

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Одеський національний медичний університет

**Вікторія Борщ
Олена Рудінська
Наталія Кусик**

**МЕНЕДЖМЕНТ
ТА МАРКЕТИНГ
В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я**

Навчальний посібник

ОЛДІПІЮС+

2022

Укладачі:

Борщ Вікторія Ігорівна, д. е. н., доцент, професор кафедри менеджменту охорони здоров'я, проректор з перспективного розвитку Одеського національного медичного університету;

Рудінська Олена Володимирівна, к. е. н., доцент, завідувач кафедри менеджменту охорони здоров'я Одеського національного медичного університету;

Кусик Наталія Львівна, к. е. н., доцент, доцент кафедри менеджменту охорони здоров'я Одеського національного медичного університету

Рецензенти:

Сафонов Юрій Миколайович, д. е. н., професор, заслужений працівник освіти України, заслужений діяч науки і техніки; заступник директора ДНУ «Інститут модернізації змісту освіти»

Вартанова Олена Вікторівна, д. е. н., професор, професор кафедри управління та смарт-інновацій Київського національного університету технологій та дизайну

Рекомендовано до друку рішенням Вченої ради
Одеського національного медичного університету
(протокол № 1 від 01.09.2022 р.)

Борщ В.

Б83 Менеджмент та маркетинг в охороні здоров'я : навчальний посібник / В. І. Борщ, О. В. Рудінська, Н. Л. Кусик. — Херсон : Олді+, 2022. — 264 с.

ISBN 978-966-289-648-0

Розглянуто основні поняття менеджменту в охороні здоров'я як науково обгрунтованого процесу управління, зокрема, на мікрорівні: закладів охорони здоров'я державної та приватної форм власності, та на макрорівні: національних систем охорони здоров'я. Надано базові засади управління персоналом у закладах охорони здоров'я, особливості кадрової політики та підбору персоналу в медичних закладах, основи оплати праці в охороні здоров'я, базові форми та системи оплати праці медичного персоналу та мотиваційні механізми управління медичним персоналом. Представлено сутність фінансово-економічних відносин та процесів в охороні здоров'я, фінансове середовище, основні моделі та системи фінансування охорони здоров'я. Описано базові засади та основні поняття стратегічного менеджменту в охороні здоров'я, особливості стратегічного планування закладів охорони здоров'я.

Розглянуто основні поняття маркетингу в охороні здоров'я, функціонування ринку медичних послуг та напрямки маркетингових досліджень, перспективи використання медичного маркетингу в охороні здоров'я. Представлено особливості комплексного вивчення ринку в системі маркетингу охорони здоров'я, можливості використання маркетингових моделей та особливості позиціонування медичних послуг на ринку. Розглянуто основи ціноутворення в охороні здоров'я, зокрема, акцент зроблено на структурі ціни медичної послуги та особливостях ціноутворення в охороні здоров'я на державному рівні. Надано базові засади та основні поняття стратегічного маркетингу в охороні здоров'я. Акцент зроблено на маркетингових стратегіях у системі управління закладом охорони здоров'я та процесі їх розробки. Розглянуто особливості стратегічного маркетингового планування на основі технологій стратегічного аналізу та маркетингового бізнес-планування в медицині.

Навчальний посібник призначений для здобувачів вищої освіти та викладачів медичних спеціальностей закладів вищої освіти. Матеріал може бути корисним для широкого кола користувачів, зацікавлених вивченням менеджменту та маркетингу в охороні здоров'я.

УДК 614:[005.7+339.138](075.8)

© Вікторія Борщ, Олена Рудінська, Наталія Кусик, 2022

ISBN 978-966-289-648-0

© Олді+, 2022

ЗМІСТ

ПЕРЕДМОВА	5
-----------	---

РОЗДІЛ 1. МЕНЕДЖМЕНТ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

1.1. Основи менеджменту в охороні здоров'я	9
1.1.1. Базові засади менеджменту охорони здоров'я	9
1.1.2. Менеджмент у закладах охорони здоров'я	14
1.1.3. Управління національними системами охорони здоров'я	19
<i>Запитання для самоконтролю</i>	26
<i>Тестові запитання для самоконтролю</i>	27
<i>Ситуаційні завдання для самоконтролю</i>	29
1.2. Управління персоналом закладів охорони здоров'я.	
Основи оплати праці в охороні здоров'я	35
1.2.1. Базові засади управління персоналом у закладах охорони здоров'я	35
1.2.2. Кадрова політика в закладах охорони здоров'я	40
1.2.3. Особливості підбору медичного персоналу	53
1.2.4. Оцінювання та атестація лікарів	60
1.2.5. Форми та системи оплати праці медичного персоналу	66
1.2.6. Мотиваційні механізми управління медичним персоналом	72
<i>Запитання для самоконтролю</i>	82
<i>Тестові запитання для самоконтролю</i>	83
<i>Ситуаційні завдання для самоконтролю</i>	86
1.3. Основи фінансування охорони здоров'я	95
1.3.1. Фінансово-економічні відносини в охороні здоров'я	95
1.3.2. Базові засади ефективності в охороні здоров'я	99
1.3.3. Фінансові ресурси закладів охорони здоров'я	103
1.3.4. Моделі та системи фінансування охорони здоров'я	109
<i>Запитання для самоконтролю</i>	116
<i>Тестові запитання для самоконтролю</i>	118
<i>Ситуаційні завдання для самоконтролю</i>	120
1.4. Основи стратегічного менеджменту в охороні здоров'я	122
1.4.1. Базові засади стратегічного менеджменту в охороні здоров'я	122
1.4.2. Основні поняття в стратегічному менеджменті в охороні здоров'я	127
1.4.3. Стратегічне планування закладів охорони здоров'я	141
<i>Запитання для самоконтролю</i>	147
<i>Тестові запитання для самоконтролю</i>	148
<i>Індивідуальне завдання</i>	151

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА ДО РОЗДІЛУ 1 «МЕНЕДЖМЕНТ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я»	153
--	-----

РОЗДІЛ 2. МАРКЕТИНГ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

2.1. Основи маркетингу в охороні здоров'я	165
2.1.1. Базові засади маркетингу охорони здоров'я	165
2.1.2. Ринок медичних послуг: сегментація, елементи ринку	169
2.1.3. Медичний маркетинг у сучасній охороні здоров'я	173
<i>Запитання для самоконтролю</i>	176
<i>Тестові запитання для самоконтролю</i>	177
<i>Ситуаційні завдання для самоконтролю</i>	179
2.2. Комплексне вивчення ринку в системі маркетингу охорони здоров'я	181
2.2.1. Комплексне дослідження ринку	181
2.2.2. Маркетингові моделі і позиціонування товару (медичної послуги)	183
2.2.3. Медичне страхування та його економічні аспекти	191
<i>Запитання для самоконтролю</i>	197
<i>Тестові запитання для самоконтролю</i>	198
<i>Ситуаційні завдання для самоконтролю</i>	200
2.3. Основи ціноутворення в охороні здоров'я	204
2.3.1. Базові засади ціноутворення на медичні послуги	204
2.3.2. Структура ціни медичної послуги	211
2.3.3. Ціноутворення в охороні здоров'я на державному рівні	217
<i>Запитання для самоконтролю</i>	221
<i>Тестові запитання для самоконтролю</i>	222
<i>Ситуаційні завдання для самоконтролю</i>	225
2.4. Стратегічний маркетинг в охороні здоров'я та основи стратегічного аналізу	228
2.4.1. Маркетингова стратегія у системі управління та процес її розробки	228
2.4.2. Стратегічне маркетингове планування. Управління якістю	231
2.4.3. Технології стратегічного аналізу та методи маркетингового бізнес-планування	236
<i>Запитання для самоконтролю</i>	247
<i>Тестові запитання для самоконтролю</i>	247
<i>Індивідуальне завдання</i>	249
РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА ДО РОЗДІЛУ 2 «МАРКЕТИНГ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я»	251
УКЛАДАЧІ	261

ПЕРЕДМОВА

Стан здоров'я населення слугує інтегральним показником загального стану суспільства, є важливою складовою людського капіталу країни. Формуючи суспільне здоров'я, впливаючи на потенціал робочої сили, зайнятої в усіх сферах національної економіки, охорона здоров'я надає іншим галузям національного господарства та суспільству послуги, які значною мірою компенсують негативні наслідки їх функціонування.

Реформування охорони здоров'я в Україні вимагає зміни основних принципів управління у сфері охорони здоров'я. Поряд із адміністративним впливом розширюється правова і господарська самостійність суб'єктів охорони здоров'я, посилюється конкуренція у процесі розподілу ресурсів.

Управління охороною здоров'я населення в Україні є комплексною задачею всього українського суспільства, в реалізації якої беруть участь безліч секторів національного господарства і структур управління. Здійснення сучасних трансформацій у системі охорони здоров'я передбачає використання особливих методів менеджменту та маркетингу з огляду на специфіку медичних послуг. У будь-якому разі сучасна система охорони здоров'я розглядає медичні організації як, по-перше, специфічні суб'єкти господарювання, що наділені всіма основними фінансово-економічними правами і обов'язками, та, по-друге, як самостійних учасників ринкових відносин, узятих у всій їх складності та суперечності, й одночасно з урахуванням всієї специфіки охорони здоров'я.

Отже, вивчення основ менеджменту та маркетингу в охороні здоров'я — це необхідний елемент підготовки високопрофесійних кадрів для системи управління охороною здоров'я.

Навчальний посібник складається з двох розділів.

Перший розділ «Менеджмент в охороні здоров'я» присвячений питанням основ менеджменту в охороні здоров'я; проблемам управління персоналом закладів охорони здоров'я та оплати праці; можливостям фінансування охорони здоров'я; питанням основ стратегічного менеджменту в охороні здоров'я.

Розглянуто основні поняття менеджменту в охороні здоров'я як науково обґрунтованого процесу управління, зокрема, на мікрорівні: закладів охорони здоров'я державної та приватної форм власності, та на макрорівні: національних систем охорони

здоров'я. Надано базові засади управління персоналом в закладах охорони здоров'я, особливості кадрової політики та підбору персоналу в медичних закладах, основи оплати праці в охороні здоров'я, базові форми та системи оплати праці медичного персоналу та мотиваційні механізми управління медичним персоналом. Представлено сутність фінансово-економічних відносин та процесів в охороні здоров'я, фінансове середовище, основні моделі та системи фінансування охорони здоров'я. Описано базові засади та основні поняття стратегічного менеджменту в охороні здоров'я, особливості стратегічного планування закладів охорони здоров'я.

Другий розділ «Маркетинг в охороні здоров'я» присвячений основам маркетингу в охороні здоров'я; питанням комплексного вивчення ринку в системі маркетингу охорони здоров'я; проблемам ціноутворення в охороні здоров'я; питанням стратегічного маркетингу в охороні здоров'я та основ стратегічного аналізу.

Розглянуто основні поняття маркетингу в охороні здоров'я, функціонування ринку медичних послуг та напрямки маркетингових досліджень, перспективи використання медичного маркетингу в охороні здоров'я. Представлено особливості комплексного вивчення ринку в системі маркетингу охорони здоров'я, можливості використання маркетингових моделей та особливості позиціонування медичних послуг на ринку. Розглянуто основи ціноутворення в охороні здоров'я, зокрема, акцент зроблено на структурі ціни медичної послуги та особливостях ціноутворення в охороні здоров'я на державному рівні. Надано базові засади та основні поняття стратегічного маркетингу в охороні здоров'я. Акцент зроблено на маркетингових стратегіях у системі управління закладом охорони здоров'я та процесі їх розробки. Розглянуто особливості стратегічного маркетингового планування на основі технологій стратегічного аналізу та маркетингового бізнес-планування в медицині.

Навчальний посібник призначений для здобувачів вищої освіти та викладачів медичних спеціальностей закладів вищої освіти.

Також матеріал навчального посібника може бути корисним для широкого кола користувачів, зацікавлених вивченням менеджменту та маркетингу в охороні здоров'я.

Вікторія Борщ, Олена Рудінська, Наталія Кусик

РОЗДІЛ 1

МЕНЕДЖМЕНТ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

1.1. ОСНОВИ МЕНЕДЖМЕНТУ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

- 1.1.1. Базові засади менеджменту охорони здоров'я
- 1.1.2. Менеджмент у закладах охорони здоров'я
- 1.1.3. Управління національними системами охорони здоров'я

Запитання для самоконтролю

Тестові запитання для самоконтролю

Ситуаційні завдання для самоконтролю

1.2. УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я. ОСНОВИ ОПЛАТИ ПРАЦІ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

- 1.2.1. Базові засади управління персоналом у закладах охорони здоров'я
- 1.2.2. Кадрова політика в закладах охорони здоров'я
- 1.2.3. Особливості підбору медичного персоналу
- 1.2.4. Оцінювання та атестація лікарів
- 1.2.5. Форми та системи оплати праці медичного персоналу
- 1.2.6. Мотиваційні механізми управління медичним персоналом

Запитання для самоконтролю

Тестові запитання для самоконтролю

Ситуаційні завдання для самоконтролю

1.3. ОСНОВИ ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

- 1.3.1. Фінансово-економічні відносини в охороні здоров'я
- 1.3.2. Базові засади ефективності в охороні здоров'я
- 1.3.3. Фінансові ресурси закладів охорони здоров'я
- 1.3.4. Моделі та системи фінансування охорони здоров'я

Запитання для самоконтролю

Тестові запитання для самоконтролю

Ситуаційні завдання для самоконтролю

1.4. ОСНОВИ СТРАТЕГІЧНОГО МЕНЕДЖМЕНТУ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

- 1.4.1. Базові засади стратегічного менеджменту в охороні здоров'я
- 1.4.2. Основні поняття в стратегічному менеджменті в охороні здоров'я
- 1.4.3. Стратегічне планування закладів охорони здоров'я

Запитання для самоконтролю

Тестові запитання для самоконтролю

Індивідуальне завдання

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА ДО РОЗДІЛУ 1
«МЕНЕДЖМЕНТ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я»

ОСНОВИ МЕНЕДЖМЕНТУ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

- 1.1.1. Базові засади менеджменту охорони здоров'я.
- 1.1.2. Менеджмент у закладах охорони здоров'я.
- 1.1.3. Управління національними системами охорони здоров'я.

1.1.1. Базові засади менеджменту охорони здоров'я

Управління як діяльність існувало впродовж всієї історії людства. Можна сказати, що управління існувало з того моменту, коли у людей виникла потреба в спільній роботі. Певна форма управлінської діяльності з'явилася, коли треба було зібрати податки, створити армію, нагодувати людей, які самі не виробляли продовольство.

Відносини управління в медицині відбуваються на таких рівнях:

– *макрорівень:* на рівні державного адміністрування (загальнодержавний рівень законодавчої та виконавчої гілок влади), регіональному, місцевому, галузевому, відомчому рівнях, тобто на рівні управління системою охорони здоров'я країни;

– *мікрорівень:* на рівні управління окремим медичним закладом (медичні установи, страхові компанії, громадські організації, фонди медичного страхування).



В управлінні системою охорони здоров'я необхідно розрізняти:

- адміністрування охорони здоров'я;
- менеджмент медичних установ.



Більшість фахівців вважає, що дефініції «управління» та «менеджмент» є синонімами, але їх зміст відмінний – як з урахуванням мікро-, так і макро-економічного підходів. Тому дослідники вважають, що для макрорівня доцільніше використовувати термін «управління», а для мікрорівня – термін «менеджмент».

Менеджмент як загальне поняття можна трактувати:

– з одного боку – як процес впливу на кого-небудь або що-небудь;

– з другого боку – як систему суб'єктів управління, об'єктів управління і управлінських дій.

Менеджмент в охороні здоров'я як макросистеми – це наука управління, регулювання і контролю фінансових, трудових і матеріальних ресурсів органами і установами охорони здоров'я.



Мета менеджменту в охороні

здоров'я – зниження втрат суспільства від захворюваності, інвалідності та смертності населення при наявних ресурсах.

Завдання менеджменту в охороні здоров'я – найефективніше досягнення мети шляхом підвищення якості лікувальних, діагностичних і профілактичних заходів та раціонального використання ресурсів охорони здоров'я.

Об'єкт менеджменту в охороні здоров'я – медична установа (медичне підприємство, заклад, клініка і т. д.).

Суб'єкт менеджменту в охороні здоров'я – управлінський апарат, органи управління (наприклад, Міністерство охорони здоров'я, головні лікарі, завідувачі відділеннями, начальники клінік і т. д.).

Менеджмент в охороні здоров'я як мікросистеми – це управління безпосередньо медичною установою як самостійною фінансово-господарською одиницею.

Менеджмент у медицині можна розглядати з двох позицій:

1. З одного боку, менеджмент у медицині – це процес впливу на матеріальні, трудові і фінансові відносини (матеріальні, трудові та фінансові ресурси), їх організацію для реалізації економічної і соціальної політики медичної установи.

2. З другого боку, менеджмент у медицині – це сукупність всіх органів апарату управління медичною установою та їх управлінських дій.

Менеджмент визначається принципами, методами, функціями і цілями управління.

Принципи менеджменту (загальна класифікація):

1. Організаційні, координаційні і оперативні принципи, які направлені на активізацію і посилення мотивації діяльності кожного співробітника і всього колективу. Серед них: влада і відповідальність; єдиноначальність; єдність керівництва; централізація; лінійне управління; порядок; стабільність; ініціатива та ін.

2. Принципи розвитку, які направлені на оптимізацію взаємостосунків і підвищення ефективності колективної діяльності. Серед них: дисципліна, справедливість, підкорення індивідуальних інтересів загальним, кооперативний дух, постійність персоналу, винагорода та ін.

3. Принципи підвищення іміджу, авторитету, представництва установи.

Методи менеджменту (загальна класифікація):

- організаційно-розпорядливі;
- економіко-господарчі;
- правові;
- соціально-психологічні.

Крім того, до методів управління відносять: методи підкріплення



і стимулювання; методи регулювання поведінки; методи з оптимізації трудового процесу і зростання відповідальності співробітників; методи розвитку ініціативи співробітників і підвищення індивідуальної майстерності.

Функції менеджменту визначаються рівнем системи управління.

Система управління будь-якого об'єкта має три рівні:

– *стратегічний* – на цьому рівні визначаються цілі і можливі результати в перспективі;

– *тактичний* – цей рівень дозволяє оптимально визначити конкретні завдання, організацію, поетапне виконання і контроль результатів;

– *оперативний* – цей рівень забезпечує ефективне виконання виробничих процесів з оптимальним використанням наявних ресурсів (наприклад, облік, контроль і аналіз діяльності структур, що вже функціонують).

Функції менеджменту (загальна класифікація):



1. Перша функція включає вивчення обстановки, збір та обробку інформації (аналіз ситуації, що склалася).

2. Друга функція включає прийняття рішення до попередніх розрахунків або перетворення інформації. Після отримання комплексної, повної,

достовірної та своєчасної інформації (дані про фактичний стан об'єкта) приймається управлінське рішення і здійснюється планування його виконання.

3. Третя функція полягає в організації здійснення прийнятого рішення шляхом упорядкування сил і засобів, налагодження необхідних виробничих зв'язків та контроль за його виконанням (попередній, спрямувальний, фільтрувальний, завершальний контроль).

Для кожної складової управління системою охорони здоров'я, що здійснюється на різних рівнях, характерною є діяльність з розробки, прийняття та виконання управлінських



рішень. Це потребує використання управлінських технологій (методів, форм, засобів розробки та прийняття рішень).

Управлінські технології (загальна класифікація):

1. *Управлінські технології адміністрування охорони здоров'я*, до яких належать такі: розробка державної, регіональної та муніципальної політики охорони здоров'я; вибір на державному рівні моделі охорони здоров'я та його законодавчо-нормативне, кадрове, організаційне, фінансове, інформаційне забезпечення; розробка державної політики реформування системи охорони здоров'я; розробка державної політики оплати праці медичних працівників; розробка державної політики підготовки медичних працівників, їх атестації, підвищення кваліфікації, ліцензування; стандартизація медичних послуг; оптимізація мережі установ охорони здоров'я, в тому числі державних медичних установ; нормативно-правове врегулювання ресурсного забезпечення установ охорони здоров'я; нормативно-правове врегулювання фінансового забезпечення установ охорони здоров'я; законодавчо-нормативне врегулювання мережі державних лікувальних установ; визначення організаційного забезпечення адміністрування.



2. *Управлінські технології фінансового адміністрування*, до яких належать такі: розробка фінансової політики (державної, регіональної, муніципальної, локальної) охорони здоров'я; фінансове прогнозування і фінансове планування (визначення потреб

та обсягів фінансового забезпечення охорони здоров'я в цілому та в розрізі рівнів); оперативне фінансове управління; фінансовий контроль і аудит; моніторинг; аналіз, оцінка ефективності та ефективність фінансового забезпечення охорони здоров'я та в розрізі установ охорони здоров'я різних форм власності.

3. *Управлінські технології фінансового адміністрування медичних установ*, до яких належать: кошторисне планування; кошторисне фінансування; внутрішній аудит.

1.1.2. Менеджмент у закладах охорони здоров'я



Основні інформаційні рівні виникнення економічних та управлінських відносин:

1. *Мікроекономічний рівень.* На мікроекономічному рівні вони охоплюють діяльність кожного індивідуума, окремих ділянок, ланок і структур виробництва медичних послуг. Головний мікроекономічний елемент охорони здоров'я – це медична установа, яка за своєю суттю виступає

як своєрідне підприємство (фірма), що виробляє та надає послуги. Щодо приватного лікаря-практика, то він, по суті справи, утілює, персоніфікує цілу медичну установу, виступаючи поперемінно як основний персонал, менеджер, працівник обслуги і т. п., якщо, звичайно, не йдеться про використання найманої робочої сили.

2. *Макроекономічний рівень.* У межах національної економіки в цілому і насамперед у тих галузях, які безпосередньо пов'язані з охороною здоров'я (медична промисловість, фармацевтична промисловість, приладобудування, спеціальні галузі текстильної, харчової промисловості, транспортного машинобудування, будівництва, торгівлі і т. п.), складаються макроекономічні відносини. В сучасних умовах інтеграції багатьох



видів медичної діяльності на інтернаціональному рівні макроекономічні відносини виходять у сферу всесвітнього господарства, функціонування ринку послуг охорони здоров'я у світовому масштабі.

3. Останнім часом все більш виразно виявляється тенденція до виділення ще одного рівня відносин – *міді-економічний рівень* (від лат. – *medius*, англ. – *middle* – середній). На цьому рівні досліджуються господарські зв'язки в охороні здоров'я, що розглядається як велика галузь в економіці (супергалузь), що складається з цілого ряду підгалузей, виробництв і спеціалізацій, з'єднаних рішенням одного функціонального завдання – охорона і зміцнення суспільного та індивідуального здоров'я.



Для функціонування будь-якої системи управління необхідно дотримуватися таких умов:

- керована система має володіти здатністю переходити в різні стани, змінювати свої властивості;
- система управління повинна мати реальну нагоду змінювати за допомогою управлінських рішень стан об'єкта, а для цього система управління повинна мати відповідні органи, структури і механізми;
- управління, що претендує на розумність, обов'язково має бути цілеспрямованим, тобто мати чітко поставлену мету і бажані кінцеві результати;
- система управління повинна мати нагоду вибору різних варіантів схвалюваних рішень;
- система управління повинна мати в розпорядженні реальні матеріальні, інтелектуальні, інформаційні, фінансові ресурси;
- система управління повинна не тільки чітко орієнтуватися на мету управління, але й мати в кожний момент часу інформацію про поточний стан керованого об'єкта по каналах зворотного зв'язку;
- оптимальне управління вимагає навиків оцінки якості управлінських рішень, надійних критеріїв і представницьких показників.

В управлінні медичною установою присутні дві сторони: суб'єкт управління (керівники) та об'єкт управління (трудова, фінансова та матеріальні ресурси).



Три рівні системи управління в медичній установі:

- *стратегічний рівень* (наприклад, головний лікар, директор);
- *тактичний рівень* (наприклад, заступники головного лікаря по напрямках і розділах роботи, головна (старша) медична сестра);

– *оперативний рівень* (наприклад, керівники відділень, підрозділів, які не мають в підлеглих інших керівників, включаючи старших медичних сестер відділень).

Залежно від особливостей об'єкта, поряд з функціями управління об'єктом у цілому, виділяються функції окремих ланок управління:

– *технічні операції* – виробництво (наприклад, для медичних установ до виробничих функцій відносяться діагностика, експертиза, реабілітація, заходи профілактики та ін.);

– *комерційні операції* – купівля, продаж, обмін (наприклад, для медичних установ – це продаж окремих видів медичних послуг);

– *фінансові операції* – залучення коштів та розпорядження ними для здійснення діяльності;

– *страхові операції* – страхування, охорона майна і осіб;

– *облікові операції* – бухгалтерський облік, статистика та ін.;

– *адміністративні операції* – перспективне програмно-цільове планування, організація, координація, розпорядчі функції та контроль.

Управлінське рішення є директивним актом, обов'язковим для виконання, має три підфункції: направляючу, координуючу, мобілізуючу.

Вимоги до управлінського рішення:

- воно повинно мати ясну цільову спрямованість;

– воно повинно бути обґрунтованим;

– воно повинно бути адресним;

– воно повинно бути несуперечливим та правомочним;

– воно повинно бути ефективним (при менших витратах досягти намічених результатів);

– воно повинно бути конкретним.

Існує два основних способи прийняття рішення: індивідуальний і колективний. У будь-якому разі остаточне вирішення питання залишається за керівником.

Алгоритм (послідовність) управлінських рішень:

– постановка мети і завдання (програмно-цільове планування);

– збір необхідної інформації;

– моделювання і попередня експертиза можливих рішень;

– прийняття управлінського рішення;

– організація виконання;

– контроль виконання;

– оцінка ефективності та коригування результатів.

На ефективність управлінських рішень впливає низка факторів: компетентність, інформаційне забезпечення, виваженість рішення, своєчасність акта управління.

Ефективність управління медичною установою визначається упровадженням *наукової організації праці*, тобто створення оптимальних умов для ефективного використання співробітниками робочого часу.

Особливе місце у виконанні ухвалених управлінських рішень займає упровадження в роботу медичних установ *сучасних технічних засобів* для оперативного збору, зберігання, обробки і транспортування інформації з використанням сучасних засобів зв'язку. Все це досягається *автоматизацією як системи управління охороною здоров'я загалом, так і медичним закладом зокрема*, тобто постійне забезпечення керівників органів охорони здоров'я і медичних установ необхідними відомостями для



реалізації завдань обліку, планування, стратегічного і оперативного управління.

Крім того, ефективність управління повинна розглядатися не тільки у вигляді оптимізації технологічних рішень, але і з урахуванням адекватних *психологічних установок*.

Серед чинників, що заважають розвитку індивідуальних якостей у фахівців-управлінців, можна виділити:



- відсутність особистих ціннісних орієнтацій;
- відсутність особистої зацікавленості;
- недостатня професійна кваліфікація;
- не вміння впливати на людей;
- не вміння самоудосконалюватися;

- не вміння володіти собою;
- відсутність почуття обов'язку;
- неорганізованість, нечесність;
- не вміння підпорядковувати особисті інтереси груповим, колективним задачам і установкам та ін.

Для ефективного управління важливі *мотивація* – *зацікавлена діяльність і прихильність персоналу*, поєднання виробничих, фізіологічних і психологічних орієнтирів. Серед якісних способів дії на колектив у менеджменті важливу роль має *стиль лідерства* (сукупність методів управління і психології управління).



Основні стилі лідерства:

– *Директорський стиль* – це коли лідер керується принципом «роби так, як я сказав», тримає співробітників під контролем і як рушійну силу використовує заохочення, покарання, ініціативу.

– *Лідер-організатор* – це суворий, але справедливий керівник. Дає підлеглим ясні вказівки, впливає

переконанням і повідомляє кожному свою оцінку його якостей і досягнень.

– *Особистісний стиль* – це коли керівник слідує девізу «перш за все люди, а справа – потім». Довіряє людям, цінує добрі відносини в колективі. Як стимул забезпечує співробітникам додаткові пільги, почуття комфортності, безпеки, спокою.

– *Демократичний стиль* – це коли лідер дотримується принципу «одна людина – один голос». Такий лідер спонукає співробітників активно брати участь у прийнятті рішень, кожного особисто контролює і спонукає до активних дій.

– *Прагнення задати темп роботи* – це лідер, який прагне більше виконувати сам, береться за багато завдань, багато працює, припускаючи, що інші співробітники підуть по його прикладу, надає багатьом можливість самостійно планувати і працювати.

– *Наставницької стиль* – це коли лідер керується принципом «ти можеш це зробити». Лідер такого типу допомагає членам команди і заохочує їх працювати краще, даючи їм можливість особистого розвитку.

1.1.3. Управління національними системами охорони здоров'я

Управління охороною здоров'я населення в Україні є комплексним завданням всього українського суспільства, в реалізації якого беруть участь безліч секторів національного господарства і структур управління.

Для ухвалення науково обґрунтованого рішення в галузі забезпечення управління охороною здоров'я потрібні дані медико-соціального, економічного, правового та іншого характеру.

Чинники, що визначають форми і методи управління системою охорони здоров'я населення в цілому і на окремих територіях:

- соціальні чинники та соціальна спрямованість рішень, дій державних, регіональних, місцевих органів влади;
- рівень соціально-економічного розвитку країни в цілому і окремих її регіонів;



- реалізація принципів соціальної справедливості та доступності для всіх членів суспільства досягнень науки в галузі охорони здоров'я;
- рівень наукового забезпечення проблем охорони здоров'я;
- адаптація міжнародного досвіду в галузі медико-соціального забезпечення населення країни в цілому і в різних регіонах.

Комплексна система охорони здоров'я населення складається із:

- структурних елементів – відповідні відомства медико-соціального забезпечення;
- функціональних елементів – органи і установи медико-соціального обслуговування.

Усі елементи системи охорони здоров'я взаємозв'язані між собою. Для нормального функціонування підсистем охорони здоров'я необхідно, щоб між їх окремими елементами був налагоджений постійний і достатній по кількості і якості обмін інформацією. Реалізація складних задач охорони здоров'я вимагає системного підходу, в якому чітко розмежовані функції і компетенції всіх учасників медико-соціального захисту населення.

Система охорони здоров'я повинна будуватися в строгій відповідності з міжнародними положеннями про права людини і з урахуванням рекомендацій міжнародних організацій, як-от: Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ), ЮНЕСКО, ЮНІСЕФ, МОП (Міжнародна організація праці) та ін.

Резолюція Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я від 23.06.1970 року «Принципи розвитку національної системи охорони здоров'я».

Основні положення по реалізації прав громадянина на охорону здоров'я:

- проголошення відповідальності держави і суспільства за охорону здоров'я, реалізовану на основі проведення комплексу економічних і соціальних заходів;
- організація раціональної підготовки національних кадрів охорони здоров'я;



- розвиток охорони здоров'я на основі широкого проведення заходів, направлених на суспільну та індивідуальну профілактику, який передбачає органічне поєднання лікувальної і профілактичної роботи у всіх медичних і санітарно-профілактичних установах і службах;

- забезпечення всьому населенню країни щонайвищого можливого рівня кваліфікованої загальнодоступної профілактичної та лікувальної допомоги, що надається без фінансових або інших обмежень, шляхом створення відповідної мережі медичних установ;

- широке використання в кожній країні досягнень світової науки і практики;
- санітарна освіта громадян і залучення їх до участі в проведенні всіх програм охорони здоров'я.

Законодавство України про охорону здоров'я базується на: Конституції України, Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», а також інших актів законодавства, що ругують суспільні відносини в галузі охорони здоров'я (переважно це – накази, постанови Кабінету Міністрів України, Президента України, Міністерства охорони здоров'я України).

Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я».

Основні принципи охорони здоров'я в Україні:

- визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави, одним з головних чинників виживання і розвитку народу України;

- отримання прав і свобод людини і громадянина в галузі охорони здоров'я і забезпечення пов'язаних з ними державних гарантій;

- гуманістична спрямованість, забезпечення пріоритету загальнолюдських цінностей над класовими, національними, груповими або індивідуальними інтересами, підвищений медико-соціальний захист самих незахищених верств населення;



– рівноправність громадян, демократизм і загальнодоступність медичної допомоги та інших послуг у галузі охорони здоров'я;

– відповідність завданням і рівню соціально-економічного і культурного розвитку суспільства, наукова обґрунтованість, матеріально-технічна і фінансова забезпеченість;



– о р і є н т а ц і я на сучасні стандарти здоров'я і медичної допомоги, поєднання вітчизняних традицій і досягнень зі світовим досвідом у галузі охорони здоров'я;

– попереджувально-профілактичний характер, комплексний соціальний, екологічний і медичний підхід до охорони здоров'я;

– багатокладність економіки охорони здоров'я і багатоканальне її фінансування, поєднання державних гарантій з демонополізацією і заохоченням підприємництва і конкуренції;

– децентралізація державного управління, розвиток самоврядування закладів і самостійності працівників охорони здоров'я на правовій і договірній основі.

Основні органи охорони здоров'я в Україні.

Спеціально уповноваженим центральним органом державної виконавчої влади в галузі охорони здоров'я є Міністерство охорони здоров'я України, компетенція якого визначається положенням, яке затверджується Кабінетом Міністрів України, та інші центральні органи виконавчої влади, які реалізують державну політику у сферах санітарного та епідемічного благополуччя населення, контролю якості та безпеки лікарських засобів, протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань. Функції спеціально уповноважених органів державної виконавчої влади



в адміністративно-територіальних одиницях України покладаються на Раду міністрів Автономної Республіки Крим та місцеві державні адміністрації.

Безпосередню охорону здоров'я населення забезпечують заклади охорони здоров'я: санітарно-профілактичні, лікувально-профілактичні, фізкультурно-оздоровчі, санаторно-курортні, аптечні, науково-медичні та ін.

Заклади охорони здоров'я створюються підприємствами, установами та організаціями різних форм власності, а також приватними особами за наявності необхідної матеріально-технічної бази і кваліфікованих фахівців. Порядок і умови створення установи охорони здоров'я, державної реєстрації та акредитації цих закладів, а також порядок ліцензування медичної та фармацевтичної практики визначаються законодавчими актами України. Заклад охорони здоров'я здійснює свою діяльність на підставі статуту, який затверджується власником або уповноваженим ним органом.

Державний сектор охорони здоров'я – це сукупність закладів державної і комунальної форм власності, діяльність яких спрямована на забезпечення охорони здоров'я громадян. Заклади, що перебувають у власності держави, призначені виконувати завдання загальнонаціонального значення. У свою чергу, комунальні установи, котрі є у власності органів місцевого самоврядування, забезпечують охорону здоров'я на місцевому рівні.



В організаційному плані державний сектор охорони здоров'я можна характеризувати за двома ознаками:

1. *Галузева ознака.* Галузева структура державного сектору охорони здоров'я в Україні свідчить про широкий спектр діяльності держави у сфері охорони здоров'я: це – надання медичної допомоги населенню країни, забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя, виробництво медикаментозних засобів, науково-дослідницька робота.

2. *Адміністративно-територіальна ознака.* На основі територіально-адміністративного поділу країни і відповідно до вимог наближення медичної допомоги до безпосереднього споживача розрізняють три рівні лікувально-профілактичної допомоги:



– *Перший рівень* – первинна медико-санітарна допомога – передбачає консультацію лікаря загальної практики (сімейного), діагностику та лікування найпоширеніших захворювань, спрямування пацієнта для надання спеціалізованої допомоги, проведення профілактичних заходів.

– *Другий рівень* – вторинна (спеціалізована) медична допомога – це кваліфіковане консультування, профілактика та лікування, яке здійснюють лікарі-спеціалісти.

– *Третій рівень* – третинна (високо спеціалізована) медична допомога – надають лікарі (або їх групи), які мають відповідну підготовку в галузі складних для діагностики та лікування захворювань, а також рідкісних захворювань.

Первинну і вторинну медичну допомогу надають в амбулаторіях, сільських дільничних лікарнях, поліклініках, міських і центральних районних лікарнях. Третинну допомогу забезпечують спеціалізовані та багатопрофільні лікарні, діагностичні й медичні центри, диспансери.

За рівнем підпорядкування державні й комунальні заклади охорони здоров'я можна поділити на дві групи:

- медичні заклади, підпорядковані Міністерству охорони здоров'я України;
- медичні заклади, підпорядковані окремим відомствам та управлінням.

Основу становлять медичні заклади, підпорядковані МОЗ України, загальна кількість яких близько 90 % від усієї мережі медичних установ, що належать державі. Система закладів, підпорядкованих МОЗ України, це основний постачальник медичних послуг, які доступні для всього населення.

Сьогодні в Україні відбувається трансформація організаційно-економічного механізму формування і використання ресурсного потенціалу системи охорони здоров'я. Спрямованість та хід цієї трансформації залежать не тільки від орієнтації на створення ринкового середовища, але й від моделі організації та управління охороною здоров'я.



Модель організації системи охорони здоров'я не може бути стабільною (незмінною), вона повинна постійно вдосконалюватись. Міжнародний досвід свідчить, що вона має охоплювати три автономні, але взаємопов'язані сфери суспільного життя:

- сферу державного управління охороною здоров'я;
- сферу піклування про здоров'я, що належить до громадської самоорганізації;
- сферу професійної медичної діяльності.

Розвиток системи охорони здоров'я має ґрунтуватися на поєднанні взаємодії держави, медичного співтовариства і громадських інтересів. На подібному підході базуються майже всі зарубіжні моделі організації системи охорони здоров'я. В різних моделях організації системи охорони здоров'я робляться відповідні акценти на тій чи іншій сфері суспільного життя.

В США пріоритет надається громадській самоорганізації, що проявляється в ринковій організації системи медичних послуг, високій ринковій вартості медичних послуг, високому авторитеті американської медицини в суспільстві. Американська модель передбачає впровадження в організацію медичної практики персональної відповідальності лікарів за обсяг і якість медичних послуг.



У розвинених країнах Європи домінують сфера державного управління охороною здоров'я. У Німеччині держава сформулила механізм перерахування на охорону

здоров'я внесків підприємств. У Швеції держава підтримує організовану ініціативу щодо суспільного піклування про здоров'я, проте пріоритет надається прямим бюджетним асигнуванням на охорону здоров'я. В деяких розвинених країнах світу (Великій Британії, Фінляндії, Данії) в базовій моделі охорони здоров'я переважає державна (бюджетна) складова, яка передбачає практично повне відшкодування витрат на медичні послуги за рахунок державного бюджету. Заклади охорони здоров'я та інші чинники виробництва медичних послуг знаходяться у власності та під контролем держави. Ринку відведена другорядна роль для усунення недоліків державного сектора охорони здоров'я. В названих країнах держава виступає гарантом соціального захисту медичних працівників (мінімальна заробітна плата, пенсійне забезпечення, відпустки).



Запитання для самоконтролю

1. Назвіть рівні, на яких відбуваються відносини управління в медицині.
2. Охарактеризуйте мету, основні завдання, об'єкт та суб'єкт менеджменту в охороні здоров'я.
3. Поясніть управління медичними установами з двох позицій.
4. Опишіть принципи та методи менеджменту за загальною класифікацією.
5. Опишіть функції менеджменту, які визначаються рівнем системи управління.
6. Надайте загальну класифікацію управлінських технологій.
7. Охарактеризуйте основні інформаційні рівні виникнення економічних та управлінських відносин.
8. Опишіть рівні системи управління в медичній установі.
9. Дайте визначення управлінському рішенню, вимогам до нього, алгоритму його прийняття.
10. Назвіть чинники, що визначають форми і методи управління системою охорони здоров'я населення в цілому і на окремих територіях.

11. Назвіть найважливіші принципи розвитку національної системи охорони здоров'я, що наголошуються в Резолюції Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я.
12. Назвіть основні принципи охорони здоров'я в Україні.
13. Назвіть основні органи охорони здоров'я в Україні.
14. Охарактеризуйте державний сектор охорони здоров'я в Україні.
15. Розкрийте основні напрями розвитку системи охорони здоров'я в сучасному світі.



