вибору пацієнтом медичних послуг з огляду наякості. 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.

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

### ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ КОНКУРЕНТНИХ ПЕРЕВАГ СУБ'ЄКТІВ ГОСПОДАРЮВАННЯ В МЕДИЧНІЙ СФЕРІ

#### 2.1. 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 [50]. 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 [41].

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 [46].

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 [50]. 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. 2.1).

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.



Рис. 2.1. Аспекти якості медичних послуг. *Складено автором*

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 [47].

Якість медичних послуг має кілька аспектів (рис. 2.1) 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 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 впливає із досліджень якості, полягає у можливості досягнення збільшення інвестицій та раціонального розподілу обмежених ресурсів медичного закладу.

## **2.2. 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» [60].

А. Хамрол та В. Мантура пропонують декілька постулатів у контексті досліджуваного нами питання [41]:

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 чиспоживання ресурсів, виражені в грошовому вимірнику.

4. Витратами називаються нецільові витрати чи зношування 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. 2.2).



Рис. 2.2. Оптимізація якості та вартості медичних послуг

*Складено автором*

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. 2.3).



Рис. 2.3. Структура витрат на якість. *Складено автором*

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, загальновизнаним принципам сучасних (актуальних) медичних знань» [52]. 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 лікарів<sup>4</sup> 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;
- 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. 2.4).



Рис. 2.4. Поділ витрат на якість згідно з «нормою» (стандартом) ISO 9004  
Складено автором

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 [64].

Наступний етап – утворення спеціальної комісії, котра відповідатиме за впровадження якісної концепції в життя (рис. 2.5).

На думку М. Ціехана-Куяви, третім етапом є опрацювання процедури обліку витрат якості, детальних інструкцій реєстрації, обробка та аналіз витрат [30]. Четвертий етап відводиться питанням управління обліком витрат на якість, що впроваджуватиметься в життя [59].



Рис. 2.5. Цілі визначення витрат на якість. *Складено автором за даними[26]*

Пр 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 [30].

Подання інформації про видатки на якість керівництву підприємства і особам, зацікавленим цією тематикою, здійснюється на сьомому етапі процесу ведення обліку витрат на якість [30]. 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 [64].

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 м'якому. 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 пропонуванних послуг. Іншими словами, медичні заклади мають прагнути до оптимізації видатків на якість (рис. 2.6).

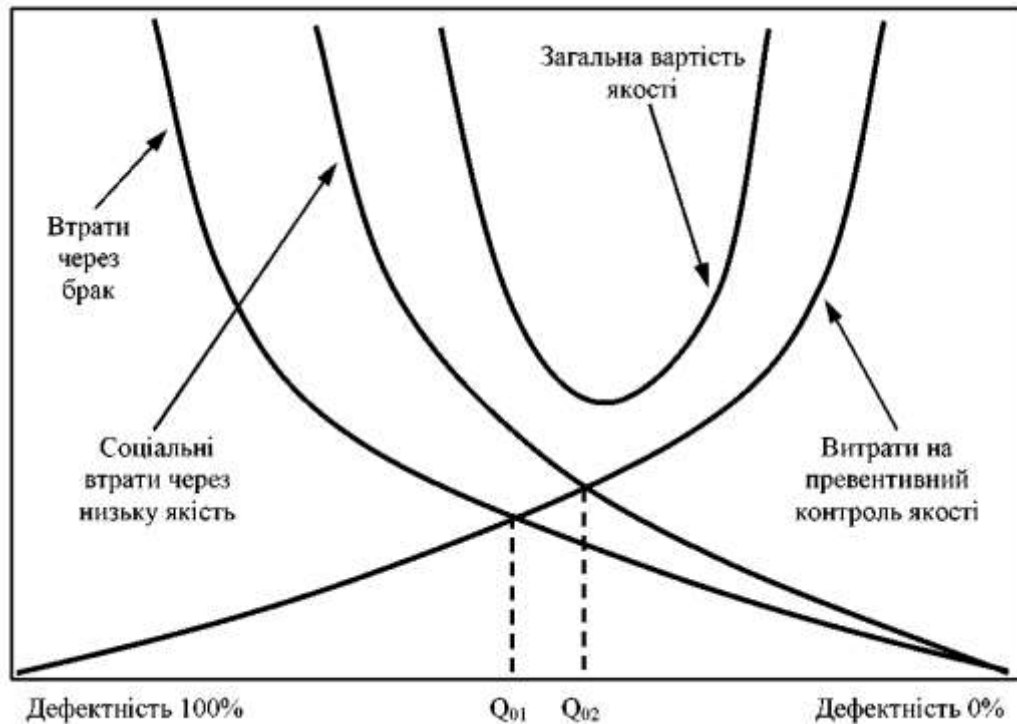


Рис. 2.6. Оптимізація видатків на якість [55]

Вище ми переконалися, що не можливо досягнути відповідного рівня якості без інвестування в нього, однак при цьому обов'язково необхідно вести облік витрат. 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) [61].

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 унеможливорює, 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.

### **2.3. 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.

Зупинимось 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 [37].

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 [27] 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 [27].

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. 2.7) [27].