Тестові запитання для самоконтролю

1. **Менеджмент в охороні здоров'я як макросистеми – це:**
 - А. Діяльність, спрямована на вдосконалення форм управління, підвищення ефективності виробництва за допомогою сукупності принципів, методів і засобів, які активізують трудову діяльність, інтелект і мотиви поведінки як окремих співробітників, так і всього колективу.
 - Б. Наука управління, регулювання та контролю фінансових, трудових і матеріальних ресурсів органами і установами охорони здоров'я.
 - В. Найбільш ефективне досягнення мети шляхом підвищення якості лікувальних, діагностичних і профілактичних заходів та раціонального використання ресурсів охорони здоров'я.
 - Г. Управління безпосередньо медичною установою як самостійною фінансово-господарською одиницею.
2. **Менеджмент в охороні здоров'я як мікросистеми – це:**
 - А. Діяльність, спрямована на вдосконалення форм управління, підвищення ефективності виробництва за допомогою сукупності принципів, методів і засобів, які активізують трудову діяльність, інтелект і мотиви поведінки як окремих співробітників, так і всього колективу.
 - Б. Наука управління, регулювання та контролю фінансових, трудових і матеріальних ресурсів органами і установами охорони здоров'я.
 - В. Найбільш ефективне досягнення мети шляхом підвищення якості лікувальних, діагностичних і профілактичних

- заходів та раціонального використання ресурсів охорони здоров'я.
- Г. Управління безпосередньо медичною установою як самостійною фінансово-господарською одиницею.
3. Сукупність усіх органів апарату управління медичного закладу та їх управлінських дій – це:
А. Менеджмент в охороні здоров'я як процес.
Б. Менеджмент в охороні здоров'я як система.
4. Організаційні, координаційні і оперативні принципи менеджменту, які направлені на активізацію і посилення мотивації діяльності кожного співробітника і всього колективу – це:
А. Дисципліна та справедливість.
Б. Влада і відповідальність.
В. Єдиноначальність та єдність керівництва.
Г. Централізація.
Д. Підкорення індивідуальних інтересів загальним.
Е. Постійність персоналу.
5. Розробка державної, регіональної та муніципальної політики охорони здоров'я; вибір на державному рівні моделі охорони здоров'я та його законодавчо-нормативне, кадрове, організаційне, фінансове, інформаційне забезпечення – це:
А. Управлінські технології адміністрування охорони здоров'я.
Б. Управлінські технології фінансового адміністрування.
В. Управлінські технології фінансового адміністрування медичних установ.
6. На цьому рівні досліджуються господарські зв'язки в охороні здоров'я, що розглядається як велика галузь в економіці, що складається з цілої низки підгалузей, виробництв і спеціалізації – це:
А. Мікроекономічний рівень виникнення економічних та управлінських відносин.
Б. Макроекономічний рівень виникнення економічних та управлінських відносин.
В. Мідіекономічний рівень виникнення економічних та управлінських відносин.

7. У медичному закладі діють три рівні системи управління. Заступники головного лікаря за напрямками і розділами роботи, включаючи головну (старшу) медичну сестру, представляють:
А. Стратегічний рівень управління.
Б. Тактичний рівень управління.
В. Оперативний рівень управління.
8. Структурні елементи комплексної системи охорони здоров'я населення – це:
А. Органи і установи медико-соціального обслуговування.
Б. Відповідні відомства медико-соціального забезпечення.
В. Відповідні міжнародні організації (ВООЗ, ЮНЕСКО, ЮНІСЕФ, МОП).
9. У Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» були визначені основні принципи охорони здоров'я в Україні. Назвіть 2–3 принципи та коротко їх охарактеризуйте.
10. На основі територіально-адміністративного поділу країни і відповідно до вимог наближення медичної допомоги до безпосереднього споживача розрізняють три рівні лікувально-профілактичної допомоги. Кваліфіковане консультування, профілактика та лікування, яке здійснюють лікарі-спеціалісти, – це:
А. Первинна медико-санітарна допомога.
Б. Вторинна (спеціалізована) медична допомога.
В. Третинна (високоспеціалізована) медична допомога.
Г. Санаторно-курортне лікування.

Ситуаційні завдання для самоконтролю



Ситуаційне завдання «Теорія організацій та управління системою охорони здоров'я»

Для того, щоб краще зрозуміти, як функціонують організації охорони здоров'я, розглянемо алегоричні образи організацій охорони здоров'я.

За класифікацією Г. Морган, існують вісім алегоричних образів: машина або механізм, голова, тиран, ігровий майданчик, психічна в'язниця, біологічний механізм, політична система, голограма.

Який погляд більш слушний?

Механізм

Класичні бюрократичні теорії зображують організацію у вигляді механізму. Справді, працівники можуть говорити про організацію як про «добре змашений механізм». У цій алегорії організацію зображено як набір взаємозв'язаних деталей з чіткою визначеністю функціями, які змонтовані таким чином, що забезпечують роботу організації. Для виконання багатьох завдань у медичному обслуговуванні важливо бути «добре змашеним механізмом», виконуючи прийом хворих до лікарень, канцелярську роботу, роботу виписування рахунків за обслуговування хворих, проведення лабораторних аналізів, проходження процедури отримання дозволів і т. д.

Недоліком цієї алегорії є те, що машини швидко старіють і не можуть бути гнучкими за умови зростання вимог та змін обставин. Організація, основою якої є механізм, вбачає порядок і стабільність там, де їх нема і близько, а тому швидко стає організаційно й технічно застарілою.

Тиран

Організації можуть також поводитись як тирані або виступати в ролі знаряддя панування. У виконанні свого призначення вони можуть випустити з поля зору основні людські цінності та експлуатувати своїх працівників як несвідомо, так і навмисно. Це може лежати в основі страху багатьох лікарів, який вони відчувають перед великими і складними організаціями охорони здоров'я, такими, наприклад, як системи та мережі медичних послуг, кількість і розміри яких збільшуються. Уявні образи, що виникають у свідомості багатьох лікарів, відповідають образам організацій-тиранів, які обмежують їхню свободу та автономію і приймають односторонні рішення, не питаючи думки лікарів. Алегоричний образ тирана — це тіньова сторона функціонування організації, і лідери організації повинні бути насторожі, щоб не допустити свою організацію до перетворення на такого тирана.

Голова

Алегоричний образ голови підкреслює важливість навчання, інтелекту та обробки інформації. Частково він відповідає кібернетичній теорії, яка базується на чотирьох основних принципах:

1. Системи мають здатність відчувати, сприймати та відстежувати важливі аспекти свого оточення.
2. Системи можуть зіставляти інформацію з нормами, які управляють їхньою поведінкою.
3. Системи можуть виявляти істотні відхилення від цих норм.
4. Виявивши невідповідність, системи здатні розпочинати проведення коригуючих дій.

Коли цих умов дотримуються, виникає процес тривалого обміну інформацією між організацією та зовнішнім світом, що дозволяє системі спонтанно функціонувати, здійснюючи самокорекцію. Така робота характеризується навчанням з наступним переглядом вивченого, що дає можливість подивитися на ситуацію збоку і піддати сумніву доречність положень, які покладено в основу роботи.

Алегоричний образ голови особливо корисний для організації охорони здоров'я в плані максимального збільшення здатності індивідів та груп вчитися на прикладах, що їх пропонує оточення, і використання інформації для створення інноваційних програм та послуг. Він співзвучний зі школою людських відносин, наголошуючи на особистому зростанні й розвитку працівників.

Ігровий майданчик

Організації можуть розглядатись також як ігрові майданчики чи сцени, на яких люди демонструють своє «мистецтво». Для організації охорони здоров'я це часто пов'язано з комплексною роботою, яку виконують багато талановитих індивідумів. Це професіонали — лікарі, медсестри, фізіотерапевти, технологи, науковці, керівники та багато інших. Вони мають високорозвинене почуття професіоналізму і професійної гордості. Коли представники однієї культури починають підкреслювати більшу важливість своїх переконань та цінностей у порівнянні з іншими, вони часто вступають у конфлікти між собою. В результаті часто спалахує «міжусобна війна», яку потрібно гасити. Проблема полягає в тому, щоб виробити спільне для всієї організації відчуття приналежності до організації у кожного її співробітника, яке могло б увібрати в себе індивідуальну культуру різних медичних працівників. Коли це зроблено і цілей, проголошених школою людських відносин, досягнуто, люди здатні ефективно працювати над виконанням взаємопов'язаних завдань.

Психічна в'язниця

Організації можна розглядати також як місця, де люди потрапляють у пастку власного сприйняття світу, своїх ідей

та переконань – свідомо чи несвідомо. Часто це проявляється в тенденції до уникнення конфліктів, уникнення ситуацій, пов'язаних клопотами, або через намагання зберегти почуття самоповаги та високу самооцінку. Такі питання можуть бути особливо важливими для організацій охорони здоров'я, оскільки, як зазначалось вище, індивіди дуже часто ототожнюються зі своїми обов'язками. У цьому полягає негативний бік підкреслення школою людських відносин важливості особистого професійного зростання і розвитку.

Біологічний організм

Останнім часом стало популярним думати про організацію як про біологічні організми, тобто як про різні види, змушені пристосовуватись до навколишнього середовища у процесі народження, розвитку, старіння та наступної смерті. Це торкається питання про те, як організація пристосовується до навколишнього середовища. Організацію – як вона розглядається в теорії ситуативної зумовленості, концепції стратегічного управління, теорії популяційної екології та інституційній теорії – значною мірою можна образно порівняти з біологічним організмом. Теорія ситуативної зумовленості підкреслює насамперед важливість внутрішньої структури та її відповідності призначенню, а теорія стратегічного управління – відповідність внутрішньої стратегії оточенню організації. Підхід з позицій популяційної екології наголошує на важливості впливу зовнішніх сил, які неминуче відбирають з різноманітних видів організацій ті, що найбільш пристосовані до виживання.

В інституційній теорії висловлюється припущення, що єдиним способом, у який організації можуть добитися успіху, щоб зберегти необхідну законність своїх дій і довіру з боку органів влади та навколишнього середовища, є імітація або «припасування» до цінностей і норм, якими керується це середовище. В алегоричному образі організації як біологічного організму висвітлюється взаємозв'язаність організації та оточення, що з плином часу може стати дуже корисним для керівників сфери охорони здоров'я у їх роботі. Організаціям, які відрізняються за розміром і перебувають на різних стадіях свого існування, для досягнення успіху потрібні різні ресурси та різні стратегії.

Політична система

Крім того, організації можна розглядати як політичні системи, у яких різні групи змагаються між собою за право контролю над важливими ресурсами. Організацією править той, хто контролює ці ресурси і вирішує, як їх використовувати задля задоволення

інтересів різних груп. Якщо взяти до уваги, що багато різних професіоналів працюють в організаціях охорони здоров'я та співпрацюють з цими організаціями, алегоричний образ організації як політичної системи особливо виразний. Лікарі, керівники, медсестри, науковці та інші групи працівників часто борються за контроль над важливими ресурсами з тим, щоб «проштовхнути» свою точку зору на те, що є благом для організації. Цей алегоричний образ дуже тісно співвідноситься з алегорією ігрового майданчика, коли організація є ігровим майданчиком або полем битви за контроль над ресурсами. Коли ситуація виходить з-під контролю, організації охорони здоров'я можуть перетворитися на психічні в'язниці або на тиранів. Теорія залежності від ресурсів співзвучна алегорії політичної системи, оскільки вона зосереджує свою увагу на тому, якими шляхами організація здобуває та контролює ресурси.

Голограма

Голограма – це об'єкт, навіть маленький елемент якого вміщує всю інформацію про предмет чи малюнок, зображений на цій голограмі. Як наслідок все зображення продовжуватиме існувати навіть тоді, коли буде видалено окремі частини голограми. Хоча алегорія часто застосовується у поєднанні з алегорією голови, вважається, що, розглянувши її окремо, можна краще роздивитись її специфіку. В алегоричний образ голографічної структури закладено ідею: вмонтувати ціле в частини і створити ціле таким чином, щоб швидше можна було виконувати весь набір функцій, а не якийсь один спеціалізований їх вид. Створення організацій охорони здоров'я за принципом голограм наголошує на потребі у гнучкості, творчості та новаторстві. Культура організації, її структура та здатність до обробки інформації покращує властивості голограми. Ця алегорія співзвучна концепції стратегічного управління у тому розумінні, що вона розглядає організацію в цілому при розміщенні окремих елементів таким чином, щоб вони могли взаємодіяти із зовнішнім світом, водночас визнаючи взаємозв'язок між силами зовнішнього оточення та внутрішніми компонентами системи. Ідея полягає в тому, щоб побачити стратегію організації, виражену через завдання та функції окремих працівників, а також в акумуляції діяльності працівників при виконанні багатопланового завдання, тобто через відношення «частини до цілого». Розгляд організацій охорони здоров'я як голограм може забезпечити глибоке розуміння, яке зробить свій внесок у потребу об'єднання численних компонентів організації охорони здоров'я у більш послідовне ціле.

Прикладом на мікрорівні може бути навчання працівників суміжних професій, з тим щоб одна людина могла виконувати більше функцій та справлятися із більшою кількістю завдань.

На макрорівні прикладом може бути розробка деякими організаціями охорони здоров'я вертикально інтегрованої регіональної системи охорони здоров'я для надання більш координованої допомоги у широкому діапазоні потреб пацієнтів.

Як говорилося у вищенаведених алегоріях, суть управління полягає у заохоченні людей і груп до виконання технічних завдань з метою досягнення цілей організації і в той же час — із метою оновлення організації для довготривалого виживання і розвитку в міру того, як вона прокладає собі шлях у майбутнє.

Призначення алегорій — заохотити читача замислитись над проблемами організацій охорони здоров'я. Хоча вони викладені у послідовному порядку і за категоріями, важливо зазначити, що вони становлять континуум концепцій, які можуть накладатись одна на одну.

Прочитавши про них, поверніться ще раз до питання:

Який погляд більш слушний?

Чи змінилися ваші погляди на ці проблеми?

УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я. ОСНОВИ ОПЛАТИ ПРАЦІ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

- 1.2.1. Базові засади управління персоналом у закладах охорони здоров'я.
- 1.2.2. Кадрова політика в закладах охорони здоров'я.
- 1.2.3. Особливості підбору медичного персоналу.
- 1.2.4. Оцінювання та атестація лікарів.
- 1.2.5. Форми та системи оплати праці медичного персоналу.
- 1.2.6. Мотиваційні механізми управління медичним персоналом.

1.2.1. Базові засади управління персоналом у закладах охорони здоров'я

Управління персоналом є невід'ємним елементом управління закладами охорони здоров'я в цілому. Воно підпорядковане загальноорганізаційним цілям та направлене на досягнення завдань загальної системи управління закладами охорони здоров'я. У теорії управління існує безліч визначень управління персоналом, що відображають еволюцію процесу та інтерпретацію цього поняття у відповідні моменти часу.

Управління персоналом — це:

Управління персоналом — це:

- 1) діяльність організації, спрямована на ефективне використання персоналу задля досягнення цілей, як організаційних, і індивідуальних (особистісних);



2) вид діяльності, який являє собою керівництво людьми та спрямований на досягнення цілей фірми, організації підприємства або установи шляхом використання праці, досвіду, таланту цих людей з урахуванням їхньої задоволеності працею.

З цього випливає те, що поняття **управління персоналом має два основні аспекти**: (1) функціональний; (2) організаційний.

З функціональної позиції під управлінням персоналом розуміється виконання таких важливих завдань, як: визначення загальної стратегії управління персоналом; формування та реалізація кадрової політики; планування потреби у персоналі з урахуванням чинного кадрового складу; набір, відбір та оцінка персоналу; адаптація персоналу; навчання та розвиток персоналу; система просування по службі (управління кар'єрою); звільнення персоналу; побудова та організація робіт, зокрема визначення робочих місць, функціональних та технологічних зв'язків між ними, змісту та послідовності виконання завдань, умов праці; формування та реалізація політики заробітної плати та соціальних послуг; управління витратами на персонал.



В організаційному відношенні управлінням персоналом охоплює усіх співробітників організації та усі її структурні підрозділи, які відповідають за роботу з персоналом.

Управління персоналом закладу охорони здоров'я — це безперервний динамічний процес управління людськими ресурсами закладу, метою якого є оптимальне використання потенціалу персоналу на основі кадрового планування, підбору та відбору, розстановки, адаптації, професійного розвитку, мотивації та стимулювання, а також регулярного об'єктивного контролю та оцінки діяльності персоналу закладу для досягнення його цілей, як організаційних, так і індивідуальних.

Відтак *стратегічною метою сучасного управління закладами охорони здоров'я* є розвиток стратегії формування персоналу закладу охорони здоров'я. Це підтверджується тим фактом, що ефективно кадрове управління слугує розв'язанню комплексного завдання щодо покращення рівня якості надання медичних послуг громадянам країни, що і є основною метою існування національної системи охорони здоров'я.

Основним завданням управління персоналом є безперервний пошук інструментів підвищення продуктивності і результативності праці, що реалізується за рахунок використання сучасних інструментів управління та раціонального застосування існуючих людських ресурсів — персоналу.

Персонал в сучасних соціально-економічних умовах розвитку світової економіки виступає як ключовий чинник конкурентоспроможності будь-якої організації незалежно від форми її власності та розміру, галузі, в якій вона здійснює свою діяльність. В охороні здоров'я виключно важлива роль відведена медичному персоналу, а особливо — лікарям, — через те, що вони є найважливішими суб'єктами процесу надання медичної послуги громадянам країни. Відтак медичний персонал напряду здійснює вплив на національну систему охорони здоров'я і її висхідний розвиток, використовуючи свої здібності і набуті компетентності, прагнучи до самовдосконалення і вмотивовані до плідної професійної діяльності. Все це і постає як основне завдання системи управління персоналом сучасного закладу охорони здоров'я.

Що таке персонал? Чи є відмінність між персоналом та кадрами організації?

Персонал — це весь особовий склад організації, всі постійні та тимчасові працівники, представники кваліфікованої і некваліфікованої праці. Від терміна «персонал» варто відрізнити поняття «кадри».

Під **кадрами** розуміють штатних (постійних) кваліфікованих працівників, що пройшли попередню професійну підготовку,



володіють трудовими навичками, досвідом роботи, спеціальними знаннями в обраній сфері діяльності та знаходяться в трудових відносинах з керівництвом організації. Проте найчастіше у практиці ми ототожнюємо ці категорії.

Структурою персоналу називають співвідношення чисельності різних категорій працівників, наприклад, керівників і рядових виконавців, робітників, зайнятих ручною і механізованою працею тощо. Структура персоналу підприємства може бути: штатною, організаційною, соціальною і рольовою.

Штатна структура персоналу відображає кількісно-професійний склад персоналу, розміри оплати праці та фонд заробітної плати працівників.

Організаційна структура персоналу характеризує його розподіл у залежності від виконуваних функцій.

Соціальна структура персоналу підприємства характеризує його як сукупність груп, що класифікуються за: змістом роботи, рівнем освіти і кваліфікації, професійним складом, стажем роботи, статтю, віком, національністю, напрямком мотивації, рівнем життя і статусом зайнятості.

Рольова структура персоналу визначає склад і розподіл творчих, комунікативних і поведінкових ролей між окремими працівниками.



Чи має свої особливості категорія «персонал» у сфері охорони здоров'я?

На відміну від інших галузей економіки, у **медичній галузі основним суб'єктом відносин є медичний працівник або працівник сфери охорони здоров'я.**

Медичні та фармацевтичні працівники (працівники охорони здоров'я) — це усталене правове поняття, яке вживається як в актах чинного законодавства, так і в науковій літературі. Це окрема категорія працівників, професійна діяльність яких спрямована на профілактику, діагностику і лікування захворювань чи реабілітацію хворих, здійснення інших заходів охорони їхнього здоров'я.

Відтак **медичний працівник** являє собою особу, яка набула професійної медичної підготовки і працює в закладі охорони здоров'я (або займається індивідуальною медичною практикою).

Сучасні заклади охорони здоров'я характеризуються багатопрофільністю і являють собою складні соціально-економічні та функціональні системи. Вони складаються не тільки з медичних та параклінічних відділень, що забезпечують відповідний процес надання медичних послуг споживачеві, але й інших професійних та кваліфікаційних груп, кожна з яких бере участь у діяльності цього закладу, серед яких слід виділити допоміжні (сервісні) служби, такі як адміністративна, економічна, інженерна, юридична та господарча (транспортна, пральна, харчоблок, охорона тощо).



У загальному вигляді **структура медичного персоналу за ознакою професіоналізму та роботи, що ними виконується, може бути представлена так:**

- вищий медичний персонал (лікарі різних функціональних напрямків);
- середній медичний персонал (зокрема палатні медичні сестри, маніпуляційні медичні сестри, лаборанти клінічних лабораторій, рентген-лаборанти, медичні сестри фізіотерапевтичних кабінетів тощо);
- фармацевти;
- молодший медичний персонал.

Специфіка професійної діяльності персоналу закладу охорони здоров'я за класифікацією категорій співробітників регламентується законодавством відповідно до переліку професій та посад медичних працівників, яка затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України



№ 117 від 29.03.2002 р. (в редакції від 29.07.2022 р.) «Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 “Охорона здоров’я”». Так, до категорії працівників галузі охорони здоров’я належать такі види професій: (1) керівники; (2) професіонали в галузі лікувальної справи (крім стоматології); (3) професіонали в галузі стоматології; (4) професіонали в галузі фармації; (5) професіонали в галузі медико-профілактичної справи; (6) інші професіонали в галузі медицини; (7) фахівці; (8) лаборанти (медицина); (9) лаборанти (фармація); (10) технічні службовці; (11) робітники.

Залежно від цих категорій та посад встановлюється рівень заробітної плати, надбавок та доплат.

Персонал закладу охорони здоров’я дуже неоднорідний, що ускладнює процес управління ним. Медичний персонал являє собою ключовий елемент національної системи охорони здоров’я через те, що він є «виробником» послуг з охорони здоров’я. А отже, медичні кадри створюють якість медичних послуг та висококваліфіковану медичну допомогу. Відповідно, медична і соціально-економічна ефективність галузі залежить саме від медичного персоналу, а результати їх діяльності залежать від адекватної кадрової політики, що здійснюється в медичних закладах.

1.2.2. Кадрова політика в закладах охорони здоров’я

У загальному вигляді, процес управління персоналом закладу охорони здоров’я має складатися з таких підсистем (кадрових заходів, тобто дій, що направлені на досягнення відповідності персоналу завданням організації):

- прогнозування та планування кількісного та якісного складу персоналу, з урахуванням існуючого кадрового складу;
 - дослідження ринку праці;
 - набір та відбір персоналу;
 - адаптація персоналу;



- визначення та організація робіт;
- формування політики заробітної плати та соціального пакету для співробітників;
- навчання та професійний розвиток персоналу;
- управління конфліктами;
- управління ефективною системою мотивації і стимулювання діяльності;
- планування та організація розвитку кар’єри (управління кар’єрою);
- управління продуктивністю праці;
- контроль та оцінка діяльності;
- звільнення персоналу.

Всі ці підсистеми є елементами кадрової політики організації.

Кадрова політика – це ключовий елемент загальної стратегії розвитку закладу охорони здоров’я та механізм реалізації державної кадрової політики в сфері охорони здоров’я на мікрорівні.

Кадрова політика закладу охорони здоров’я являє собою генеральний план роботи з персоналом, що окреслює сукупність правил, стандартів, норм і інструментів кадрової роботи та має довгостроковий характер дії.

Ефективність кадрової політики будь-якої організації (підприємства, закладу, установи) визначається, перш за все, взаємодією та взаємоузгодженням різних аспектів політики організації по відношенню до персоналу як людського капіталу.

Під **людським капіталом** розуміється створений і накопичений людиною внаслідок капіталовкладень запас знань, навичок, компетентностей, здоров’я та мотивів, що доцільно можуть бути використані в певній галузі суспільного виробництва, призводять до зростання продуктивності праці й ефективності виробничого процесу, а отже, здійснюють вплив на збільшення обсягу доходів людини і прибутку організації (підприємства, установи, закладу), в якій вона працює. Відтак витрати на охорону здоров’я, здобуття освіти, знань, професії, розвиток професійної компетентності тощо являють собою капіталовкладення у людський капітал. Таким чином, людський капітал – це сукупність знань, компетентностей, навичок, вмінь, а також мотивів,



якими володіє людина, що були отримані нею під час освітньої і практичної діяльності, які використовуються певний період часу для здійснення виробничого процесу.

Відповідно, людський капітал є однією з ключових цінностей організації (підприємства, установи, закладу), оскільки його основними компонентами є освіта, знання, компетентності, когнітивні здібності індивідів, рівень культури і моралі, мотиви, що використовуються ним та суб'єктом господарської діяльності для отримання соціальної й економічної вигоди. Так, формування та розвиток саме людського капіталу є головним завданням кадрової політики будь-якої організації.

Розробка кадрової політики визначає управлінські рішення всіх структурних підрозділів організації (підприємства, закладу, установи). Складовими кадрової політики є кадрові заходи, які були нами перераховані раніше. Вона передбачає, передусім, формування стратегії управління персоналом, тобто кадрову стратегію.



Кадрова стратегія — це перспективний комплексний план заходів з управління людським капіталом, що базується на кадровій політиці і стратегії розвитку закладу. Таким чином, кадрова стратегія є складовою частиною стратегічно орієнтованої політики організації (підприємства, закладу, установи). При цьому доцільно стратегію і тактику роботи з персоналом розглядати як єдину систему.

Вибудова кадрової політики і стратегії мають своє відображення у статуті і філософії закладу охорони здоров'я, колективному договорі, правилах внутрішнього розпорядку, основних положеннях щодо кадрової роботи закладу тощо. Кадрова політика та стратегія передбачають новий якісний етап формування та розвитку кадрів закладу охорони здоров'я, що направлено на забезпечення сталого розвитку цього закладу, зокрема, та підвищення якості медичної допомоги загалом.

При формуванні політики та стратегії управління персоналом у закладах охорони здоров'я слід враховувати низку характеристик, які властиві системі управління цієї галузі в Україні, що здійснюють безпосередній вплив на реалізацію функцій управління персоналом, зокрема:

- монополізм МОЗ України як центрального органу виконавчої влади в охороні здоров'я;
- жорстка система підпорядкування;
- бюрократизм управління, зокрема в розподілі праці;
- жорстка ієрархічна структура;
- жорстка спеціалізація діяльності;
- направленість діяльності закладу, найперше, на споживача медичної послуги;
- різноманітність кадрового складу закладу охорони здоров'я.

Ключовими принципами побудови кадрової політики у сфері охорони здоров'я є:

- орієнтація на стратегічний підхід;
- визначення персоналу як основного чинника конкурентоспроможності та ефективності;
- надання пріоритету демократичності та партнерству в соціальних відносинах;
- інвестування в навчання та професійний розвиток персоналу закладу;
- підвищення рівня психологічного комфорту під час здійснення трудової діяльності.

До інструментів кадрової політики відносяться:

- 1) кадрове планування;
- 2) поточна кадрова робота;
- 3) здійснення керівництва персоналом;
- 4) заходи щодо навчання та розвитку персоналу;
- 5) заходи з вирішення соціальних протиріч;
- 6) механізм мотивації та стимулювання.

Кадрова політика має своє відображення в основних документах закладу охорони здоров'я: статуті, філософії, колективному договорі, стратегії розвитку закладу, правилах внутрішнього розпорядку, основних положеннях, що відображають діяльність системи управління персоналом (серед основних — Положення про оплату праці, Положення про атестацію кадрів, Положення про навчання та професійний розвиток тощо).



Типи кадрової політики:**1. За рівнем впливу управлінського апарату на кадрову ситуацію:**

Пасивна кадрова політика характеризується такими ознаками:

а) адміністрація закладу охорони здоров'я не має чіткої програми дій щодо персоналу, а кадрова робота полягає в усуненні негативних наслідків;

б) відсутність прогнозу кадрових потреб та способів оцінки праці персоналу, діагностики кадрової ситуації;

в) адміністрація закладу охорони здоров'я працює в режимі екстреного реагування на конфліктні ситуації, прагне їх усунення будь-якими способами без аналізу причин та можливих наслідків.

Реактивна кадрова політика полягає в такому:

а) адміністрація закладу охорони здоров'я здійснює контроль над симптомами негативного стану у роботі з персоналом, причинами та ситуацією розвитку кризового стану;



б) відсутність мотивації до високопродуктивної праці;

в) кадрова служба має засоби діагностики ситуації, а по необхідності надає екстрену допомогу;

г) проблеми виникають при середньостроковому прогнозуванні.

Превентивна кадрова політика полягає у:

а) адміністрація закладу охорони здоров'я має обґрунтовані прогнози розвитку кадрової ситуації, але не має способів впливу на неї;

б) кадрова служба має як засоби діагностики персоналу, так і прогноз кадрової ситуації на середньостроковий період;

в) головним недоліком цього є відсутність цільових кадрових програм.

Активна кадрова політика полягає у:

а) адміністрація закладу охорони здоров'я має як прогноз, так і засоби впливу ситуацію;

б) кадрова служба розробляє антикризові кадрові програми, здійснює моніторинг ситуації, регулює виконання програм відповідно до змін у внутрішньому та зовнішньому середовищі;

в) адміністрація закладу охорони здоров'я має якісні програми кадрової роботи з варіантами їх реалізації у різних ситуаціях.

Авантюрна кадрова політика полягає:

а) адміністрація закладу охорони здоров'я не має якісного діагнозу кадрової політики, але прагне впливати на ситуацію;

б) кадрова служба не має засобів прогнозування кадрової ситуації, але в програми розвитку закладу включаються плани кадрової роботи, які передбачають своєчасне усунення можливих наслідків від зміни ситуації;

в) плани будуються на емоційних, мало аргументованих заходах без попереднього та всебічного розгляду, а за різких змін ситуації на ринку виявляються нездатними до швидкого перенавчання персоналу для роботи в нових умовах.

2. За рівнем відкритості формування кадрового складу буває:

Відкрита кадрова політика характеризується тим, що заклад охорони здоров'я є прозорим для потенційних співробітників на будь-якому рівні, можна прийти і почати працювати як із самої низової посади, так і з посади на рівні найвищого керівництва. Заклад готовий прийняти на роботу будь-якого фахівця, якщо він/вона має відповідну кваліфікацію, без урахування досвіду роботи в цій чи споріднених йому закладу. Таким типом кадрової політики характеризуються сучасні приватні клініки, які готові «купувати» людей будь-якої посади незалежно від того, чи працювали вони за фахом. Такого типу кадрова політика може бути адекватна для нових організацій, які ведуть агресивну політику завоювання ринку, орієнтованих на швидке зростання та стрімкий вихід на передові позиції у своїй галузі.



Закрита кадрова політика характеризується тим, що заклад охорони здоров'я орієнтується на те, що заміщення персоналу відбувається лише зі складу співробітників цього закладу. Такого типу кадрова політика притаманна для закладів охорони здоров'я, орієнтованих на створення певної корпоративної атмосфери, формування особливого духу причетності, і навіть, можливо, що працюють в умовах дефіциту кадрових ресурсів.

Порівняльна характеристика відкритої та закритої кадрової політики наведена у табл. 1.1.

Таблиця 1.1

Порівняльна характеристика відкритої та закритої кадрової політики

Кадровий процес	Відкрита кадрова політика	Закрита кадрова політика
Набір персоналу	На ринку праці – висока конкуренція серед фахівців	На ринку праці – високий дефіцит робочої сили, відсутність притоку нових фахівців
Адаптація персоналу	Можливість швидкого включення до професійної діяльності	Ефективна адаптація за рахунок продуманого механізму адаптації: навчання, високої згуртованості колективу
Навчання та розвиток персоналу	Як правило, здійснюється у зовнішніх навчальних центрах	Як правило, здійснюється у власних навчальних центрах
Просування персоналу	Низькі темпи кар'єрного зростання, оскільки переважає тенденція набору нового персоналу	Просування власних співробітників із числа кадрового резерву
Мотивація та стимулювання	Перевага віддається питанням стимулювання персоналу	Перевага віддається питанням мотивації персоналу

Алгоритм розробки кадрової політики можна представити як послідовність взаємопов'язаних дій та етапів, що схематично представлені на рис. 1.1. Процес формування кадрової політики закладу охорони здоров'я підпорядковується загальним принципам стратегічного управління.

Раціональна організація процесу формування кадрової політики закладу охорони здоров'я вимагає дотримання таких вимог:

- забезпечення сумісності кадрової політики та загальної стратегії розвитку закладу;
- забезпечення сумісності її структурних елементів (напрямів, розділів, принципів, інструментів та планів);
- використання наскрізних показників, які характеризують ефективність та результативність кадрової політики за всіма напрямками діяльності;

– послідовність у розробці заходів щодо реалізації основних етапів та досягнення цілей та завдань кадрової політики, що передбачена в основних документах закладу.



Рис. 1.1. Етапи формування кадрової політики закладу охорони здоров'я

Центральним елементом кадрової політики є стратегія управління персоналу організації, механізм якої являє собою вибір із сукупності альтернатив, враховуючи існуючі переваги, недоліки процесу управління персоналом та узгодженість дій. Він складається із загальної сукупності елементів, що притаманна для стратегії, а саме: системи пріоритетних цілей (місія, бачення, цілі, завдання), пріоритетних напрямів діяльності, системи функціональних стратегій, способів формування

та перерозподілу ресурсів, плану/програми реалізації заходів, стратегічного контролінгу та системи зворотного зв'язку.

У загальному вигляді процес формування стратегії управління персоналом представлено у вигляді моделі на рис. 1.2.



Рис. 1.2. Процес формування стратегії управління персоналом закладу охорони здоров'я

Стратегія управління персоналом залежить від загальної стратегії розвитку закладу та процесу стратегічного управління, що склався у закладі, від обраної керівництвом структури та механізмів управління, рівня фінансового забезпечення закладу. Система пріоритетних цілей управління персоналом

напряму залежить від загальних цілей та пріоритетних напрямів діяльності закладу, а також цінностей, яким підпорядкована система управління закладу. На її формування впливають як внутрішні, так і зовнішні чинники діяльності закладу.

Процес управління персоналом передбачає широкий спектр функцій, що передбачені у кадровій стратегії та планах/програмах її реалізації. Розробка стратегії управління персоналом потребує детального підходу та аналітики специфіки діяльності, ретельного прогнозування результату здійснення управлінського впливу на персонал й ризику та негативні наслідки, що можуть виникнути у результаті цього впливу.

Розрізняють безліч типів стратегій управління персоналом. Розглянемо деякі з них.

Кадрова стратегія забезпечення низьких витрат застосовується закладами охорони здоров'я, які надають стандартні медичні послуги стандартної якості і за рахунок низьких цін розширюють ринки збуту.

Для забезпечення лідерства у витратах заклад охорони здоров'я повинен орієнтуватись переважно на залучення і закріплення медичних фахівців середньої кваліфікації за загальнопоширеними нозологіями – загальної практики, отоларингологи, кардіологи тощо. Залучати висококваліфіковані кадри з високим рівнем наукового та творчого потенціалу немає необхідності. Від менеджерів очікують адміністративних якостей.

Кадрова стратегія забезпечення диференціації застосовується закладами охорони здоров'я, які надають різні типи високоякісних медичних послуг для ринку з різноманітним попитом. Для забезпечення реалізації даної стратегії (проведення маркетингових досліджень, розробки і просування продукції для кожного сегменту ринку) необхідні фахівці високої кваліфікації – висококваліфіковані фахівці різних профілів. Від менеджерів очікують лідерських якостей, підприємницького підходу до управління. Таку стратегію, як правило, застосовують приватні багатопрофільні клініки.

Кадрова стратегія забезпечення фокусування застосовується закладами охорони здоров'я, які зосереджують свої зусилля на окремих сегментах ринку (групах пацієнтів, послугах, потребах тощо). У цьому випадку закладу необхідні фахівці вузької спеціалізації, які досконало знають цільовий сегмент, потреби

пацієнтів (клієнтів) тощо. Таку стратегію, як правило, застосовують офтальмологічні клініки, приватні пологові будинки.

У власному розвитку усі організації проходять кілька стадій: початок діяльності, динамічне зростання, стабілізація (зрілість), скорочення і ліквідація. Для забезпечення основної стратегії розвитку на кожній стадії застосовуються різні варіанти стратегії управління персоналом, зокрема:



Кадрова стратегія на початку діяльності організації (розвиток нового напрямку діяльності, започаткування нового бізнесу, створення нової організації). Стратегія характерна для закладів охорони здоров'я, що тільки починають діяльність на ринку (у них достатньо проектів, але мало ресурсів

для їх здійснення), і для закладів, які можуть собі дозволити інвестування фінансових ресурсів у високоризиковані проекти.

Для кадрового забезпечення даної стратегії (вона ще називається стратегією підприємництва) організації потрібні працівники-новатори, які швидко приймають рішення, беруть на себе відповідальність за ризики, згодні довго та інтенсивно працювати, підтримують ідеї та політику закладу.

Прийом на роботу проводиться переважно із числа молодих ініціативних людей з високим потенціалом і компетенцією. Оцінка діяльності мало формалізована і проводиться переважно за індивідуальними результатами.



Винагорода забезпечується через залучення співробітників до участі в реалізації стратегії закладу, в розробці управлінських рішень.

Заохочується підвищення кваліфікації. Можливості зростання та індивідуального розвитку достатньо важливі, тому що стратегія організації ґрунтується на високому індивідуальному потенціалі працівників.

Кадрова стратегія при динамічному зростанні організації. Дана стратегія властива молодим закладам охорони здоров'я незалежно від сфери їх діяльності, які прагнуть в короткі терміни стати лідерами медичної галузі. Для них характерні постійні і високі темпи збільшення масштабів бізнесу. Ця стратегія забезпечує конкурентні переваги фірми за рахунок активного проникнення на нові ринки, диверсифікації послуг, постійних інновацій.

Кадрова стратегія при динамічному зростанні організації повинна забезпечувати залучення персоналу особливо високої кваліфікації, з творчими і підприємницькими якостями. Питання закріплення кадрів за посадами не так важливе на даному етапі, оскільки персонал у багатьох випадках ще знаходиться у процесі формування. Найважливіші моменти:

- створення ефективної системи оплати праці та мотивації;
- формування сприятливого морально-психологічного клімату в організації;
- постійне підвищення кваліфікації персоналу;
- забезпечення можливостей службового і професійного зростання.

Проблеми перепідготовки, соціальних гарантій в межах реалізації даної кадрової стратегії не мають великого значення.

Кадрова стратегія при стабільному зростанні організації. На етапі стабільного зростання (зрілості) заклади охорони здоров'я розраховують одержувати постійний прибуток за допомогою налагодженого процесу надання високоякісних медичних послуг. Основне завдання на даному етапі – надавати більше медичних послуг при мінімізації витрат.

Кадрова стратегія забезпечення стабільного зростання організації має такі особливості:

- використання чітких процедур і правил, регулярного і жорсткого контролю при наборі і відборі персоналу;

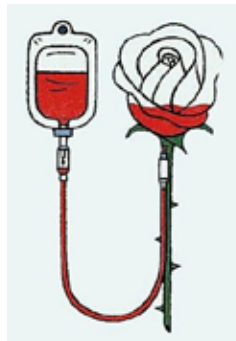


– приймаються тільки ті фахівці, у компетенції яких заклад зацікавлений в даний час, і які готові одразу приступити до виконання посадових обов'язків;

– залучення персоналу до участі в управлінні не заохочується і застосовується тільки при погіршенні якості продукції, зменшенні прибутків для вирішення цих проблем;

– більшого значення для закладу охорони здоров'я набувають процеси внутрішнього переміщення кадрів, їх перенавчання, посилення соціальних гарантій, звільнення працівників пенсійного віку.

Для реалізації кадрової стратегії даного типу потрібні менеджери-адміністратори, які ефективно працюють в бюрократичних організаціях.



Кадрова стратегія при скороченні, ліквідації бізнесу організації має такі особливості:

– персонал не залучається до розробки і реалізації рішень;

– додаткового набору фахівців не проводиться, підвищення кваліфікації робітників не організовується;

– винагорода працівників здійснюється виключно у відповідності з посадовими окладами, ніякі інші форми стимулювання не застосовуються;

– оцінка фахівців ґрунтується на критеріях, які розроблені з урахуванням необхідності скорочення цілих напрямків діяльності;

– проведення масових звільнень, допомога у працевлаштуванні, стимулювання дострокового виходу на пенсію, збереження найбільш цінної частини персоналу, яка відповідає майбутнім напрямкам роботи.

Цей вид кадрової стратегії потребує поєднання підприємницьких і адміністративних якостей у менеджерів, жорсткості, які дозволяють врятувати організацію від краху.