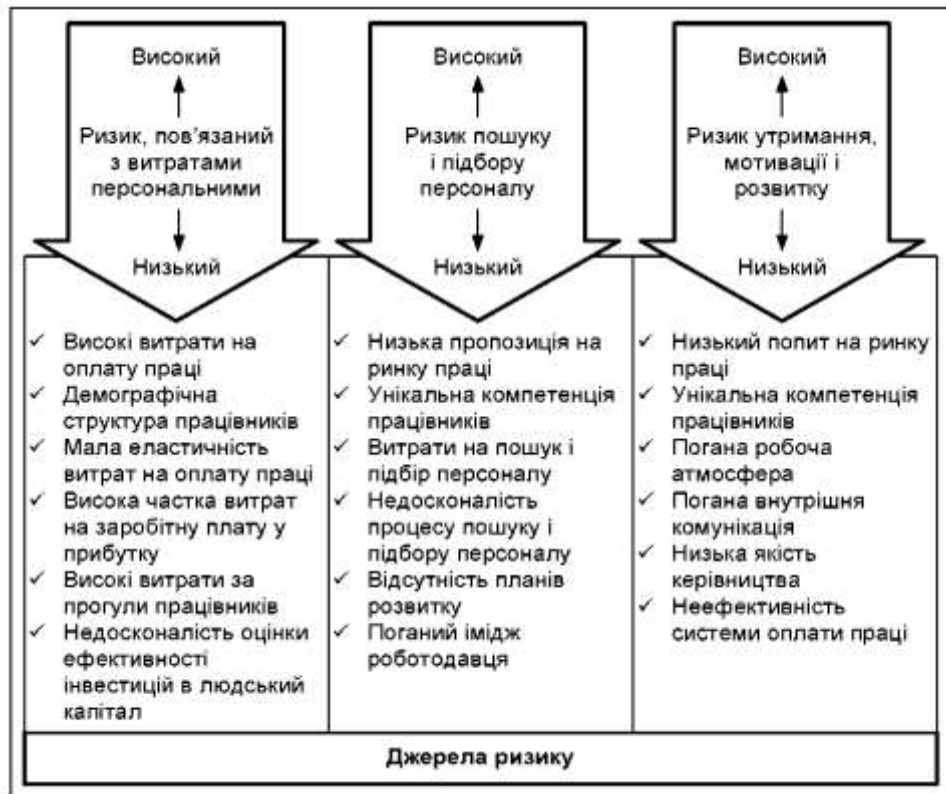


Рис. 2.7. Створення особистого профілю ризику організації [27]

Найбільш ефективними для визначення величини ризику мали бибути 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 [48].

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. 2.8).



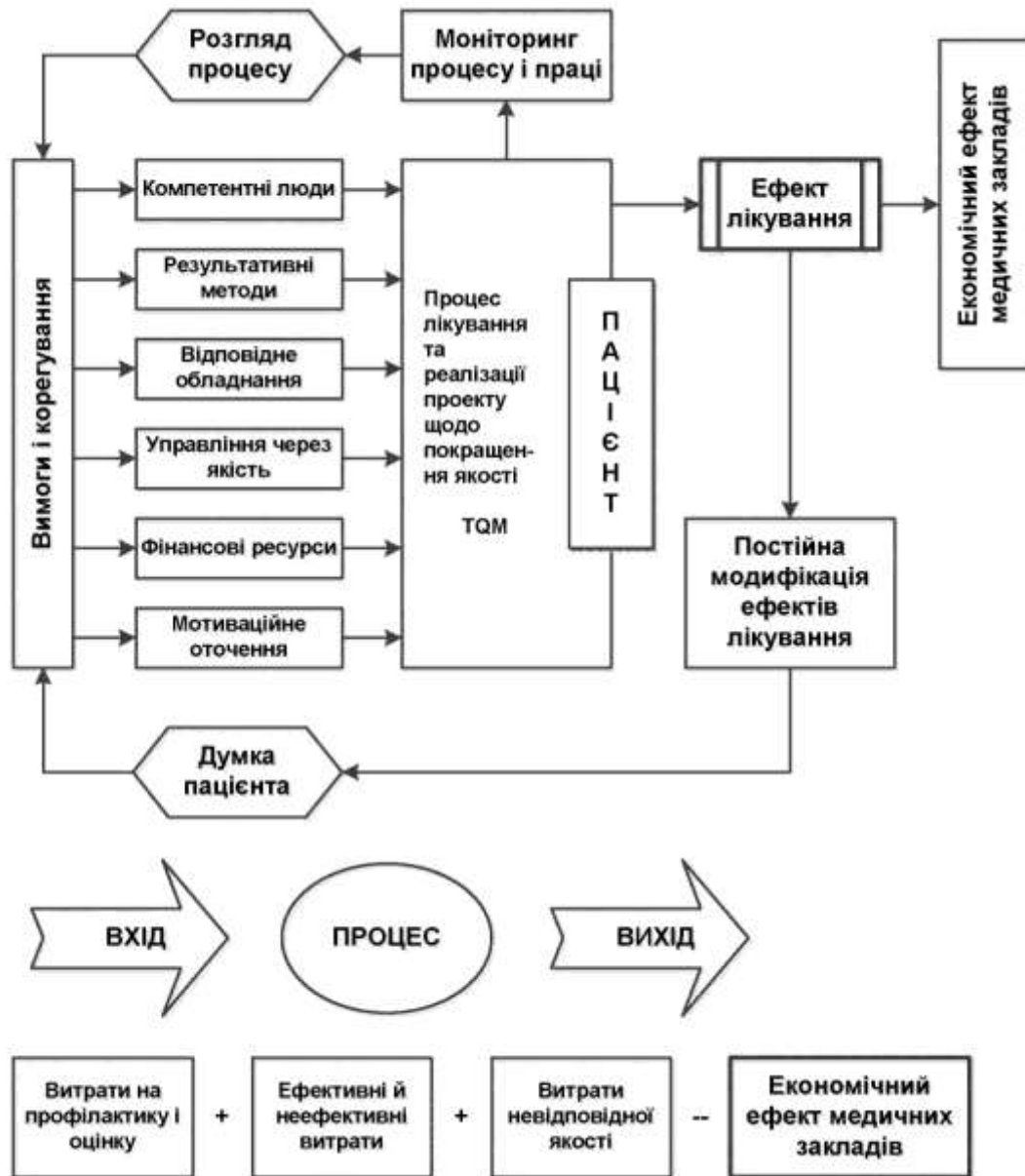


Рис. 2.8. Модель постійного вдосконалення якості і вартості створення якості медичних послуг [64]

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.

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 підвищити 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.

## **Висновки до розділу 2**

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 3

### МЕТОДОЛОГІЯ ТА РЕГУЛЮВАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ СИСТЕМИ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В УКРАЇНІ

#### **3.1. 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 [11]. 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 відшкодовувалася грошима, а інша – матеріалами або роботою» [1].

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. [2]. 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 відтягувалася 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 невиконання страхової суми відразу ж після виникнення страхового випадку. Ці події дещо поживали 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 [4]. 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 статуту 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.

### В. 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 30000 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 групі виплачують 300 марок, а XIX – 6000 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-х 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» [7].

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» [7]. 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 рівневі заробітку, 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% [24].

За твердженням М. Юнко [24], 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 окремій 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. Воєрта, витрати на охорону здоров'я тут становлять 15,7% ВВП [28]. 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) [34].

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 [34]. За твердженням Ю.В. Стечик, 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 [21].