Кадрова політика разом із кадровою стратегією дають змогу:

1) забезпечити заклад охорони здоров'я необхідними людськими ресурсами з урахуванням стратегічних цілей та пріоритетних напрямів розвитку закладу;

2) сформувані внутрішнє середовище закладу, направлене на результат;

3) запровадити ефективну систему мотивації та стимулювання персоналу;

4) формувати та розвивати людський капітал закладу за рахунок комплексної системи навчання та професійного розвитку кадрів;

5) розвивати професійні компетентності керівних кадрів на всіх рівнях управління;

6) забезпечити інформаційно-психологічний супровід підтримки персоналу під час здійснення усіх видів діяльності закладу охорони здоров'я.



1.2.3. Особливості підбору медичного персоналу

Правильне планування кадрової потреби медичного закладу є основним фактором підвищення якості медичної послуги, скорочення витрат на персонал та скорочення часу простоїв медичного обладнання. Саме на керівників закладів охорони здоров'я покладається відповідальність за планування потреби в персоналі та укомплектування штату працівниками.

Оптимізація укомплектованості медичного закладу підвищує ефективність його діяльності. Неукомплектованість призводить до зайвого навантаження працівників, емоціонального вигорання, стомленості, а відповідно, до зниження якості медичної послуги, втрати ділового іміджу закладу охорони здоров'я, збільшення кількості скарг та незадоволених лікуванням пацієнтів.

Аналіз забезпеченості медичного закладу персоналом здійснюється за такими напрямками:

1. Аналіз чисельності персоналу (кількісний аналіз).

Для такого аналізу слід порівняти планові показники з фактичними за період, що аналізується, та з аналогічними показниками за попередній період. Аналіз здійснюється за такими категоріями: лікарі, середній медичний персонал, молодший медичний персонал, інший персонал, немедичний

персонал – адміністративно-управлінський (керівники, професіонали, спеціалісти): генеральний директор, директор, медичний директор, головний бухгалтер, економіст, юрист, інспектор з кадрів, інспектор з охорони праці тощо та господарський персонал (технічні службовці, робітники): оператор котельні, кастелянка, прибиральниця території, двірник, охоронник, водій тощо).



Складаючи бюджет витрат на персонал, перш за все, слід правильно визначити потребу в кадрах за категоріями персоналу. Для цього слід установити період планування (рік або на більш тривалий період). На підставі аналізу руху кадрів, їх плінності,

а також відповідно до стратегічного плану розвитку закладу прогнозувати показники приймання та вибуття персоналу, показники укомплектованості кадрами.

Планування потреби в персоналі дозволить оптимізувати витрати на нього. *Для планування потреби в адміністративно-управлінському персоналі можна використовувати такі нормативні документи:*

– *Планування чисельності інспекторів з кадрів.* Міжгалузеві нормативи чисельності працівників, зайнятих добром, розстановкою, підвищенням кваліфікації (перепідготовкою) та обліком кадрів, затверджені наказом Міністерства праці та соціальної політики України від 18.12.03 р. № 341. Наприклад, за кількості працівників до 200 осіб та структурних підрозділів – до 20 нормативна чисельність інспекторів з кадрів становить – 1,3, а за чисельності працівників від 400 до 500 осіб – 2,0.

– *Планування чисельності бухгалтерів.* Міжгалузеві нормативи чисельності працівників бухгалтерського обліку затверджені наказом Міністерства праці та соціальної політики України



від 26.09.03 р. № 269 (наприклад, за чисельності працівників від 150 до 200 осіб нормативна кількість бухгалтерів залежно від кількості структурних підрозділів становить від 3,3 до 5,3). Також слід пам'ятати, що відповідно до Закону України від 16.07.99 р. № 996-XIV «Про бухгалтерський облік та фінансову звітність в Україні», посада головного бухгалтера вводиться в організації за умови створення бухгалтерської служби (бухгалтерії). Згідно з Довідником кваліфікаційних характеристик професій працівників, затвердженим наказом Міністерства праці та соціальної політики України від 29.12.04 р. № 336, головний бухгалтер належить до керівників та організовує роботу бухгалтерської служби. Для підтвердження створення бухгалтерської служби складається наказ про організацію бухгалтерського обліку, в якому передбачається, що ведення бухгалтерського обліку покладається в організації на бухгалтерську службу на чолі з головним бухгалтером. Крім того, у Господарському кодексі України визначено обов'язок складання положення про структурний підрозділ. Положення про бухгалтерську службу встановлює порядок створення структурного підрозділу, його завдання, функції, права та обов'язки, організацію роботи та взаємовідносини з іншими структурними підрозділами підприємства. Положення підписується керівником відділу, візується юристом (за наявності), затверджується та вводиться в дію керівником підприємства. Тому в разі створення бухгалтерської служби, визначення її функцій навіть у разі наявності вакантних посад може бути призначений головний бухгалтер, який очолює роботу цієї служби.

– *Планування чисельності працівників юридичної служби.* Міжгалузеві нормативи чисельності працівників юридичної служби затверджені наказом Міністерства праці та соціальної політики України від 11.05.04 р. № 108.

– *Планування чисельності економістів з фінансової роботи.* Міжгалузеві нормативи чисельності працівників на роботи, що виконуються економістами з фінансової



роботи, затверджені наказом Міністерства праці та соціальної політики України від 07.12.06 р. № 459. Наприклад, за середньо-облікової чисельності працівників від 150 до 200 осіб (залежно від кількості структурних підрозділів) нормативна кількість економістів становить від 0,9 до 1,5.

- *Планування чисельності інспекторів з військового обліку.* Порядок організації та ведення військового обліку призовників і військовозобов'язаних затверджений постановою Кабінету міністрів України від 07.12.16 р. № 921, згідно з яким за кількості призовників і військовозобов'язаних: від 501 до 2000 осіб – один інспектор з військового обліку; до 500 осіб – здійснення військового обліку може бути додатково покладено на іншого працівника (бухгалтера, кадровика), або ж може бути окремо введено посаду інспектора з обліку та бронювання військовозобов'язаних.



- *Планування чисельності інспекторів з охорони праці.* Законом України від 14.10.92 р. № 2694-ХІІ «Про охорону праці» передбачено: якщо на підприємстві працює більш як 50 осіб, то необхідно створити відділ з охорони праці, якщо працівників менше 50, то обов'язки з організації охорони праці можна покласти на відповідальну особу, яка може входити до відділу кадрів.

- *Планування чисельності осіб з питань цивільного захисту.* Кодексом цивільного захисту України від 02.10.2012 р. № 5403-VI передбачено, що в закладах охорони здоров'я із загальною чисельністю працівників та осіб, які перебувають на лікуванні, від 200 до 3000 осіб призначаються посадові особи з питань цивільного захисту.

2. Аналіз укомплектованості персоналу.

На цьому етапі відбувається розрахунок укомплектованості медичного і немедичного персоналу за: категоріями персоналу; штатними посадами; фактично зайнятими штатними одиницями; відсотку укомплектованості.

3. Аналіз сумісництва персоналу.

4. Аналіз персоналу за віковим складом (якісний аналіз).

У ході такого аналізу оцінюється кількість працівників медичного закладу за віковими категоріями: до 20 років; від 20 до 30 років; від 30 до 40 років; від 40 до 50 років; від 50 до 60 років; пенсіонерів, – та визначаються зміни у структурі персоналу за період, що аналізується.

5. Аналіз рівня підготовки та атестації кадрів.

Вплив ефективності системи добору кадрів на забезпеченість персоналом. Окремо зупинимось на системі добору кадрів та її впливі на забезпеченість персоналом. Від забезпеченості медичного закладу професійними кадрами залежить зростання обсягів робіт, якість медичних послуг, ефективне використання медичного обладнання, зростання іміджу підприємства та підвищення результативності діяльності.

Здійснюючи аналіз такої забезпеченості, слід урахувати, що від ефективної системи добору кадрів залежить, наскільки швидко діяльність працівника окупить витрати, понесені в ході добору кадрів, тому новий працівник повинен максимально відповідати вимогам, які висуваються професійними стандартами медичної допомоги.

Зважаючи на високі вимоги до професії лікаря з позиції професійних стандартів медичної допомоги та моральних принципів, в закладі охорони здоров'я має застосовуватися **ефективна система добору кадрів**, яка враховуватиме не лише кваліфікаційні аспекти, але й психологічний портрет майбутнього кандидата на посаду.

Оскільки ми торкнулися теми психології, зазначимо, що, здійснюючи добір кандидатів на лікарські посади, доцільно перевіряти психологічні якості майбутнього кандидата. Для цього застосовуються різні методики, найпоширенішими серед яких є: Опитувальник Шмишека, П'ятифакторний особистісний опитувальник або Велика п'ятірка (Big five), розроблений американськими психологами Р. МакКрає та П. Коста.



Створенню системи добору кадрів має передувати комплексна робота з оцінки показників:

- руху персоналу, укомплектованості, рівня сумісництва, плинності персоналу, кваліфікації персоналу;
- наявності помилок у роботі прийнятого медичного персоналу, пов'язаних із непрофесіоналізмом, тому що помилки призводять до втрати іміджу закладу охорони здоров'я, до конфлікту між лікарем та пацієнтом, до скарг, а в гірших випадках – до смерті пацієнта та кримінальних справ;
- кількості працівників, які не пройшли випробування, встановлено їх невідповідність займаній посаді, на яку їх прийнято, або виконуваній роботі протягом строку випробування;
- кількості працівників, які не відповідають займаній посаді або виконуваній роботі внаслідок недостатньої кваліфікації;
- кількості працівників, які не відповідають займаній посаді за станом здоров'я, що перешкоджає продовженню цієї роботи (особливо це стосується лікарів, які працюють з небезпечними інфекційними хворобами, лікарів-рентгенологів, радіологів, лікарів УЗД);



- кількості порушень трудової дисципліни прийнятими працівниками. Порядок застосування стягнень за порушення трудової дисципліни визначено Кодексом законів про працю України. Види порушень трудової дисципліни: систематичне невиконання працівником без поважних причин обов'язків, покладених на нього трудовим договором, прогули, поява на роботі в нетверезому стані, у стані наркотичного або токсичного сп'яніння, вчинення за місцем роботи розкрадання, одноразового грубого порушення трудових обов'язків керівником підприємства, його заступниками, головним бухгалтером, вчинення працівником, який виконує виховні функції, аморального проступку, не сумісного з продовженням цієї роботи; запізнення на роботу, самовільне залишення робочого місця (якраз тут доречно використовувати дані коефіцієнта абсентизму);

конання працівником без поважних причин обов'язків, покладених на нього трудовим договором, прогули, поява на роботі в нетверезому стані, у стані наркотичного або токсичного сп'яніння, вчинення за місцем роботи розкрадання, одноразового грубого порушення трудових обов'язків керівником підприємства, його заступниками, головним бухгалтером, вчинення працівником, який виконує виховні функції, аморального проступку, не сумісного з продовженням цієї роботи; запізнення на роботу, самовільне залишення робочого місця (якраз тут доречно використовувати дані коефіцієнта абсентизму);

– збільшення випадків виробничого травматизму нового медичного персоналу внаслідок недотримання правил техніки безпеки поводження з медичним обладнанням, хімічними речовинами тощо.

Оцінка вищенаведених показників допоможе виявити прогалини в системі добору кадрів та окреслити основні шляхи її вдосконалення.

Ефективна система добору персоналу – це добір залежно від визначених потреб у кількості персоналу, кваліфікації, досвіду, віку, стану здоров'я; залежно від психологічного портрета кандидата для швидкої адаптації в колективі. Для цього заклад охорони здоров'я має:



– установити чіткі вимоги до кандидатів на посаду (стать, вік, досвід, сімейний стан, стан здоров'я, можливість відряджень, у тому числі довгострокових, можливість швидко адаптуватися в колективі);

– розробити анкету з питаннями, відповідь на які дасть керівнику загальну картину рівня ділових якостей (кваліфікація, досвід, здатність швидко навчатися, працездатність, навички взаємодії з пацієнтами, організаційні здібності тощо) та особистісних якостей (неконфліктність, старанність, уважність, дисциплінованість, порядність, пунктуальність тощо);

– визначити перелік питань, які ставитимуться кандидату на посаду на співбесіді;

– визначити способи пошуку кандидатів на посаду (оголошення, інтернет-рекрутмент, на сайті медичного закладу, навчальні заклади, HR-агентства, центр зайнятості, за рекомендаціями від працівників, знайомих або резервування кадрів) залежно від фінансових можливостей медичного закладу. HR-агентства можуть підібрати високопрофесійного спеціаліста, але такі послуги коштують недешево. Тому, якщо стратегічним планом організації передбачено розширення штату, витрати на добір персоналу мають бути відображені у фінансовому плані;

– визначити обов'язковість (необов'язковість) резюме або рекомендацій з попереднього місця роботи; розробити систему оцінювання роботи працівника на період випробування.



Аналіз раціонального використання трудових ресурсів медичного закладу дасть змогу:

- правильно визначити потребу в персоналі;
- знизити плінність персоналу;
- правильно скласти бюджет витрат на персонал;
- розробити ефективну систему добору кадрів;
- уникнути конфліктів серед працівників;
- знизити кількість скарг та незадоволення пацієнтів лікуванням та особисто лікарями;
- уникнути зайвих витрат на постійний добір персоналу внаслідок його плінності;
- уникнути витрат на адаптацію персоналу, який не відповідає займаній посаді;
- підвищити ефективність використання фонду оплати праці;
- підвищити ефективність діяльності закладу охорони здоров'я.

1.2.4. Оцінювання та атестація лікарів

Оцінювання та атестація персоналу займає важливе місце серед функцій управління персоналом.

Оцінювання працівників – це процес визначення цінності, корисності конкретних осіб для організації. Цінність різних працівників для організації є неоднаковою.



За даними спеціальних досліджень, проведених американським інститутом громадської думки Gallup у багатьох країнах світу, 55 % працівників – це пасивні виконавці трудових обов'язків, 16 % – активно саботують виконання завдань і лише 29 % – захоплені своєю працею та активно підтримують як поточні цілі, так і стратегічні завдання організації. З наведеними даними перегукується і відомий менеджерам висновок Парето: досягнення організації на 80 % забезпечуються 20 % персоналу, решта 80 % працівників забезпечують лише 20 % успіху колективу.

Процес оцінювання та атестації персоналу реалізується задля:

- ефективного використання наявних ресурсів праці через оптимальну розстановку працівників по робочих місцях (компетентності працівника відповідають його функціональним обов'язкам);
- визначення потреб у поточному і випереджувальному навчанні працівників;
- планування та організації розвитку персоналу;
- формування кадрового резерву на заміщення вакантних посад;
- планування ділової (службової) кар'єри;
- професійно-кваліфікаційного (кар'єрного) просування робітників;
- організації ефективного матеріального і морального заохочення працівників відповідно до внеску в результати колективної праці тощо.

Якщо в організації оцінюванню працівників не приділяють належної уваги, то марно сподіватися на високі результати діяльності у тривалому часі.

Основні завдання оцінювання персоналу:

- створення і перманентне оновлення достовірної бази даних щодо компетентності й мобільності працівників як важливої передумови гнучкого маневрування ресурсами праці в інтересах організації;
- моніторинг ступеня відповідності кваліфікації, знань і вмінь працівників характеристикам складності роботи, стандартам якості й продуктивності;



– одержання оперативної інформації про кількісні та якісні параметри виконання планових завдань (від змінно-добових до місячних), а також термінових доручень;

– отримання інформації про ставлення працівників до цілей організації, а також про стан виконавської та трудової дисципліни;

– систематизація інформації про ступінь задоволеності працівників їхнім становищем в організації (змістом і умовами праці, рівнем трудових доходів, перспективами просування тощо).

Правильно організований процес оцінювання потрібен не лише роботодавцеві, в ньому так само зацікавлені і працівники, оскільки це дає достовірну, неупереджену інформацію щодо власних професійних можливостей, компетентностей та можливості для професійного розвитку і кар'єрного зростання.

Чи мають свої особливості процес оцінювання та атестація медичного персоналу? Відповідь очевидна – так.

Норми Закону України від 19.11.92 р. № 2801-ХІІ «Основи законодавства України про охорону здоров'я» передбачають підготовку, перепідготовку та підвищення кваліфікації медичних і фармацевтичних працівників. В цьому законі встановлено, що медичні працівники мають право на підвищення кваліфікації, перепідготовку не рідше одного разу на п'ять років

у відповідних закладах та установах.

Атестація медичних працівників – це перевірка та оцінювання ділової кваліфікації працівників щодо їх відповідності займаній посаді або здійснюваній роботі. Атестація медичних працівників має на меті удосконалити діяльність закладів охорони здоров'я усіх форм власності щодо подальшого поліпшення надання медичної допомоги населенню.

**Атестація медпрацівників:
відповідаємо на три запитання**

1. Хто має право атестувати?
Державні підприємець, товари, професійна нова робота на атестації. Експертна комісія кваліфікаційного комітету МОЗ України, а також:

- мають право роботи на підприємстві, на яких здійснюють, на місцях цієї роботи;
- виконують трудові обов'язки у галузі (і підгалузі) спеціалізованої освіти (включаючи спеціалізовану атестацію спеціалістів і медичних сестер);
- мають базову атестацію на відповідній спеціалізації (за наявності).

2. Як часто проводити атестації?
Атестація проводиться раз на п'ять років (але не менше ніж раз на рік), але з урахуванням об'єктивних, виробничих і економічних причин. Термін атестації може бути зменшений, але лише за наявності необхідних умов роботи та не довше ніж через рік з моменту атестації.

3. Як документувати результати атестації?
За два місяці до закінчення атестаційної комісії формує акт атестації:

- викладає акт у двох екземплярах згідно з вимогами;
- один екземпляр кваліфікаційної комісії МОЗ України;
- один екземпляр – спеціалізується;
- заповнює атестаційні акти відповідного звання;
- передає його відповідно до відповідних актів (та інструкцій);
- може складати протоколи підготовки кваліфікації спеціалістів, викладачів і спеціалістів з актами (протоколами) кваліфікації;
- акти затверджує професійна комісія;
- акти при професійній діяльності, акти при роботі та розвитку на місцях роботи, акти при спеціалізації роботи, акти при спеціалізації роботи, акти при спеціалізації роботи (за спеціалізацією спеціалістів і медичних сестер) на відповідній спеціалізації.

Порядок проведення атестації лікарів затверджено наказом МОЗ України «Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів» від 22.02.2019 р. № 446. Атестація лікарів є невід'ємною частиною безперервного професійного розвитку (БПР).

Питання підвищення кваліфікації, перепідготовки, атестації регулюються низкою нормативних актів:

– Положення про післядипломне навчання лікарів (провізорів), затверджене наказом МОЗ України від 22.07.93 р. № 166, – курси спеціалізації, цикли тематичного вдосконалення, курси інформації та стажування;

– Положення про порядок проведення атестації провізорів, затверджене наказом МОЗ України від 12.12.06 р. № 818 – атестація на визначення рівня знань та практичних навиків з присвоєнням (підтвердженням) фаху «провізор-спеціаліст»; атестація на присвоєння кваліфікаційної категорії; атестація на підтвердження кваліфікаційної категорії;

– Положення про атестацію молодших спеціалістів з медичною освітою, затверджене наказом МОЗ України від 23.11.07 р. № 742 – атестація на присвоєння кваліфікаційної категорії; атестація на підтвердження кваліфікаційної категорії;

– Деякі питання безперервного розвитку лікарів, затверджені наказом МОЗ України від 22.02.19 р. № 446 – атестація на визначення знань і практичних навичок з присвоєнням (підтвердженням) звання «лікар-спеціаліст»; атестація на присвоєння кваліфікаційної категорії; атестація на підтвердження кваліфікаційної категорії;

– Положення про спеціалізацію (інтернатуру), затверджене наказом МОЗ України від 19.09.96 р. № 291;

– Наказ МОЗ України від 07.09.93 р. № 198 «Про підвищення кваліфікації молодших спеціалістів з медичною та фармацевтичною освітою».

В ході аналізу підготовки, перепідготовки та атестації медичних працівників слід оцінити кількість працівників, які

БЕЗПЕРЕРВНИЙ ПРОФЕСІЙНИЙ РОЗВИТОК ЛІКАРІВ

Які заходи є обов'язковими для БПР?

Жоден захід не має обов'язкового характеру. Лікарі вільно можуть обирати заходи відповідно до професійних потреб.



пройшли курси підвищення кваліфікації та атестацію, за видами навчання та зміни в динаміці. Такий аналіз дозволить отримати інформацію про кваліфікаційний рівень медичних працівників, кількість працівників, які розвивають свої уміння, ділові якості, поглиблюють свої знання та практичні навички за своєю спеціалізацією. Також варто нагадати про навчання з питань охорони праці, передбачене Законом України від 14.10.92 р. № 2694-ХІІ «Про охорону праці».

Так, посадові особи, діяльність яких пов'язана з організацією безпечного ведення робіт, під час прийняття на роботу і періодично, один раз на три роки, проходять навчання, а також перевірку знань з питань охорони праці за участю профспілок. Не допускаються до роботи працівники, у тому числі посадові особи, які не пройшли навчання, інструктаж і перевірку знань з охорони праці.

Законодавчо розрізняються два типи атестації лікарів:

- на присвоєння кваліфікаційної категорії;
- на підтвердження кваліфікаційної категорії.

Також законодавчо передбачено окремий розділ про відновлення медичної практики для лікарів: (1) які своєчасно не пройшли атестацію на кваліфікаційну категорію; (2) яким відмовлено в атестації на присвоєння або підтвердження кваліфікаційної категорії; (3) які не працювали понад три роки за лікарською спеціальністю.

Неатестовані лікарі мають скласти тест, а потім пройти стажування або курси спеціалізації в закладах післядипломної освіти або інститутах (факультетах) післядипломної освіти закладів вищої освіти. Підставою для цього є направлення з місця роботи.



Порядок атестації лікарів. Атестацію на присвоєння чи підтвердження кваліфікаційної категорії проводять за бажанням лікаря. Сучасні вимоги до лікарів вимагають постійний процес БПР, що дає можливість для постійного розвитку й удосконалення професійних вмінь, а отже, спрямований на формування конкурентоспроможного фахівця на ринку праці. Разом із тим підтверджувати кваліфікаційну категорію потрібно раз на 5 років. Позачергова атестація лікарів може відбуватися раніше. Якщо лікар має відповідний стаж роботи та виконує вимоги до БПР, він має змогу атестуватися вже через рік після попередньої атестації.

Кваліфікаційні категорії зазвичай присвоюють у такій послідовності: друга; перша; вища. Атестаційна комісія може присвоїти лікарю категорію, не дотримуючись цієї послідовності. Тобто замість першої – одразу вищу. Однак такий варіант можливий за умов, що лікар: має відповідний стаж роботи; демонструє в особистому освітньому портфоліо різноманітні види діяльності та значно перевищує мінімальні вимоги щодо кількості балів БПР за рік. Аби за результатами атестації лікар отримав певну кваліфікаційну категорію, він повинен мати мінімальний стаж роботи за спеціальністю: друга категорія – 5 років; перша – 7 років; вища – 10 років. Усі відвідані заходи БПР та бали за них лікар відображає в особистому освітньому портфоліо. Якщо атестується за кількома спеціальностями – створює відповідну кількість портфоліо. Лікарі, які здійснюють професійну діяльність, зобов'язані щороку подавати на перевірку особисте освітнє портфоліо та підтверджувати щонайменше 50 балів БПР. Особисте освітнє портфоліо з результатами проходження БПР створює сам лікар, а засвідчує – керівник закладу охорони здоров'я у період, за який ці бали обліковують. Лікарі, що зареєстровані як фізичні особи – підприємці та здійснюють медичну практику за відповідною лікарською спеціальністю, обліковують бали самостійно.

Відділ кадрів: контролює, щоб лікар вчасно подав портфоліо; перевіряє, чи правильно лікар заповнив документ; перераховує, чи точно лікар облікував мінімальну кількість балів за відповідний річний період. На перевірку особистих освітніх портфоліо співробітники відділу кадрів мають не більше ніж 14 робочих днів після закінчення строку подання. За результатами



перевірки відділ кадрів надає для затвердження керівнику закладу охорони здоров'я:

- перевірені особисті освітні портфоліо;
- узагальнений звіт щодо подання лікарями

особистих освітніх портфоліо;

– перелік осіб, які мають проходити атестацію в поточному році.

На підставі цих документів керівник закладу вирішує, кого й коли направляти на атестацію.

1.2.5. Форми та системи оплати праці медичного персоналу

Традиційні форми та системи оплати праці медичних працівників.

Найлегше виразити витрати праці в кількості створеної продукції за одиницю часу. Проте такий вимірник не може визначити результат діяльності медичного працівника, метою якої є здоров'я пацієнта. Поняття ж «здоров'я» важко відобразити у вартісній формі, тим більше що такий результат не завжди є кінцевою метою: є невиліковні хвороби, запущені випадки. Розумові, фізичні, нервові витрати медичного працівника також нічим зміряти. Тобто специфіка професії говорить про те, що критерії результативності, ефективності праці медичного працівника об'єктивно розмиті.

Критерії витрат праці лікаря визначаються таким:

1. *Обсяг роботи*, який може бути визначений умовними одиницями трудомісткості (УОТ), коли за 1 УОТ приймається обсяг роботи лікаря при лікуванні



захворювання даної нозологічної форми, прийнятої за одиницю (наприклад, обсяг роботи лікаря при накладенні пломби при середньому карієсі; при амбулаторних відвідинах кардіолога з лікувально-діагностичною метою).



2. *Час*, визначений п'ятиденним або шестиденним робочим тижнем (наприклад, робочий тиждень – 38,5 год; при шестиденному робочому тижні робочий день лікаря триває 6,5 год у стаціонарі; при п'ятиденному тижні – 7 год 42 хв; а для вузьких фахівців

робочий тиждень складає 33 год, робочий день при шестиденному робочому тижні триває 5,5 год).

3. *Якість роботи*, яка відображається в такому понятті, як кваліфікаційна категорія (вища, перша, друга, «лікар-фахівець»).

Хоча критерії витрат праці лікаря недосконалі, проте саме на них доводиться орієнтуватися при характеристиці форм і систем оплати праці медичних працівників, які повинні повною мірою відповідати принципу оплати по кількості і якості праці, враховувати конкретний внесок кожного працівника в кінцеві результати діяльності. Зі всіх норм по праці основоположними є норми часу, вся решта норм і нормативів – похідні від цього показника.

Основні форми та системи оплати праці медичних працівників:

1. *Погодинна заробітна плата* залежить від кількості відпрацьованого часу. Її розрахунок можна зробити шляхом множення годинної тарифної ставки на фактично відпрацьований час. Тарифний коефіцієнт низького розряду приймається рівним одиниці. *Існують дві системи оплати праці в погодинній формі:*



– проста погодинна система: розрахунок залежить від тарифної ставки, або окладу, і відпрацьованого часу – є поширеною системою оплати праці для фахівців і службовців;

– погодинно-преміальна система передбачає понад заробітку за тарифною ставкою (окладом) отримання премії за досягнення певних кількісних і якісних показників.

Погодинна форма має той недолік, що у працівника пониженний економічний стимул до зростання інтенсивності та продуктивності праці. З одного боку, нескладно розрахувати тижневу і місячну зарплату, витрати на неї в установі охорони здоров'я, а з другого боку, погодинна оплата вимагає більшого контролю за працівником, робить необхідним мати контролюючий роботу персонал, який теж одержує зарплату, а це підвищує ціну медичної послуги.

2. *Відрядна заробітна плата* вважається більш гнучкою, схема оплати припускає оплату або просто за кількість, або за ступінь виконання роботи. *Системи оплати праці при відрядній формі такі:*



– *пряма відрядна* система оплата праці розраховується шляхом ділення тарифної ставки розряду на відповідну норму виробітку або множення тарифної ставки розряду на відповідну норму часу;

– *непряма відрядна* система оплата праці застосовується для стимулювання праці допо-

міжного персоналу, що обслуговує основний технологічний процес (наприклад, медсестри). Ставка допоміжного працівника множить на середній відсоток виконання норм основних працівників або перебуває шляхом множення побічно-відрядної розцінки на фактичну кількість медичних послуг, наданих основним працівником – лікарем. Тоді розцінка визначається як частка від ділення тарифної ставки медсестри, оплачуваної за даною системою, на сумарну норму виробітку лікарів, які нею обслуговуються;

– *відрядно-преміальна* система оплата праці система включає в себе поєднання прямої відрядної системи оплати праці з преміями;

– *відрядно-прогресивна* система оплата праці поєднує пряму відрядну систему із виплатами за підвищеними розцінками у разі вироблення понад норми без зниження якості;

– *акордно-відрядна* система оплата праці встановлює оплату на весь обсяг роботи, а не на окрему операцію, плюс премії за скорочення строків. Наприклад, таку систему можна застосовувати при оцінці роботи зубних техніків;

– *колективна відрядна* система оплата праці – застосовуються або індивідуальні розцінки за кінцевими результатами роботи, або колективні відрядні розцінки. При використанні системи колективного підряду виплати здійснюються лише за кінцевим результатом і включають основну заробітну плату, премії з фонду матеріального заохочення, індивідуальні премії та виплати;

– *система посадових окладів* – використовується для керівників, фахівців і службовців. Таку заробітну плату можна розділити на 2 частини: тарифну (оплата за тарифними ставками та посадовими окладами) і надтарифну (додаткова оплата). Під додатковою заробітною платою розуміються доплати компенсаторного характеру: за роботу в нічний час; за роботу в святкові та вихідні дні, оплата чергових (щорічних) та додаткових відпусток (компенсація за невикористану відпустку); доплата за роботу з інтернами, компенсація жінкам, які перебувають у частково оплачуваній відпустці по догляду за дитиною; вихідні допомоги; оплата часу навчання з відривом від виробництва в системі підвищення кваліфікації та перепідготовки кадрів; премія, яка виплачується з фонду економії заробітної плати та ін.

При постійній роботі працівникам надаються додаткові пільги: оплата лікарняних листів, пенсійне забезпечення; деякі організації субсидують обіди і транспортні витрати, укладають договори про медичне страхування, оплачують юридичні консультації і т. д.



Під додатковою заробітною платою розуміються доплати компенсаторного характеру: за роботу в нічний час; за роботу в святкові та вихідні дні, оплата чергових (щорічних) та додаткових відпусток (компенсація за невикористану відпустку); доплата за роботу з інтернами, компенсація жінкам, які перебувають у частково оплачуваній відпустці по догляду за дитиною; вихідні допомоги; оплата часу навчання з відривом від виробництва в системі підвищення кваліфікації та перепідготовки кадрів; премія, яка виплачується з фонду економії заробітної плати та ін.

При постійній роботі працівникам надаються додаткові пільги: оплата лікарняних листів, пенсійне забезпечення; деякі організації субсидують обіди і транспортні витрати, укладають договори про медичне страхування, оплачують юридичні консультації і т. д.

Традиційний підхід до надання додаткових пільг полягає в тому, що однакові пільги мають працівники одного рівня. Індивідуальна цінність додаткових пільг для

працівника залежить від таких чинників, як вік, сімейний стан, розмір сім'ї і т. д. Окремі організації надають працівнику право вибрати у встановлених межах той пакет пільг, який найбільш його влаштовує. Як правило, така форма винагороди практикується в недержавному секторі, у тому числі і у відповідних структурах охорони здоров'я. В бюджетній лікувальній установі працівник користується стандартним набором пільг, поширюваних на державний сектор економіки.

Дані для розрахунку витрат на оплату праці медичних працівників:

- затверджений штатний розклад працівників медичної установи;
- тарифікаційні списки працівників, складені по затвердженій формі з розбиттям по категоріях персоналу (лікарі, середній, молодший медичний персонал, адміністративно-управлінський персонал);
- нормативний річний фонд робочого часу медичного персоналу.

Розрахунок починається з визначення середньої заробітної плати працівників підрозділу (без урахування вакантних посад), що виконують однаковий обсяг роботи. При розрахунку витрат з оплати праці роздільно розраховуються витрати по заробітній платі основного медичного персоналу та загального персоналу, що забезпечує роботу основного персоналу.

У комерційних медичних установах форми оплати праці медичних працівників вибираються самостійно. В бюджетних медичних установах системи оплати праці медичних працівників орієнтовані на задані бюджетним фінансуванням виплати.

Індивідуальна заробітна плата – сучасна тенденція в розвитку форм і систем оплати праці медичних працівників. Це стало можливо у зв'язку з переходом до формування ринкових умов господарювання в медицині. В роботі медичних працівників потрібне не тільки збільшення обсягів наданих послуг, але й ще краще використання устаткування, підвищення якості, економія, раціональне використання сировини і матеріалів (наприклад, в стоматології це зв'язано із застосуванням нових технологій по обробці золота, інших металів). Індивідуальна заробітна плата припускає, що основна (постійна) частина оплати праці складає – 1/3, а змінна – 2/3.



Системи багатофакторної заробітної плати – покликані врахувати не тільки фізичну, але і розумову, і нервову енергію медичного працівника. Типовим прикладом системи багатофакторної заробітної плати є **аналітична оцінка робіт**. Вона поєднує в собі погодинну систему оплати праці, метод нормування праці, метод її якісної оцінки і спосіб професійного відбору працівників. В цьому випадку весь трудовий процес розподіляється на ряд чинників, згрупованих в певному порядку, а саме, враховується ступінь відповідальності та умови праці, включаються і суб'єктивні особові оцінки працівника керівником медичної установи.

Медичні установи, які надають часткові платні медичні послуги, використовують в основному традиційні форми оплати праці: погодинну та відрядну, в т. ч. їх різні системи. Отримання додаткового доходу медичним працівником в цих умовах пов'язано з платними медичними послугами. В ціні кожної медичної послуги, по якій би методиці ця ціна не розраховувалася, є елемент витрат у вигляді основної заробітної плати. Як правило, основна заробітна платня в собівартості медичної послуги складає 35 % в клініках загального профілю і 25 % – в стоматології. Це процентне співвідношення відображає загальну схему витрат по наданню медичної допомоги медичною установою. Вичленувавши із собівартості платних медичних послуг фонд оплати праці, його можна розподіляти по прийнятій в медичній установі методиці між медичними працівниками, що беруть участь в роботі на платній основі, на додаток до гарантованого мінімуму, визначеного єдиними трудовими стандартами. Також, доцільно злити ці засоби до єдиного фонду оплати праці й тим самим стимулювати колектив до роботи не тільки на платній основі, але і за програмами безкоштовної медичної допомоги. У будь-якому випадку оплата праці медичних працівників буде вище, ніж та, яка гарантована бюджетними асигнуваннями.

У медичних кооперативах оплата праці найманих медичних працівників визначається трудовим договором з ними, а засновники кооперативу отримують частку прибутку пропорційно своєму паю, якщо інше не передбачено в засновницькому договорі. Інакше кажучи, з обороту організації віднімаються вартість матеріальних витрат, заробітна плата найманих працівників, формуються фонди (резервний, розвитку тощо), сплачуються податки, відсотки за кредитами тощо, а залишок чистого прибутку ділиться між засновниками.



Індивідуальний підприємець в особі приватного лікаря-практика одержує дохід за залишковим принципом, тобто з обороту (обсягу платних медичних послуг за рік) віднімаються матеріальні витрати лікаря, одержаний дохід оподатковується, залишок – лікарю.

Медичне підприємство (наприклад, акціонерне товариство) надає можливість акціонерам мати три джерела доходу: заробітну плату, дивіденди та виплати з фонду матеріального заохочення. Засновники (фізичні або юридичні особи) одержують ще і статутний прибуток.

Використання стимулюючих систем оплати праці вирішує проблему укомплектованості медичними кадрами, знижує потребу в сумісництві, покращує ряд якісних показників, внесених в перелік коефіцієнтів, що підвищують або знижують заробітну плату медичного працівника.

1.2.6. Мотиваційні механізми управління медичним персоналом

Для задоволення економічних потреб та інтересів установи (досягнення фінансової стабільності, виконання необхідних нормативів доходності), і колективу (досягнення певних пріоритетів розвитку), що в кінцевому результаті призведе до конкурентоспроможності установи, необхідне застосування

відповідних інструментів, стимулів, важелів, тобто складових мотиваційного механізму управління персоналом.

Якісна трансформація форм і систем оплати праці та зміна поглядів на мотивацію персоналу відбулася під впливом таких чинників:



– зміна мотиваційних концепцій у тісному зв'язку із радикальними політичними, економічними, соціальними, духовними, екологічними змінами в світі;

– процеси глобалізації, умови розвинутого конкурентного середовища;

– глибокі перетворення індустріального суспільства в інформаційне (постіндустріальне), де головну роль мають відігравати знання, інтелект, інновації.

Сутність мотиваційного механізму визначається всією сукупністю відносин, що виникають як усередині медичного закладу, так і в зовнішньому середовищі – у взаєминах суб'єкта господарювання з іншими суб'єктами господарювання та державою.

Зовнішні відносини (відносини із зовнішнім середовищем) – моделюються як послуго-виробничі та соціально-економічні відносини, які виникають у медичного закладу в процесі його діяльності. Вони не залежать від власної діяльності медичного закладу (іншими словами, у кожен даний момент вони статичні).

Внутрішні відносини – досить мобільні, оскільки формуються під впливом чітко визначеної політики медичної установи, що сама може змінюватися, виходячи з конкретних потреб медичних працівників в той чи інший період часу.



Стратегії сучасних медичних закладів можуть передбачати цілий спектр цілей, що вимагає використання не одного, а декількох мотиваційних механізмів управління медичним персоналом. Структура мотиваційних механізмів управління

медичним персоналом повинна розглядатися разом зі специфічною економічною ситуацією, факторів впливу на трудову діяльність колективу медичного закладу.

Приклад. Завдання зростання обсягу медичних послуг на певному сегменті медичного ринку вимагають функціонування мотиваційного механізму забезпечення результативності праці, що безпосередньо пов'язано зі збільшенням цього обсягу та зростанням прибутку.

Приклад. Поява конкурентів – вимушує забезпечити функціонування механізму забезпечення конкурентоспроможності медичних послуг. Такий механізм, у свою чергу, мусить запровадити дещо інші важелі впливу на медичний персонал, які спонукатимуть працівників до підвищення конкурентоспроможності власної робочої сили шляхом підвищення рівня освіти, кваліфікації, до покращання культури обслуговування пацієнтів, до уважного вивчення споживчого попиту на ринку.

Класифікація мотиваційних механізмів управління медичним персоналом за видами і типами (табл. 1.2).

Підсистеми мотиваційного механізму можуть виступати самостійними ланками цього механізму й одночасно формувати його.

Найважливішими серед них є:

– *відносини власності* і породжувані ними відносини володіння, розпорядження, використання, відповідальності, самостійності, економічного зростання і т. д.;

– *відносини розподілу* і відповідні їм трудові відносини, що визначають міру трудового внеску працівника в діяльність медичного закладу;

– *відносини планомірної організації надання медичних послуг всередині медичного закладу* – планування витрат, стратегічне планування, маркетинг, менеджмент і т. д.;

– *відносини конкуренції* – відносини конкуренції внутрішнього прояву (між окремими структурними підрозділами медичного закладу, між його працівниками і т. д.), відносини конкуренції зовнішнього прояву (з іншими медичними закладами, лабораторіями і т. д.).

Об'єктом мотивації медичного персоналу є його праця.

Мета створення мотиваційного механізму в медичному закладі – високопродуктивна праця медичних працівників, причому всі

ланки механізму мотивації повинні бути налаштовані таким чином, щоб потреба в праці переважала над іншими потребами індивіда, формувалася на основі співпадіння інтересів медичного закладу і медичного працівника.

Таблиця 1.2

Класифікація типів і видів механізмів мотивації управління персоналом

№	Класифікаційна ознака	Механізми мотивації
<i>Типи мотиваційних механізмів</i>		
1	По відношенню до суб'єкта управління	– Внутрішній тип механізму – Зовнішній тип механізму
<i>Види мотиваційних механізмів</i>		
1	За об'єктом впливу в системі соціально-трудова відносин	– Механізми мотивації найманих працівників. – Механізми мотивації роботодавця.
2	За змістом важелів, що впливають на потреби	– Економічні. – Соціальні. – Психологічні. – Організаційно-культурні. – Адміністративні та ін.
3	За силою впливу на стан мотивації індивіда	– Активні. – Пасивні.
4	За тривалістю дії	– Короткострокові. – Довгострокові.
5	За масштабністю дії	– Індивідуальні. – Колективні.
6	За рівнем у системі ієрархії управління	– Особистісні. – Мікроекономічні. – Мезоекономічні. – Макроекономічні.
7	За спрямованістю дії	Мотиваційні механізми: – результативності діяльності; – забезпечення якості праці персоналу; – забезпечення конкурентоспроможності послуг; – підвищення підприємницької активності; – підвищення інноваційної активності та інші.
8	За кінцевим результатом	– Ефективні. – Неefективні.

З переходом до ринкових відносин принципово змінюється сутність стимулів, що впливають на мотивацію праці та на її складові – оплату праці та формування доходів медичних працівників. У зв'язку з цим досягнення медичним закладом зростання обсягу надання медичних послуг, підвищення ефективності та продуктивності праці залежить від мотиваційного механізму управління і системи стимулів.

Мотиваційний механізм – це складова механізму зацікавленості у досягненні максимальних економічних і соціальних результатів трудової діяльності людини. Він розглядається як впорядкована сукупність мотивів, що формуються під впливом мотивують факторів досягнення складної мети.

Мотиваційний механізм як система – повинен володіти властивостями раціональної цілісності та відокремленості його елементів, взаємозв'язок яких потребує при зміні одних елементів змінювати інші задля підтримки ефективності дієвості мотиваційного механізму.



Водночас існує певний ступінь відокремленості елементів задля того, щоб компенсувати зміну змісту будь-якого елемента іншими елементами мотиваційного механізму задля ефективності його дії. Такими елементами можуть бути умови праці та диференціація

її оплати в залежності від умов.

Мотиваційний механізм як підвищення ефективності праці – розуміється сукупність методів та прийомів впливу на працівників з боку системи управління організацією, яка спонукає їх до певної поведінки в процесі трудової діяльності заради досягнення цілей організації й задоволення особистісних потреб.

На різних етапах ринкової трансформації економіки мотиваційний механізм буде неодмінно мати свою специфіку.

Впливова дія мотиваційного механізму не обмежується суто впливом на медичних працівників. Мотиваційний механізм має передбачати дію таких важелів, які б стимулювали також дії роботодавців у конкретному напрямі, створюючи певні мотиви поведінки на ринку праці. При цьому побудова мотиваційного механізму має бути адекватною якісним характеристикам

трудового потенціалу, має враховувати особливості національного трудового менталітету.

Мотиваційний механізм як управління персоналом – це багатоконпонентна система економічних, соціальних, психологічних, організаційних та адміністративних заходів та методів впливу на задоволення актуальних потреб персоналу в інтересах досягнення індивідуальних і колективних цілей працівників та організації, зростання її конкурентоспроможності.

Інтереси медичних закладів безпосередньо впливають на суспільну мету, а мотиви їхньої діяльності прямо впливають на формування суспільних потреб, тому що знаходяться в стані взаємозалежності й обумовлюють один одного. Крім того, інтереси медичного закладу впливають на формування стимулів – потенційно і з визначеною часовою дією, з огляду на можливу розбіжність інтересів організації із цілями суспільства.



Уявлення про умови формування управлінської моделі мотиваційного механізму та його суть наведені на рис. 1.3.

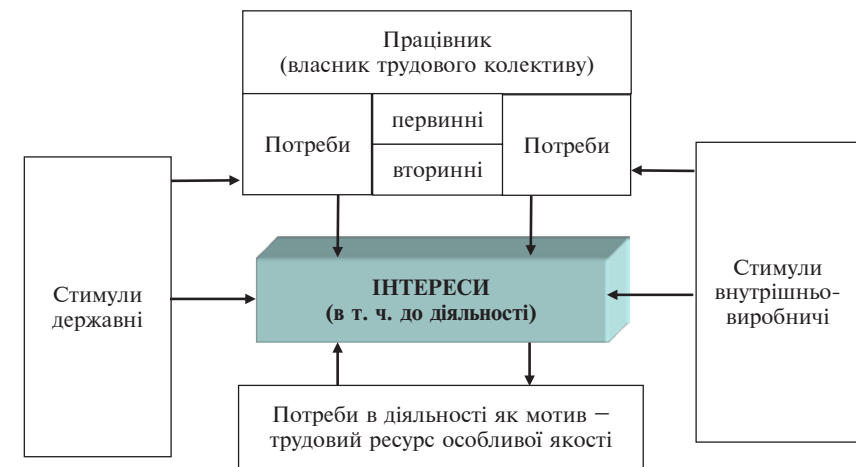


Рис. 1.3. Модель мотиваційного механізму управління персоналом

Ця схема показує, що стимулювання на всіх його рівнях може впливати одночасно на всі потреби й інтереси (у т. ч. до діяльності). Сама ж потреба в діяльності, як потреба внутрішня, глибоко усвідомлена, як мотив, формується на індивідуальному рівні. Якщо вона є – перед нами трудовий ресурс особливої якості, що буде мати більш високу ціну на ринку праці. Наявність такого ресурсу на ринку ще не означає його реалізацію на рівні окремих медичних закладів: для цього і необхідний внутрішній механізм мотивації праці, у взаємодії ланок якого народжується потреба в праці (діяльності) саме в даному медичному закладі.

Мотиваційний механізм управління медичним персоналом – сукупність спонукальних причин і усвідомлених способів господарського ставлення до діяльності медичного закладу, а також господарських дій колективів та різних соціальних груп медичних закладів.

Розвиток мотиваційного механізму управління медичним персоналом посилює можливості досягнення конкурентного успіху за рахунок утворення синергізму господарювання, як ефекту об'єднання творчих потенціалів професійних керівників/менеджерів і безпосередніх учасників виробничих процесів, що проявляється:

- у підвищенні працездатності медичного персоналу,
- якості й конкурентоздатності медичних послуг,
- ефективності, гнучкості й конкурентоспроможності медичної установи.

Кожний член колективу медичного закладу має право отримати можливість не тільки забезпечити свій матеріальний добробут, але і реалізувати свої професійні знання, повністю виявити свої індивідуальні здібності. Реалізація цього права є найкращою формою соціальної мотивації. Управління колективом буде найбільш ефективним, якщо очікування, надії його членів будуть обов'язково здійснюватися, і вони не будуть розчаровані результатами своєї роботи.

Досвідчений керівник завжди є тонким психологом й прекрасно знається на істинних мотивах і потребах своїх



різноманітних працівників. Досягнення абсолютного задоволення потреб кожного члена колективу практично неможливе, але обов'язком керівника є створення такого мотиваційного механізму управління, який би найбільш повно здійснював реалізацію поставлених завдань за умов виконання головного завдання – досягнення конкурентоспроможності медичного закладу.

Загальне уявлення про місце мотиваційного механізму в системі управління закладом сфери послуг, в т. ч. й медичним закладом, представлено на рис. 1.4.



Рис. 1.4. Місце мотиваційного механізму в системі управління

Формування та функціонування мотиваційного механізму завжди є функцією від трьох складових:

- результатів моніторингу зовнішнього попиту на послуги;
- стратегії розвитку організації;
- стратегії розвитку персоналу.

Залежно від пріоритетів діяльності організація має запропонувати персоналу пакет стимулів (соціальних та економічних), активно впливаючи на потреби, та за допомогою різноманітних економічних, психологічних, адміністративних та інших важелів

коригувати трудову поведінку персоналу в необхідному напрямі. Обґрунтованість і дієвість мотиваційного механізму залежить від врахування факторів, що впливають на нього. На практиці в медичних закладах існує велике розмаїття факторів, що можуть впливати на мотиви поведінки працівників як позитивно, так і негативно. Задача управлінських структур полягає у виявленні найбільшої сукупності факторів і сформуванні внутрішнього механізму мотивації праці на базі оптимального сполучення позитивних факторів і нівелювання негативних.



Основне значення для формування механізму мотивації праці мають відносини власності. Найбільш сильна потреба в діяльності виникає тоді, коли людина працює на себе і зовсім не обов'язково, що самостійна діяльність сама по собі є для неї мотивом.

У ринковій економіці функціонують різні типи організацій, що формалізують різні типи власності. Але незважаючи на те, що різні форми власності диференціюють типологію організацій, існують загальні риси:

– по-перше, система управління цими організаціями обов'язково містить дві рольові функції, які персоніфікуються в одній або двох особах – власника і/або менеджера;

– по-друге, функції володіння, розпорядження й користування власністю, система й принципи менеджменту в головному однакові для всіх організацій – пояснюється це тим, що власність і менеджмент є в сучасних умовах основними фундаментальними конструкціями організації в цілому.

Заробітна плата оцінює щоденні витрати праці медичного працівника, а не результати діяльності сукупної праці всіх медичних працівників медичного закладу.

Результати діяльності медичного закладу оцінюються на ринку відповідних послуг і знаходять своє відображення в розмірах отриманого прибутку. Частина заробітної плати, що виплачується з прибутку, може бути отримана працівником у подвійній якості: і як елемент сукупної робочої сили,

і, додатково, у якості співвласника, що має свою частку в сукупному капіталі медичного закладу. Вибір за медичним працівником: або він одержує тільки заробітну плату плюс прибуток за результатами роботи закладу; або заробітну плату плюс прибуток за результатами роботи всього закладу плюс відсоток на свою частку сукупного капіталу; або тільки заробітну плату. Все це можливо тільки в умовах, коли медичний заклад є акціонерним товариством.

У приватних медичних закладах можуть працювати три категорії медичних працівників:

1. *Перша група* – працівники, що не мають частки в сукупному капіталі, але ті, що працюють сумлінно і мають право отримання додаткового доходу, якщо організація має прибуток, але не одержують відсоток на капітал через відсутність такого.

2. *Друга група* – працівники-власники, кожен з яких має свою частку в сукупному капіталі. Їхній дохід складається з кількох складових: це заробітна плата, що, у свою чергу, поділяється на дві частини: основну, що обумовлена тарифною ставкою чи нормами, і додаткову, розміри якої залежать від прибутку.

3. *Третя група* – працівники, чий заробіток складається тільки з основної заробітної плати, вони не є власниками, як правило, це тимчасові працівники.

У бюджетних медичних установах прибуток закладу та його медичних працівників не складається із означених вище частин.



Економічні фактори є базою, фундаментом при створенні мотиваційного механізму управління медичним персоналом. У той же час первинність економічних мотивів завжди пов'язана з мотивами соціальними. Більше того, коли основні

матеріальні потреби задоволені, діяльність людей більшою мірою визначається **соціальними мотивами**. Очевидно, що при досягненні певного рівня добробуту як у цілому в суспільстві, так і на рівні конкретного індивіда, соціальні мотиви діяльності починають переважати.

В умовах ринкової економіки як рядовий медичний працівник, так і керівник медичного закладу мають потребу в мотивації. Рядовий медичний працівник – як мінімум збільшенням розміру заробітку, для керівника – можливо, важливі не тільки економічні мотиви, але й соціальні.

У сучасних умовах значення соціальних факторів має тенденцію до постійного зростання, що дозволяє зробити висновок про соціально-економічну спрямованість мотиваційного механізму управління, адекватного ринковій моделі.



Запитання для самоконтролю

1. Назвіть основні критерії, за якими визначаються витрати праці медичних працівників.
2. Дайте характеристику такій формі та системі оплати праці медичних працівників, як погодинна заробітна плата.
3. Дайте характеристику такій формі та системі оплати праці медичних працівників, як відрядна заробітна плата.
4. Охарактеризуйте традиційний підхід до надання додаткових пільг медичним працівникам.
5. Поясніть сутність індивідуальної заробітної плати для медичних працівників.
6. Поясніть сутність системи багатофакторної заробітної плати для медичних працівників.
7. Поясніть сутність мотиваційного механізму, його зовнішніх та внутрішніх відносин.
8. Надайте класифікацію мотиваційних механізмів управління медичним персоналом за видами і типами.
9. Охарактеризуйте мотиваційний механізм управління персоналом як систему.

10. Опишіть модель мотиваційного механізму управління персоналом.
11. Розкрийте місце мотиваційного механізму в системі управління організацією.
12. Назвіть основні складові формування та функціонування мотиваційного механізму управління персоналом.
13. Опишіть значення відносин власності для формування механізму мотивації праці.
14. Назвіть форми доходів, які можуть отримувати медичні працівники, зайняті в приватному та в бюджетному секторі охорони здоров'я.
15. Поясніть проблеми оплати праці медичних робітників та значення соціальних факторів мотивації.



Тестові запитання для самоконтролю

1. **Критерії витрат праці лікаря визначаються трьома нормами. Яка з них нині є основоположною?**
 - А. Обсяг роботи.
 - Б. Час роботи.
 - В. Якість роботи.
2. **При якій формі оплати праці у медичного працівника знижений економічний стимул до зростання інтенсивності та продуктивності праці:**
 - А. Пряма відрядна система оплати праці.
 - Б. Багатофакторна система оплати праці.
 - В. Непряма відрядна оплата праці.
 - Г. Колективна відрядна оплата праці.
 - Д. Проста погодинна оплата праці.
3. **У бюджетних медичних установах існуючі системи оплати праці орієнтовані на задані бюджетним фінансуванням обмеження. Для керівників, фахівців і службовців використовується переважно:**
 - А. Пряма відрядна система оплати праці.
 - Б. Система посадових окладів.

- В. Непряма відрядна оплата праці.
Г. Багатофакторна система оплати праці.
Д. проста погодинна оплата праці.
4. При якій системі оплати праці є можливість врахувати розумові, фізичні та нервові витрати медичного працівника:
А. Пряма відрядна система оплати праці.
Б. Багатофакторна система оплати праці.
В. Непряма відрядна оплата праці.
Г. Колективна відрядна оплата праці.
Д. Проста погодинна оплата праці.
5. Застосування багатофакторних систем оплати праці можливо у випадку:
А. Тільки бюджетного фінансування медичної послуги.
Б. Тільки комерційного розрахунку за медичну послугу.
В. В умовах надання частково платних медичних послуг.
Г. Дана система не може бути застосована взагалі в будь-якому випадку.
6. Зовнішні відносини (відносини із зовнішнім середовищем), які визначають сутність мотиваційного механізму управління персоналом – це:
А. Мобільні відносини, які формуються під впливом чітко визначеної політики медичної установи, з огляду на конкретні потреби медичних працівників в той чи інший період часу.
Б. Послуго-виробничі та соціально-економічні відносини, які виникають у медичного закладу в процесі його діяльності та не залежать від власної діяльності медичного закладу.
В. Сукупність відносин, що виникають при взаєминах суб'єкта господарювання з іншими суб'єктами господарювання та державою.
7. За змістом важелів, що впливають на потреби, механізми мотивації управління персоналом можуть бути таких видів:
А. Активні та пасивні механізми мотивації управління персоналом.
Б. Особистісні, мікроекономічні, мезоекономічні та макроекономічні механізми мотивації управління персоналом.
В. Економічні, соціальні, психологічні, організаційно-культурні

- та адміністративні механізми мотивації управління персоналом.
Г. Ефективні та неефективні механізми мотивації управління персоналом.

8. Коротко охарактеризуйте мету створення мотиваційного механізму в медичному закладі.
9. Найбільш загальне поняття мотиваційного механізму – це:
А. Сукупність методів та прийомів впливу на працівників з боку системи управління організацією, яка спонукає їх до певної поведінки в процесі трудової діяльності заради досягнення цілей організації й задоволення особистісних потреб.
Б. Складова механізму зацікавленості у досягненні максимальних економічних і соціальних результатів трудової діяльності людини.
В. Система економічних, соціальних, психологічних, організаційних та адміністративних заходів та методів впливу на задоволення актуальних потреб персоналу в інтересах досягнення індивідуальних і колективних цілей працівників та організації, зростання її конкурентоспроможності.
10. Ефективний розвиток мотиваційного механізму управління медичним персоналом проявляється в:
А. Підвищенні працездатності медичного персоналу.
Б. Підвищенні ціни на медичні послуги.
В. Підвищенні якості й конкурентоздатності медичних послуг.
Г. Підвищенні конкурентоспроможності медичної установи.
Д. Зниженні гнучкості медичної установи.
Е. Зниженні оплати праці керівників медичної установи.



Ситуаційні завдання для самоконтролю

Ситуаційне завдання «Багатофакторна система оплати праці медичних працівників – система аналітичної оцінки робіт»

Розрахунок оплати праці медичних працівників при системі аналітичної оцінки робіт.

Згрупуємо основні фактори (чинники), які використовуються для розрахунку оплати праці медичних працівників, при застосуванні системи аналітичної оцінки робіт в табл. 1.

Таблиця 1

Розрахунок оплати праці медичних працівників при системі аналітичної оцінки робіт

Фактори	Підфактори	Примітки	Бали
1	2	3	4
1. Професійна підготовка	а) освіта	а) середне	1
		б) середнє спеціальне	2
		в) вище	3
		г) к. м. н.	4
д) д. м. н.		5	
б) кваліфікаційна категорія	а) вища		+1 за кожний раз навчання
	б) перша		5
	в) друга		4
в) стаж	г) лікар-фахівець		3
	за 1 рік		2
2. Розумові вимоги	а) тест	а) 10 питань	1
	б) нестандартна ситуація	а) вирішив б) не вирішив	10 0
3. Фізичні вимоги	а) вікові групи	а) 18–30 років	4
		б) 31–45 років	3
		в) 46–55 років	2
		г) 56 років і старше	1

1	2	3	4
	б) чинник здоров'я	а) здоровий б) не здоровий	2 1
	в) вироблення в одиницю часу	а) виконує норму б) не виконує норму в) перевищує норму	10 0 +1 за кожну одиницю перевищення
4. Ступінь відповідальності	а) за устаткування		1
	б) за матеріали		1
	в) за дотримання технології (методу лікування)	за кожного підлеглого	1
	г) за персонал		0,2
5. Умови праці	а) виробничі умови нормальні	а) окремі випадки б) звичні	1
	б) ускладнені виробничі умови		2
	в) ступінь ризику		5
Оцінки «по заслугах» (особові оцінки)			1
6. Якість роботи			1
7. Раціональне використання матеріалів			1
8. Дбайливе відношення до устаткування			1
9. Максимальне використання робочого часу			1
10. Надійність, співпраця			1
11. Загальна поведінка			1
12. Можливість висунення			1
Всього балів			...

Таку оцінку проводить керівник (наприклад, головний лікар) або атестаційна комісія щорічно, і вони можуть ухвалити рішення про перегляд оплати праці медичного працівника. При аналітичній оцінці робіт чистий дохід медичної установи, одержаний в результаті роботи на платних умовах, розподіляється пропорційно кількості набраних балів кожним медичним працівником.

Приймемо умовно, що штат медичної установи, яка надає платні медичні послуги, це: головний лікар, лікар,

медсестра. Нарахуємо кожному медичному працівнику бали так, щоб: головний лікар набрав – 47 балів, лікар – 30 балів, медсестра – 22 бали.

Припустимо, що фонд оплати праці, сформований за допомогою платних медичних послуг, склав 9900 грн.

Завдання:

Розрахуйте вартість одного балу. Розрахуйте суми доплат, які будуть нараховані в цьому випадку медсестрі, лікарю та головному лікарю медичної установи.

Приведена аналітична оцінка робіт є базовою і може видозмінюватися залежно від специфіки діяльності медичної установи (стоматологія, психіатрія, хірургія).

Використаємо конфігурацію базової моделі багатофакторної системи оцінки праці медичних працівників у зв'язку зі специфікою діяльності медичної установи – оцінка праці медичних працівників у відділенні психіатричної лікарні з розбивкою на середній, молодший і лікарський персонал відділення (табл. 2 та 3).

Таблиця 2

Багатофакторна система оцінки праці середнього та молодшого медичного персоналу у відділенні психіатричної лікарні

№	Фактори	Підфактори	Бали (+/-)
1	2	3	4
1	Професійна підготовка	1. Освіта незакінчена середня середня спеціальна 2. Кваліфікаційна категорія вища I II без категорії 3. Проходження курсів підвищення кваліфікації тривалістю: 1,5–2 місяці до 1 місяця 4. Участь у підвищенні кваліфікації по догляду за хворими 5. Освоєння нових прийомів і методів діагностики та лікування	0 1 2 5 4 3 1 1 (за кожний) 0,5 (за кожний) 3 (за кожний виступ) 2
2	Ступінь відповідальності	1. За персонал	0,2 (за кожного підлеглого)

Продовження таблиці 2

1	2	3	4
		2. За медичне обладнання і господарський інвентар 3. За матеріали, ліки 4. За збереження матеріальних цінностей (сестра-хазяйка)	1 1 4
3	Умови праці	Напад хворих на персонал – без втрати працездатності – зі втратою працездатності	0–1 1–3
4	Інтенсивність праці	1. Суміщення ставок 0,25 ставки 0,5 ставки 2. Виконання навантаження за відсутнього на роботі 1 тиждень 2 тижні 3 тижні 4 тижні 3. Допомога іншим співробітникам підрозділу 4. Розробка або впровадження нових прийомів і методів догляду за хворими 5. Виконання індивідуальних професійних завдань 6. Зразковий стан робочого місця, робочого об'єкта 7. Активна участь у громадському житті підрозділу	1 3 1 2 3 4 2 5 1 1 1
5	Подяка	Від хворих, родичів, співробітників (у тому числі від адміністрації) лікарні або інших осіб, пов'язаних з роботою відділення – усна – письмова	2 3
6	Порушення	1. Трудової дисципліни – за появу на роботі в нетверезому стані – відсутність на роботі без поважної причини – прогул – порушення медичної етики і деонтології (у тому числі грубість з хворими або персоналом) 2. Санітарно-епідемічного режиму 3. Техніки безпеки	Позбавляється премії –5 –5 –5 –3–5 –5

Закінчення таблиці 2

1	2	3	4
7	Відмова	1. Від виконання доручень керівництва 2. Від допомоги іншим співробітникам підрозділу 3. Від застосування нових методів роботи, підвищення кваліфікації	-3 -2 -5
8	Скарга	Від хворих, родичів, співробітників (у тому числі від адміністрації) лікарні або інших осіб, пов'язаних з роботою відділення - усна - письмова	-2 -3
9	Інше
Всього балів			...

Таблиця 3

**Багатофакторна система оцінки праці лікарського персоналу
у відділенні психіатричної лікарні**

№	Фактори	Підфактори	Бали (+/-)
1	2	3	4
1	Професійна підготовка	1. Освіта вища кандидат медичних наук доктор медичних наук ФУВ, курси тривалістю: не менше 1,5 міс. до 1 місяця 2. Кваліфікаційна категорія вища I II Лікар-фахівець 3. Участь у підвищенні кваліфікації по догляду за хворими 4. Освоєння нових прийомів і методів діагностики та лікування	3 4 5 1 (за кожний) 0,5 (за кожний) 5 4 3 2 3 (за кожний виступ) 2
2	Ступінь відповідальності	За персонал	0,2 (за кожного підлеглого)
3	Умови праці	Напад хворих на персонал (психіатрична лікарня) - без втрати працездатності - зі втратою працездатності	0-1 1-3

Продовження таблиці 3

1	2	3	4
4	Інтенсивність праці	1. Суміщення ставок 0,25 ставки 0,5 ставки 2. Допомога іншим співробітникам підрозділу 3. Розробка або впровадження нових прийомів і методів догляду за хворими, що мають значення для підрозділу 4. Виконання індивідуальних професійних завдань 5. Зразковий стан робочого місця, робочого об'єкта 6. Активна участь у громадському житті підрозділу	1 3 2 5 1 1 1
5	Подяка	Від хворих, родичів, співробітників (у тому числі від адміністрації) лікарні або інших осіб, пов'язаних з роботою відділення - усна - письмова	2 3
6	Порушення	1. Трудової дисципліни - за появу на роботі в нетверезому стані - відсутність на роботі без поважної причини - прогул - порушення медичної етики і деонтології (у тому числі грубість з хворими або персоналом) 2. Санітарно-епідемічного режиму 3. Техніки безпеки	Позбавляється премії -5 -5 -3-5 -5 -5
7	Відмова	1. Від виконання доручень керівництва 2. Від допомоги іншим співробітникам підрозділу 3. Від застосування нових методів роботи, підвищення кваліфікації	-3 -2 -5
8	Скарга	Від хворих, родичів, співробітників (у тому числі від адміністрації) лікарні або інших осіб, пов'язаних з роботою відділення - усна - письмова	-2 -3

Закінчення таблиці 3

1	2	3	4
9	Обсяг викона- ної роботи	Число пролікованих лікарем хворих 1–10 11–20 21 і більше	1 3 5
10	Інше
Всього балів			...

Ця система оцінки праці медичного персоналу може застосовуватися для розподілу фонду доплат і премій, що формується за рахунок економії фонду оплати праці в цілому по лікарні внаслідок збільшення інтенсивності праці працівників.

У психіатричному відділенні підраховується кількість балів по кожному медичному працівнику, потім – сумарне число балів за всіма працівникам кожній категорії. Так як економічною службою лікарні за стандартною схемою вже визначено обсяг доплат (премій) в цілому по середньому та молодшому медичному персоналу, у відділенні вираховується грошовий вираз 1 балу за кожною категорією працівників. Потім підраховуються преміальні для кожного медичного працівника відділення.

Приймемо умовно, що штат лікарів психіатричного відділення: завідувач відділенням і лікар. Нарахуємо кожному лікарю бали так, щоб: завідувач відділенням набрав – 47 балів, лікар – 30 балів.

Припустимо, що преміальний фонд за один місяць для лікарів відділення склав 11 927 грн.

Завдання:

Розрахуйте вартість одного балу. Розрахуйте суми місячних премій (доплат), які будуть нараховані в цьому випадку завідувачу відділенням та лікарю.

Ситуаційне завдання «Багатофакторна система оплати праці медичних працівників – система використання стимулюючих коефіцієнтів»

Для міської клінічної лікарні застосовується така формула розрахунку *фактичної заробітної плати* (ЗПф) сімейних лікарів:

$$\text{ЗПф} = \text{ЗПб} + \text{ЗПс},$$

де ЗПф – фактична зарплата лікаря;

ЗПб – базова заробітна плата;

ЗПс – стимулююча частина зарплати.

Розрахунки заробітної плати ґрунтуються на нормах праці сімейних лікарів.

Базова заробітна плата (ЗПб) розраховується за формулою:

$$\text{ЗПб} = (\text{Т} \times \text{Н} \times \text{Ч}) : 12,$$

де Т – тариф за одне відвідування;

Н – норматив відвідувань на одного жителя на рік;

Ч – число прикріплених до даного лікаря жителів.

Тариф за одне відвідування (Т) визначається між сімейним лікарем та адміністрацією лікарні. Угодою встановлюється річний фонд заробітної плати кожному лікарю індивідуально. Величина його залежить від фінансових резервів медичної установи, кваліфікаційної категорії лікаря, його ставлення до роботи. Річний фонд заробітної плати (визначений угодою) лікаря ділиться на планове число відвідувань на рік (функцію лікарської посади).

Норматив відвідувань на одного жителя на рік (Н) до сімейного лікаря розраховується для кожної медичної установи з урахуванням показника за попередні роки, статевого та вікового складу населення, рівня захворюваності.

Чисельність прикріпленого населення по кожній ділянці (Ч) визначається шляхом перепису населення на кожній ділянці.

Наприклад, розрахуємо базову заробітну плату таким чином:

$$(4 \text{ грн} \times 1,8 \text{ відвідування} \times 1700 \text{ осіб}) : 12 \text{ місяців} = 1020 \text{ грн.}$$

Ця методика дає можливість диференціації заробітної плати залежно від чисельності прикріпленого населення, а не від фактичного числа звернень до лікаря.

Стимулююча частина заробітної плати (ЗПс) розраховується за формулою:

$$\text{ЗПс} = \text{ЗПб} \times \text{Кс},$$

де Кс – стимулюючий коефіцієнт.

Стимулюючий коефіцієнт можна розрахувати як суму підвищувального (+К) і понижувального (–К) коефіцієнтів:

$$K_c = (+K) + (-K).$$

Критерії підвищувального і понижувального коефіцієнтів для кожної медичної установи або для кожного лікаря індивідуально встановлюються з урахуванням конкретних завдань, які стоять перед установою і ставляться перед лікарем.

Наприклад, можна навести такий перелік критеріїв і варіант ранжування для розрахунку коефіцієнтів:

Підвищувальний коефіцієнт:

- 1) повнота та своєчасність диспансерного спостереження – 0,2;
- 2) вакцинація, імунізація населення – 0,3;
- 3) повнота клінічного обстеження при підготовці до госпіталізації – 0,2;
- 4) володіння методами читання ЕКГ – 0,1;
- 5) охоплення флюорографічним обстеженням відповідного населення – 0,2.

Понижувальний коефіцієнт:

- 1) скарги – 0,2;
- 2) розбіжність клініко-поліклінічних діагнозів – 0,2;
- 3) запущені випадки захворювання на туберкульоз – 0,2;
- 4) запущені випадки онкологічних захворювань – 0,2;
- 5) випадки смерті хворих, які не спостерігалися лікарем – 0,2.

Кожен критерій ранжується залежно від його значимості. Сума рангових значень не повинна перевищувати 1 (або 100 %).

Припустимо, що за підсумками місяця сума підвищувального і понижувального коефіцієнтів склала:

$$K_c = (+0,9) + (-0,5) = +0,4 \text{ (або +40 \%)}.$$

Завдання:

Розрахуйте розмір стимулюючої частини заробітної плати при базовій зарплаті в 1020 грн.

Розрахуйте суму фактичної заробітної плати.

ОСНОВИ ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

- 1.3.1. Фінансово-економічні відносини в охороні здоров'я.
- 1.3.2. Базові засади ефективності в охороні здоров'я.
- 1.3.3. Фінансові ресурси закладів охорони здоров'я.
- 1.3.4. Моделі та системи фінансування охорони здоров'я.

1.3.1. Фінансово-економічні відносини в охороні здоров'я

Серед фінансово-економічних процесів, які протікають в охороні здоров'я, важливого значення набуває дія **ринкової економіки**:



1. По-перше, ринок комерціалізує медичну справу в цілому, а також відношення кожної людини (пацієнта) до свого здоров'я. Це приводить до зміни парадигми охорони здоров'я, формування якісно інших типів економічного мислення, стилів практичної господарської поведінки суб'єктів медичної галузі.

2. По-друге, відбувається збільшення обсягу платних і напівплатних (медичне страхування) медичних послуг, що надаються населенню.

3. По-третє, здійснюється зміна економічного статусу медичної установи. При цьому медична установа все більш виразно набуває економічні риси підприємства, що виробляє та надає послуги.

4. По-четверте, зміни в статусі медичних установ приводять до зміни характеру фінансово-економічних зв'язків, які виникають в їх діяльності (економічний агент).

5. По-п'яте, виникає надзвичайне різноманіття форм власності та видів господарювання в медицині.

6. По-шосте, як результат здійснення економічної діяльності в різноманітних господарських формах, під впливом ринку змінюється й економічний стан самого медичного працівника.



При будь-якій організації надання медичної послуги – державного підприємства чи приватної індивідуальної лікарської практики (в даному випадку ця різниця не має суттєвого значення), відразу ж йде включення до певного кола фінансово-економічних відносин або господарських контактів,

без наявності яких подібна діяльність просто нездійсненна.

Прийнявши вищеописаний тезис як вихідний, необхідно розібратися з декількома групами проблем, які послідовно, логічно впливають одна з іншою:

1. *Перша група проблем* виражається запитанням: що і як робити? Іншими словами, які медичні послуги, кому і з використанням яких організаційно-правових форм надавати? Для вирішення цих проблем необхідно ретельно розглянути умови і методи господарювання на всіх стадіях лікувально-профілактичного процесу.

2. *Друга група проблем* пов'язана із з'ясуванням того, з якими ресурсами реально можна приступити до надання певного виду медичних послуг і які ресурси ще необхідно буде придбати для цього додатково. Для вирішення цих проблем необхідне ретельне вивчення факторів господарської діяльності в медицині. Мова йде про дослідження матеріально-технічної бази, використання якої можливо в більшій чи меншій мірі за даних конкретних обставин. З'ясувавши структуру ресурсів, необхідно визначити також склад і відсоткове співвідношення основних і оборотних засобів організації, виявити особливості їх застосування, своєрідність економічного руху, специфіку амортизації. Далі на перший план виступає вирішення питань про кадрове забезпечення діяльності медичної установи, структури трудового потенціалу та економічних форм залучення кваліфікованих фахівців до роботи в установі. Найважливіший елемент даного комплексу питань – це визначення можливих стимулів

і мотивацій праці, включаючи оптимальне поєднання матеріального і морально-психологічного стимулювання.

3. *Третя група проблем* виражається запитанням: хто оплатить надані медичні послуги? Для вирішення цих проблем необхідне ретельне вивчення можливостей та видів інвестиційного процесу в медичній галузі. Три основні групи інвесторів вкладають свої кошти в забезпечення функціонування та розвитку охорони здоров'я: самі пацієнти, держава і страхові організації. Цим трьома групами інвестиційних джерел відповідають і три найбільш розповсюджені системи фінансування охорони здоров'я: приватна, бюджетна і страхова.



4. *Четверта група проблем* пов'язана із з'ясуванням того, яким може бути очікуваний результат професійної та одночасно фінансово-економічної діяльності. Маючи для надання певного набору медичних послуг об'єктивно обмежені матеріальні, трудові та фінансові ресурси, необхідно досить чітко визначити ті цілі, яких можна досягти. При цьому необхідно мати уявлення про економічну оптимізацію, тобто шляхи раціонального використання наявних матеріально-енергетичних факторів медичної праці, грошових коштів, залучених працівників найрізноманітніших спеціальностей і різної кваліфікації. Важливо також проаналізувати ступінь відповідності ресурсів досягненням науково-технічного прогресу і сформованій практиці їх професійного і господарського використання. Залежно від того, якими ресурсами володіє медична установа – застарілими, фізично і морально зношеними, стандартними, поширеними по своїй оснащеності в медичних установах даного типу, новітніми, – можна припускати й те, яким буде результат їх використання. Дуже важливим є питання про можливу ефективність застосування ресурсів. Загалом вивчення ефективності – це окрема економічна проблема. При цьому необхідно зазначити, що для медицини питання про ефективність набуває особливу складність і специфічне забарвлення у зв'язку з тим, що ефективність охорони здоров'я не може бути визначена однозначно.

5. *П'ята група проблем* пов'язана з визначенням отриманого фактичного результату діяльності – надання медичної



послуги. Відомо, що від бажаного до дійсного відстань іноді буває дуже великою. Це більш характерно для охорони здоров'я, де досягнення поставленої мети може натрапити на значне число самих несподіваних перешкод. Однак, незважаючи на всю невизначеність і непередбачуваність охорони здоров'я, підрахувати фактичні результати все ж видається

можливим. Для вирішення цих проблем необхідно ретельно розробити фінансово-економічну нормативну базу медичної галузі. Створена і постійно вдосконалюється певна система натуральних, вартісних і відносних показників, які кількісно характеризують результати як медичної професійної роботи, так і господарської діяльності в охороні здоров'я. Ця нормативна база використовується в таких цілях: для визначення стартових умов функціонування медичного закладу як суб'єкта господарювання; для аналізу поточного фінансово-економічного стану конкретного медичного закладу або приватного лікаря-практика. Система показників застосовується не тільки для фіксації економічного стану в кожен даний момент, але і для контролю за динамікою змін тих чи інших параметрів діяльності медичної установи. Такий же аналіз може бути здійснений стосовно медичної галузі в цілому, підгалузі або регіону. Знаючи зміст аналізованих показників, маючи уявлення про методику розрахунків, можна в цілому визначити зміну в стані здоров'я населення або групи пацієнтів і здійснити соціально-економічні корективи.

6. *Шоста група проблем* полягає в тому, як управляти фінансово-економічними процесами, що відбуваються в медичних установах. Праця, виробництво, тобто фінансово-економічна діяльність як така, будучи свідомим цілеспрямованим процесом, що здійснюється людиною, повинна бути керованою. Справа полягає лише в ступені та умовах керованості, методах здійснення управлінської діяльності. Що ж стосується охорони здоров'я, то це галузь, спочатку схильна до управління на різних рівнях і в різноманітних формах. Для вирішення цих проблем

необхідне ретельне вивчення питань медичного менеджменту, економічного та адміністративно-правового регулювання господарського механізму медичної галузі.

7. *Сьома група проблем* може бути сформульована таким чином: як досягти економічного успіху? Для вирішення цих проблем необхідно ретельно досліджувати питання медичного маркетингу, як-от: попит, пропозиція, ціноутворення в галузі медичних послуг, реклама, економічна емблематика (товарні знаки, фірмові найменування, символи), психологія споживача і т. д.



1.3.2. Базові засади ефективності в охороні здоров'я

Підвищення рівня суспільного здоров'я, якості та ефективності медичної допомоги — основні завдання охорони здоров'я. Найважливішим напрямом в цьому відношенні є визначення ефективності в медицині, у тому числі лікувально-профілактичних, санітарно-протиепідемічних і науково-дослідних заходів в галузі охорони здоров'я населення.

З точки зору фінансово-економічних відносин у медицині, сучасну медичну установу необхідно розглядати як:



1) по-перше, як специфічний суб'єкт господарювання, наділений всіма основними фінансово-економічними правами і обов'язками;

2) по-друге, як самостійного учасника ринкових відносин, узятих у всій їх складності та суперечності та, одночасно, з урахуванням всієї специфіки охорони здоров'я.

Основні підходи до визначення ефективності оздоровчої роботи: — результативно-цільовий (порівняння результату з кінцевою метою, нормативом, планом);

– результативно-витратний (порівняння результату з витратами на його отримання).

Визначаються три типи ефективності як співвідношення витрат і одержаних результатів у медицині: соціальна, медична і економічна.

Соціальна ефективність полягає в підвищенні суспільної ролі охорони здоров'я, пов'язаної безпосередньо з підвищенням рівня здоров'я і якості медичної допомоги. Соціальна ефективність виражається конкретно в зниженні негативних показників здоров'я населення (захворюваності, інвалідності, смертності) і підвищенні позитивних (фізичного розвитку, народжуваності, середньої тривалості життя).

Соціальна ефективність – це оцінка поліпшення здоров'я населення.



Медична ефективність полягає в оцінці результативності різних способів діагностики, лікувальних процедур, у тому числі лікарських засобів, і, нарешті, різних заходів профілактики, зокрема специфічної (наприклад, щеплень). Медична ефективність може виражатися через різні показники якості та ефективності діяльності медичних установ – скорочення середніх термінів діагностики, середньої тривалості захворювання, тривалості перебування хворого в стаціонарі та ін. Про медичну ефективність говорить і підвищення відсотку сприятливих результатів захворювань, зниження рівня інвалідизації та летальності, оптимальне використання ліжкового фонду, медичного устаткування, трудових і фінансових ресурсів.

Медична ефективність – це ступінь досягнення поставлених завдань у сфері профілактики, діагностики, лікування і реабілітації.

Оцінка соціальної і медичної ефективності є для охорони здоров'я пріоритетною.

Економічна ефективність виражається у визначенні вартості додатково виготовленої продукції, наданих послуг або суми заощаджених фінансових коштів, а також у встановленні економічного збитку від підвищення захворюваності, інвалідності,



передчасної смерті і т. п. Вона визначається як відношення результату (у вартісних показниках) до витрат. При оцінці економічної ефективності оздоровчих заходів на виробництві, методів профілактики, діагностики і лікування, обчислюються кількість днів (різниця до і після впровадження нових методів), заощаджених в результаті запобігання захворюванням, травматизму, інвалідності, смертності, і вартість кожного дня.

Економічна ефективність – це прямі та непрямі показники впливу охорони здоров'я на економіку країни за рахунок поліпшення показників здоров'я населення і проведення профілактичних заходів.

Проблему економічної ефективності можна розглядати:

– по-перше, з погляду впливу охорони здоров'я на зростання продуктивності праці та національного доходу;

– по-друге, з погляду підвищення економічної ефективності використання ресурсів у самій галузі охорони здоров'я.

Якщо до підрахунку витрат може бути застосована яка-небудь одна економіко-математична методика, то результати в охороні здоров'я (через свою специфічність) можуть бути не тільки різними, але і не завжди піддаються кількісно точному визначенню.



Наприклад, витрати на надання послуг невиліковному хворому, з медичної точки зору, абсолютно неефективні. Хворобу вилікувати неможливо, зло в даному випадку (за визначенням Гіппократа) перевершує засоби медицини. Таким чином, медичної ефективності тут немає.