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;
- 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. Токарев слушно зауважує, що «необхідно більш системно підходити до

важливих питань конструювання норм чинного законодавства, яке буде регулювати суспільні відносини в обов'язковому медичному страхуванні» [22]. Саме нормативна база повинна стати основою, котра забезпечить нормальне функціонування системи обов'язкового медичного страхування. При цьому важливо чітко виписати всі статті законодавства, унеможливаючи 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 [14].

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 [19].

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 [20].

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 [20]. 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 [18].

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 платять 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 іншої консультації 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 [17].

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.

Таким чином реформування, яке сьогоднішні 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 [8]. 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 [8]. 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.

### **3.2. 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 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. Мюрей 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 застосовувалися 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. Гаммесон [40] (рис. 3.1).



Рис.3.1. Інтеграційна модель якості [40]

Автор пропонує запровадити на підприємствах ці чотири типи якості чи

«4 Q» як «передумови сприйняття якості і задоволення» [40]. 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.

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 вищерозглянутих моделях трактується як ефект процесу надання послуги. Проте найбільш розширеною є модель прогалин якості послуг, запропонована А. Парашураманом, В. Зейтхамлом та Л. Беррі (рис. 3.2). 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 [32, с. 121-123].



Рис. 3.2. Модель прогалин якості [59]

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. 3.3. Продовжуючи дослідження якості послуг, перш за все, зосередимось на п'ятій прогалині. Автори виділили такі чинники, що визначають якість послуг:

- матеріальність;
- безвідмовність;
- відповідальність;
- певність і співпереживання.

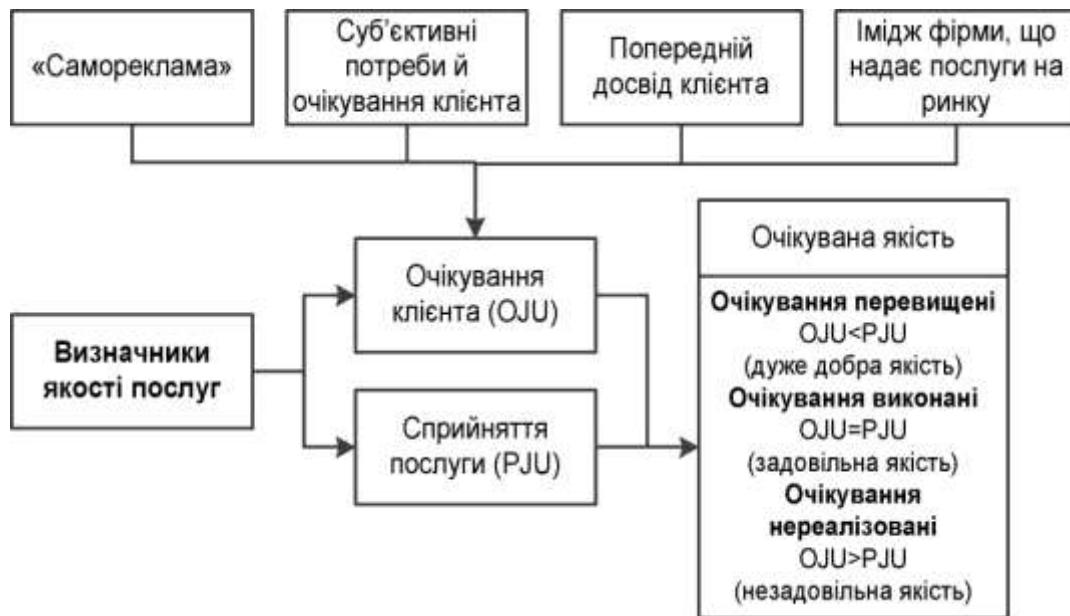


Рис. 3.3. Чинники, які впливають на сприйняття якості послуги [29, с. 48]

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.

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. 3.4).



Рис. 3.4. Узагальнююча модель досягнення якості медичних послуг  
Складено автором



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.

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 пілг 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 А). 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 Б. 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. 3.5).

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.