Економічну ефективність тут також не можна знайти, оскільки пацієнт вже не тільки не повернеться в число повноцінних працівників, не братиме участь у створенні прибутку, виробництві національного доходу і т. д., але і у багатьох випадках просто не зможе сплатити своє лікування. Але, з погляду соціальної ефективності, ці, здавалося б, безперспективні витрати набувають абсолютно особливого значення і мають цілком певний результат, втілений в людинолюбній етичній атмосфері. Тому в цьому разі соціальна ефективність в плані очікуваних результатів повинна бути поставлена на перше місце, медична – на друге, а економічна, відповідно, – на останнє третє місце. *Саме таке розташування пріоритетів при їх практичному поєднанні характерне для будь-якого етапу розвитку медицини на макроекономічному рівні.*

Складна справа йде з цими ж пріоритетами на мікро-економічному рівні. Якщо медична установа або приватний лікар-практик на перше місце ставить економічну ефективність, то їх функціонування, як господарюючих суб'єктів, відбувається по звичній моделі будь-якого комерційного підприємства. Якщо ж пріоритетними стають медична і соціальна ефективність, то економічний агент неминуче повертається в групу проблем: хто за все це платитиме?

Основними причинами, що негативно впливають на діяльність системи охорони здоров'я, є такі:

– негативні тенденції в демографічних процесах, несприятливий прогноз розвитку демографічної ситуації;

– відсутність необхідної законодавчої основи охорони здоров'я – недоліки нормативно-правової бази, що забезпечує нормальну діяльність медичних закладів в умовах нових ринкових відносин;

– недосконалість системи управління, яка виявляється в організаційній роз'єднаності багатьох медичних структур, що займаються питаннями охорони здоров'я населення;

– недоліки в системі планування, зумовлені



радикальними змінами політичних і соціально-економічних умов;

– кризові явища в системі фінансування медичної галузі, в т. ч. гострий дефіцит фінансування медичних наук;

– недосконалість інфраструктури медичної допомоги, недоліки у функціонуванні основних її ланок;

– недосконала інноваційна і кадрова політика в медичній галузі при зростаючих вимогах до професійного рівня медичних працівників, ліцензування та сертифікації;

– неузгодженість і роз'єднаність у діяльності державних, громадських та релігійних організацій, що займаються питаннями охорони здоров'я.

1.3.3. Фінансові ресурси закладів охорони здоров'я

В економіці ресурси прийнято розділяти на чотири групи:

1) природні (земля, вода, сонячна енергія, повітря, лісові масиви і т. д.);

2) матеріальні (будівлі, устаткування, сировина, матеріали і т. д.);

3) трудові (робітники, службовці, керівники і т. д.);

4) фінансові (прибуток, статутні фонди, грошові кошти і т. д.).

Природні, матеріальні і трудові ресурси властиві будь-якому виробництву, організації, установі, будь-якої сфери діяльності, тому їх називають – *базовими ресурсами*. Фінансові ресурси виникли на ринковому етапі розвитку суспільного виробництва, тому їх відносять до *похідних ресурсів*.

Матеріальні ресурси – це сукупність природних та інвестованих ресурсів. У структурному відношенні вони включають: медикаменти, медичне устаткування, апаратуру, медичні інструменти, перев'язувальні засоби і засоби догляду за хворими і т. п.

Трудові ресурси – це медичні кадри: лікарі, медичні сестри і т. д.





Фінансові ресурси – це сукупність грошових коштів (власних, позикових, залучених), що знаходяться у фінансово-господарському обороті та використовуються в процесі підприємницької діяльності медичної установи.

Фінансові ресурси прийнято розділяти на три групи:

1. *Власні фінансові ресурси* – це базова частина всіх фінансових ресурсів організації. Вони формуються в момент її створення і знаходяться в розпорядженні впродовж всього періоду діяльності. Це – статутний фонд (капітал), внески учасників і акціонерів, прибуток, що залишається у розпорядженні організації, амортизаційні відрахування, виплати персоналу, бюджетне фінансування і цільове фінансування з позабюджетних спеціальних фондів (на безповоротній основі), добродійні внески, гуманітарна допомога. Через нестачу власних джерел фінансування організація використовує інші джерела фінансування і звертається до позикових і залучених засобів.



2. *Позикові фінансові ресурси* – це, в основному, кредити різних фінансово-кредитних установ, видані під відсоток на поворотній і терміновій основі. Вони покривають тимчасову додаткову потребу організації в засобах. Часто кредити використовуються більш ефективно, ніж власні засоби, оскільки вони здійснюють більш швидкий кругообіг, мають цільове призначення, видаються на обумовлений термін і супроводжуються стягненням відсотка. Ці причини примушують організацію більш пильно стежити за рухом позикових засобів і результативністю їх використання.

3. *Залучені фінансові ресурси* – до цієї групи засобів відносяться залишки фондів і резервів самої організації, що тимчасово не використовуються за цільовим призначенням, резерви

майбутніх платежів і т. п. Всі ці засоби у встановлені терміни будуть використані за цільовим призначенням, тому джерелом фінансування можуть виступати лише залишки цих фондів і резервів, і лише на період часу, передуючому їх цільовому використанню.



Фінансово-економічне забезпечення діяльності медичної установи повинне базуватися на певних принципах. Важливе значення в ефективному рішенні проблеми задоволення потреб медичної установи в фінансових ресурсах займають – *виробничі ресурси медичної установи*.

Виробничі ресурси медичної установи є матеріальною основою діяльності організації.



У найбільш загальному розумінні **виробничі ресурси медичної установи складаються з основного та оборотного капіталу**.

Капітал – це відношення між людьми з приводу створення і розподілу конкретно-економічних форм доходу підприємства, заснованого на найму персоналу. За фінансовим визначенням, капіталом називають всі активи (засоби) установи. За функціональним визначенням, капітал – це тільки реальний об'єкт, тобто засоби виробництва. Капітал, як засіб виробництва, ділиться на засоби праці та предмети праці, та, в залежності від обороту цих частин, поділяється на основний капітал та оборотний капітал.

Схема основного та оборотного капіталу медичної установи показана на рис. 1.5.

Капітальна вартість, авансована на засоби праці (будівлі, споруди, машини, верстати, обладнання і т. д.) зберігає в процесі виробництва певну натуральну форму, в якій вона виступає впродовж усього періоду функціонування. Засоби праці вступають в обіг поступово, по частинах, в тій мірі, в якій їхня вартість переноситься на вартість того продукту, що виробляється, або

послуги, що надається. Завдяки такій особливості ця частина капіталу набуває форми основного капіталу.



Рис. 1.5. Основний та оборотний капітал медичної установи

Основний капітал:

- повністю бере участь у виробництві та тривалий час зберігає свою споживчу вартість;
- його вартість переноситься частинами на продукцію/послугу, що виробляється, впродовж всього періоду використання і повертається до свого власника теж по частинах, в міру реалізації готової продукції або надання послуг;
- матеріально не втілюється в готовій продукції або послугі;
- відновлюється після фізичного і морального зносу через декілька кругооборотів.

Основний капітал характеризується своєю структурою: земельні ділянки; капітальні витрати на поліпшення земель; будівлі, споруди і передавальні пристрої; машини і устаткування; транспортні засоби; інструменти, прилади, інвентар (меблі); робоча і продуктивна худоба; багаторічні насадження; інші основні засоби.



Інакше обертається частина капіталу, авансована на предмети праці та робочу силу. Вартість придбаної сировини, допоміжних матеріалів і палива входить повністю у вартість товару або послуги, що виробляється і при реалізації повністю повертається у грошовій формі до суб'єкта

господарювання. Ця частина постійного капіталу набуває форми оборотного капіталу.

Оборотний капітал:

- впродовж одного періоду виробництва втрачає свою стару споживчу вартість і матеріально може втілюватись у створеному продукті або наданій послугі;
- його вартість повністю переноситься на вартість товару, що виробляється, або послуги, що надається, і повністю повертається до свого власника у грошовій формі після реалізації товару, послуги;
- відшкодування оборотного капіталу здійснюється після кожного кругообороту.



Оборотний капітал характеризується своєю структурою: сировина, матеріали, напівфабрикати, допоміжні матеріали, запаси палива, запасних частин для ремонту, запаси малоцінних і швидкозношувальних предметів, незавершене виробництво,

запаси готової продукції на складі, залишки грошових коштів на рахунку в банку і касі.

В умовах формування і розвитку ринку медичних послуг особливого значення набувають фінансові відносини медичних установ. Вони реалізуються в певному фінансовому середовищі.

Основні структурні елементи фінансового середовища медичних установ показані на рис. 1.6.



Рис. 1.6. Фінансове середовище медичних установ

Фінансове забезпечення діяльності медичних установ є визначальним чинником фінансової стабільності, платоспроможності, а головне – конкурентоспроможності медичних послуг.

Основою для цього й є **фінансові ресурси, які можна класифікувати наступним чином:**

1. У практичній діяльності фінансові ресурси виступають у двох основних видах:

– довгострокові фінансові ресурси (в основному у формі основних фондів – капіталу, будівель, споруд, медичного устаткування);

– короткострокові фінансові ресурси (в основному у формі оборотних фондів – ліки, паливо, енергія, заробітна платня, тобто ресурси для поточної діяльності).

2. Фінансові ресурси розрізняють за джерелами формування:

– внутрішні джерела формування фінансових ресурсів – статутний капітал, прибуток, амортизаційні відрахування;

– зовнішні джерела формування фінансових ресурсів – субсидії, дотації (бюджет), кредити, обов'язкове та добровільне медичне страхування, спонсорство, добрودійність і т. д.

3. За формою власності фінансові ресурси розділяють так:

– бюджетні (державні) ресурси – державний і місцевий бюджети, обов'язкове медичне страхування;

– позабюджетні (недержавні) ресурси – добровільне медичне страхування, платні послуги, добрودійні внески.

4. По ступеню приналежності фінансові ресурси можуть бути:

– власними фінансовими ресурсами;

– позиковими (залученими) фінансовими ресурсами.

Власні фінансові ресурси – це сукупні ресурси, що знаходяться в господарському обороті та належать медичній установі. Їх рух забезпечується за рахунок внутрішніх джерел розвитку. До них можна віднести нерозподілений прибуток і амортизаційні відрахування. Вони стабільні, але обмежені терміном експлуатації медичного устаткування і техніки, швидкістю обороту грошових



коштів, величиною поточних витрат і темпами росту надання медичних послуг.

Позикові (залучені) фінансові ресурси – це ресурси, що не належать медичній установі, але тимчасово знаходяться в її розпорядженні разом із власними. До них можна віднести кредити банків, випуск акцій, власних боргових зобов'язань та ін.

1.3.4. Моделі та системи фінансування охорони здоров'я

У більшості розвинутих зарубіжних країн нагромаджено великий досвід з формування ресурсного потенціалу охорони здоров'я, в тому числі фінансових ресурсів.

Сформовані моделі охорони здоров'я в світовій практиці базуються на трьох основних системах фінансування охорони здоров'я з точки зору організаційно-фінансових особливостей:

– **Державна система** (бюджетна модель/система, національна, «модель Беверіджа» або беверіджська система, англійська модель, а так само соціалістична модель): до 90 % коштів надходить з бюджетних джерел, основний постачальник медичних послуг – держава, вони надаються як суспільне благо, фінансування здійснюється за рахунок загального оподаткування, управління і контролю з боку урядових органів, рівний доступ до медичної допомоги для всіх громадян (Велика Британія, Данія). Принципи соціалістичної охорони здоров'я багато в чому співпадають з беверіджськими системами, але на відміну від них їм характерна всеосяжна роль держави в організації охорони здоров'я зверху – централізація управління (принципи були розроблені Н. А. Семашко і встановлені в основу охорони здоров'я СРСР).

– **Система соціального медичного страхування** (бюджетно-страхова модель/система, «модель Бісмарка» або бісмаркська система, німецька модель): фінансові ресурси охорони



здоров'я формуються за рахунок страхових внесків підприємців, працюючих громадян і субсидій держави, при цьому основним є фінансування з позабюджетних фондів медичного страхування; роль уряду в такій системі обмежена, він визначає перелік основних послуг, які повинні надаватися застрахованим, встановлює групи населення, які повинні бути застраховані, регулює величину страхового внеску, розглядає спірні питання і визначає основні «правила гри» (Німеччина, Іспанія, Франція, Швеція, Японія).



медичного страхування та реалізації платних послуг населенню; ставить основною задачею не суспільну, а індивідуальну відповідальність за здоров'я; має розвинену систему приватного медичного страхування, велику різноманітність програм, що охоплюють значну частину населення, серед основних державних програм можна виділити — для старих, для бідних, для військово-службовців, для тих військових, що знаходяться у відставці; програми для середнього класу в основному здійснюються приватними страховими компаніями (США, Швейцарія, Японія, Нідерланди).



Серед моделей, що знаходяться у перехідній стадії (стадії реформування), можна виділити системи охорони здоров'я пострадянських країн, які історично були засновані на моделі Н. А. Семашко, а зараз здійснюють повний або частковий перехід до страхових механізмів фінансування.

Сучасне реформування фінансування охорони здоров'я в Україні передбачає побудову бюджетно-страхової моделі, а саме:

– **Приватна система** (страхова модель/система, американська модель, приватна медицина): передбачає, що діяльність медичних закладів фінансується головним чином за рахунок внесків добровільного

– перехід від бюджетного фінансування охорони здоров'я за окремими статтями видатків до фінансування за довгостроковими стабільними нормативами, які враховують особливості та спрямованість діяльності медичних закладів;



– поєднання бюджетного фінансування медичних установ з розвитком страхової медицини та платних послуг населенню, обслуговування підприємств і організацій за договорами;

– посилення самостійності медичних закладів, зростання ініціативи трудових колективів у вирішенні питань економічної діяльності та соціального розвитку;

– встановлення прямої залежності оплати праці, соціального розвитку, матеріального стимулювання від кінцевих результатів діяльності медичних закладів, якості медичних послуг, ефективності праці;

– використання різних форм господарювання, включаючи орендні відносини, індивідуальну трудову діяльність.

Механізми формування фінансового потенціалу охорони здоров'я в кожній країні мають свої особливості, але водночас існують і певні загальні принципи, які дозволяють здійснювати достатнє фінансове забезпечення медичної галузі.

Залежно від джерел фінансування країни можна охарактеризувати так, як показано в табл. 1.3.

Таблиця 1.3

Пріоритетні джерела фінансування охорони здоров'я в країнах світу

Країна	Державне фінансування	Страховання		Приватне фінансування
		обов'язкове	добровільне	
1	2	3	4	5
Австрія	3	1	2	3
Бельгія	3	1	2	3
Велика Британія	1	–	3	2
Греція	1	–	2	3

Закінчення таблиці 1.3

1	2	3	4	5
Індонезія	1	—	3	2
Іспанія	3	1	2	3
Італія	1	—	2	2
Канада	1	1	2	3
Нідерланди	—	1	2	3
Німеччина	3	1	2	3
США	3	2	1	3
Франція	3	1	2	3
Швеція	1	—	3	2
Швейцарія	—	2	1	3
Японія	3	1	2	3

Примітка:
1 – пріоритетне значення;
2 – друге по значущості та обсягах фінансування;
3 – третє по значущості та обсягах фінансування.

Незважаючи на існування різних систем фінансування охорони здоров'я, джерела формування фінансових ресурсів в країнах світу подібні (рис. 1.7). Таким чином, формування ресурсного потенціалу в розвинених країнах світу визначається не тільки моделлю організації системи охорони здоров'я, але й рівнем розвитку механізму, на якому базується ця модель.

Методи фінансування медичних установ на макрорівні.

Метод фінансування – це спосіб розподілу грошових коштів з джерела засобів між виробниками медичних послуг.

У загальному вигляді існує три методи фінансування охорони здоров'я:

1. *Бюджет по статтях* – бюджет, що формується виходячи з прирощення бюджетних показників – визначається, наскільки у пропонованому бюджеті видатки на ту чи іншу статтю зростають порівняно з бюджетом поточного року. Постатейний бюджет зосереджується на організаційних одиницях та об'єктах видатків (правильності видатків, а не доцільності результатів), показники результативності та ефективності можуть не застосовуватися, оскільки в постатейному бюджетному процесі їх важче обґрунтувати.

Переваги: жорсткий централізований контроль за використанням засобів, медичній установі не потрібно «ломати голову» над їх раціональним використанням, ризик для медичної установи зведений до мінімуму.

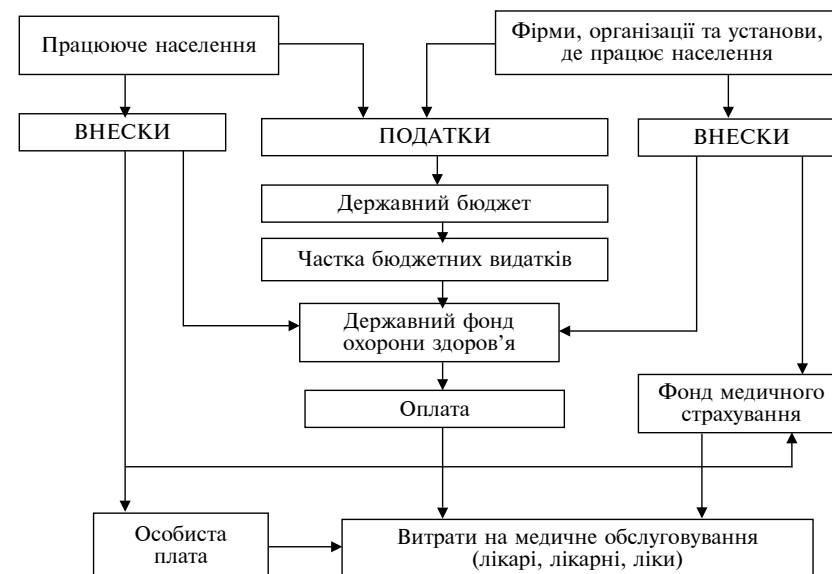


Рис. 1.7. Джерела фінансування охорони здоров'я в розвинених країнах світу

Недоліки: не дозволяє медичним установам гнучко пристосуватися до нестандартних умов або місцевих ситуацій; відсутні прямі стимули до підвищення ефективності і продуктивності медичної праці; існує тенденція до погіршення медичної допомоги; в умовах бюджетного дефіциту фінансуються лише статті: оплата праці, харчування, придбання медикаментів і комунальні витрати, що далеко не сприяє розвитку галузі.



2. *Загальний бюджет* – сукупна оплата на покриття попередньо визначених витрат медичної установи впродовж певного часу.

Переваги: відносно низькі адміністративні витрати, вільний перерозподіл наявних ресурсів при необхідності, можливість використовувати економічні стимули для підвищення ефективності медичної праці.

Недоліки: уникнення лікування складних випадків захворювання, зниження якості медичної допомоги через недостатній, обмежений бюджет в порівнянні з потребами медичної установи. Іноді перевага методу – вільний перерозподіл ресурсів – може стати недоліком: зростання кількості кадрів і їх мізерна заробітна платня спонукатимуть до деформації співвідношень у витратах медичної установи.

3. *Фінансування на душу населення* – оплата для покриття вартості певного пакету послуг впродовж певного часу на кожного жителя.

Переваги: прогнозовані витрати, які стимулюють медичну установу більш ефективно працювати, не надавати зайві послуги; відносно низькі адміністративні витрати.

Недоліки: високий фінансовий ризик, що може привести медичну установу до банкрутства; зниження якості надання медичних послуг через великий обсяг роботи, що приводить до зниження ціни рядової медичної послуги.

Ідеального, бездоганного методу фінансування медичних установ не існує. Будь-який метод повинен відповідати конкретній ситуації і меті, яка стоїть перед системою охорони здоров'я. *Змішані системи фінансування і оплати медичних послуг* є самими універсальними і надають можливість використовувати різні методи фінансування у кожному конкретному випадку з максимальною ефективністю.

В Україні основою для визначення гарантованого обсягу медичного обслуговування є соціальні та фінансові нормативи у сфері охорони здоров'я.



Соціальні нормативи призначені для встановлення гарантованого обсягу медичного обслуговування у натуральному вираженні і служать базою для розрахунку нормативів витрат (фінансових нормативів) у цій сфері.

Вітчизняним законодавством встановлено такі групи соціальних нормативів у сфері охорони здоров'я:

- перелік та обсяг гарантованого рівня медичної допомоги у державних і комунальних закладах охорони здоров'я;
- нормативи надання медичної допомоги, що включають обсяг діагностичних, лікувальних та профілактичних процедур;
- показники якості надання медичної допомоги;
- нормативи пільгового забезпечення окремих категорій населення лікарськими засобами та іншими спеціальними засобами;
- нормативи забезпечення стаціонарною допомогою;
- нормативи санаторно-курортного забезпечення;
- нормативи забезпечення медикаментами у державних та комунальних закладах охорони здоров'я;
- нормативи забезпечення харчуванням у державних і комунальних закладах охорони здоров'я.



Нормативи витрат (фінансування) – показники поточних і капітальних витрат з бюджетів усіх рівнів на забезпечення задоволення потреб на рівні, не нижчому від державних соціальних стандартів та нормативів.

Вітчизняним законодавством визначено такі види нормативів витрат (фінансування):

- нормативи фінансування поточних витрат на одного мешканця, а для окремих видів соціальних послуг – на одну особу, яка підлягає даному виду обслуговування;
- нормативи фінансування поточних витрат на утримання мережі закладів охорони здоров'я, освіти, підприємств, організацій, установ соціально-культурного, житлово-комунального та побутового обслуговування;



- нормативи державних капітальних вкладень на будівництво закладів охорони здоров'я освіти, підприємств,

організацій, установ соціально-культурного, житлово-комунального та побутового обслуговування.

Згідно із законодавством *гарантований обсяг медичного обслуговування*, який мають забезпечувати державні та комунальні заклади охорони здоров'я, необхідно визначати в натуральному і вартісному вираженні у розрахунку на одного мешканця країни.

Основні складові гарантованого обсягу медичного обслуговування такі:

– перелік і обсяг медичних послуг, безоплатність яких для населення гарантує держава, іншими словами, гарантований обсяг медичної допомоги;

– обсяг медикаментозного забезпечення;

– обсяг забезпечення хворих продуктами харчування та іншими немедичними послугами.

Гарантований обсяг медичного обслуговування можна трактувати як комплекс медичних і немедичних послуг, безкоштовне надання яких законодавство країни гарантує громадянам у випадку погіршення їхнього здоров'я. Цей обсяг має відповідати науково обґрунтованій потребі й забезпечувати державні гарантії населення у сфері охорони здоров'я.



Запитання для самоконтролю

1. Поясніть сутність фінансово-економічних процесів, які протікають в охороні здоров'я, в умовах ринкової економіки.
2. Охарактеризуйте коло проблем, що виникають при фінансово-економічних відносинах у медицині.
3. Охарактеризуйте медичну установу як підприємство.

4. Розкрийте такий тип ефективності стосовно охорони здоров'я, як соціальна ефективність.
5. Розкрийте такий тип ефективності стосовно охорони здоров'я, як медична ефективність.
6. Розкрийте такий тип ефективності стосовно охорони здоров'я, як економічна ефективність.
7. Поясніть розташування пріоритетів ефективності в медицині на макроекономічному рівні.
8. Поясніть розташування пріоритетів ефективності в медицині на мікроекономічному рівні.
9. Охарактеризуйте основні групи ресурсів в економіці.
10. Надайте класифікацію основних фінансових ресурсів медичної установи.
11. Охарактеризуйте основний капітал медичної установи.
12. Охарактеризуйте оборотний капітал медичної установи.
13. Назвіть основні структурні елементи фінансового середовища медичних установ.
14. Дайте характеристику моделі охорони здоров'я, заснованій на державній системі фінансування.
15. Дайте характеристику моделі охорони здоров'я, заснованій на системі соціального медичного страхування.
16. Дайте характеристику моделі охорони здоров'я, заснованій на приватній системі фінансування.
17. Розкрийте сутність реформування фінансування охорони здоров'я в Україні на бюджетно-страхову модель.
18. Назвіть та охарактеризуйте основні методи фінансування медичних установ на макрорівні.
19. Дайте характеристику соціальних нормативів у сфері охорони здоров'я в Україні як основи для визначення гарантованого обсягу медичного обслуговування.
20. Дайте характеристику фінансових нормативів у сфері охорони здоров'я в Україні як основи для визначення гарантованого обсягу медичного обслуговування.



Тестові запитання для самоконтролю

- Прямі та непрямі показники впливу охорони здоров'я на економіку країни за рахунок поліпшення показників здоров'я населення і проведення профілактичних заходів визначають:**
 - Соціальну ефективність в охороні здоров'я.
 - Медичну ефективність в охороні здоров'я.
 - Економічну ефективність в охороні здоров'я.
 - Демографічну ефективність в охороні здоров'я.
- Показники зниження захворюваності, інвалідності, смертності населення та підвищення фізичного розвитку, народжуваності, середньої тривалості життя населення визначають:**
 - Соціальну ефективність в охороні здоров'я.
 - Медичну ефективність в охороні здоров'я.
 - Економічну ефективність в охороні здоров'я.
 - Демографічну ефективність в охороні здоров'я.
- Фінансові ресурси медичної установи можуть розрізнятися за джерелами формування. Статутний капітал, власні доходи (в т. ч. прибуток), амортизаційні відрахування – це:**
 - Внутрішні джерела формування фінансових ресурсів.
 - Зовнішні джерела формування фінансових ресурсів.
 - Позикові (залучені) фінансові ресурси.
 - Позабюджетні (недержавні) фінансові ресурси.
- Фінансові ресурси медичної установи по ступеню приналежності можуть бути власними та позиковими (залученими). За рухом і результативним використанням яких фінансових ресурсів медичний заклад має більш пильно стежити і контролювати:**
 - За рухом позикових (залучених) фінансових ресурсів.
 - За рухом власних фінансових ресурсів.
 - За рухом довгострокових фінансових ресурсів.
 - За рухом короткострокових фінансових ресурсів.
- Такі виробничі ресурси медичної установи, як: земельні ділянки, будівлі, споруди, устаткування, транспортні засоби, інструменти, прилади, інвентар (меблі), багаторічні насадження – це:**
 - Основний капітал (основні засоби).
 - Оборотний капітал (оборотні кошти).
 - Статутний капітал.
 - Залучений капітал.
- Виробничі ресурси медичної установи діляться на основний і оборотний капітал. До оборотного капіталу (оборотних коштів) медичної установи відносяться:**
 - Будівлі та споруди медичного закладу.
 - Паливо, енергія.
 - Медичне обладнання, апаратура.
 - Фонд заробітної плати медичного персоналу.
 - Лікарські засоби та засоби догляду за хворими.
- Ресурси, що використовуються в одному циклі та переносять свою вартість одразу та повністю на надану медичну послугу, такі як запаси сировини, основних і допоміжних матеріалів, відносять до категорії:**
 - Основного капіталу (основних засобів).
 - Амортизаційних відрахувань.
 - Оборотного капіталу (оборотних коштів).
 - Обмежених ресурсів.
- У розвинених країнах склалися базові моделі формування фінансового потенціалу охорони здоров'я. Модель, при якій фінансові ресурси охорони здоров'я формуються за рахунок страхових внесків підприємців, працюючих громадян і субсидій держави (при цьому основним є фінансування з позабюджетних фондів медичного страхування), це:**
 - Державна модель формування фінансових ресурсів охорони здоров'я.
 - Бюджетно- страхова модель формування фінансових ресурсів охорони здоров'я.
 - Приватна модель формування фінансових ресурсів охорони здоров'я.
 - Персоніфікована модель формування фінансових ресурсів охорони здоров'я.
 - Суспільна модель формування фінансових ресурсів охорони здоров'я.

9. У світовій практиці, з точки зору організаційно-фінансових особливостей, сформовано моделі охорони здоров'я. До якої моделі відноситься ця характеристика «...роль уряду в такій системі обмежена, він визначає перелік основних послуг, які повинні надаватися застрахованим, встановлює групи населення, які повинні бути застраховані, регулює величину страхового внеску, розглядає спірні питання...»:

- А. Державна система (бюджетна, національна, беверіджська система, соціалістична модель).
- Б. Система соціального медичного страхування (страхова система, бісмаркська система, німецька модель).
- В. Приватна система (американська модель, приватна медицина).
- Г. Система охорони здоров'я перехідної стадії реформування механізму фінансування зі страхового до бюджетного.

10. Коротко охарактеризуйте коло проблем, які виникають при фінансово-економічних відносинах у медицині.



Ситуаційні завдання для самоконтролю

Ситуаційне завдання

«Визначення потреби медичної установи у фінансових ресурсах»

Середня тривалість лікування одного хворого встановлюється експертною комісією на підставі аналізу первинних документів за певний період, у тому числі по нозологіях. Як правило, до складу комісії включаються головні фахівці медичної установи. Ціни визначаються з урахуванням нормативної рентабельності, частини доданої вартості та розміру встановленої ставки податку.

Завдання:

Визначивши витрати на лікування одного хворого в розрізі відділень, встановіть потребу у фінансуванні терапевтичного і хірургічного відділень лікарні.

Опорна статистика завдання така (табл. 1):

Формули для розрахунків:

$$\begin{aligned} P_{л} &= K_{л} \times D_{л} / Tr_{л}, \\ CB_{л} &= Tr_{л} \times B_{л}, \\ \Phi_{п} &= P_{л} \times CB_{л}. \end{aligned}$$

Таблиця 1

Визначення потреби медичної установи у фінансових ресурсах за певний період (один рік)

Найменування відділення	Потужність відділення (середня кількість ліжок у рік)	Кількість днів, використання ліжка за рік	Середня тривалість лікування хворого (днів)	Кількість пролікованих за рік людей (осіб, план)	Вартість 1 ліжко-дня у відділенні (грн)	Середня вартість лікування одного хворого за рік (грн)	Плановий обсяг фінансових ресурсів (грн)
	К л	Д л	Тр л	П л	В л	СВ л	Ф п
Терапевтичне	30	340	12	?	127,7	?	?
Хірургічне	30	340	16	?	194,2	?	?
Всього по лікарні (сума)	?	?	?	?	?	?	?

Примітка:

всього по лікарні — розраховується як арифметична сума, не враховуючи формули.

При розрахунках пам'ятайте, що планова кількість пролікованих за рік людей (осіб) визначається із врахуванням середньої кількості ліжок, тривалості використання ліжка за рік та середньої тривалості лікування хворого. Середня вартість лікування одного хворого за рік залежить від середньої тривалості лікування хворого в днях та вартості 1 ліжко-дня. Плановий об'єм фінансових ресурсів встановлюється з урахуванням планової кількості пролікованих за рік людей та середньої вартості лікування одного хворого за рік.

ОСНОВИ СТРАТЕГІЧНОГО МЕНЕДЖМЕНТУ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

- 1.4.1. Базові засади стратегічного менеджменту в охороні здоров'я.
- 1.4.2. Основні поняття в стратегічному менеджменті в охороні здоров'я.
- 1.4.3. Стратегічне планування закладів охорони здоров'я.

1.4.1. Базові засади стратегічного менеджменту в охороні здоров'я



У сфері охорони здоров'я ключовими положеннями є необхідність переходу від оперативного управління до стратегічного, коли формується необхідність:

- перенесення уваги на управління динамічними змінами у навколишньому середовищі з метою швидкої адаптації закладів охорони здоров'я до цих змін;
- забезпечення ефективного використання наявних ресурсів (часто – обмежених) в умовах зростання конкуренції на них;
- формування стратегічного бачення діяльності закладу для забезпечення його довготривалого виживання на ринку охорони здоров'я чи його певному сегменті;
- урахування процесів глобалізації у сфері охорони здоров'я;
- у зміні ролі пацієнта, оскільки відбувається трансформація позиції пацієнта як споживача медичної послуги: перехід до пацієнт-центричної моделі організації діяльності закладів охорони здоров'я;

– формування нових можливостей для здійснення медичного бізнесу в межах здійснюваних реформ сфери охорони здоров'я;

– урахування бурхливого розвитку ринку інновацій у сфері охорони здоров'я та подальшої імплементації сучасних технологій у практику діяльності.

У зв'язку з цим відбувається зміна парадигми управління, у межах якої відбувається перехід управління від оперативного до стратегічного. У таких умовах *головним інструментом управління закладу охорони здоров'я стає стратегічний менеджмент*, що являє собою активний динамічний процес формування та реалізації стратегій закладу, враховуючи постійні зміни в зовнішньому середовищі. Отже, стратегія закладу охорони здоров'я, як і будь-якої іншої організації, є його «імпульсом» до динамічних змін.

Стратегічне управління – реалізація визначених цілей, які відображені в досягненні бажаного стану взаємовідносин з навколишнім середовищем завдяки перерозподілу ресурсів, що дозволяє ефективно та результативно діяти організації та її підрозділам (Д. Шендел, К. Хаттен).



Стратегічне управління – управлінський процес з досягнення місії організації завдяки управлінню взаємодією організації з її оточенням (Дж. Хігінс).

Тобто під стратегічним управлінням розуміють процес визначення зв'язків організації з її навколишнім середовищем. Проте існують інші бачення стратегічного управління.

Стратегічне управління – набір рішень та дій з формулювання та реалізації стратегій, розроблених для того, щоб досягнути цілі організації (Дж. Пірс, Р. Робінсон).

За ресурсним підходом до визначення стратегічного менеджменту, **стратегічне управління** – процес ефективного вибору найбільш продуктивних нетривіальних ресурсів та шляхів розвитку неявних ключових організаційних можливостей. Традиційний ресурсний підхід до стратегічного управління співпадає

із завданнями здійснення ефективної конкуренції у відносно слабких галузях, а концепція динамічних можливостей враховує фактор часу та підприємницький характер рішень.

Стратегічний менеджмент – це активний процес, що дає змогу стратегічним планам розвиватися і формуватися, враховуючи зміни навколишнього середовища. Він характеризується здійсненням керівництвом організації процесу постановки стратегічних цілей, розробки та реалізації стратегії, а також своєчасного та доцільного корегування стратегічних цілей в умовах середовища, що постійно змінюється.



Особливість стратегічного менеджменту у сфері охорони здоров'я полягає в тому, що він тісно пов'язаний з поняттям якості організації управління, оскільки сутність медичної діяльності полягає не тільки в управлінні процесами, але й у досягненні економічних, соціальних та медичних показників ефективності, і, в підсумку, орієнтовані на покращення рівня здоров'я населення. Він покликаний забезпечити економічну, соціальну та наукову перевагу закладу на ринку охорони здоров'я, стійке ефективне функціонування та його постійний розвиток у довгостроковій перспективі на фоні задоволення очікувань всіх стейкхолдерів (споживачів, персоналу, інвесторів, держави тощо).

Стратегічний менеджмент у діяльності закладів охорони здоров'я дає змогу:

- на раціональній основі формувати стратегії закладу та визначити необхідність застосування тої чи іншої стратегії в певних умовах діяльності;
- знаходити альтернативні шляхи розвитку діяльності та обирати найоптимальніші;
- прогнозувати наслідки рішень;



– розміщувати та використовувати ресурси закладу більш раціонально та ефективно;

– враховувати сукупність різноманітних ризиків та ситуацій невизначеності в розвитку діяльності закладу;

– стимулювати та мотивувати співробітників закладу в межах стратегічного бачення на основі співвідношення індивідуальних та організаційних цілей для індивідуального розвитку персоналу;

– долати опір змінам та формувати інноваційне організаційне середовище.

Основними перевагами, які надає використання стратегічного управління для організації діяльності закладами охорони здоров'я, є:

– направленість на генеральну стратегію використання закладом всіх наявних ресурсів;

– орієнтація управлінських кадрів на оперативне реагування на зміни, нові можливості та потенційні загрози у всіх секторах ринку охорони здоров'я, в середовищі закладу;

– застосування однозначних та адекватних критеріїв для оцінки різних варіантів інвестування в розвиток діяльності закладу, а також розвиток наявного персоналу;

– прийняття рішень, заснованих на принципі системності на всіх рівнях управління закладом охорони здоров'я.

Інструментарій стратегічного менеджменту закладу охорони здоров'я – сукупність управлінських технологій, що використовуються в організаційних формах охорони здоров'я та направлені на підвищення ефективності закладу охорони здоров'я як соціально-економічного суб'єкта. Ступінь ефективності використання інструментарію стратегічного менеджменту визначається правильністю визначення стратегічних цілей закладу, формування пріоритетних стратегій розвитку та програм реалізації стратегій, що потребує формування стратегічної моделі управління закладом охорони здоров'я. Слід зазначити, що в практиці медичного менеджменту використання всіх відомих інструментів стратегічного управління суттєво обмежено специфікою діяльності закладів охорони здоров'я.



Впровадження принципів стратегічного менеджменту в практику управління закладами охорони здоров'я передбачає:

1. Впровадження організаційних змін: зменшення жорсткості та ієрархічності структур управління, розвиток програмно-цільового управління, гнучкість організаційної структури (увага до автономізації діяльності, делегування повноважень, командної роботи та проектного менеджменту).

2. Зосередження уваги на координаційній функції менеджменту, що пов'язана із прогнозуванням діяльності, процесом прийняття управлінських рішень, координацією робіт із забезпеченням взаємодії між різними структурними підрозділами – усередині закладу та ззовні з афілійованими особами, стимулюванням діяльності.

3. Імплементация механізмів управління ризиками та ризик-менеджменту.

4. Управління інноваціями та стимулювання інноваційної діяльності закладів охорони здоров'я з наданням індивідуальної ініціативи персоналу та забезпеченням розвитку лідерських якостей.

5. Стимулювання постійного процесу розвитку персоналу закладу та перехід до моделі самоосвітньої організації.

6. Зосередження уваги на підвищенні якості всіх видів діяльності закладу, а також його ефективності із забезпеченням формування та розвитку культури результативності закладу.

7. Тенденція до підвищення ролі та значення організаційної культури закладу охорони здоров'я, що дозволяє найкращим

чином реалізувати стратегію, із залученням персоналу до формування стратегії розвитку, управління закладом, формування нової якості медичної послуги завдяки удосконаленню механізму мотивації та стимулювання, а також організації праці.

8. Спрямування операційної діяльності закладу охорони здоров'я на створення медичної послуги більш



високої якості чи з новими властивостями за умови зменшення її собівартості.

9. Запровадження принципів інтелектуального та інноваційного лідерства, що базується на розвитку емоційного та практичного інтелекту у працівників, компетентнісному підході, критичному мисленні, креативному менеджменті.

10. Формування управлінського капіталу, що забезпечує ефективність системи управління закладом охорони здоров'я.

Практика бізнесу (у т.ч. медичного) підтверджує, що не існує єдиної, універсальної для всіх компаній стратегії, як і не може існувати єдиного, універсального стратегічного управління закладом. Кожний заклад є унікальним, отже, процес розробки стратегії для цього закладу є унікальним, оскільки він визначається положенням закладу на ринку медичних послуг та доступом до інших ринків охорони здоров'я, динамікою його розвитку та потенціалом, поведінкою його конкурентів, станом розвитку економічного, соціального та культурного середовища тощо. Водночас узагальнені принципи стратегічного управління є інструментом розвитку та адекватного управління закладами охорони здоров'я та розбудови стратегічного управління в них.

1.4.2. Основні поняття в стратегічному менеджменті в охороні здоров'я

Ключовим інструментом стратегічного менеджменту є стратегія.

У загальному вигляді стратегія – являє собою генеральний план досягнення основної мети, яка передбачає визначення напрямів використання обмежених ресурсів (індивіда, організації, регіону, країни). Результатом стратегічних



рішень мають стати довгострокові конкурентні переваги (індивіда, організації, регіону, країни).

Існує досить велика різноманітність визначень поняття «стратегія» (табл. 1.4).

Таблиця 1.4

Підходи до визначення поняття «стратегія»

Автор	Визначення	Основні елементи стратегії
1	2	3
Ансофф І.	Стратегія – це один з декількох наборів правил прийняття управлінського рішення щодо поведінки організації.	Набір правил та принципів прийняття управлінського рішення.
Алмаєва Р.	Стратегія – це довгостроковий план досягнення конкретної довгострокової мети, що базується на умові, що всі зміни в середовищі можуть бути передбачені, детерміновані та піддаються повному контролю та управлінню.	– Довгострокові цілі. – Довгостроковий план. – Довгостроковий контроль. – Довгострокове управління.
Клейнер Г.	Стратегія – це сукупність взаємопов'язаних рішень, які визначають пріоритетні напрями використання ресурсів та зусилля підприємства щодо реалізації його місії.	– Рішення. – Пріоритетні напрями. – Ресурси. – Місія.
Мінцберг Г.	Стратегія – це план, певний вид свідомо розроблених дій. Стратегія – це прийом, хитрість, які направлені на обман суперника в конкурентній боротьбі. Стратегія – це позиція, співвідношення організації з зовнішнім середовищем.	– План. – Послідовність дій. – Хитрість. – Позиція. – Зовнішнє середовище.
Портер М.	Стратегія – план заходів з протидії галузевій конкуренції.	– П'ять сил конкуренції. – Конкурентна стратегія.
Томпсон А.	Стратегія – набір дій та підходів щодо досягнення визначених показників діяльності.	– Дії. – Підходи.
Хамель Г.	Стратегія – це спосіб розвитку ключових конкурентних переваг організації.	Ключові конкурентні переваги.

Закінчення таблиці 1.4

1	2	3
Чандлер А.	Стратегія – метод визначення довгострокових цілей організації, програми її дій та пріоритетних напрямів щодо розміщення ресурсів.	– Довгострокові цілі. – Програма дій. – Пріоритетні напрями. – Ресурси.
Чуб Б.	Стратегія – це генеральний план дій, що визначає пріоритети стратегічних завдань, ресурси та послідовність етапів досягнення стратегічних цілей.	– План. – Стратегічні завдання. – Стратегічні цілі. – Ресурси. – Послідовність етапів.

Стратегія закладу охорони здоров'я – комплексна програма управління, яка містить комбінацію методів організації медичного бізнесу та формування конкурентних переваг, що направлена на досягнення організаційних цілей закладу в умовах динамічного бізнес-середовища.

Загальна класифікація стратегій, що можуть бути розроблені в межах управління закладами охорони здоров'я, надана у табл. 1.5.

Таблиця 1.5

Класифікація стратегій організації

Ознака класифікації	Види стратегій	Характеристика
1	2	3
Строк реалізації	Короткострокова стратегія	Стратегія, що передбачає план дій до 1 року
	Довгострокова стратегія	Стратегія, що передбачає план дій понад 1 рік
Джерело фінансування	Стратегія, яка використовує власні фінансові джерела	
	Стратегія, яка використовує зовнішні фінансові джерела	
	Стратегія, яка використовує змішані фінансові джерела	
Тип фінансової політики організації	Стратегія диверсифікації	
	Стратегія концентрації	
	Стратегія інтеграції	

Продовження таблиці 1.5

1	2	3
Реакція на вплив факторів зовнішнього середовища	Пасивна стратегія	Організація змінює свою стратегію лише після примусового впливу зовнішнього середовища, зокрема: законодавчої влади, державних управлінських структур, судових органів влади тощо
	Реактивна стратегія	Організація намагається відреагувати на несприятливі зміни в зовнішньому середовищі лише після того, як вони відбулись: практична діяльність змінюється тільки під значним тиском зовнішнього середовища
	Проактивна стратегія	Організація намагається випередити ймовірні зміни в зовнішньому середовищі: може частково використовувати зміни зовнішнього середовища на свою користь
	Інтерактивна стратегія	Організація приймає зміни зовнішнього середовища і поєднує їх з власними цілями
Цикл розвитку організації	Стратегія росту (зростання)	Основна стратегія, що показує прагнення до зростання обсягів продукції, прибутку, капіталу тощо. Характерна для новостворених організацій чи таких, які знаходяться на «піку» науково-технічного прогресу
	Стратегія стабілізації (стратегія помірнього зростання: внутрішнього, зовнішнього)	Стратегія діяльності організації в умовах стабільності обсягу продажів та доходу. Притаманна для організацій, які давно на ринку та/чи діють в традиційних сферах виробництва/надання послуг
	Стратегія зменшення масштабів діяльності (виживання)	Характерна для організацій, які мають на меті забезпечення конкурентних переваг на стагнуючих ринках. Використовується в умовах розбалансованості економічної та господарської діяльності та стану, близького до банкрутства
Характер стратегії	Наступальна стратегія	Для неї притаманні процеси диверсифікації виробництва, його кооперації чи інтенсифікації ринку. Пов'язана з високим рівнем ризику

Продовження таблиці 1.5

1	2	3
	Наступально-оборонна стратегія (стабілізації)	Реалізується в умовах «перестройки» діяльності організації шляхом виходу з неперспективних, непробиткових сфер, продажу непрофільних підрозділів, модернізації та розширення існуючого виробництва та продукції
	Оборонна стратегія (виживання)	Передбачає реорганізацію всіх сфер діяльності організації на основі жорсткої централізації
Масштаб покриття (рівень стратегічних рішень, що приймаються)	Корпоративна стратегія	Стратегія організації в цілому
	Бізнес-стратегія	Стратегія окремого стратегічного підрозділу організації
	Функціональна стратегія	Стратегія функціональної зони управління
Конкурентний підхід (за М. Портером)	Стратегія лідерства за витратами	Лідерство організації та отримання нею додаткового прибутку за рахунок зниження цін на ресурси, зменшення витрат на виробництво, розширення масштабу виробництва чи долі ринку
	Стратегія диференціації	Концентрація зусиль організації в деяких пріоритетних напрямках, де вона намагається досягнути переваги над іншими за рахунок унікальності. Лідерство організації за рахунок інноваційності продукту/послуги та виходу на нові ринки (сегменти ринку)
	Стратегія фокусування	Концентрація зусиль організації на одному ринковому сегменті та досягненні на ньому безмовних конкурентних переваг шляхом використання стратегій лідерства за витратами чи/та диференціації
Функціональний підхід (за І. Ансоффом)	Адміністративна стратегія	
	Виробнича стратегія	
	Фінансова стратегія	
	Ринкова стратегія (маркетингова)	
	Ресурсна стратегія	
	Інноваційна стратегія	
	Організаційна стратегія	
Кадрова стратегія		

Закінчення таблиці 1.5

1	2	3
За Б. Карлофом	Портфельна стратегія	Характеризується регулюванням процесами управління фінансами, ресурсами з метою перерозподілу капіталу в організації для досягнення ефекту синергізму. Передбачає орієнтації на виробництво та реалізацію широкого асортименту товарів, які знаходяться на різних стадіях життєвого циклу для забезпечення стабільних доходів в будь-який момент
	Ділова стратегія (продуктово-ринкова, ресурсна та виробнича)	Направлена на досягнення організацією довгострокових конкурентних переваг, що забезпечують оптимальний прибуток

Класифікацію еталонних стратегій розвитку бізнесу представлено у табл. 1.6.

Таблиця 1.6

Класифікація еталонних стратегій розвитку бізнесу

Базова стратегія	Конкретний вид стратегії	Характеристика стратегії
1	2	3
Концентрованого зростання (росту) – пов'язані зі змінами продукту чи/та ринку	Стратегія посилення позиції на ринку (горизонтальна інтеграція)	Організація намагається зайняти найкращі позиції на ринку та встановити контроль над своїми конкурентами, удосконалюючи продукт/послугу та розширюючи ринок збуту
	Стратегія розвитку ринку	Характеризується пошуком нових ринків для товару/послуги, що вже існує в організації
	Стратегія розвитку продукту	Розширення асортименту нового продукту/надання нової послуги на ринку, що освоєний організацією
Інтегрального зростання (росту) – пов'язані з розширенням	Стратегія зворотної вертикальної інтеграції	Організація розширює діяльність за рахунок придбання чи посилення контролю над постачальником, а також за рахунок створення дочірніх структур

Закінчення таблиці 1.6

1	2	3
організації за рахунок нових структур	Стратегія вперед направленої вертикальної інтеграції	Організація розширює діяльність за рахунок придбання чи посилення контролю над структурами, які знаходяться між організацією та кінцевим споживачем (тобто над системами розподілу та продажу)
Диверсифікованого зростання (росту)	Стратегія центрованої диверсифікації	Організація використовує додаткові можливості існуючого бізнесу для виробництва/надання нових товарів/послуг, у той же час технологія та ринок не змінюються
	Стратегія горизонтальної диверсифікації	Організація шукає нові можливості зростання на існуючому ринку за рахунок нової продукції/послуг, що вимагають нової технології
	Стратегія конгломератної диверсифікації	Організація розширюється за рахунок виробництва/надання нових продуктів/послуг, використовуючи нову технологію та виходячи на нові ринки збуту
Стратегія скорочення	Стратегія скорочення витрат	Організація оптимізує діяльність за рахунок скорочення витрат
	Стратегія власного скорочення (переорієнтації діяльності)	Організація закриває чи продає один/декілька підрозділів чи видів бізнесу для того, щоб здійснити довгострокову зміну меж здійснення бізнесу
	Стратегія «збору врожаю»	Організація передбачає відмову від довгострокового погляду на бізнес, максимально отримуючи доходи в короткостроковій перспективі
	Стратегія ліквідації	Організація ліквідує свій бізнес

Не існує єдиної моделі стратегічного управління закладами охорони здоров'я.

Різні види стратегій управління можуть бути використанні на декількох рівнях, а саме:

І. Базова (корпоративна) стратегія розвитку – на загальноорганізаційному рівні.



II. *Стратегії бізнес-ліній* – для різних напрямів діяльності.

III. *Функціональні стратегії* – для функціональних підрозділів.

Ієрархію рівнів стратегій закладу охорони здоров'я представлено на рис. 1.8.

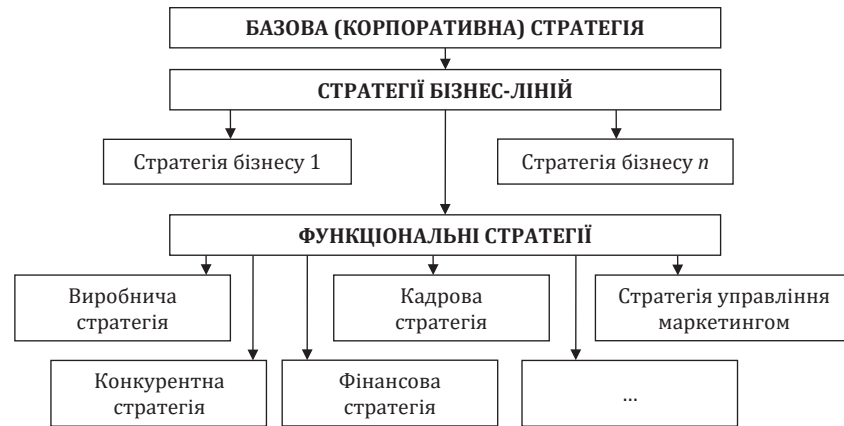


Рис. 1.8. Ієрархічна структура стратегій закладу охорони здоров'я

Розглянемо ієрархію стратегій у межах закладу охорони здоров'я.

I. *Формування базової (корпоративної) стратегії розвитку закладу охорони здоров'я*, тобто такої, яка визначає загальний напрям розвитку діяльності закладу та конкретизує напрям «ресурси – можливості». Ця стратегія є основним стратегічним вектором діяльності та розвитку закладу. Вона характеризує розвиток закладу як єдиного цілого, її формують на вищому рівні управління та є обов'язковою для реалізації у всіх структурних підрозділах закладу.

Для реалізації базової стратегії розвитку заклад охорони здоров'я має сформувати певні компоненти:

- основні елементи загального напряму розвитку (цілепокладання);
- стратегічні сфери діяльності закладу, в яких він буде працювати та розподіляти наявні ресурси;
- методи досягнення поставлених цілей.

Така стратегія має об'єднати стратегії структурних підрозділів закладу та є найвищим рівнем стратегічного планування. Вона має враховувати:

- підвищення показників продуктивності, результативності та ефективності діяльності (за різними напрямками: соціальним, медичним, економічним);
- покращення фінансових результатів діяльності закладу;
- встановлення інвестиційних пріоритетів закладу;
- встановлення пріоритетів перерозподілу ресурсів на користь найперспективніших напрямів діяльності;
- напрями освоєння та укріплення позицій на ринку охорони здоров'я.

Базова (корпоративна) стратегія управління закладом охорони здоров'я має бути спрямована на:

- максимізацію цінності медичної послуги для пацієнтів шляхом отримання найкращих результатів за найменших витрат;



- перехід від лікувального процесу до управління закладом охорони здоров'я, його клінічними, фінансовими та іншими процесами;

- інтерактивне управління зовнішнім середовищем та розвиток в межах його динамічних змін.

Заклад охорони здоров'я, формуючи адекватну базову (корпоративну) стратегію управління, створює умови для ефективної господарської діяльності, зберігаючи при цьому конкурентоспроможність на ринку охорони здоров'я, мінімізуючи втрати виробництва та максимізуючи вартість свого бізнесу. Заклад може зберегти свою цілісність, успішно здійснювати свою діяльність та розвиватися лише за умови правильно сформованої базової (корпоративної) стратегії розвитку, яка забезпечує синергічний ефект діяльності на всіх рівнях управління. Отже, базова (корпоративна) стратегія – це не сума стратегій її підрозділів, а синтез стратегій розвитку кожного структурного елементу закладу, на основі якого заклад досягає нового рівня розвитку.

II. *Стратегія бізнесу (бізнес-ліній чи бізнес-одиниць)* розробляється, коли в закладі охорони здоров'я (особливо це стосується



приватного сектору) існує декілька самостійних, автономних чи напівавтономних стратегічних бізнес-одиниць, які мають повний бізнес-цикл: «маркетинг – надання медичної послуги». Прикладом розподілу за бізнес-лініями у сфері охорони

здоров'я може слугувати групування за напрямками надання медичної допомоги: первинна поліклінічно-амбулаторна медична допомога, екстрена медична допомога, клінічна медична допомога. У межах стратегії бізнес-ліній керівні кадри визначають стратегії виробництва/надання послуг, ціноутворення, маркетингу, кадрову стратегію та стратегію розвитку. Вони розробляються з урахуванням та на основі базової (корпоративної) стратегії та підпорядковані їй. Ця сукупність стратегій визначає напрями та сфери діяльності, які розвиває заклад.

III. Розробка функціональних стратегій діяльності закладу охорони здоров'я. У межах складної організації навколишнього середовища (що пов'язані із багатосекторальністю ринку охорони здоров'я, інтеграційними процесами, залежністю від світового господарства, посиленням тиску світового ринку медичних послуг та фармацевтичного ринку тощо) та в умовах реформування національної системи охорони здоров'я виникає потреба в розробці та реалізації сукупності функціональних стратегій діяльності закладу. Основним завданням цих стратегій є реалізація основних засад стратегій бізнес-ліній та базової (корпоративної) стратегії. Функціональний підхід до групування стратегій дозволяє формувати конкретні цілі та завдання розвитку певних функціональних підрозділів закладу (наприклад, управління інноваційною діяльністю, організаційними змінами тощо).

При цьому слід акцентувати увагу на доцільності вибору таких видів еталонних стратегій у межах функціонального підходу:

- у межах реагування закладів охорони здоров'я на зміни у зовнішньому середовищі – інтерактивної стратегії, коли керівництво закладу акцентує увагу на управлінні змінами;

- у межах протидії конкуренції – конкурентної стратегії закладу, коли керівництво обирає стратегію, що найкраще

сформує лінію боротьби закладу із конкурентами;

- у межах забезпечення довгострокового виживання – стратегії розвитку бізнесу та функціональних стратегіях. При цьому функціональні стратегії деталізуються в конкурентних стратегіях, що дозволяє досягнути конкретні завдання розвитку закладу в конкретних умовах.



Інтерактивна стратегія – це такий вид стратегії, коли організація (підприємство, заклад, установа) «спроможні прийняти зміни зовнішнього середовища і поєднати їх з власними цілями». Вона направлена на управління змінами та формування цих змін. Використання такого виду стратегії в межах управління закладами охорони здоров'я дозволяє гармонізувати відносини між закладом і суспільством через зменшення розриву між очікуваннями суспільства та діловою активністю закладу, а також враховувати усі трансформаційні процеси, що відбуваються у галузі. Імплементация такого стратегічного підходу в межах національної сфери охорони здоров'я зумовлена існуючими тенденціями на світовому ринку охорони здоров'я, а саме – концепцією «розумного медичного товариства». У межах інтерактивної стратегії зовнішнє середовище і стратегія розвитку закладу змінюються одночасно і в одному напрямку. Така стратегія є найбільш динамічною та результативною у довгостроковому майбутньому.

Конкурентна стратегія. Виявити та сформулювати стійку конкурентну перевагу закладу охорони здоров'я дозволить конкурентна стратегія. Вона дозволяє визначити принципи поведінки закладу,



виходячи з особливостей ринку охорони здоров'я (чи його сегменту), а також наявних у закладі джерел конкурентних переваг. Отже, основним завданням конкурентної стратегії є формування у споживачів медичної

послуги переваги послуги певного закладу над послугами його конкурентів, тобто вона передбачає не просто виявлення конкурентних переваг закладу охорони здоров'я, а й їх перетворення з потенційних у реальні для закладу. Конкурентні стратегії, які може обрати заклад охорони здоров'я, є типовими для всіх галузей, сфер та видів діяльності. До них відносяться: стратегія лідерства за витратами, диференціації та фокусування. Загальна характеристика представлена у табл. 1.7.

Таблиця 1.7

Умови застосування закладами охорони здоров'я конкурентних стратегій

Умова (критерій) застосування	Стратегія лідерства за витратами	Стратегія диференціації та фокусування
1. Ступінь однорідності ринку	Запити споживачів послуги майже однакові	Споживачі мають певні бажання. Попит чутливий до покращення характеристик послуги
2. Ступінь однорідності продукції (послуг)	Однакові, стандартизовані послуги	Послуга має різноманітні прояви
3. Рівень доходу споживачів	Низький рівень: для споживачів з низьким рівнем доходу вартість важливіша, ніж деякі характеристики послуги	Середній та високий рівень доходу: споживачі орієнтовані на оптимальне співвідношення вартості та якості послуги. Можуть придбати послугу з міркувань її престижності
5. Розмір цільового ринку	Існує значне число споживачів певної послуги, що дає можливість організації до зниження витрат	Заклад обслуговує незначний сегмент ринку, потреба в послугі незначна
6. Можливості закладу	Заклад має доступ до певних видів ресурсів на вигідних умовах чи має інші конкурентні переваги в досягненні низьких витрат	Заклад здатний запропонувати ринку особливу послугу (товар) чи оформити товарну пропозицію в більш привабливий спосіб, ніж її конкуренти

Зазначені типи конкурентних стратегій обираються також за принципом охоплення ринку чи окремого його вузького сегмента. Так, за цим принципом вирізняють чотири типи

конкурентних стратегій: стратегія лідерства за витратами, стратегія широкої диференціації, сфокусована стратегія низьких витрат та сфокусована стратегія низької диференціації.

Застосування конкурентних стратегій у сфері охорони здоров'я має свої особливості, що охарактеризовані нижче.

Стратегія лідерства за витратами характерна для ринку з низьким рівнем еластичності попиту та високими вимогами до якості. У межах ринку охорони здоров'я цей сегмент представлений клінічними, терапевтичними медичними послугами, хірургічними втручаннями тощо, які є життєво необхідними для існування споживача, отже, попит на ці послуги не залежить від підвищення чи зменшення вартості на них. Послуги, що надаються у цьому сегменті, є стандартними та однорідними, використовуються всіма споживачами однаковою способом. Така стратегія доцільна для використання багатопрофільними закладами охорони здоров'я, які обслуговують значну кількість та різноманітні групи споживачів з різноманітними патологіями. В силу значного числа такого типу закладів та відсутності в них унікальних медичних технологій та можливості спеціалізації для них оптимальною є стратегія жорсткої стандартизації послуг з економією на прямих та опосередкованих витратах. Стратегія лідерства за витратами притаманна більше для міських лікарняних та поліклінічних закладів (заклади II рівня, державної форми власності), які традиційно обслуговують певну географічну нішу. При цій стратегії спостерігається переважання бюджетного фінансування.

Стратегія диференціації притаманна для ринку з високим рівнем еластичності попиту та високими вимогами до якості. Для такого ринку притаманна комбінація стратегій диференціації. Стратегія диференціації передбачає побудову такого сервісу закладом охорони здоров'я, який значно буде відрізнятися від масового. Ці відмінності можуть створюватися за рахунок унікальної чи дефіцитної медичної послуги, яка не входить до переліку гарантованого обсягу медичних послуг



та/чи за рахунок більш якісного сервісу. Це вимагає від закладу додаткових фінансових витрат на створення відмінностей та їх підтримку. При цьому якість створених відмінностей має бути такою, щоб у потенційного споживача виникло бажання заплатити за більш дорогую послугу в цьому закладі, а не йти до закладу охорони здоров'я з меншою вартістю цієї ж послуги. Така стратегія притаманна для закладів приватного сектору. Вона дає можливість згенерувати додаткові фінансові джерела за рахунок оплати та співоплати споживачами медичних послуг, а також медичного страхування.

Стратегія сфокусованого лідерства за витратами передбачає фокусування на вузькому споживчому сегменті. Також характерна для ринку з низьким рівнем еластичності попиту та високими вимогами до якості. З точки зору організації охорони здоров'я, така стратегія підходить для закладів охорони здоров'я, які обслуговують «ізолювані» географічні сегменти (наприклад, районні заклади охорони здоров'я). Такі заклади мають збудувати структуру надання стандартних медичних послуг таким чином, щоб якість була прийнятною для споживачів, а ціна настільки привабливою, щоб не виникло бажання їхати в інший регіон для отримання стандартної медичної послуги. При цьому закладом не акцентується на наданні високоспеціалізованої медичної послуги.



Стратегія сфокусованої диференціації притаманна для ринку з високим рівнем еластичності попиту та високими вимогами до якості. Це сегмент ринку додаткових медичних послуг (наприклад, косметологічні послуги, косметична хірургія, інструментальна діагностика тощо). Передбачає наявність вузького споживчого сегменту, проте, на відміну від стратегії

сфокусованого лідерства за витратами, орієнтується на групу споживачів-пацієнтів, які мають споріднені патології. Характерна для вузькоспеціалізованих закладів охорони здоров'я за медичним, функціональним напрямом діяльності. Послуги закладу, який

використовує стратегію такого роду, є унікальними для регіону та/чи країни за якістю медичних та супутніх послуг. Такого роду заклад є інноваційним лідером за своїм напрямом.

Заклад охорони здоров'я обирає стратегії розвитку бізнесу та функціональні стратегії в залежності від життєвого циклу, пріоритетних цілей, завдань і проблем, що виникають на тому чи іншому етапі розвитку.

1.4.3. Стратегічне планування закладів охорони здоров'я

Розробка стратегічної моделі управління закладом охорони здоров'я – не просте завдання. Цей процес вимагає повного розуміння існуючих проблем на ринку охорони здоров'я, потреб та рівня задоволеності споживачів, оцінки якості медичних послуг та наявних ресурсів закладу охорони здоров'я. Ця модель передбачає комплексний, інтегрований та динамічний підхід до стратегічного управління закладом охорони здоров'я.



Схематично процес розробки стратегічної моделі управління закладом охорони здоров'я представлено на рис. 1.9.

Етапи процесу розробки стратегічної моделі управління закладом охорони здоров'я.

Перший етап представлено стратегічним аналізом зовнішнього та внутрішнього середовища.

Основними інструментами на цьому етапі є технології:

- ситуаційного аналізу типу SWOT (аналіз сильних та слабких сторін, можливостей та загроз) та PEST (інструмент аналізу політичних, економічних, соціальних та технологічних чинників, що впливають на діяльність закладу);
- методи аналізу стратегічної позиції закладу та конкурентного аналізу (визначення конкурентних сил, розробка конкурентної позиції на ринку);

- аналізу сегментів ринку;
- модель ділового аналізу PIMS (аналіз факторів, які впливають на прибуток закладу за трьома основними групами: привабливість ринку, конкурентна позиція на ринку; виробнича структура).

Перераховані методи та технології не є вичерпними: заклад самостійно може обирати ту сукупність методів, які найбільш повно розкривають сутність його діяльності. Відтак на цьому етапі визначається вихідна позиція закладу охорони здоров'я. Таким чином формується «проблемне поле» стратегічної моделі управління закладом охорони здоров'я.

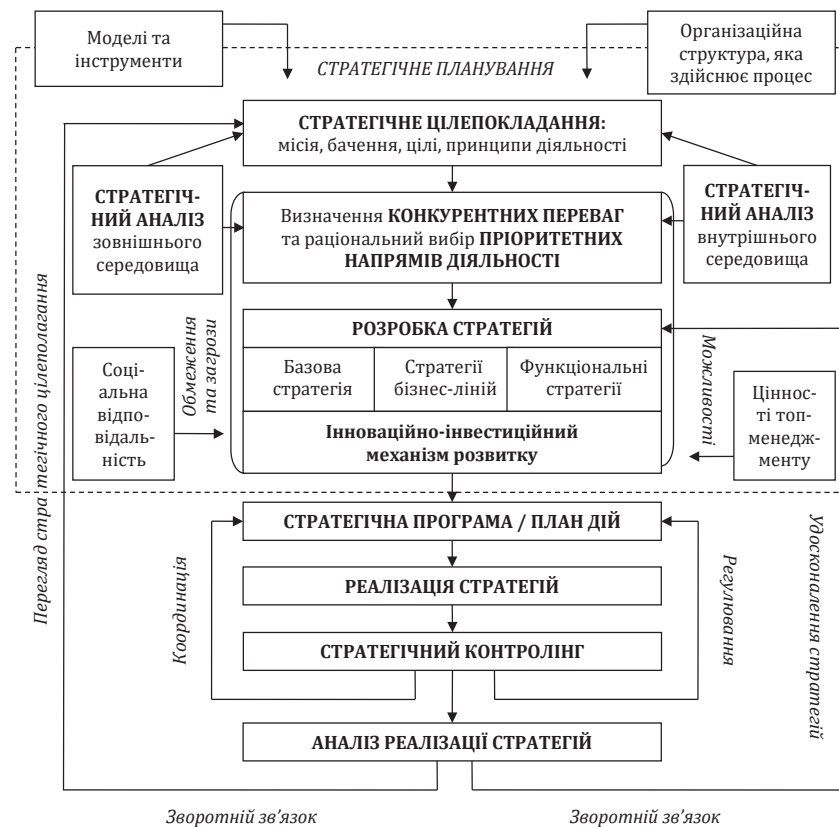


Рис. 1.9. Стратегічна модель управління закладом охорони здоров'я

Стратегічний аналіз зовнішнього та внутрішнього середовища закладу охорони здоров'я – це системний та багатовимірний процес. Його особливістю є те, що він містить такі специфічні для сфери охорони здоров'я напрями, як:



- аналіз стратегій та технологій лікування (типових, ексклюзивних та нетрадиційних, що використовують основні національні та зарубіжні конкуренти як державного, так і приватного секторів ринку охорони здоров'я; при цьому слід наголосити на аналізі як існуючих на сьогоднішній момент, так і аналізі перспективних стратегій та технологій лікування) як основи для забезпечення лікувального процесу закладу;

- аналіз стратегічних показників діяльності основних конкурентів (частки ринку, їх рейтинги, показники пізнаваності, динаміка основних фінансово-господарських показників, відгуки споживачів, інвестиції тощо) як основи для забезпечення конкурентної переваги та потенційних загроз закладу;

- аналіз цільового сегменту ринку охорони здоров'я (аналіз задоволеності споживачів, їх смаки та переваги, побажання, думки споживачів щодо якості медичного обслуговування тощо) як основи для визначення конкурентної стратегії;

- аналіз стратегічної позиції закладу на ринку охорони здоров'я (частка ринку, позиція у рейтингу, динаміка ринкових показників: темпи зростання ринку, швидкість оновлення асортименту тощо) як основи для формування стратегічної моделі управління;

- аналіз внутрішнього потенціалу закладу (ресурсного забезпечення, кадрового потенціалу, аналіз матеріально-технічної бази) з метою виявлення наявних скритих та нереалізованих можливостей як основи для визначення та формування конкурентних переваг.

Усі зазначені аналітичні заходи дозволяють визначити положення закладу охорони здоров'я на ринку охорони здоров'я. На цьому етапі заклад визначає основні чинники зовнішнього

середовища, що впливають на його діяльність, а також аналізує внутрішні ресурси та можливості. Чинники зовнішнього середовища в стратегічному управлінні розглядаються як загрози та можливості для діяльності, а чинники внутрішнього – як обмеження та перспективні напрями діяльності.



Другий етап являє собою процес стратегічного цілепокладання, формування бачення керівництвом закладу його «майбутнього», а також визначення цінностей бізнес-діяльності, після чого здійснюється процес розробки стратегій на різних

рівнях закладу (загально-корпоративному, бізнес-лінії та функціональних підрозділів), а вже потім розробляється план реалізації засобів для досягнення цих цілей та стратегій.

Заклад охорони здоров'я – це складна соціально-економічна система зі складною сукупністю цілей та завдань. Відтак вона потребує зваженого процесу цілепокладання. На цьому етапі здійснюється формування та профілювання місії закладу охорони здоров'я для визначення вектора його діяльності (персоніфіковано або агреговано) як «пусковий елемент моделі».

На цьому етапі також визначається бачення діяльності за такими напрямками:

- бачення існуючого стану закладу ззовні;
- бачення існуючого стану закладу зсередини;
- бачення майбутнього стану закладу ззовні;
- бачення майбутнього стану закладу зсередини;
- бачення призначення закладу;
- вимоги до бачення та обмеження.

Також на цьому етапі визначаються основні цілі на принципі діяльності за напрямками, пов'язаними з етапами життєвого циклу закладу охорони здоров'я, та з лікувальною, фінансово-організаційною та інноваційною діяльністю. Отже, цей етап визначає існуючий та майбутній стани закладу, обмежені принципами підзвітності, постійного вдосконалення, пацієнт-орієнтованості та якості послуг.

На третьому етапі визначаються конкурентні переваги закладу охорони здоров'я та здійснюється раціональний вибір пріоритетних напрямів діяльності, на основі здійсненого стратегічного аналізу

зовнішнього та внутрішнього середовища. Вибір конкурентних переваг та пріоритетних напрямів визначається потенційними можливостями закладу, а також забезпеченням сталого розвитку закладу охорони здоров'я.

Четвертий етап – етап розробки ієрархічної сукупності стратегій, яка має забезпечити інноваційно-інвестиційний механізм розвитку.

Це саме і є процес стратегічного планування, тобто процес прийняття управлінських рішень, як структурованих, так і неструктурованих. Стратегічне планування являє собою багатоаспектний вид діяльності, що направлено на формування та підтримку стійкої конкурентної переваги закладу охорони здоров'я шляхом: (1) адаптації діяльності закладу до умов зовнішнього середовища, що постійно змінюються, (2) управління цілями закладу, а також (3) максимально ефективного використання можливостей закладу на основі врахування взаємодії внутрішніх та зовнішніх процесів.

Наявність чітко сформульованої ієрархічної сукупності стратегій дозволяє розробити ефективний та прозорий комплекс «стратегія – структура – контроль».



П'ятий етап передбачає формування розгорнутої, поетапної програми/плану дій щодо реалізації ієрархічної сукупності стратегій.

Реалізація стратегій є наступним – шостим етапом стратегічної моделі управління закладом.

Реалізація стратегії супроводжується постійним процесом контролю за реалізацією програми/плану дій – сьомий етап, що призводить до процесів координації та регулювання діяльності закладу охорони здоров'я в межах визначеної програми/плану дій.



Восьмий етап являє собою аналіз та дослідження результатів реалізації ієрархічної сукупності стратегій із різних джерел отримання інформації (аналіз фінансових, кадрових, організаційних звітів, скарг пацієнтів, зауваження стейкхолдерів, соціологічного опитування тощо). Ці дані дозволяють визначити ключові аспекти бізнес-діяльності закладу охорони здоров'я, дають чітке уявлення про результативність та ефективність діяльності закладу, а також визначають сфери його сильних та слабких сторін.

На основі висновків, отриманих за результатами аналізу, у процесі зворотного зв'язку відбувається інтегрування отриманих результатів аналізу з процесом стратегічного управління. Здійснення зворотного зв'язку в межах стратегічної моделі управління закладом покликане на: (1) корегування/поліпшення процесу цілеполагання закладу охорони здоров'я, а також (2) корегування/поліпшення процесу розробки ієрархічної сукупності стратегій закладу охорони здоров'я. Зворотний зв'язок дозволяє керівництву оцінити досягнутий прогрес та прийняти або відхилити рекомендовані зміни в стратегічній моделі управління закладом на основі отриманих результатів.

Реалізація стратегічної моделі управління закладом охорони має враховувати думку усіх стейкхолдерів галузі, що представлено на рис. 1.10.

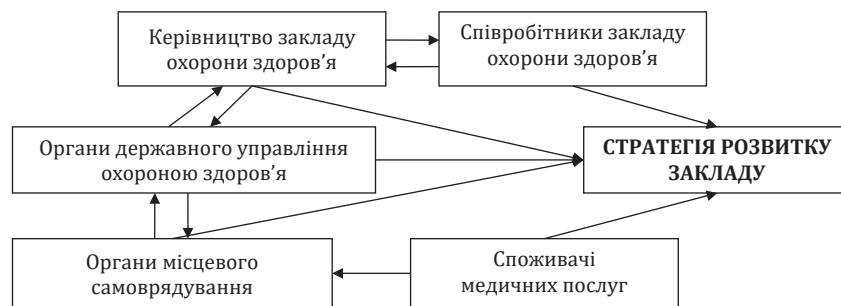


Рис. 1.10. Взаємодія учасників ринку охорони здоров'я під час формування стратегії розвитку закладу охорони здоров'я

Сучасний медичний менеджмент потребує розробки науково обґрунтованої стратегії управління та розвитку закладами охорони здоров'я. Освоєння інструментів та методів стратегічного

управління закладами охорони здоров'я на основі створення та розвитку відповідної наукової теоретико-методологічної бази, яка враховує специфіку галузі охорони здоров'я, стає необхідною умовою подальшого реформування національної сфери охорони здоров'я та формування державної політики галузі.



Запитання для самоконтролю

1. Поясніть сутність стратегічного управління як процесу визначення зв'язків організації з її навколишнім середовищем.
2. Надайте визначення стратегічного менеджменту за ресурсним підходом.
3. Охарактеризуйте особливості стратегічного менеджменту у сфері охорони здоров'я.
4. Розкрийте основні переваги, які надає використання стратегічного управління для організації діяльності закладами охорони здоров'я.
5. Поясніть, що передбачає впровадження принципів стратегічного менеджменту в практику управління закладами охорони здоров'я.
6. Поясніть різноманітність визначень поняття «стратегія».
7. Охарактеризуйте особливості стратегії закладу охорони здоров'я.
8. Надайте загальну класифікацію стратегій, що можуть бути розроблені в межах управління закладами охорони здоров'я.
9. Поясніть сутність ієрархічної структури стратегій закладу охорони здоров'я.
10. Поясніть формування базової (корпоративної) стратегії розвитку закладу охорони здоров'я.
11. Поясніть особливості розробки стратегії бізнесу (бізнес-ліній чи бізнес-одиниць) в закладі охорони здоров'я.
12. Поясніть розробку функціональних стратегій діяльності закладу охорони здоров'я.
13. Надайте характеристику інтерактивній та конкурентній стратегіям.
14. Поясніть умови застосування закладами охорони здоров'я конкурентних стратегій.

15. Поясніть особливості застосування конкурентних стратегій у сфері охорони здоров'я.
16. Назвіть основні етапи процесу розробки стратегічної моделі управління закладом охорони здоров'я.
17. Охарактеризуйте стратегічну модель управління закладом охорони здоров'я.
18. Поясніть взаємодію учасників ринку охорони здоров'я під час формування стратегії розвитку закладу охорони здоров'я.



Тестові запитання для самоконтролю

1. **За ресурсним підходом визначення стратегічного менеджменту – це:**
 - А. Управлінський процес з досягнення місії організації завдяки управлінню взаємодією організації з її оточенням.
 - Б. набір рішень та дій з формулювання та реалізації стратегій, розроблених для того, щоб досягнути цілі організації.
 - В. Процес ефективного вибору найбільш продуктивних нетригівальних ресурсів та шляхів розвитку неявних ключових організаційних можливостей.
 - Г. Активний процес, що дає змогу стратегічним планам розвиватися і формуватися, враховуючи зміни навколишнього середовища.
2. **Особливість стратегічного менеджменту у сфері охорони здоров'я полягає в тому, що він:**
 - А. Характеризується здійсненням керівництвом медичного закладу процесу постановки стратегічних цілей, розробки та реалізації стратегії, а також своєчасного та доцільного корегування стратегічних цілей в умовах середовища, що постійно змінюється.
 - Б. Співпадає із завданнями здійснення ефективної конкуренції у відносно слабких медичних галузях, а концепція динамічних можливостей враховує фактор часу та підприємницький характер рішень.
 - В. Тісно пов'язаний з поняттям якості організації управління, оскільки сутність медичної діяльності полягає не тільки

в управлінні процесами, але й у досягненні економічних, соціальних та медичних показників ефективності.

Г. Правильної відповіді немає.

3. **Коротко охарактеризуйте основні переваги, які надає використання стратегічного управління для організації діяльності закладів охорони здоров'я.**
4. **Комплексна програма управління, яка містить комбінацію методів організації медичного бізнесу та формування конкурентних переваг, що направлена на досягнення організаційних цілей закладу в умовах динамічного бізнес-середовища – це:**
 - А. Стратегія у загальному вигляді (взагалі).
 - Б. Інструментарій стратегічного менеджменту закладу охорони здоров'я.
 - В. Стратегія закладу охорони здоров'я.
 - Г. Інноваційна діяльність закладів охорони здоров'я.
5. **Стратегія діяльності організації в умовах стабільності обсягу продажів та доходу, що притаманна для організацій, які давно на ринку та/чи діють у традиційних сферах виробництва/надання послуг, це:**
 - А. Стратегія росту (зростання).
 - Б. Стратегія стабілізації (стратегія помірною зростання: внутрішнього, зовнішнього).
 - В. Стратегія зменшення масштабів діяльності (виживання).
 - Г. Стратегія диференціації.
 - Д. Стратегія фокусування.
6. **Коли організація намагається зайняти найкращі позиції на ринку та встановити контроль над своїми конкурентами, удосконалюючи продукт/послугу та розширюючи ринок збуту, вона використовує:**
 - А. Стратегію посилення позиції на ринку (горизонтальна інтеграція).
 - Б. Стратегію розвитку ринку.
 - В. Стратегію розвитку продукту.
 - Г. Стратегію зворотної вертикальної інтеграції.
 - Д. Стратегію центрованої диверсифікації.
 - Е. Стратегію ліквідації.

7. Стратегія бізнесу (бізнес-ліній чи бізнес-одиниць) розробляється на:

- А. Загальноорганізаційному рівні.
- Б. На рівні функціональних підрозділів.
- В. На рівні різних напрямів діяльності.
- Г. На рівні кадрової стратегії.
- Д. На рівні фінансової стратегії.

8. Ця стратегія дає змогу визначити принципи поведінки медичного закладу, зважаючи на особливості ринку охорони здоров'я (чи його сегменту), а також наявні в закладі джерела конкурентних переваг. Це:

- А. Конкурентна стратегія.
- Б. Інтерактивна стратегія.
- В. Корпоративна стратегія.
- Г. Функціональна стратегія.
- Д. Портфельна стратегія.

9. Така стратегія характерна для вузькоспеціалізованих закладів охорони здоров'я за медичним, функціональним напрямом діяльності, послуги якого є унікальними для регіону та/чи країни за якістю медичних та супутніх послуг. Це:

- А. Стратегія лідерства за витратами.
- Б. Стратегія широкої диференціації.
- В. Стратегія сфокусованої диференціації.
- Г. Стратегія сфокусованого лідерства за витратами.

10. На першому етапі процесу розробки стратегічної моделі управління закладом охорони здоров'я необхідно:

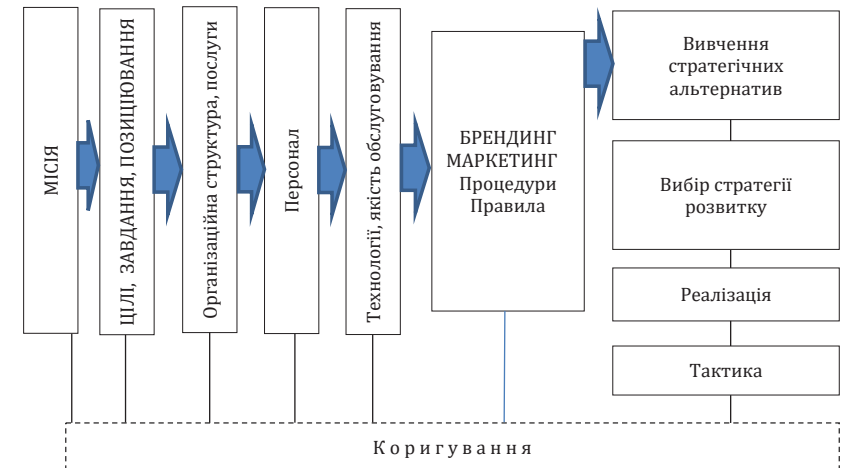
- А. Визначити бачення існуючого стану медичного закладу ззовні та зсередини.
- Б. Здійснити стратегічний аналіз зовнішнього та внутрішнього середовища медичного закладу.
- В. Сформулювати розгорнуту поетапну програму дій щодо реалізації ієрархічної сукупності стратегій медичного закладу.
- Г. Визначити конкурентні переваги закладу охорони здоров'я та здійснити раціональний вибір пріоритетних напрямів діяльності.