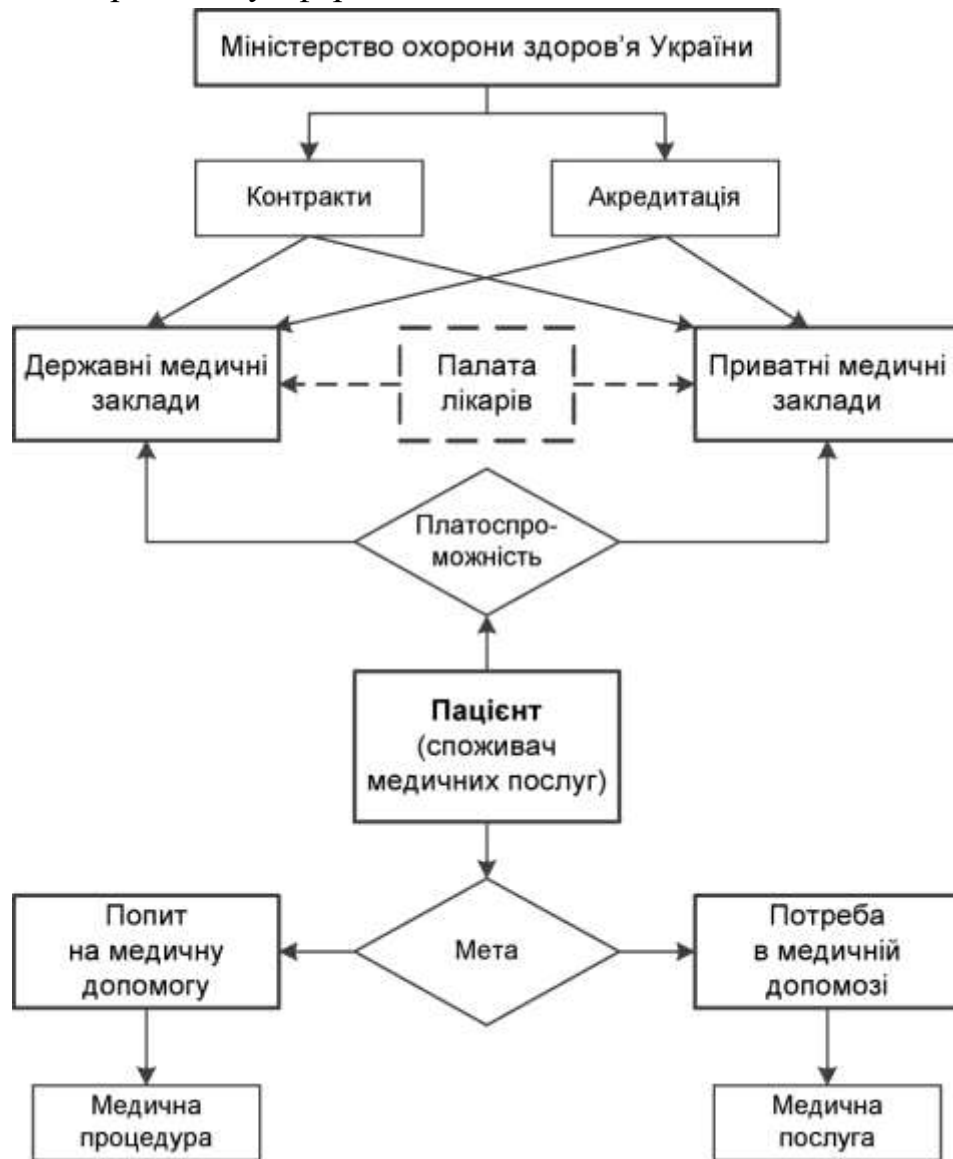


Рис. 3.5. Вітчизняна модель ринку медичних послуг. *Складено автором*

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.

### **3.3. 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 напряму 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 бут 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. 3.6).



Рис. 3.6. Зовнішнє оточення лікарні. *Складено автором*

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.

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 [13]. Поки що, при чинній системі охорони здоров'я, лікарні не можуть дозволити собі шукати таку позицію. Заміна системи Семашко, що діє сьогодні, вкрайнеобхідна 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. 3.7). Кожна система має змогу злагоджено працювати за допомогою наступних функцій:

- контролю;
- підтримки балансу;
- стимуляції.



Рис. 3.7 Лікарня в кібернетичному представленні теорії систем. *Складено автором*

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 дозволяють 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. 3.8).



Рис. 3.8. Вплив чинників на конкурентне середовище медичної сфери.  
Складено автором за даними [66, с. 39]

Представлені на рис. 3.8 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 провайдерів. За певною схемою викривляється система стимулювання, що дозволяє зазначеним силам збільшувати власні статки, не дивлячись на збільшення кривої затрат [16].

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 видатків.

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. 3.9). Для економіки медичного підприємства важливо звернути увагу на чинники, що впливають на його діяльність.

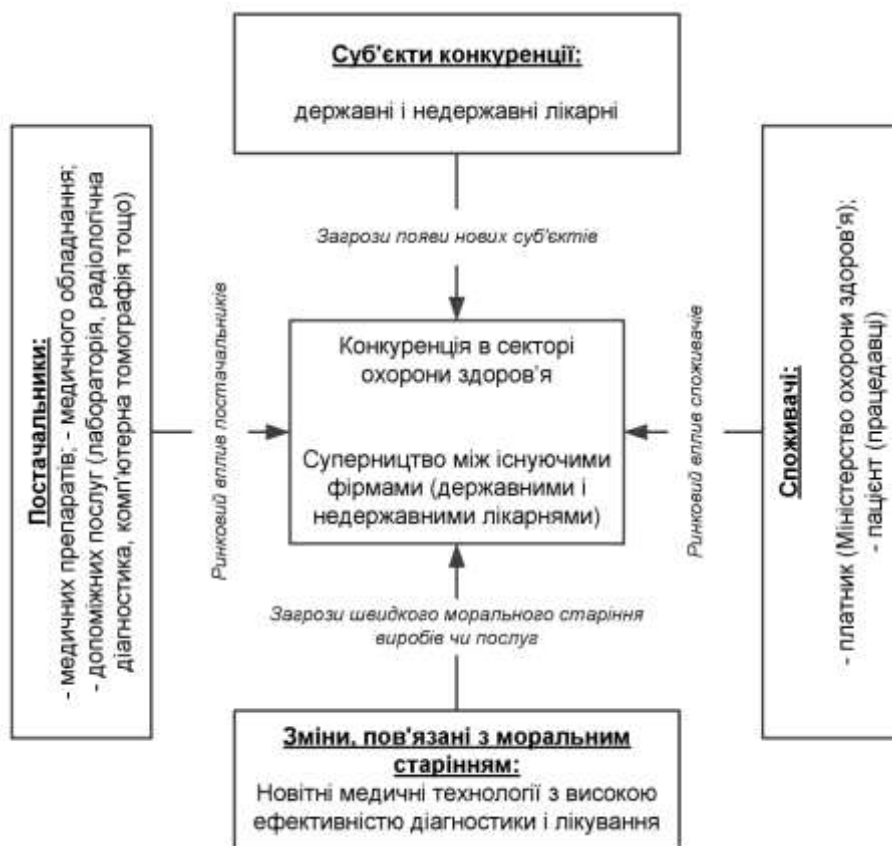


Рис. 3.9. Рушійні сили конкуренції в секторі охорони здоров'я  
Складено автором

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 [35, с. 42].

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 реклаमाції.

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 працевлаштування 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 послуги 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 [63, 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. 3.10.

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.