Індивідуальне завдання



Стратегічний план створення (розвитку/реорганізації) медичного закладу державної/приватної (за участю іноземного капіталу) форми власності

I. Розробка стратегічного плану державної (приватної) медичної клініки:



Приклади розробки та брендуння стратегій медичних клінік можна подивитись на сайтах: <https://odrex.ua/ua/o-nas/>, <https://into-sana.ua/about/>, <https://svekaterina.ua/about/>

II. Робота в групах:

Оцінка стратегічних планів конкурентів, їх критичний аналіз.

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА ДО РОЗДІЛУ 1 «МЕНЕДЖМЕНТ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я»



*Навчально-методична та наукова література
на англійській мові*

1. Abdulaziz Saddique Strategic management of Healthcare Organizations. 2015. URL: https://www.researchgate.net/publication/276019548_Strategic_management_of_Healthcare_Organizations
2. American Diabetes Association et al. Economic costs of diabetes in the US in 2012. *Diabetes care*. 2013. V. 36. № 4. P. 1033–1046.
3. Building primary care in a changing Europe: case studies / D. S. Kringos, W. G. W. Boerma, A. Hutchinson, R. B. Saltman. World Health Organization: European Observatory on Health Systems and Policies, 2015. 315 p.
4. Central Bureau of Health Intelligence. National Health Profile, 2016. URL: www.cbhidghs.nic.in
5. European action plan for strengthening public health capacities and services. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2012 (document EUR/RC62/12). URL: <http://www.euro.who.int/PubRequest?language>
6. Fuzhan Nasiri, Osama Moselhi. Healthcare facilities maintenance management: a literature review. *Journal of Facilities Management*. 2017. Vol. 5, № 4. Pp. 1–24.
7. Glick H. A. Economic evaluation in clinical trials. OUP Oxford, 2014.
8. Health care as an integral element of the national security. Security of the XXI century: national and geopolitical aspects : collective monograph / in edition I. Markina. Prague : Nemoros s. r. o., 2019. 500 p.
9. Healthcare management. Kieran Walshe and Judith Smith (eds). Open University Press. 2006. URL: http://students.aiu.edu/submissions/profiles/resources/onlineBook/h4q9w2_Healthcare_Management.PDF
10. Health Care Administration: Managing Organized Delivery Systems / Lawrence F. Wolper. Fifth Edition. 2010.

- URL: <https://www.pdfdrive.com/health-care-administration-managing-organized-delivery-systems-fifth-edition-health-care-administration-wolper-e191503943.html>
11. Hospital manager manual / Andréa Prestes, José Antônio Ferreira Cirino, Viviã de Sousa. Brasília: Federação Brasileira de Hospitais – FBH, 2019. URL: http://fbh.com.br/wp-content/uploads/2020/11/2-MANUAL-FBH_ING_2019_web.pdf
 12. Marketing management. Directorate of Distance Education Maharshi Dayan and University ROHTAK – 124001. 2004. URL: [http://www.mdudde.net/books/mcom/mcom-f/marketing-management-final\(crc\).pdf](http://www.mdudde.net/books/mcom/mcom-f/marketing-management-final(crc).pdf)
 13. Management and marketing in pharmacy. Textbook for Foreign Students of Higher Pharmaceutical Schools. Edited by Professor Z. Mnushko. Kharkiv Publishing center “Dialog”, 2016. URL: https://pathofscience.org/Library/MMPH_Part_I.pdf
 14. Management and marketing in health care: an electronic educational and methodological manual / V. I. Borshch, O. V. Rudinska, N. L. Kusyk. Odesa : Odesa national medical university, 2022.
 15. Strategic marketing for health care. Organizations building a customer-driven health system. Philip Kotler, Joel Shalowitz. 2017. URL: <https://fliphtml5.com/lnym/eyac/basic>
 16. Stephen Lee Walston. Strategic healthcare management: planning and execution. Second edition. Health Administration Press ; Association of University Programs in Health Administration, Chicago, Illinois, Washington, DC, 2018. URL: <https://www.worldcat.org/title/1096601664>
 17. Philip Kotler. Principles of marketing. URL: <https://ipsedu.in/downloads/MBABooks/principles-of-marketing-philip-kotler.pdf>
 18. Tarricone R. Improving the methods for the economic evaluation of medical devices. *Health Economics*. 2017. V. 26. № S1. P. 70–92.

Законодавчі та нормативно-правові документи

1. Конституція України : Закон України від 28 червня 1996 року № 254к/96-ВР. URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр>
2. Бюджетний кодекс України : Закон України від 21.06.2001 р. № 2542-III. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2542-14>
3. Господарський кодекс України : Закон України від 16.01.2003 р. № 436-IV. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/436-15>
4. Цивільний кодекс України : Закон України від 16.01.2003 р. № 435-IV. URL: <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/435-15>

5. Податковий кодекс України : Закон України від 02.12.2010 р. № 2755-VI. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2755-17>
6. Кодекс законів про працю України : Закон України від 10.12.1971 р. № 322-VIII. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/322-08>
7. Кодекс цивільного захисту України : Закон України від 02.10.2012 р. № 5403-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5403-17#Text>
8. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 р. № 2801-XII. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>
9. Про публічні закупівлі : Закон України від 25.12.2015 р. № 922-VIII. URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/922-19>
10. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19.10.2017 р. № 2168-VIII. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>
11. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я : Закон України № 2002-VIII від 06.04.2017 р. URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/2002-19>
12. Про державно-приватне партнерство : Закон України від 1 липня 2010 р. № 2404-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2404-17>
13. Про бухгалтерський облік та фінансову звітність в Україні : Закон України від 16.07.99 р. № 996-XIV. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/996-14#Text>
14. Про охорону праці : Закон України від 14.10.92 р. № 2694-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2694-12#Text>
15. Про Положення про Міністерство охорони здоров'я України : Указ Президента України від 13 квітня 2011 року № 467/2011. URL: <http://www.president.gov.ua/documents>
16. Ліцензійні умови провадження господарської діяльності з медичної практики : Постанова Кабінету Міністрів України від 02.03.2016 р. № 285. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/285-2016-п#Text>
17. Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України : Постанова Кабінету Міністрів України від 25.03.2015 р. № 267. URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/267-2015-п>
18. Про утворення Ради з питань функціонування системи охорони здоров'я : Постанова Кабінету Міністрів України від 12 жовтня 2011 р. № 1051. URL: <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/1051-2011-п>
19. Про утворення Національної служби здоров'я України : Постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 р.

- № 1101. URL: <https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/pro-utvorennya-nacionalnoyi-sluzhbi-zdorovya-ukrayini>
20. Про затвердження Програми подання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги : Постанова Кабінету Міністрів України від 11.07.2002 р. № 955. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/955-2002-п>
 21. Питання Міністерства охорони здоров'я : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 02.09.2015 р. № 909-р. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/909-2015-р>
 22. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я України : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1013-р. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-р>
 23. Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я 2020: український вимір» : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 31 жовтня 2011 р. № 1164-р. URL: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/KR11164.html
 24. Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я» : наказ Міністерства охорони здоров'я України № 117 від 29.03.2002 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/va117282-02#Text>
 25. Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів : наказ МОЗ України від 22.02.2019 р. № 446. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0293-19#Text>

Основна навчально-методична та наукова література

1. Алшарф І. А. М. Формування механізму управління ефективністю діяльності медичних підприємств та установ : дис. ... канд. екон. наук: спец. 08.00.04 «Економіка та управління підприємствами (за видами економічної діяльності)» / Міжнародний гуманітарний університет, Чернігівський національний технологічний університет Міністерства освіти і науки України. Чернігів, 2020. 231 с.
2. Ахламов А. Г., Кусик Н. Л. Економіка та фінансування охорони здоров'я : навчально-методичний посібник. Одеса : ОРІДУ НАДУ при Президентові України, 2011. 134 с.
3. Баєва О. В., Чебан В. І. Економіка та підприємництво в охороні здоров'я : навчальний посібник. Чернівці : БДМУ, 2013. 360 с.
4. Бондар А. В. Фінансування сфери охорони здоров'я в різних країнах. URL: <http://ena.lp.edu.ua/bitstream/ntb/16620/1/344-587-588.pdf>

5. Борщ В. І. Управлінський капітал в системі охорони здоров'я: теорія і методологія : дис. ... д-ра екон. наук: спец. 08.00.03 «Економіка та управління національним господарством» / Національний університет «Чернігівська політехніка». Чернігів, 2020. 529 с.
6. Данько В. В. Формування інноваційної системи управління закладами охорони здоров'я : дис. ... канд. екон. наук: спец. 08.00.04 «Економіка та управління підприємствами (за видами економічної діяльності)» / Одеський національний університет імені І. І. Мечникова. Одеса, 2020. 233 с.
7. Державна політика у сфері охорони здоров'я : колективна монографія: ч. 2 / кол. авт.; упоряд. проф. Я. Ф. Радиш; передм. та заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша. Київ : НАДУ, 2013. 484 с.
8. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку : колективна монографія / кол. авт.; упоряд. проф. Я. Ф. Радиш, передм. Т. Д. Бахтеєвої; за заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша. Київ : НАДУ, 2013. 424 с.
9. Ждан В. М., Голованова І. А., Краснова О. І. Економіка охорони здоров'я : навчальний посібник. Полтава, 2017. 114 с.
10. Кіча Д. І., Фоміна А. В. Основи економіки та фінансування охорони здоров'я. URL: <http://medbib.in.ua/osnovyiekonomiki-finansirovaniya.html>
11. Клименко О. В. Державне регулювання медичної діяльності в Україні: генеза та тенденції розвитку : дис. ... докт. наук: 25.00.01. Київ, 2016. 490 с.
12. Концепція МОЗ України «Концепція реформи охорони здоров'я у контексті процесів децентралізації». URL: http://trigger.in.ua/wp-content/uploads/2015/08/Health-Reform-and-Decentralization_policy-note-for-RPR.docx
13. Кусик Н. Л. Розділ 10. Реформування системи фінансування охорони здоров'я в умовах трансформації національної економіки / Трансформаційні процеси в економіці: конкурентоспроможність та інституційна база управління на різних рівнях ієрархії : монографія / за ред. В. С. Ніценка. Одеса : Видавництво ТОВ «Лерадрук», 2016. 507 с.
14. Кусик Н. Л., Гузь Д. О., Буслаєва Г. В. Розділ 26. Індустрія охорони здоров'я: міжнародний досвід створення медичних туристичних кластерів / Інноваційна економіка: теоретичні та практичні аспекти : монографія. Випуск 4 / за ред. Л. О. Волошук, Є. І. Масленнікова. Херсон : ОЛДІ-ПЛЮС, 2019. 524 с.
15. Лехан В. М., Надутий К. О., Шевченко М. В. Інструмент моніторингу модернізації галузі охорони здоров'я на рівні регіону

- та окремої території із застосуванням комплексної системи індикаторів. Київ, 2014. 61 с.
16. Методичні рекомендації з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства: Робоча група з питань реформи фінансування сфери охорони здоров'я України МОЗ України. URL: <http://moz.gov.ua/article/news/metodichni-rekomendacii-z-pitan-peretvorennja-zakladiv-ohoroni-zdorovja-z-bjudzhetnih-ustanov-na-komunalni-nekomercijni-pidприємства>
 17. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років. URL: <http://www.apteka.ua/article/327094>
 18. Основи менеджменту і маркетингу в медицині : навчальний посібник. Єрошкіна Т. В., Татаровський О. П., Полішко Т. М., Борисенко С. С. Донецьк : РВВ ДНУ, 2012. 64 с.
 19. Основи менеджменту та маркетингу в медицині : навчальний посібник / В. Г. Шутурмінський, Н. Л. Кусик, О. В. Рудінська. Одеса : Видавничий дім «Гельветика», 2020. 176 с.
 20. Охорона здоров'я України: стан, проблеми, перспективи: спеціалізоване видання / В. В. Лазоришинець, Н. О. Лісневська, Л. Я. Ковальчук та ін. Київ, 2014. 608 с.
 21. Політика та публічне управління у сфері охорони здоров'я : підручник / М. М. Білінська, Н. О. Васюк, Л. І. Жаліло та ін. / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. Київ : НАДУ, 2017. Т. 1. 284 с.
 22. Попченко Т. П. Реформування сфери охорони здоров'я в Україні: організаційне, нормативно-правове та фінансово-економічне забезпечення: аналітична доповідь. Київ : НІСД, 2012. 96 с.
 23. Співак М. В. Державна політика здоров'я-збереження: світовий досвід і Україна : монографія. Київ : Ін-т держави і права ім. В. М. Корецького НАН України, 2016. 536 с.

Додаткова навчально-методична та наукова література

1. Авраменко Н. В. Державне управління системою охорони здоров'я на регіональному рівні: сучасний стан, шляхи вдосконалення : монографія. Запоріжжя : КПУ, 2010. 196 с.
2. Авраменко Н. В. Європейський досвід управління охороною здоров'я. Державне управління та місцеве самоврядування : тези X Міжнародного наукового конгресу. Харків : Вид-во ХарРТ НАДУ, 2010. С. 320–322.

3. Андрушків І. П. Загальні підходи до міжнародного медичного страхування в окремих країнах. *Науковий вісник НЛТУ України*. 2010. Вип. 20 (13). С. 170–174.
4. Боднар А. В. Фінансування галузі охорони здоров'я в Україні та у зарубіжних країнах. *Вісник Національного університету «Львівська політехніка»*. 2011. С. 357–364.
5. Баєва О. В. Основи менеджменту охорони здоров'я : навчально-методичний посібник. Київ : МАУП, 2007. 328 с.
6. Баєва О. В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я : навчальний посібник. Київ : Центр учбової літератури, 2008. 640 с.
7. Борщ В. І., Рудінська О. В. Формування професійної компетентності менеджера закладу охорони здоров'я. *Ринкова економіка: сучасна теорія і практика управління*. 2019. Т. 18. Вип. 2 (42). С. 96–105.
8. Вороненко Ю. В. Стратегічне управління в охороні здоров'я: теоретичні та практичні аспекти. *Науковий журнал МОЗ України*. 2014. № 1 (5). С. 39–46.
9. Грузева Т. Інноваційна сутність та стратегічний і практичний потенціал нової Європейської політики «Здоров'я-2020». *Вісник проблем біології та медицини*. 2014. Вип. 3. Т. 1 (110). С. 25–33.
10. Данько В. В. Управління закладами охорони здоров'я в сучасних умовах: теоретичний аспект. *Збірник наукових праць Харківського національного аграрного університету. Серія «Економічні науки»*. 2017. № 4. С. 225–233.
11. Деякі уроки реформи охорони здоров'я України / Г. О. Слабкий, В. М. Лехан, К. О. Надутий та ін. *Україна. Здоров'я нації*. 2014. № 3 (31). С. 7–22.
12. Дешко Л. Щодо вдосконалення спеціального законодавства про господарювання у сфері охорони здоров'я. *Право України*. 2007. № 8. С. 112–116.
13. Жаліло Л. І., Мартинюк О. І. Розвиток інноваційних технологій в управлінні охороною громадського здоров'я на засадах оновленої політики Всесвітньої організації охорони здоров'я «Здоров'я-2020». *Інновації в державному управлінні: системна інтеграція освіти, науки, практики* : матеріали наук.-практ. конф. за міжнар. участю (Київ, 27 трав. 2011 р.): т. 1 / за заг. ред. Ю. В. Ковбасюка, В. П. Трощинського, С. В. Загороднюка. Київ : НАДУ, 2011. С. 201–203.
14. Камінська Т. М. Світові моделі фінансування охорони здоров'я. *Вісник Національного університету «Юридична академія України імені Ярослава Мудрого»*. 2012. № 1 (8). С. 284–285.
15. Кусик Н. Л. Фасиліті-менеджмент як форма державно-приватного партнерства в сфері охорони здоров'я. *Materiały VIII Międzynarodowej naukowo-praktycznej konferencji «Aktualne*

- problemy nowoczesnych nauk – 2012*” (07–15 czerwca 2012 roku). Volume 4 “Ekonomiczne nauki”. Przemysł : Sp. z o. o. “Nauka I Studia”, 2012. С. 21–25.
16. Маттіла У., Гук А., Галайда В. Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я: уроки для України. Київ : Європейська Комісія, проект Tacis BISTRO. 101 с.
 17. МОЗ України: Що було, є і буде. URL: https://moz.gov.ua/uploads/2/13773-transition_book_healthcare.pdf
 18. Надюк З. О. Державне регулювання ринку медичних послуг в Україні : монографія. Запоріжжя : КПУ, 2008. 296 с.
 19. Павлюк К. В. Удосконалення механізмів фінансування медичних послуг в Україні. *Фінанси України*. 2016. № 2. С. 64–82.
 20. Пашков В. Правовий господарський порядок у забезпеченні антикорупційної діяльності у сфері охорони здоров'я. *Право та управління*. 2012. № 1. URL: <http://www.apteka.ua/article/39950>
 21. Поворозник М. Ю. Комплексний аналіз національних моделей організації систем медичних послуг. *Причорноморські економічні студії*. 2017. Вип. 14. С. 25–28.
 22. Погребський Т.Г. Особливості організації національної системи охорони здоров'я України. *Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія «Геологія. Географія. Екологія»*. 2014. № 40. С. 101–104.
 23. Попченко Т. П. Державна політика щодо реформування системи охорони здоров'я як шлях до збереження та зміцнення здоров'я населення. URL: http://www.nbu.gov.ua/portal/Soc_Gum/Dtr_du/2011_1/files/DU111_46.pdf
 24. Презентація МОЗ України для Національної ради реформ «На шляху до європейської системи охорони здоров'я». URL: http://reforms.in.ua/sites/default/files/upload/docs/6.2._reforma_oz_presentacia2015_04_16.pdf
 25. Рожкова І. В. Державне регулювання розвитку механізмів фінансування системи охорони здоров'я на засадах суспільної справедливості. *Збірник наукових праць НАДУ*. Київ : НАДУ, 2008. Вип. 2. С. 224–233.
 26. Рудінська О. В., Яроміч С. А. Корпоративний менеджмент : навчальний посібник. Київ : КНТ, Ельга-Н, 2008. 416 с.
 27. Семчук І. В., Кукель Г. С., Роледерс В. В. Впровадження нових підходів до управління закладами охорони здоров'я в умовах ринку. *Ефективна економіка*. 2020. № 5. URL: <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=7910>
 28. Смирнов С. О., Бикова В. Г. Механізм економічного управління закладами охорони здоров'я. *Управління розвитком*. 2016. № 3. С. 78–83.
 29. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я : підручник / І. С. Вардинець, В. С. Тарасюк, М. П. Семків, Г. К. Козаков; за ред. проф. О. М. Голяченка. Тернопіль : Лілея, 2002. 152 с.
 30. Скібіцька Л. І., Скібіцький О. М. Менеджмент. Київ : Центр учбової літератури, 2007. 416 с.
 31. Управління підприємницькою діяльністю в галузі охорони здоров'я : монографія / О. В. Баєва, М. М. Білинська, Л. І. Жаліло та ін.; за ред. О. В. Баєвої, І. М. Солоненка. Київ : МАУП, 2007. 376 с.
 32. Чепелевська Л. А. Охорона здоров'я України: стан, проблеми, перспективи / за ред. В. В. Лазоришинця, Н. О. Лісневської, Л. Я. Ковальчук та ін. Київ, 2014. С. 7–9.
 33. Шевчук В. В. Удосконалення державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України : дис. ... канд. наук з держ. упр. Миколаїв, 2017. 219 с.

Інформаційні ресурси

1. Всесвітня організація охорони здоров'я. URL: www.who.int
2. Галузевий класифікатор «Довідник медичних процедур (послуг) та хірургічних операцій». URL: <https://www.dec.gov.ua/mtd/klasifikatory/>
3. Державна служба статистики України : офіційний вебсайт. URL: www.ukrstat.gov.ua
4. Державна казначейська служба України : офіційний вебсайт. URL: <http://www.treasury.gov.ua/main/uk/index>
5. Державний заклад «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України» : офіційний вебсайт. URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/main.html>
6. Департамент управління та контролю якості медичних послуг МОЗ України : офіційний вебсайт. URL: <https://moz.gov.ua/en/struktura>
7. Європейська база «Здоров'я для всіх». URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/statreports.html>
8. Європейське регіональне бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я. URL: www.euro.who.int
9. Класифікація видів економічної діяльності. URL: <https://kved.biz.ua>
10. Лабораторія проблем економіки та управління в охороні здоров'я. URL: www.med122.com
11. Медичний світ: професійна газета. URL: www.medsvit.org
12. Медична інформаційна система : офіційний вебсайт компанії Мед-експерт. URL: <http://medexpert.ua/ua/medichnij->

- zaklad/31-medicnij-zaklad/pro-rynku-v-iznoho-medychnoho-turyzmu-v-ukraini
13. Медико-правовий портал. URL: <http://103-law.org.ua>
 14. Міністерство охорони здоров'я України : офіційний вебсайт. URL: <https://moz.gov.ua/>
 15. Міністерство соціальної політики України : офіційний вебсайт. URL: <https://www.msp.gov.ua/main/Pro-ministerstvo.html>
 16. Національна служба здоров'я України : офіційний вебсайт. URL: <https://nszu.gov.ua/pro-nszu>
 17. Національна академія медичних наук України. URL: www.amnu.gov.ua
 18. Охорона здоров'я. Державна служба статистики України : офіційний вебсайт. URL: http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2018/zb/06/zb_zoz_17.xls
 19. Портал нормативних актів України та Всесвітньої медичної асоціації. URL: http://search.ligazakon.ua/search/law/npa/?s=search&idView=LZ_SUITE_NPA&beginPos=1&countBlock=10&kw2=82089
 20. Український медичний часопис : медичний журнал. URL: www.umj.com.ua
 21. Українська Медична Рада. URL: <http://www.medicalcouncilukraine.org>
 22. American college of healthcare executives. URL: <https://www.ache.org/>
 23. Global Health Expenditure Database. URL: <https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>
 24. Global health security Index. URL: <https://www.ghsindex.org/about/>
 25. Guidebook on promoting good governance in public-private partnerships. United Nations Economic Commission for Europe. United Nations, 2008. URL: <https://www.unece.org/fileadmin/DAM/ceci/publications/ppp.pdf>
 26. Modern healthcare. URL: <https://www.modernhealthcare.com/vital-signs-healthcare-blog>
 27. The New England Journal of Medicine. URL: <https://www.nejm.org/about-nejm/products-and-services>
 28. Health Strategy. European Commission : official web-site. URL: <https://ec.europa.eu/health/policies/background/review/strategy>

РОЗДІЛ 2

МАРКЕТИНГ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

2.1. ОСНОВИ МАРКЕТИНГУ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

- 2.1.1. Базові засади маркетингу охорони здоров'я
 2.1.2. Ринок медичних послуг: сегментація, елементи ринку
 2.1.3. Медичний маркетинг у сучасній охороні здоров'я
Запитання для самоконтролю
Тестові запитання для самоконтролю
Ситуаційні завдання для самоконтролю

2.2. КОМПЛЕКСНЕ ВИВЧЕННЯ РИНКУ В СИСТЕМІ МАРКЕТИНГУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

- 2.2.1. Комплексне дослідження ринку
 2.2.2. Маркетингові моделі і позиціонування товару (медичної послуги)
 2.2.3. Медичне страхування та його економічні аспекти
Запитання для самоконтролю
Тестові запитання для самоконтролю
Ситуаційні завдання для самоконтролю

2.3. ОСНОВИ ЦІНОУТВОРЕННЯ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

- 2.3.1. Базові засади ціноутворення на медичні послуги
 2.3.2. Структура ціни медичної послуги
 2.3.3. Ціноутворення в охороні здоров'я на державному рівні
Запитання для самоконтролю
Тестові запитання для самоконтролю
Ситуаційні завдання для самоконтролю

2.4. СТРАТЕГІЧНИЙ МАРКЕТИНГ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я ТА ОСНОВИ СТРАТЕГІЧНОГО АНАЛІЗУ

- 2.4.1. Маркетингова стратегія у системі управління та процес її розробки
 2.4.2. Стратегічне маркетингове планування. Управління якістю
 2.4.3. Технології стратегічного аналізу та методи маркетингового бізнес-планування
Запитання для самоконтролю
Тестові запитання для самоконтролю
Індивідуальне завдання

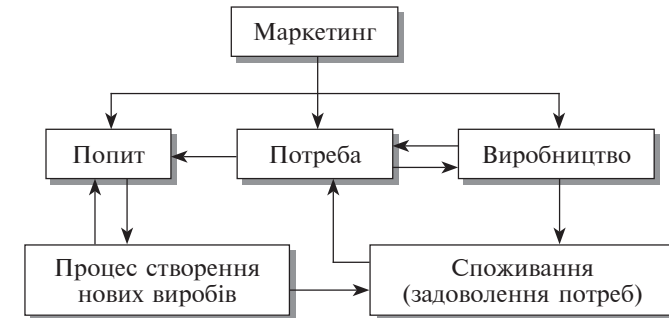
РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА ДО РОЗДІЛУ 2 «МАРКЕТИНГ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я»

ОСНОВИ МАРКЕТИНГУ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

- 2.1.1. Базові засади маркетингу охорони здоров'я.
 2.1.2. Ринок медичних послуг: сегментація, елементи ринку.
 2.1.3. Медичний маркетинг у сучасній охороні здоров'я.

2.1.1. Базові засади маркетингу охорони здоров'я

Походження терміна «маркетинг» (етимологія) багатьма вченими пов'язується зі злиттям двох англійських слів: market (ринок) і getting (захоплення). Таким чином, маркетинг – це наука про завоювання ринку. Згідно з визначенням Ф. Котлера, маркетинг – вид діяльності, спрямований на задоволення потреб споживачів через обмін. Відмінною рисою концепції маркетингу, відповідно, є орієнтація на споживача, тобто на задоволення попиту.



Основні поняття маркетингу в медицині:

- бракування;
- потреба;
- попит;
- товар/послуга;

- обмін;
- операція;
- ринок.

Етапи історичного розвитку маркетингу:

Орієнтація на виробництво – маркетинг був пасивний, все визначалося умовою виробництва. Деякий товар був практично не потрібен, багато списувалося. Виробник працював поза контактом зі споживачем.

Орієнтація на збут – продукцію потрібно було продавати, просувати на ринок.

Орієнтація на споживача – найкоротший шлях отримання прибутку, необхідно з'ясувати споживача, покупця, а потім задовольнити їх потреби. Це призводить до того, щоб ретельно дослідити ринок.

Орієнтація на суспільство – ґрунтується на інтересах окремих людей, тому компанії стали орієнтуватися на суспільство, економічні аспекти, здоров'я людей, громадську думку.

Маркетинг в медицині вирішує два основні завдання:

- орієнтація виробництва лікарських засобів і гігієни та надання медичних послуг на задоволення існуючих і потенційних потреб населення бути здоровими та самовпевненими;
- формування і стимулювання попиту на медичні послуги та засоби лікування для здоров'я людей та доброго самопочуття.

Зважаючи на основні завдання, сформульовані головні форми маркетингу:

- виробляти те, що можна продати, а не намагатися продати те, що можна виробити;
- споживач – це король, а ми – його вірні слуги, і наше завдання полягає у тому, щоб із повагою і найбільшими для споживача зручностями допомогти йому зробити свій вибір;
- хто забуває про конкурентів, того завтра забуде ринок.



Лікарські засоби є особливою категорією товару, вони впливають на найцінніше, що є у людини – його здоров'я.

Здоров'я кожного громадянина – стратегічна цінність будь-якої держави. Рівень довіри лікарю та клініці

в цілому може як спростити, так і ускладнити процес лікування. В останньому випадку говорять про ятрогенні захворювання – ті, що викликані діями чи навіть словами лікаря.

На ринку медичної діяльності діють такі групи суб'єктів:

- виробник, продавець медичних товарів і послуг – підприємство (фармацевтичне), медична установа (клініка), лікар, медичний працівник, фармацевт;
- покупець (споживач послуги) – пацієнт (здоровий або хворий);
- посередники – працедавці різних форм власності, дилерські компанії, фонди обов'язкового і добровільного медичного страхування, страхові медичні організації.

Відповідальність провайдерів медичних послуг (медичних центрів, клінік) перед пацієнтами висока, процес надання медичних послуг та безпосереднє просування таких послуг на ринку потребує дотримання певних норм та правил.

Специфічні особливості та принципи маркетингу в медицині.

Маркетинг у медицині – це система принципів, методів і заходів, що базуються на комплексному вивченні попиту споживача і цілеспрямованому формуванні пропозицій медичних послуг виробником.



Специфічні особливості маркетингу в медицині:

- 1) пріоритетність соціальної і медичної ефективності перед економічною;
- 2) асиметрія інформації у виробника і споживача стосовно споживацьких властивостей одержуваної послуги;
- 3) майже абсолютне довір'я до продавця медичних послуг;
- 4) медична послуга, яку можна легко продати, повинна бути якісною;
- 5) висока пріоритетність медичних послуг;
- 6) відсутність чіткого взаємозв'язку між витратами праці медичних працівників і кінцевим результатом.

Оскільки медичні послуги є досить специфічними та зачіпають поняття життя і здоров'я пацієнтів, реалізуючи комплекс

медичного маркетингу, **варто завжди пам'ятати про відповідальність та етичні принципи.**

Ось деякі з таких принципів медичного маркетингу:



– *профільна освіта:* управління медичним маркетингом спеціалістами без профільної медичної освіти можливе, однак у цьому разі слід залучати лікарів до контролю дій маркетолога;

– *професійна етика:* маркетолог має знати етичні норми, прийняті в медичній спільноті, і розділяти їх;

– *процес лікування:* медичний маркетинг не може бути частиною процесу надання медичної послуги; в процесі діагностики та лікування лікар не може виконувати функції маркетолога;

– *етика комунікацій:* недопустимо в процесі комунікації будь-яким чином ображати почуття пацієнтів з вадами, тими чи іншими захворюваннями, залякувати пацієнтів, змушуючи їх приймати необдумані рішення, протиставляти здорових та хворих тощо;

– *неупередженість:* медичний маркетинг повинен бути незалежним від будь-яких думок виконавців медичної послуги, виробників ліків чи медичного обладнання; він має опиратися лише на думки, прийняті в медичній спільноті;

– *інформування пацієнта:* медичний маркетинг повинен прагнути до повного інформування пацієнта про особливості процесу діагностики та лікування, про можливі ризики та ускладнення.

Основними видами маркетингу в охороні здоров'я є:

1) *маркетинг медичних та фармацевтичних послуг*, включаючи процес розробки, просування і реалізації послуг з урахуванням потреб споживачів (населення);

2) *маркетинг організацій* (створення, підтримка відносин населення з медичною установою);

3) *маркетинг окремих осіб* (створення, підтримка відносин з конкретним фахівцем: лікарем або фармацевтом);

4) *маркетинг місць* (створення, підтримка відносин населення з конкретною місцевістю, де знаходиться медична установа);

5) *маркетинг ідей* (розробка і реалізація форм і методів суспільного характеру; формування здорового способу життя, відмова від шкідливих звичок, планування сім'ї).

Здійснюючи діяльність у сфері медицини, слід враховувати обставини та фактори, що **впливають на формування потреб у медичних послугах:**

– потреби в медичних послугах залежать від статі, віку, соціальної належності, професії;

– для потреб характерні різні етапи виникнення – «народження», пік, залишковий характер. Завдання маркетолога – вчасно визначити потреби, що зростають, що забезпечить успіх на ринку надалі;

– існують потреби, що задовольняються частково, тому необхідно пропонувати нові товари та послуги, які можуть задовольнити їх повністю;

– задоволення одних потреб може спричинювати появу інших. Такі потреби є супутніми. Тому необхідно передбачити повний спектр медичних послуг і додатково пропонувати товари медичного та гігієнічного призначення.



2.1.2. Ринок медичних послуг: сегментація, елементи ринку

Ринок медичних послуг – сукупність медичних технологій, виробів, медичної техніки, методів організації медичної діяльності, фармакологічних засобів, лікарської дії і профілактики, які реалізуються в умовах конкурентної економіки.

Сегменти ринку медичних послуг:

– географічні: країни, області, міста, райони, селища, села;

– демографічні: стать, вік, розмір сім'ї;

– психографічні: приналежності до суспільного класу, способу життя;



– поведінкові змінні: залежно від їх знань, відносин, характеру реакції на послугу.

Спочатку комплекс маркетингу складався з чотирьох елементів (4P), згодом ускладнювався і, в результаті, перейшов в комплекс маркетингу 5P і 7P.

Складові маркетинг-мікс 4P: **товар, ціна, місце, просування** можуть бути використані будь-якою компанією:

– **Товар (product)** – головний елемент комплексу маркетингу.

– **Ціна (price)** розглядається з погляду підходів до ціноутворення: преїскуранти, знижки, націнка, терміни виплати, кредит, умови платежу тощо.

– **Місце (place)** або дистрибуція (розповсюдження) – це дії, які здійснює підприємство для забезпечення доставки товару цільовій групі споживачів у потрібне місце і час. Його характеризують такі категорії: канали розподілу (збуту), посередники, рівні збуту, транспортування, складський запас, розміщення, підготовка торгового персоналу та ін.

– **Просування (promotion)** – створення інформаційних взаємозв'язків підприємства зі своїм цільовим ринком (споживачами). Тут мається на увазі: зв'язок з громадськістю, реклама, виставки, персональний продаж, стимулювання збуту, PR, метод прямого продажу та ін.

Концепція **маркетинг-мікс 5P** включає ще один елемент – **люди (People)** – продавці і покупці товару (маркетинг відносин) – розробка кадрової політики компанії (підбір і навчання персоналу, орієнтованого на клієнта і цілі фірми), формування потенційних клієнтів.



У **модель 7P** додаються ще 3 елементи: **Процес, Люди і Відчутність**, які більш відповідають ринку B2B (бізнес для бізнесу) і підходять для комплексу маркетингу на ринку послуг.

Інформація, яку використовують для маркетингового дослідження, повинна бути:

- високоякісною;
- вірогідною (мінімальна помилковість);
- повною;
- точною (відповідність реальним значенням стану справ);
- актуальною (свіжа інформація, не застаріла);
- цінною і корисною (відповідність меті, ситуації на ринку).

Серед факторів, що приваблюють споживачів медичних послуг, слід виділити такі:

1. Споживач віддає перевагу якісному обслуговуванню та тому медичному закладу, який найповніше допомагає вирішити його проблеми із здоров'ям.

2. Пацієнт прагне знати якомога більше про медичний заклад і лікарів, що надають медичну допомогу. Тому слід дотримуватися «політики відчинених дверей», зокрема брати участь у виставках, конференціях, з'їздах.



3. Пацієнт віддає перевагу атмосфері доброзичливості, гарантованій якості та адресності послуг (тільки для нього).

4. У медичному закладі слід передбачити надання взаємозамінних послуг. Наприклад, якщо існує кілька різних методів лікування певного захворювання, то слід використовувати їх усі. Таким чином, лікар і пацієнт можуть у межах одного медичного закладу обрати найбільш оптимальний метод лікування.

Напрями та методи маркетингових досліджень.

Дослідники маркетингової діяльності звичайно вирішують такі завдання: вивчення характеристик ринку; виміри потенційних можливостей ринку; аналіз розподілу



часток ринку між фірмами; аналіз збуту; вивчення тенденцій ділової активності; вивчення товарів і послуг конкурентів; короткострокове прогнозування; вивчення реакції на новий товар і його потенціал; довгострокове прогнозування; вивчення політики цін.

Ці дослідження проводяться двома методами: перший метод – метод експертних оцінок; другий метод – метод соціологічних досліджень.

План маркетингу вирішує такі питання:

- Яка ситуація з наявністю послуг (товару) серед певної групи населення або на певній території?
- Який попит на даний вид послуг (товар)?
- Які виробничі і транспортні витрати на виготовлення і доставку товару (реалізацію послуг), тобто яка собівартість?
- Яка споживча вартість товару (послуг) на місцевому ринку?
- Яка купівельна спроможність населення?
- Які вигашні, кращі з боку пропонованої продукції (або послуг) у порівнянні з існуючими на ринку?
- Які є медичні, маркетингові, психологічні та рекламні умови для впливу на споживача?



Маркетинг медичних послуг враховує:

- *можливості споживача* (кількість, концентрація, платоспроможність, структура захворюваності);
- *можливості лікувальної установи* (оснащеність, стан кадрів, ліцензування послуг, озброєність новою технікою, досвід комерційної діяльності);
- *якість, рівень і доступність медичних послуг* (набір послуг, їх кількість, додаткові, бажані і обов'язкові послуги, можливість вдосконалення і оновлення послуг, їх новизна, практичний і медичний ефект та ін.);
- *конкуренцію* (кількість аналогічних послуг, їх якість і ефективність, оснащеність новітньою технікою, професійний рівень фахівців і їх авторитет в інших установах).

2.1.3. Медичний маркетинг у сучасній охороні здоров'я

Кількість людей на планеті збільшується, вони продовжують хворіти і мають нормальну потребу бути здоровими та красивими. Більшість лікується лікувальними засобами з аптеки, процвітає неусвідомлене самолікування. На цьому і будується успішність і зростання медичного та фармацевтичного бізнесу в цілому. Переважання серед населення людей похилого віку також сприяє збільшенню витрат на медицину і фармацію.

Медицина вже давно стала бізнесом. Подальше погіршення ситуації в державній медицині і невизначеність перспектив вітчизняної охорони здоров'я сприяють розвитку приватної практики. Згідно з опитуваннями, кожен третій пацієнт в Україні вибирає приватну клініку. При виборі близько 40 % спираються на рекомендації знайомих пацієнтів. Саме тому зараз найбільш конкурентною в медицині буде бізнес-модель – максимальна близькість до пацієнта при наданні якісних послуг і високого сервісу.

Найбільш активно в Україні будуть розвиватися невідкладна медицина, різні хірургічні напрямки (травматологія, трансплантологія, кардіохірургія, нейрохірургія, онкологія), пластична хірургія, генна терапія, приватні лабораторії та реабілітаційні центри.



Крім того, сьогодні розробляється величезна кількість лікарських препаратів, які більш доступні за вартістю в порівнянні з оригінальними лікувальними засобами. Вони і будуть найбільш користуватися попитом, тому що фармацевтичні компанії вкладають свої бюджети в їх просування (маркетинг).



На період 2020–2025 років в медицині очікуються проривні інновації: впровадження нанотехнологій, розробка і виробництво індивідуальних лікарських засобів і надточної апаратури, вдосконалення біотехнологій, генних матеріалів і т. д.

З урахуванням старіння населення буде зростати потенційна небезпека хвороб, що найчастіше виникають у старості. Саме тому весь медичний науковий і практичний потенціал, менеджмент і маркетинг буде спрямований на профілактику і запобігання важких наслідків захворювань серцево-судинної системи, інфарктів, інсультів, онкології. Також продовжуватиметься боротьба з невиліковними захворюваннями.



Медицина буде активно розвиватися в напрямках профілактики і пропедевтики захворювань, що виникають в процесі життєдіяльності; можливості контролювати процеси, що відбуваються в організмі, і перешкоджати їх відхиленню від норми (приклад – біосенсори); максимально враховувати індивідуальні особливості людини і сприяти впровадженню «розумних технологій» в повсякденне життя.

Основні медичні тенденції в Україні в 2020–2025 рр. такі: активне залучення інвесторів, впровадження нових технологій і реформування системи охорони здоров'я:

1) перехід від безкоштовної медицини до приватної. Лікарі зацікавлені в кількості пацієнтів і наданні їм якісних послуг, тому що від цього буде залежати дохід лікаря;

2) медицина в Україні буде все більше наближатися до міжнародних стандартів. Цьому сприятимуть постійний обмін досвідом та навчання лікарів-професіоналів, а також впровадження в практику міжнародних протоколів лікування;



Медицина буде активно розвиватися в напрямках профілактики і пропедевтики захворювань, що виникають в процесі життєдіяльності; можливості контролювати процеси, що відбуваються в організмі, і перешкоджати їх відхиленню від норми (приклад – біосенсори); максимально враховувати індивідуальні особливості людини і сприяти впровадженню «розумних технологій» в повсякденне життя.