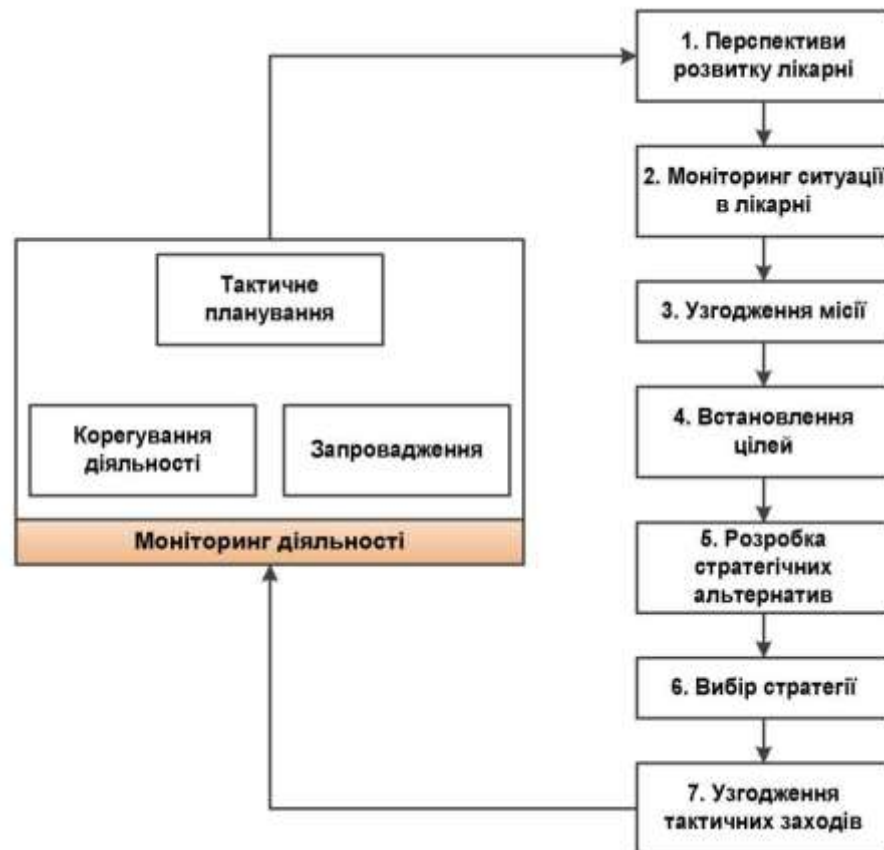


Рис. 3.10. Модель стратегічного планування лікарні

*Складено автором*

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.

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 [49, 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 розділу 3**

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 сформуванню сприятливого внутрішнього та відкоригувати зовнішнє середовище.

## ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній 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 привабленні 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. 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.

6. 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.

7. 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. Александрова Т.Г., Коммерческое страхование (справочник) / Т.Г. Александрова, О.В. Мещерякова. М.: Институт новой экономики, 1996. 254 с.
2. Анисимов В.М. Развитие страховой медицины – путь к реформированию здравоохранения // Финансы. 1995. – № 5. С. 47-50.
3. Аристотель. Сочинения: В 4-х т. / Пер. с древнегреч.; общ. ред. А.И. Доватура. – М.: Мысль, 1983. Т. 4. – 1983. 830 с.
4. Базилевич Я. Страхова медицина Галичини в минулому / Я. Базилевич, І. Футрак // Медична газета України. 1995. № 27. С. 13.
5. Бурлаковська В. Хочеш жити – плати / В. Бурлаковська // Український тиждень. 2013. № 42 (310). С. 14-18.
6. Гегель Г. Энциклопедия философских наук. Ч. 90. М.: Мысль, 1974. 471 с.
7. Гейвандова И. Медицинское страхование в Швейцарии // Врач. 1992. № 5. С. 38.
8. Закон України «Про загальнодержавне медичне страхування» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://search.ligazakon.ua>
9. Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава. Програма економічних реформ на 2010-2014 рік [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.president.gov.ua>
10. Локке Дж. Розвідка про людське розуміння. У чотирьох книгах / Пер. з англ. Наталки Бордукової. Харків: Акта, 2002.
11. Мачуга Н.З. Якість медичних послуг як інструмент реформування системи охорони здоров'я / Н.З. Мачуга // Актуальні проблеми економіки. 2011. № 8. С. 202.
12. Медична реформа в Україні: провал операції. Режим доступу: <http://ua.racurs.ua>
13. Міністерство охорони здоров'я України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua>
14. 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.
15. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон

України від 19 листопада 1993 року №2801-XII // Відомості Верховної Ради України. 1993. № 4. Ст. 19.

16. Платон. Филеб. Тимей. Государство: Соч. в 3 т. М.: Мысль, 1971. Т. 3. Ч. 1. С. 11-87; 455-550; 89-454.

17. Портер М. Конкуренція: Пер. с англ. / М. Потер. М.: Издательский дом «Вильямс», 2005. 608 с.

18. 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>

19. 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](http://www.moz.gov.ua).

20. Про ліцензування певних видів господарської діяльності: Закон України від 1 червня 2000 року №1775-III // Відомості Верховної Ради України. 2000. №36. Ст.299

21. Стеценко В.Ю. Адміністративно-правові засади ліцензування медичної діяльності / В.Ю. Стеценко / Вісник Запорізького юридичного інституту. 2010. № 1. С. 108.

22. Стецик Ю.В. Адміністративно-правове забезпечення обов'язкового медичного страхування: зарубіжний досвід [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.stattionline.org.ua>

23. Токарев Г.М. Адміністративно-правові засади запровадження в Україні обов'язкової страхової медицини [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://archive.nbu.gov.ua>

24. 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.

25. Юнко М. Система державного медичного страхування в Німеччині / М. Юнко [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.apteka.ua>

26. Amstrong M. «A Handbook of management Techniques», Kogan Page Ltd, London, 1993, p. 192.

27. 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.

28. Bochniarz P., Gugała K. Budowanie i pomiar kapitału ludzkiego w firmie, wydawnictwo «POLTEXT», 156 s.

29. Boerma T. World health statistics 2010 / T. Boerma, C. AbouZahr. – France: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2010. – 177 c.

30. Borkowski S. Wszendybył 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.

31. Ciechan-Kujawa M. Rachunek kosztów jakości, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2005.

32. Crosby P. Quality is Free: the art of Making Quality Creating, McGraw-Hill, New York 1979.

33. Czubała A., Jonas A., Smoleń T., Wiktor Jan W. Marketing usług, Wolters Kluwer Polska, Kraków 2006.

34. Deming W. Edwards. Out of the Crisis // MIT Center for Advanced Engineering Study, Cambridge, MA: MIT, 1982.

35. 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.

36. Dobska M., K. Rogoziński. Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej, PWN, Warszawa 2008.

37. Drucker P. Innowacje i przedsiębiorczość. Warszawa, 1992.

38. Durbajło-Mrowiec M. Wyznaczniki wartości zakładu opieki zdrowotnej, Wrocław, 2009.

39. Feigenbaum A. V. Total Quality Control. New York: McGraw-Hill, 1983.

40. Garczyński S. O radości. NK, Warszawa 1983.

41. Gummesson E. Quality Management in Service Organizations, ISQA, New York 1993.

42. Hamrol A. Mantura W. Zarządzanie jakością. Teoria i praktyka, Warszawa, 2002.

43. Health expenditure, private (% of GDP) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://data.worldbank.org>

44. Health expenditure, total (% of GDP) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://data.worldbank.org>

45. Joint Commission on the Accreditation of Health Organizations.

«Quality Assurance in Managed Health Care Organizations», Chicago, 1989.

46. Jones C. «Why have Health Expenditures as a Share of GDP Risen So Much?», Stanford University, Stanford 2001.

47. Juran J., Frank M. Gryna Jakość – projektowanie, analiza. WNT, Warszawa 1974.

48. Kaplan R. S., Cooper R. «Zarządzanie kosztami i efektywnością».

49. Kautch M., Klich J., Campbell P. (1998), Zarządzanie w opiece zdrowotnej: Planowanie, Kraków, Uniwersyteckie Wyd. Medyczne Vesalius, s.35/

50. Klich J., M. Kautsch, P. Campbell. Zarządzanie w opiece zdrowotnej: planowanie, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne «Vesalius», Kraków 1998.

51. Mantura W. Ekonomiczna ocena jakości – wybrane sytuacje decyzyjne. «Problemy jakości», nr 1/92.

52. 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.

53. Medycyna Sądowa, 1972 POPIELSKI KOBIELA - 848 s.

54. Murkowski M., Nowacki W., Koronkiewicz A.. Zastosowanie standardów w programie akredytacji szpitali, Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, Zakład Szpitalnictwa, Warszawa, 1996, s. 12.

55. Murray Ch. In Our Hands: A Plan To Replace The Welfare State, AEI Press, Washington D.C. 2006.

56. Niżankowski R., Banaszewska A., Bedlicki M. Ekonomia medycyny. Kompendium dla lekarzy i studentów medycyny. Warszawa. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2002.

57. OECD 2009: Health Care Quality Indicators Project: Patient Safety Indicators. Report 2009, Health Working Papers № 47.

58. Opolski K., Dykowska G., Możdżonek M. Zadzążanie przez jakościów usługach zdrowotnych.

59. Opolski K., Szemborska E. Sfery zarządzania jakością w służbie zdrowia. Antidotum 9/1997.

60. Prozowicz M. Ekonomiczne determinanty kształtowania jakości wyrobu w przedsiębiorstwie, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2001.

61. Skrzypek E. «Jakość i efektywność», Wydawnictwo: Uniwersytet Marii Curie – Skłodowskiej, Lublin 2000, 319 s.

62. Skrzypek E. Doświadczenia w zakresie prowadzenia kosztów jakości, na przykładzie certyfikowanych przedsiębiorstw różnych branż. Materiały

szkoleniowe, Szczyrk 1999.

63. Suhrcke M. i inni. The contribution of health to the economy in the European Union, European Commission, 2005.

64. Wajda A. Organizacja i zarządzanie, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2003, s. 45.

65. 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.

66. WHO Working group. Quality Ace in Health Care, 1989, s. 79-95.

67. Witczak I. Ekonomia szpitala. Uwarunkowanie, elementy, zasady. – Warszawa, CeDeWu Sp. z o.o., 2009, 254 S.

68. Wojda M., Pogorzelska D. Usługa medyczna jako product marketingowy. Pielęgniarstwo Polskie 1(21), 2006, S. 65-68.

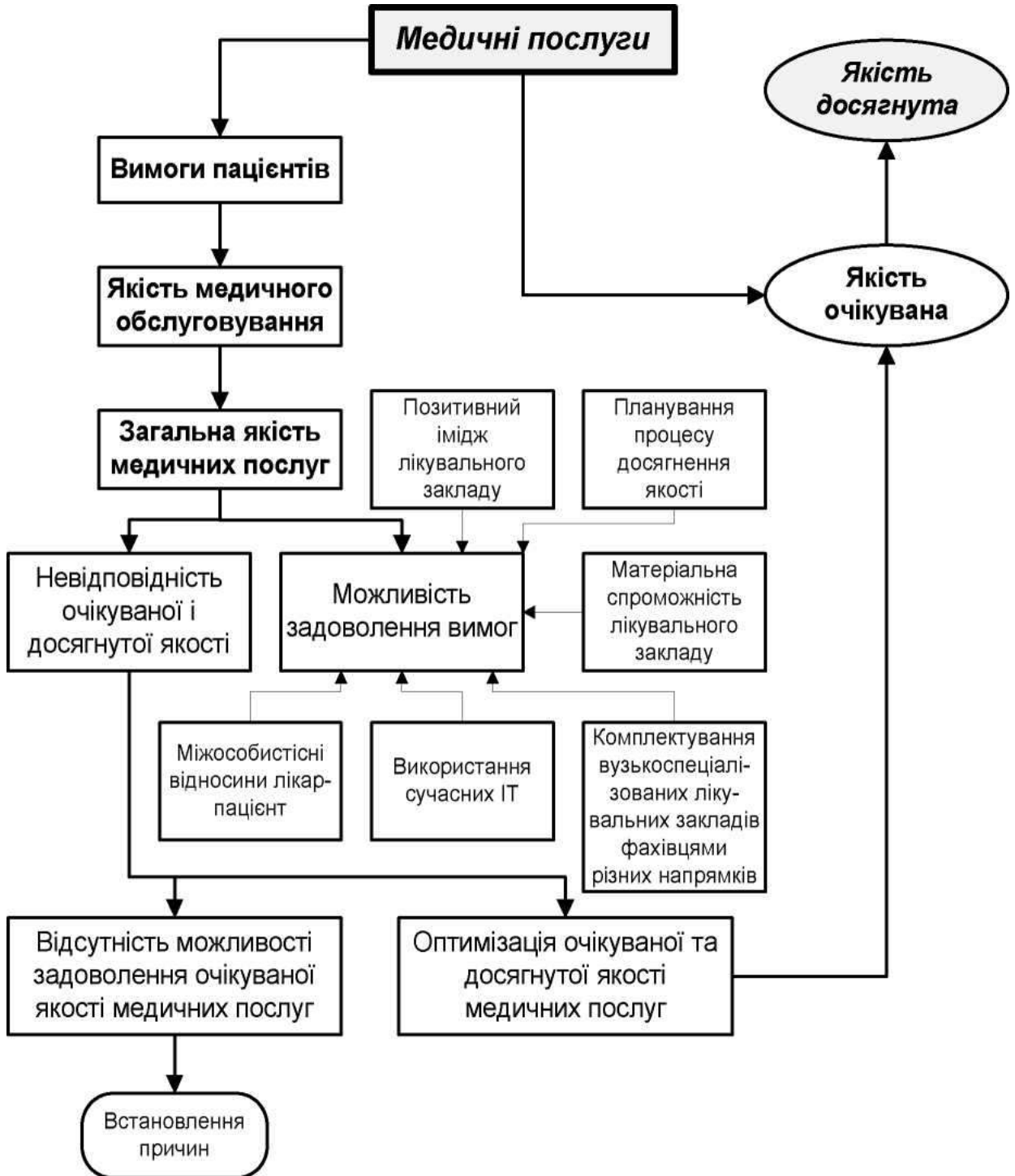
69. Wpływ zarządzania na jakość usług medycznych w ochronie zdrowia – Opinie świadczeniobiorców usług medycznych // Przedsiębiorczość i Zarządzanie. – Tom XIII, zeszyt 9. – Łódź, 2012 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://piz.san.edu.pl>

70. Wyrębek H. Zarządzanie jakością usług ubezpieczeniowych // Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego w Siedlcach. Seria: Administracja i Zarządzanie. – 2011. – № 89. – S. 181-195.

71. Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania, red. M. Kautscha, Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa 2010.

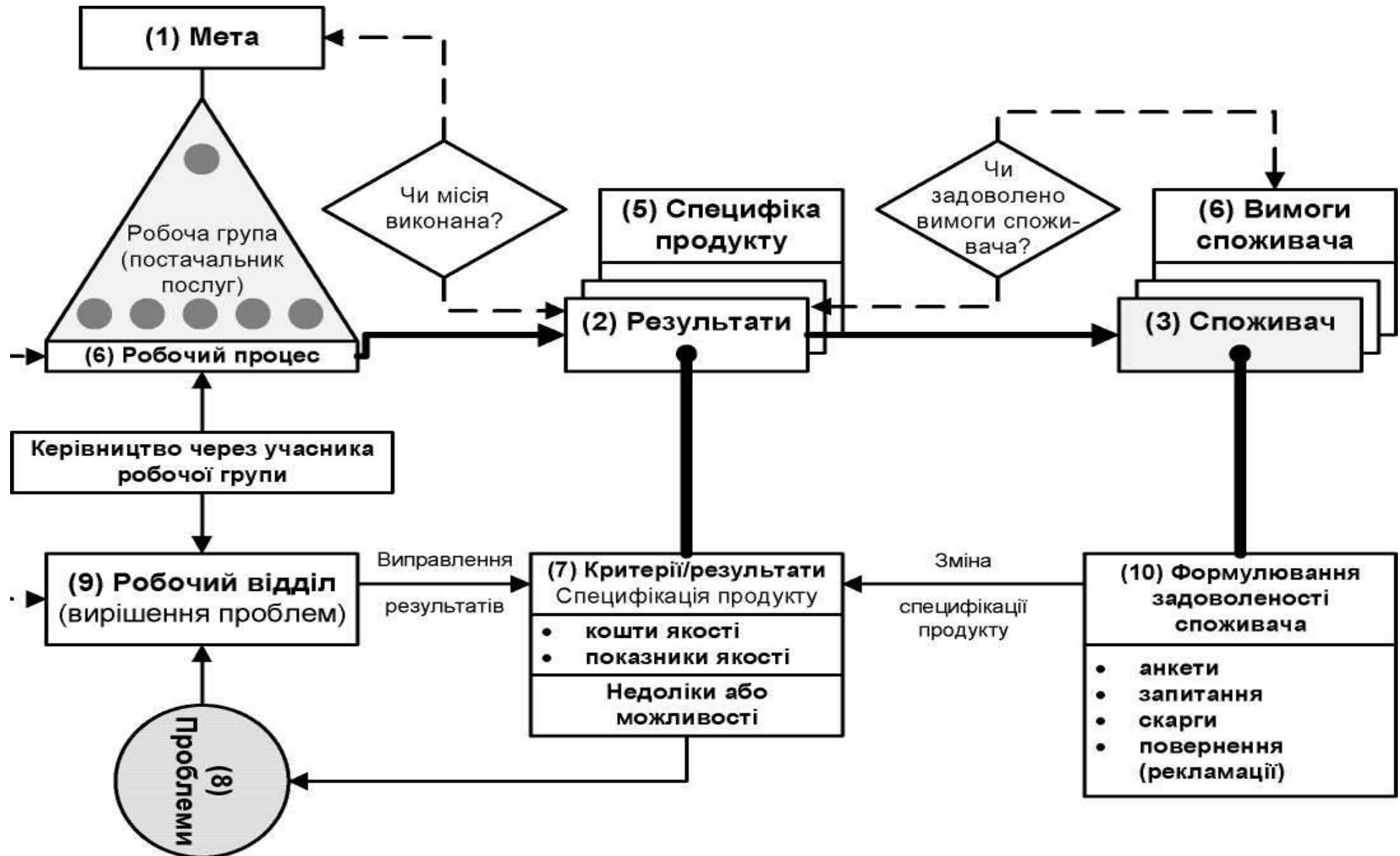
72. Zhu F. X., Wymer W. J., Chen I. IT-based services and service quality in consumer banking, «International Journal of Service Industry Management» 2002, nr 1.

Модель досягнення якості медичних послуг



## ДОДАТОК Б

## Процес «створення» якості



## АНОТАЦІЯ

**Іванчов П.В. «Фінансово-економічне управління якістю медичних послуг в Україні». – Кваліфікаційна робота подана для присвоєння другого (магістерського) рівня вищої освіти за спеціальністю «Фінанси, банківська справа та страхування». – К.: Національна академія управління, 2021.**

У кваліфікаційній роботі визначено сутність якості медичних послуг як економічного поняття; розглянуто функціональні засади дієвості системи якісних медичних послуг; досліджені основи управління якістю медичних послуг. Доведено, що істотним елементом управління якістю медичних послуг повинен стати завмер сатисфакції пацієнтів. Підприємницьку діяльність в системі охорони здоров'я визначено як вид індивідуальної діяльності або діяльності лікувального закладу з метою задоволення існуючих потреб на ринку медичних послуг за допомогою актуальних знань, умінь, яка приносить економічні і позаекономічні ефекти. Невід'ємними складовими медичного бізнесу визнано страхової, фінансовий, торговий і посередницький аспекти.

Досліджено ключові проблеми економіки якості медичних послуг з урахуванням вирішальної ролі останньої як економічної категорії; проведена класифікація витрат на забезпечення якості медичних послуг; проаналізована можливість визначення критичної точки якості медичних послуг шляхом оптимізації їх якості та вартості; розглянуто лікарські помилки як джерело зниження якості медичних послуг; доведено необхідність інвестування в поліпшення якості, що дозволить покрити витрати на забезпечення якості послуг, підвищити рівень обслуговування і, як наслідок, збільшити компенсацію пацієнтів. Оцінка складових витрат елементів якості визнана одним з перших і головних кроків при досягненні оптимізації витрат якості, оскільки усвідомлення їх величини дозволить стратегічно підійти до цілого процесу управління.

Досліджено так звана «ланцюг якості». Встановлено, що, чим більше послуга буде сприйматися як процес, тим більше буде мати значення з точки зору якості її рівень на кожному етапі процесу. Це найкраще ілюструє ланцюг якості. Для визначення стратегічних цілей компанії, зайнятих у сфері надання медичних послуг і управляються за допомогою сучасних методів керівництва, проаналізовано зовнішні та внутрішні фактори, що впливають на їх роботу із



застосуванням SWOT-аналізу. Доведено, що використання закладами охорони здоров'я спеціалізованих, а також універсальних інформаційних систем і технологій покращує процес управління, забезпечує розширену підтримку в прийнятті рішень, підвищує якість і доступність медичних послуг. Інформаційний простір передбачає розробку системи інформаційної підтримки управління розвитком медичної установи. Йдеться про створення зони, де виникають різні інформаційні потоки. Останні забезпечують надходження новітньої, повномасштабної і достовірної інформації процесу подолання протиріч, які виникають в його зовнішньому і внутрішньому середовищі. Це, в свою чергу, дозволить забезпечити довгостроковий успіх на ринку медичних послуг. Для загальної оцінки якості обслуговування в окремо взятому лікувальному закладі розроблена електронна on-line форма із зазначенням варіантів роботи з нею. Проаналізовано результати тестування. Представлена можливість медустанов максимального наближення до очікувань пацієнтів з використанням інформаційних технологій.

Для числової оцінки якості наданих медичних послуг сформульовані критерії, які є найбільш значущими, а також визначено їх вага в загальній оцінці. Для зручності аналізу і подальшого ранжирування всі критерії оцінки якості медичних послуг оформлено у вигляді матриці. Запропонована нами математична модель розрахунку якості медичних послуг дозволить лікувальним установам на підставі налагодженого зворотного зв'язку з пацієнтами розрахувати діапазон якості наданих медичних послуг. На основі отриманих результатів управління не тільки зможуть здійснювати локалізацію негативних впливів на якість, а й постійно підвищувати її рівень.

Здійснено аналіз адміністративно-правових основ функціонування страхової медицини; доведена ефективність функціонування системи медичного страхування в історичному аспекті; досліджені системи охорони здоров'я провідних країн світу; розглянуто діючі світові моделі соціальної політики з виділенням негативних сторін; розроблена модель досягнення якості медичних послуг; доведено, що ключовими елементами моделі якісних медичних послуг лікарні.

*Ключові слова: управління системою надання медичних послуг, витрати на якість медичних послуг, вітчизняна модель ринку медичних послуг, економічні важелі регулювання медичної сфери.*

## ABSTRACT

**Ivanchov Pavlo. «Financial and economic management of the quality of medical services in Ukraine». – Qualification work submitted for assignment of the second (master's) higher education level, majoring in Finance, Banking and Insurance. – K.: National Academy of Management, 2021.**

The quality of medical services as an economic concept is defined in the qualification robot; considered the functional foundations of the effectiveness of the system of quality medical services; investigated the basics of quality management of medical services. It has been proven that the measurement of patient satisfaction should become an essential element of quality management of medical services. Entrepreneurial activity in the health care system is defined as a type of individual activity or activity of a medical institution with the aim of meeting existing needs in the medical services market with the help of relevant knowledge and skills, which brings economic and non-economic effects. Insurance, financial, trade and intermediary aspects are recognized as integral parts of the medical business.

The key problems of the economics of the quality of medical services are investigated, taking into account the decisive role of the latter as an economic category; the classification of costs for ensuring the quality of medical services was carried out; analyzed the possibility of determining the critical point of the quality of medical services by optimizing their quality and cost; considered medical errors as a source of deterioration in the quality of medical services; the need to invest in quality improvement has been proven, which will cover the cost of ensuring the quality of services, improve the level of service and, as a result, increase patient compensation. Assessment of the cost components of quality elements is recognized as one of the first and main steps in achieving optimization of quality costs, since the awareness of their magnitude will allow a strategic approach to the whole management process.

The so-called «quality chain» has been investigated. It has been established that the more a service is perceived as a process, the more its level will matter in terms of quality at each stage of the process. This is best illustrated by the quality chain. To determine the strategic goals of the company engaged in the provision of medical services and managed using modern management methods, the external and internal factors influencing their work were analyzed using SWOT analysis. It has been proven that the use of specialized, as well as universal information systems and

technologies by healthcare institutions improves the management process, provides enhanced support in decision-making, and increases the quality and availability of medical services. The information space provides for the development of a system of information support for managing the development of a medical institution. It is about creating a zone where various information flows arise. The latter provide the receipt of the latest, full-scale and reliable information on the process of overcoming the contradictions that arise in its external and internal environment. This, in turn, will ensure long-term success in the healthcare market. For a general assessment of the quality of service in a particular medical institution, an electronic on-line form has been developed, indicating the options for working with it. The test results are analyzed. The article presents the possibility of medical institutions to maximally approximate the expectations of patients using information technologies.

For a numerical assessment of the quality of medical services provided, the criteria are formulated that are the most significant, and their weight in the overall assessment is determined. For the convenience of analysis and further ranking, all criteria for assessing the quality of medical services are presented in the form of a matrix. The proposed mathematical model for calculating the quality of medical services will allow medical institutions to calculate the range of quality of medical services provided on the basis of established feedback from patients. Based on the results obtained, managers will not only be able to localize negative impacts on quality, but also constantly improve its level.

The analysis of the administrative and legal foundations of the functioning of insurance medicine is carried out; the effectiveness of the functioning of the health insurance system in the historical aspect has been proved; the health systems of the leading countries of the world have been studied; the current world models of social policy are considered, highlighting the negative aspects; a model for achieving the quality of medical services has been developed; proven to be the key elements of the hospital quality healthcare model.

*Key words: management of the system of providing medical services, costs for the quality of medical services, domestic model of the medical services market, economic levers of regulation of the medical sphere.*