3) будуть ще більше розвиватися приватні клініки. Інвестори з різних країн вже давно проявляють інтерес до медичного бізнесу в Україні;

4) активне впровадження ІТ-технологій. Зараз підвищується комп'ютерна грамотність лікарів – вміння користуватися комп'ютером стане одним з обов'язкових навичок медичного персоналу.



Крім цілей ефективності і справедливості, формування платного і безкоштовного секторів охорони здоров'я на основі конкуренції всередині і між собою було б значним кроком до органічної єдності ринку громадського здоров'я та його окремої структури – ринку медичних послуг.

Розвиток охорони здоров'я як соціально-економічної структури має відбуватися в гармонійній відповідності з економічним і соціальним розвитком держави.

Тому одним із видів стратегії в сучасній охороні здоров'я повинна стати стратегія соціально-етичного маркетингу, яка передбачає ведення лікувально-профілактичної діяльності, продажу товарів і послуг для окремих спеціальних груп населення (пенсіонерів, ветеранів війни та праці,

одиноких, малозабезпечених, багатодітних, осіб із соціально значимими захворюваннями та ін.). У комерційній діяльності повинна обов'язково бути передбачена програма спонсорства, безплатності, зниження цін, доброчинства, чесності, етичної спрямованості. Сприятливий імідж медичної організації створюють психологічну довіру і, в кінцевому рахунку, медичний і економічний ефект.



Запитання для самоконтролю

1. Поясніть сутність маркетингу та надайте характеристику основних понять маркетингу.
2. Назвіть етапи розвитку маркетингу.
3. Назвіть принципи та функції медичного маркетингу.
4. Охарактеризуйте особливості маркетингу і сфери медичних послуг.
5. Надайте характеристику ринку медичних послуг. Назвіть специфічні особливості медичного маркетингу.
6. Назвіть суб'єктів маркетингової діяльності у сфері охорони здоров'я.
7. Охарактеризуйте фактори, що впливають на формування потреб у медичних послугах.
8. Розкрийте сутність медичної послуги.
9. Поясніть відмінність медичної послуги від інших видів послуг.
10. Охарактеризуйте види медичних послуг.
11. Опишіть макро- і мікрорівні маркетингових досліджень.
12. Назвіть канали руху медичних послуг від медичного закладу до споживача.
13. Назвіть стадії життєвого циклу медичної послуги.
14. Надайте характеристику складових маркетингу – МІХ 4Р, 5Р, 7Р.
15. Розкрийте перспективи медичного маркетингу в умовах реформи.



Тестові запитання для самоконтролю

1. **Визначте, який із нижченаведених заходів відноситься до сфери маркетингу:**
 - А. Розрахунок собівартості продукції.
 - Б. Прогнозування обсягів попиту.
 - В. Пошук потенційних постачальників сировини і матеріалів.
 - Г. Встановлення планових обсягів виробництва і формування виробничої програми.
2. **Орієнтація підприємства на виробництво екологічно чистих товарів є ієрархічною для:**
 - А. Концепції вдосконалення товару.
 - Б. Концепції маркетингу.
 - В. Концепції соціально-етичного маркетингу.
 - Г. Концепції маркетингу взаємодії.
3. **При негативному попиті використовується:**
 - А. Стимулюючий маркетинг.
 - Б. Розвиваючий маркетинг.
 - В. Протидіючий маркетинг.
 - Г. Конверсійний маркетинг.
4. **Прагнення маркетолога завжди мати актуальну інформацію – це:**
 - А. Потреба.
 - Б. Запит.
 - В. Професійна необхідність.
 - Г. Мотивація.
5. **«Маркетингова короткозорість» є одним із недоліків:**
 - А. Концепції вдосконалення виробництва.
 - Б. Концепції вдосконалення товару.
 - В. Концепції інтенсифікації комерційних зусиль.
 - Г. Концепції маркетингу.

6. **Маркетинг як наука вперше з'явився:**
- На початку XIX ст.
 - У середині XIX ст.
 - У кінці XIX ст. – на початку XX ст.
 - У першій третині XX ст.
7. **Що є метою маркетингової діяльності у закладі охорони здоров'я?**
- Задоволення потреб споживачів.
 - Підвищення розміру прибутку.
 - Зниження собівартості продукції (медичної послуги).
 - Правильними є відповіді А та Б.
8. **Знайдіть правильний вираз:**
- Маркетинг спрямований на досягнення триєдиної мети.
 - Товар – це все, що задовольняє попит.
 - Маркетинг та концепція маркетингу – це по суті одне і те саме.
 - Нужда – специфічна форма проявлення потреби.
 - Ринок продавця – це такий ринок, на якому покупці мають більше влади і де найбільш активними «діячами ринку» змушені бути продавці.
9. **До якого з цих товарів швидше за все може бути використаний протидіючий маркетинг:**
- Послуги косметолога.
 - Коштовні ювелірні вироби.
 - Фальсифіковані лікарські засоби.
 - Авіап перевезення.
10. **Перспективні напрями розвитку медичної галузі – це:**
- Невідкладна медицина.
 - Різні хірургічні напрямки (травматологія, трансплантологія, кардіохірургія, нейрохірургія, онкологія), пластична хірургія.
 - Приватні лабораторії та реабілітаційні центри.
 - Усі варіанти правильні.

Ситуаційні завдання для самоконтролю



Ситуаційне завдання 1.

Використовуючи ієрархію потреб А. Маслоу, проаналізуйте, які потреби намагаються задовольнити виробники такої продукції:

- наручний годинник «Rolex»;
- зубна паста Colgate та ополіскувач для рота;
- йогурт «Actimel»;
- пральна машина «Ariston»;
- мобільний телефон Samsung Galaxy;
- лікарський засіб «Парацетамол»;
- відпочинок у санаторно-курортному комплексі «Шаян», профілактичне лікування за графіком, відповідно до призначень лікаря;
- нелікарський гомеопатичний засіб «Чай Тибетський»;
- відпочинок на гірськолижному курорті «Буковель».

Зверніть увагу, що кожен із товарів може бути орієнтований одночасно на декілька рівнів піраміди.

Ситуаційне завдання 2.

Складіть перелік маркетингових функцій, які мають виконуватись працівниками:

- міської лікарні;
- видавництва, що випускає навчальну літературу;
- фармацевтичного підприємства;
- автомобільної корпорації;
- туристичної фірми;
- приватної стоматологічної клініки.

Ситуаційне завдання 3.

За допомогою моделі 7Р визначте, в чому полягають особливості маркетингу послуг:

- клініки Медичний дім Odrex в Одесі;
- закладу вищої освіти Одеський медичний інститут МГУ;
- мережі аптек «Фармація».

Ситуаційне завдання 4.

Проведіть порівняльний аналіз (спільні риси і відмінності) вказаних видів маркетингу:

- споживчий і промисловий маркетинг;
- внутрішній і міжнародний маркетинг;
- маркетинг матеріальних продуктів (лікарських засобів) і маркетинг послуг (медичних).

Порівняння необхідно провести окремо для кожної із маркетингових функцій: аналіз маркетингового середовища, розробка товарної політики, розробка цінової політики, розробка політики розподілу, розробка комунікативної політики.

Ситуаційне завдання 5.

Проаналізуйте публікації електронних та друкованих ЗМІ та знайдіть приклади акцій із захисту навколишнього середовища, які були проведені українськими та закордонними підприємствами медичної галузі (лікарні, поліклініки, приватні медичні клініки, фармацевтичні підприємства, аптечні мережі) протягом останніх трьох років.

КОМПЛЕКСНЕ ВИВЧЕННЯ РИНКУ В СИСТЕМІ МАРКЕТИНГУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

- 2.2.1. Комплексне дослідження ринку.
- 2.2.2. Маркетингові моделі та позиціонування товару (медичної послуги).
- 2.2.3. Медичне страхування та його економічні аспекти.

2.2.1. Комплексне дослідження ринку

Дослідники маркетингової діяльності вирішують такі завдання:

- вивчення характеристик ринку;
- виміри потенційних можливостей ринку;
- аналіз розподілу часток ринку між фірмами;
- аналіз збуту;
- вивчення тенденцій ділової активності;
- вивчення товарів і послуг конкурентів;
- короткострокове прогнозування;
- вивчення реакції на новий товар і його потенціал;
- довгострокове прогнозування;
- вивчення політики цін.

Ці дослідження проводяться двома методами:

1. *Перший метод* – метод експертних оцінок, коли необхідна інформація виходить шляхом підбору та опитування експертів по передбачуваних питаннях.



2. *Другий метод* – метод соціологічних досліджень. Припустимо, поліклініка хоче знати, чи позитивно налаштовані до неї люди, що живуть на обслуговуваній нею території. Необхідно отримати інформацію, яка дозволила б у результаті проведеного дослідження прийняти правильне рішення.



План маркетингу вирішує такі питання:

- Яка ситуація з наявністю послуг (товару) серед певної групи населення або на певній території?
- Який попит на даний вид послуг (товар)?
- Які виробничі і транспортні витрати на виготовлення і доставку товару (реалізацію послуг), тобто яка собівартість?
- Яка споживча вартість товару (послуг) на місцевому ринку?
- Яка купівельна спроможність населення?
- Які виграшні, кращі з боку пропонованої продукції (або послуг) у порівнянні з існуючими на ринку?
- Які є медичні, маркетингові, психологічні та рекламні умови для впливу на споживача?

Окрім маркетингових досліджень одним з головних правил маркетингової діяльності є багатоканальність збуту і реалізації товару (послуг).

Наявність багатьох груп споживачів різної статі, віку, соціального положення, зацікавлених в даному виді послуг, може підтримуватися на основі *постійної психологічної дії на споживача* (реклама).

Медична послуга, як і будь-який товар, має свої *стадії життєвого циклу*, знання яких має важливе значення в маркетингу. Основними вважаються:

1. Стадія введення послуги на ринок.
2. Стадія зростання.
3. Стадія зрілості та насичення ринку.
4. Стадія занепаду потреби.



Маркетинг медичних послуг враховує:

- *можливості споживача* (кількість, концентрація, платоспроможність, структура захворюваності);
- *можливості лікувальної установи* (оснащеність, стан кадрів, ліцензування послуг, озброєність новою технікою, досвід комерційної діяльності);
- *якість, рівень і доступність медичних послуг* (набір послуг, їх кількість, додаткові, бажані і обов'язкові послуги, можливості вдосконалення і оновлення послуг, їх новизна, практичний і медичний ефект та ін.);
- *конкуренцію* (кількість аналогічних послуг, їх якість і ефективність, оснащеність новітньою технікою, професійний рівень фахівців і їх авторитет в інших установах).



2.2.2. Маркетингові моделі і позиціонування товару (медичної послуги)

На сьогодні існує декілька визнаних теоретичних моделей маркетингу послуг, творцями яких є такі визнані учені, як Л. Беррі, А. Па-Расураман, Д. Ратмел, Л. Ейгліє, Є. Лангеард, В. Зейтхамл, М. Бітнер, Ф. Котлер, Е. Гаммессон, К. Гренроос.

Маркетингові моделі допомагають зрозуміти потреби споживачів (потенційних пацієнтів), побудувати вирву продажів, виявити цільову аудиторію і перевірити (проаналізувати) стратегію.

Розглянемо найбільш ефективні маркетингові моделі та їх впровадження в практичну діяльність *приватної медичної*

клініки: RACE, 4P–7P та 4C, PESO, сходи Ханта, RFM, AIDA, SOSTAC.



1. RACE – модель планування комунікації зі споживачем. Вона складається з 4 етапів та охоплює всі точки дотику з клієнтами:

- охоплення (reach), деякі маркетологи вказують дослідження (research) – спочатку аудиторія потрапляє на рекламне оголошення;
- дія (ast) – потім заходить на ваш сайт і вивчає товари, послуги;

- конверсія (convert) – робить замовлення;
- залучення (engage) – потрапляє у вашу програму лояльності або підписується на ваші соціальні мережі.

Модель використовується при просуванні складних та дорогих послуг, які не продають «тут і зараз», наприклад, клініки пластичної хірургії, стоматологічної клініки, комплексного медичного центру.

Як застосовувати:

1. Перший крок – збільшити видимість вашого бренду, використовуючи всі канали та точки контактів.

Каналами для охоплення аудиторії можуть бути: пошуківі системи; соціальні мережі; публікації у медіа; контекстна реклама; e-mail – розсилки.

2. На наступному етапі потенційний споживач ознайомився з вашою пропозицією, порівняв з іншими та готовий зробити вибір. Він робить будь-які дії на вашому сайті, наприклад, замовляє консультацію лікаря в чаті, заповнює форму контактів.

Щоб не втратити потенційного клієнта та привести до угоди, вам потрібно запланувати **регулярну комунікацію**.

Використовуйте такі канали, як:

- сайт клініки;
- блог з провідними лікарями;

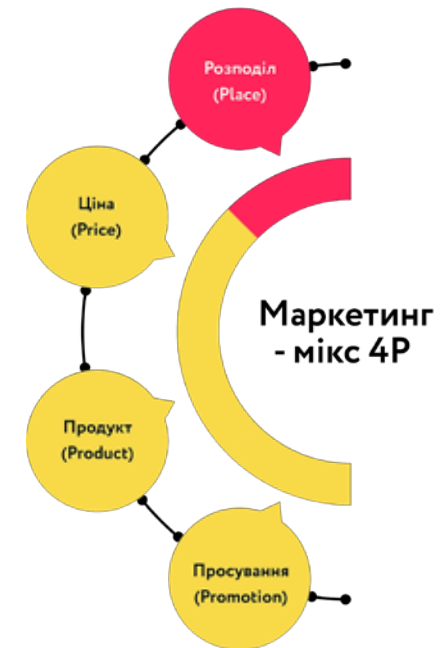
– соціальні мережі, запровадити ланцюжок розсилок або підготувати регулярні листи щодо переліку послуг медичної клініки.

3. Конверсія – етап, коли пацієнт вже скористався послугами медичної клініки, і тепер необхідно надати йому все необхідне для комфортного отримання довгострокової програми використання медичних послуг: наприклад, превентивний догляд, консультації онлайн з провідними лікарями, онлайн-вебінари з фахівцями клініки. Будьте завжди на зв'язку з пацієнтом і використовуйте **ремаркетинг**, щоб утримувати коло потенційних споживачів (пацієнтів).

4. Підтримка комунікації з пацієнтами допоможе вам підвищити їх лояльність та ймовірність повторного відвідування. Тому продовжуйте спілкуватися зі споживачами в соціальних мережах через корисний контент, створюйте спільноту вашого бренду. Наприклад, пацієнтам, які користуються послугами медичної клініки більше 1 року, слід запропонувати програму лояльності, яка передбачатиме, наприклад, додаткові безоплатні консультації з лікарем, додаткові процедури тощо.

2. 4P, 4C, 5P та 7P.

У 1953 році президент Американської асоціації маркетингу Ніл Борден написав статтю «Концепція маркетинг-міксу», в якій запропонував **12 інструментів** для просування продукту: планування продукту (новий, наступний та майбутні продукти); ціноутворення; брендинг;



канали дистрибуції; організація продажу та витрати на це; реклама; просування; упакування; сервіс; викладення (мерчандайзинг); логістика; аналітика.

У 1964 році маркетинголог Джером Маккарті запропонував модель на базі маркетингового міксу – 4P: продукт (product), ціна (price), дистрибуція (place) та просування продукту (promotion).

- **Товар (product)** – головний елемент комплексу маркетингу.
- **Ціна (price)** розглядається з погляду підходів до ціноутворення: преїскуранти, знижки, націнка, терміни виплати, кредит, умови платежу тощо.

- **Місце (place)** або дистрибуція (розповсюдження) – це дії, які здійснює підприємство для забезпечення доставки товару цільовій групі споживачів у потрібне місце і час. Його характеризують такі категорії: канали розподілу (збуту), посередники, рівні збуту, транспортування, складський запас, розміщення, підготовка торгового персоналу та ін.

- **Просування (promotion)** – створення інформаційних взаємозв'язків підприємства зі своїм цільовим ринком (споживачами). Тут мається на увазі: зв'язок з громадськістю, реклама, виставки, персональний продаж, стимулювання збуту, PR, метод прямого продажу та ін.

Концепція **маркетинг-мікс 5P** включає ще один елемент – люди (**People**) – продавці і покупці товару (маркетинг відносин) – розробка кадрової політики компанії (підбір і навчання персоналу, орієнтованого на клієнта і цілі фірми), формування потенційних клієнтів.



ним супроводом, то у неї буде багато клієнтів (споживачів).

Ця концепція орієнтувалася на виробників і працювала доти, доки вибір товарів та послуг був обмеженим. Як тільки почала

У **модель 7P** додаються ще 3 елементи: **Процес, Люди і Відчутність**, які більш відповідають ринку B2B (бізнес для бізнесу) і підходять для комплексу маркетингу на ринку послуг.

Згідно з цією моделлю, якщо компанія вироблятиме правильний товар чи послугу за правильною (відповідною) ціною і продаватиме його у правильному місці з грамотним рекламним супроводом, то у неї буде багато клієнтів (споживачів).

зростати конкуренція, завдання виробників змістилося: вони задумалися про те, як виділитися та сподобатися покупцю (споживачу).

Процес взаємодії між споживачем та брендом (process). Він відповідає питанням: «Як оптимізувати процес надання послуг (зокрема медичних) та спілкування з пацієнтами?».

Фізичні характеристики – атмосфера, середовище, у якому медичний заклад надає послугу (physical evidence). Відповідає питанням: «Як обстановка у медичному закладі може вплинути на рішення пацієнта (споживача)?».

1990 року американський професор реклами Роберт Лотерборн запропонував новий підхід – 4C, який описував просування продуктів із позиції споживача.

Модель 4C:

- customer value – споживча цінність;
- cost to the customer – витрати покупця;
- communications – обмін інформацією;
- convenience to buy – зручність при покупці.

Оскільки **фокус змістився із продукту на покупця (споживача)**, модель 4C змінила 4P – 7P.



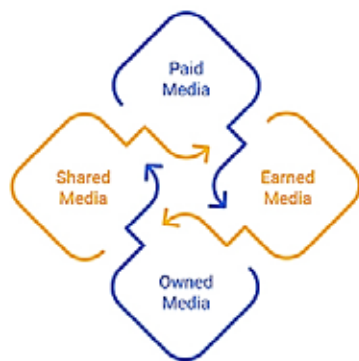
3. PESO.

Модель PESO у 2014 році запропонувала експерт з маркетингу та зв'язків із громадськістю Джині Дітріх.

1. *Paid* – канали з можливістю розмістити контент «на правах реклами». Це медіа, де можна опублікувати платні публікації про компанію: партнерські матеріали, банери на сайтах, розміщення в інфлюенсерів, нативні статті.

2. *Earned* – канали, в яких згадують бренд: коментарі експертів вашої компанії, прес-релізи, новини про ваш проєкт. Матеріал або коментар виходить у медіа безкоштовно та викликає більше довіри з боку користувачів, ніж реклама.





PESO Model:
What is the PESO Marketing Model?

3. *Shared* – канали в соціальних мережах та блогах на зовнішніх ресурсах, наприклад, на блог-платформах *Hubr.com* або *Яндекс.Дзен*. До цього напряму відноситься і контент користувача, що розповідає про ваш бренд, – відгуки покупців.

4. *Owned* – власні канали бренду: сайт компанії, корпоративний блог, e-mail – розсилки та інші майданчики, які контролює бренд. Тільки він вирішує, як виглядає контент, у якому

форматі його публікують і з якою подачею.

Модель допомагає комплексно просувати бренд та підбирати відповідну комунікацію для кожного каналу. Модель PESO часто використовують для планування в контент-маркетингу та PR.

4. Сходи Ханта.

Цю концепцію у 2010 році описав у своїй книзі «Конверсія сайту: перетворюємо відвідувачів на покупців!» маркетинголог Бен Хант. Він запропонував ранжувати потенційних клієнтів за ступенем їх поінформованості про бренд та його продукти.

1. *Стадія байдужості*. На цьому етапі ви не продаєте, а формуєте потребу. Покажіть клієнту, що існує проблема. Використовуйте контент-маркетинг.



2. *Стадія обізнаності*.

Коли клієнт усвідомив проблему, поясніть йому, що є кілька рішень: покажіть дослідження чи інфографіку зі статистикою.

3. *Стадія порівняння*.

На цьому етапі споживачі шукають рішення. Як продавець ви повинні надати вичерпний контент, який відповідає на їхні запитання. Не варто одразу продавати

свій продукт, ваша мета – допомогти потенційним клієнтам. На цьому етапі важливо продемонструвати експертність, щоб користувачі повірили у професіоналізм компанії. Оптимізуйте роботу сайту для SEO-просування, налаштовуйте контекстну та таргетовану рекламу, щоб потенційні покупці дізналися про ваш продукт.

4. *Стадія вибору* – найкращий час, щоб показати потенційному клієнту переваги вашого продукту. Найкраще на цьому етапі працюють огляди та порівняння. Споживач готовий купити товар і шукає компанію, яка вигідніше його продає. На цьому кроці ви можете розповісти йому про акції та знижки, щоб максимально мотивувати вибрати саме вас.

5. RFM-аналіз.

У 1995 році в журналі *Marketing Science* вийшла стаття «Оптимальний вибір для прямого поштового розсилання». Вважається, що вона започаткувала RFM-моделі для сегментації клієнтів.

Модель використовували американські компанії, які продають товари за каталогами. RFM-аналіз допомагав їм відсіяти клієнтів, яким безглуздо надсилати каталоги та пропонувати знижки. Це заощадило витрати на папір, друк та логістику. *Абревіатура RFM розшифровується так:*

- *recency* – час з останньою активністю клієнта, наприклад, покупки, відвідування сайту або відкриття листа;
- *frequency* – частота покупок клієнта;
- *monetary* – сума грошей, яку він витратив на товари та послуги компанії.

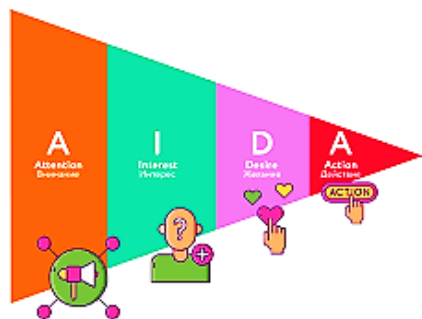
RFM-аналіз потрібен, щоб прогнозувати поведінку клієнта з урахуванням його минулих дій. Наприклад, клієнт, який купив у вас щось дороге або зробив замовлення нещодавно, більш зацікавлений у вашій рекламі, ніж інші покупці.

6. AIDA.

Модель AIDA в 1896 р. описав американський рекламний стратег Елаяс Сент-Ельмо – як формулу створення успішної реклами. Модель AIDA описує чотири етапи, які проходить споживач, перш ніж зробити покупку:



- увага (attention);
- інтерес (interest);
- бажання (desire);
- дія (action).



На кожному з 4 етапів маркетологи розставляють тригери продажів і стимулюють аудиторію просунути по вирві продажів:

1. На першому етапі потрібно домогтися уваги потенційного покупця.

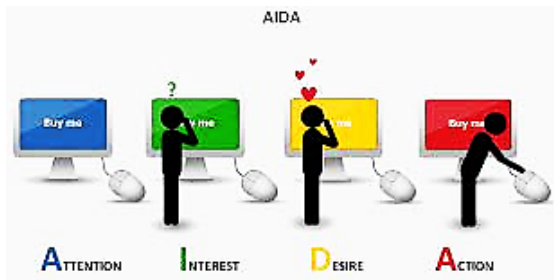
2. Потім підігріти інтерес. Опишіть переваги товару, розкажіть, як він вирішує проблеми користувачів, та покажіть відмінності від конкурентів.

3. На наступному етапі потрібно збудити бажання купити. Покажіть потенційному клієнту, як зміниться його життя, коли він придбає ваш продукт.

4. Зрештою, потрібно підштовхнути користувача до покупки. Чітко сформулюйте заклик до дії, вкажіть, що потрібно зробити споживачеві, щоб придбати товар.

4. Зрештою, потрібно підштовхнути користувача до покупки. Чітко сформулюйте заклик до дії, вкажіть, що потрібно зробити споживачеві, щоб придбати товар.

AIDA



Модель AIDA не спирається на «болі» споживачів. Реклама, зроблена з цієї моделі, мотивує купувати через позитивні емоції.

7. SOSTAC.

Модель розробив у 1990-х роках британський експерт Королівського інституту маркетингу Пол Сміт. У 2004 році він описав її у своїй книзі «Маркетингові комунікації». Ця модель ефективного планування маркетингових стратегій базується на 6 компонентах:

- situation analysis – аналіз поточної ситуації;
- objectives – ціль, до якої маємо прийти;
- strategy – стратегія, як збираємося досягти мети;
- tactics – тактика: що будемо використовувати для досягнення мети;
- action – конкретні дії, завдання та терміни;
- control – контроль, за якими показниками ми зрозуміємо, що досягли мети.



Модель SOSTAC

Модель SOSTAC використовують із розробки маркетингового плану. Вона допомагає вибрати адекватні цілі та знайти способи їх досягнення.

2.2.3. Медичне страхування та його економічні аспекти

Медичне страхування (Medical Insurance) – це форма особового страхування, що гарантує громадянам отримання медичної допомоги при настанні страхової події за рахунок нагромаджених страхових фондів.



З соціально-економічної точки зору, медичне страхування є однією з найважливіших складових національних систем охорони здоров'я. Актуальність обов'язкового медичного страхування полягає у тому, що медичне страхування є формою захисту від ризиків, що загрожують найціннішому в особистому та громадському відношенні – здоров'ю та життю людини.

Медичне страхування, як форма соціального захисту у сфері охорони здоров'я, являє собою гарантії забезпечення медичною допомогою за будь яких обставин, у тому числі у зв'язку із хворобою та нещасним випадком.

До теперішнього часу визначаються три основні види фінансування охорони здоров'я: державне, обов'язкове та добровільне медичне страхування та змішана форма.

Фінансування охорони здоров'я здійснюють зазвичай у змішаній формі. В різних країнах світу залежно від того, яка форма фінансування є домінуючою, систему охорони здоров'я називають державною (Англія, Ірландія, Італія, Шотландія), обов'язкового медичного страхування (Австрія, Бельгія, Нідерланди, Німеччина, Швеція, Японія) та змішаною (бюджетно-страховою) (США), де близько 90 % населення країни користуються послугами приватних страхових компаній.

Україна, здійснюючи ринкові трансформації в цій галузі, прагне сформувати змішану бюджетно-страхову систему фінансування охорони здоров'я. Не маючи власного досвіду змішаного фінансування охорони здоров'я, Україна переймає цей досвід у інших країн світу.

Однією з перших країн, де було запроваджено медичне страхування, вважають Німеччину (1881 р.).

- децентралізація, зміст якої полягає в тому, що в країні існує понад 1000 страхових кас: професійні, територіальні та ерзац-каси;
- обов'язковий характер медичного страхування.

Британська модель характеризується такими особливостями:

- високий рівень централізації. Обов'язковим медичним страхуванням охоплено 1/3 населення країни;

- превалювання бюджетної системи фінансування.
- сплата пацієнтами 10 % вартості лікування.

Американська модель медичного страхування характеризується такими ознаками:

- акумуляцією коштів у централізованому страховому фонді;
- розподілом коштів централізованого фонду на основі законодавчо встановленої форми розрахунків. Цією системою охоплюється понад 20 % населення;
- добровільним груповим страхуванням за місцем роботи охоплюється близько 60 % населення.

У Канади риси національної системи медичного страхування такі:

- обов'язковість медичного страхування;
- понад 90 % всіх затрат на стаціонарне та амбулаторне лікування покривається із суспільних фондів. За рахунок прогресивного оподаткування покривається 25 % всіх затрат на охорону здоров'я;

– добровільним страхуванням охоплені тільки ті медичні послуги, які не покриваються національною системою страхування.

Японська модель медичного страхування характеризується:

- наявністю двох програм обов'язкового медичного страхування: державної та суспільної;
- охопленням медичним страхуванням усіх, хто працює на підприємствах з кількістю зайнятих п'ять і більше осіб, а також членів їх сімей;
- нарахування страхових премій (внесків) зі стандартного щомісячного заробітку.

Із наведених вище моделей видно, що в дуже незначній кількості країн держава може дозволити собі взяти відповідальність щодо майже повного забезпечення медичної допомоги виключно на бюджетній основі. У більшості країн намагаються поєднувати різні системи фінансування системи охорони здоров'я. *Це пояснюється насамперед тим, що в сучасних умовах зростає обсяг загрози здоров'ю громадян:*



– глобалізаційні процеси пошвидко міграцію населення, що поширює невластиві цілим регіонам інфекційні захворювання;

– надзвичайно стрімкий темп життя, розвиток інформаційних технологій, окрім позитивних зрушень в економіці, породжують цілу низку стресових ситуацій, які негативно впливають на стан здоров'я населення;

– терористичні акти, надзвичайні техногенні аварії та ін. посилюють потребу в медичній допомозі;

– продовження тривалості життя супроводжується старінням населення, що породжує додаткові витрати на надання допомоги у зв'язку з хворобами старіння і т. ін.



Медичне страхування поділяється за формами на обов'язкове медичне страхування (ОМС) і добровільне медичне страхування (ДМС).

Обов'язкове медичне страхування реалізується через програми обов'язкового медичного обслуговування. Воно має особливе значення, оскільки воно є всеохоплюючим, всезагальним. Це надзвичайно важливо у зв'язку з тим, що будь-яка людина живе в соціумі і як жива істота має право на отримання допомоги у разі втрати здоров'я, незважаючи на те, чи може вона оплатити цю допомогу. Але в такий спосіб суспільство не може забезпечити надання допомоги у разі захворювання, лікування якого вимагає надто великих затрат; надання високо комфортних умов лікування й та ін. Саме тому систему ОМС доповнює система ДМС.

Добровільне медичне страхування є формою захисту інтересів громадян у разі втрати ними здоров'я з будь-якої причини. Воно пов'язане з компенсацією громадянами витрат, зумовлених оплатою медичної допомоги, та інших витрат, пов'язаних із підтримкою здоров'я:



– відвідуванням лікарів та амбулаторним лікуванням;

– придбанням медикаментів;

– лікуванням у стаціонарі;

– отриманням стоматологічної допомоги, зубним протезуванням;

– проведенням профілактичних та оздоровчих заходів тощо.



Договір з добровільного медичного страхування може, зокрема, передбачати:

– ширше право вибору застрахованим пацієнтом медичних установ, лікарів для обслуговування;

– поліпшення умов утримання застрахованого в стаціонарах, санаторіях, профілакторіях;

– надання спортивно-оздоровчих послуг та інших засобів профілактики;

– подовження тривалості після лікарняного патронажу та догляду за пацієнтом у домашніх умовах;

– діагностику, лікування та реабілітацію з використанням методів нетрадиційної медицини;

– розвиток системи сімейного лікаря.

Популярність ДМС в Україні рік у рік зростає, про що свідчить ріст як кількості укладених договорів, так і сум страхових платежів.

Зараз на ринку ДМС працюють близько 30 страхових компаній, середній рівень виплат становить більше 60 %. Страхових компаній, що мають різні можливості, досвід і авторитет. Кожна страхова компанія прагне принести в страховий бізнес щось своє, що вигідно вирізнятиме її серед конкурентів.

Програми, які пропонують страхові компанії з ДМС, можна поділити на чотири основні категорії:

– поліклінічне обслуговування, у тому числі аптечне;

– стаціонарне обслуговування;

– послуги невідкладної швидкої медичної допомоги;

– стоматологія.



Незважаючи на те, що медичне страхування вже перестало бути ексклюзивною послугою, поліси ДМС, як і раніше, залишаються досить дорогим задоволенням. Вартість найдешевших продуктів економ-класу становить близько 300 у. о. на людину на рік, за умови, що до нього увійде повний набір потрібних послуг: лікування в стаціонарі, невідкладна допомога, поліклінічне обслуговування і забезпечення медикаментами на всіх етапах лікування.

Проте значного поширення на вітчизняному страховому ринку воно ще не набуло, що підтверджує вітчизняна статистика, згідно з якою частка послуги добровільного медичного страхування у загальному обсязі страхового ринку складає лише 2,6 %, при загальній кількості застрахованих даним видом страхування у 2 % від загальної кількості населення, в т. ч. індивідуальних страхувальників — менше 1 %. Хоча останнім часом — в умовах кризового розвитку української економіки — на вітчизняному страховому ринку добровільне медичне страхування поступово завойовує свої позиції, поступаючись за темпами зростання хіба що автомобільному страхуванню.

Проте якість цих послуг далеко не завжди виправдовує надії. Наприклад, труднощі можуть виникнути, коли вам нагально потрібно купити ліки і ви розраховуєте на відшкодування їхньої вартості від страхової компанії. Внутрішні неузгодженості та відсутність договорів між страховими компаніями, лікарнями та аптеками не повинна впливати на інтереси споживачів страхових та медичних послуг.



Проект закону «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування» від 19.03.2013 р. № 2597 можна віднести до основних законодавчих актів, що створюють основу для розвитку охорони здоров'я; його введення справлятиме значний вплив на добробут населення і громадське здоров'я.

Із запровадженням медичного страхування в нашій країні пов'язано надто багато сподівань, тому проект цього закону викликає багато суперечок серед фахівців та медичної громадськості. Попри деякі очевидні переваги та недоліки згаданого проекту, можна сказати, що запровадження медичного страхування не виправдано затягується.

Україна на сьогодні перебуває на стадії впровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування. Згідно з проведеними економічними розрахунками ОМС дасть додатково до бюджетної частини фінансування 7,54 млрд грн у рік.

Незважаючи на помітні переваги, його введення в Україні гальмується, немає однорідного підходу до законопроекту про ОМС.



Запитання для самоконтролю



1. Назвіть задачі та методи комплексного дослідження ринку медичних послуг.
2. Наведіть план маркетингових досліджень.
3. Наведіть стадії життєвого циклу медичної послуги.
4. Охарактеризуйте та порівняйте моделі RACE та PESO.
5. Охарактеризуйте та порівняйте моделі 4P–7P та 4C.
6. Охарактеризуйте та порівняйте моделі сходинки Ханта та SOSTAC.
7. Охарактеризуйте та порівняйте моделі RFM та AIDA.
8. Охарактеризуйте та порівняйте моделі AIDA та 7P.
9. Визначте медичне страхування, його форми та економічні аспекти.
10. Порівняйте форми ОМС і ДМС та зазначте недоліки і переваги кожної форми.
11. Проаналізуйте законодавчу базу медичного страхування в Україні.
12. Визначте фінансові аспекти та переваги впровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування.



Тестові запитання для самоконтролю

- 1. Медична клініка в своїй роботі прагне до максимального задоволення потреб споживачів з одночасним підвищенням життєвого рівня всього суспільства і власного прибутку. Яку концепцію управління маркетинговою діяльністю використовує фірма?**
 - А. Удосконалення виробництва.
 - Б. Удосконалення товару.
 - В. Інтенсифікації комерційних зусиль.
 - Г. Інтегрованого маркетингу.
 - Д. Соціально-етичного маркетингу.
- 2. Поділ споживачів на групи на основі різниці у потребах, характеристиках чи поведінці і розробці для кожної з них окремого комплексу маркетингу відноситься до:**
 - А. Аналізу маркетингових можливостей медичного закладу.
 - Б. Оцінки маркетингових можливостей медичного закладу.
 - В. Сегментації медичного ринку.
 - Г. Позиціонуванню медичної послуги на ринку.
 - Д. Маркетингового контролю.
- 3. Забезпечення лікарського засобу чітко відокремленого від інших препаратів місця на ринку і у свідомості цільових споживачів відноситься до:**
 - А. Аналізу маркетингових можливостей.
 - Б. Оцінки маркетингових можливостей.
 - В. Сегментації ринку.
 - Г. Позиціонування лікарського засобу на фармацевтичному ринку.
 - Д. Маркетингового контролю.
- 4. Якому елементу комплексу маркетингу належить таке визначення «цей перелік медичних послуг медична клініка спеціально розробляє для своїх цільових споживачів»:**
 - А. Товар (product).
 - Б. Ціна (price).
 - В. Канали збуту чи розповсюдження (place).
 - Г. Методи просування або маркетингові комунікації (promotion).
 - Д. Ринок (market).
- 5. Комплекс особливостей медицини – це підхід до обґрунтування права на самовизначення теорії медичного маркетингу, який спирається на такі елементи:**
 - А. Особливість соціально-екологічна (Specificity of social and ecological).
 - Б. Особливість першочергової охорони здоров'я (Specificity of health).
 - В. Особливість ліцензування (Specificity of licensing).
 - Г. Особливість методів комунікації (Specificity of communications methods).
 - Д. Усі зазначені елементи.
- 6. Маркетингова діяльність складається з трьох основних частин: комплексне дослідження медичного ринку, розробка комплексу маркетингу та функціональне забезпечення маркетингової діяльності. В розробку комплексу медичного маркетингу не входить:**
 - А. Розробка медичної послуги.
 - Б. Ціноутворення.
 - В. Методи збуту.
 - Г. Методи просування медичних послуг (лікарських засобів).
 - Д. Створення служби маркетингу.
- 7. Лікарня хоче знати, чи позитивно налаштовані до неї люди, що живуть на обслуговуваній нею території. Необхідно отримати інформацію, яка дала б змогу в результаті прийняти правильне рішення. Це дослідження проводиться за таким методом, як:**
 - А. Метод експертних оцінок.
 - Б. Аналіз збуту.
 - В. Аналіз розподілу часток ринку між фірмами.
 - Г. Метод соціологічних досліджень.
- 8. Коротко охарактеризуйте, що має враховувати маркетинг медичних послуг при комплексному вивченні ринку.**
- 9. Маркетингові моделі допомагають зрозуміти потреби потенційних пацієнтів, побудувати вирву продажів, виявити цільову аудиторію**

і перевірити стратегію. Модель планування комунікації зі споживачем, яка складається з 4 етапів (охоплення, дія, конверсія, залучення) та охоплює всі точки дотику з клієнтами, це:

- А. Модель RACE.
- Б. Модель 4P.
- В. Модель 4C.
- Г. Модель PESO.
- Д. Модель AIDA.
- Е. Модель SOSTAC.

10. Модель на базі маркетингового міксу – 4P включає чотири елементи: продукт, ціна, дистрибуція та просування продукту. Концепція маркетингового міксу – 5P включає ще один елемент. Це:

- А. Процес.
- Б. Люди.
- В. Відчутність.
- Г. Покупці.
- Д. Продавці.



Ситуаційні завдання для самоконтролю

Ситуаційне завдання 1.

Розробіть маркетингову стратегію та бренд приватної медичної клініки за моделлю RACE.

Використовуйте канали: сайт клініки; блог з провідними лікарями; соціальні мережі; запровадити ланцюжок розсилок або підготувати регулярні листи щодо переліку послуг медичної клініки.

Ситуаційне завдання 2.

Розробіть маркетингову стратегію та бренд приватної медичної клініки за моделлю 7P.

Опишіть та оптимізуйте процес надання послуг (зокрема медичних) та спілкування з пацієнтами. Фізичні характеристики – атмосфера, середовище, у якому медичний заклад надає послугу (physical evidence).

Ситуаційне завдання 3.

Розробіть маркетингову стратегію та бренд приватної медичної клініки за моделлю PESO:

- визначте вашу цільову аудиторію та поділіть її на групи – за віком, інтересами, уподобаннями по соціальних мережах;
- виберіть видання, які читає аудиторія, підготуйте цікавий контент та опублікуйте у цих виданнях;
- поширте посилання на матеріали, що вийшли в соціальних мережах, і налаштуйте таргетовану рекламу на цільову аудиторію.

Ситуаційне завдання 4.

Розробіть маркетингову стратегію та бренд приватної медичної клініки за моделлю Сходи ХАНТА (за прикладом).

Потенційний клієнт офтальмологічної клініки не замислювався у тому, що псується зір, і вважав, що це природний процес у його віці. Якось він натрапив на статтю, в якій пояснили, що можна остаточно втратити зір, якщо вчасно не звернутися до лікаря. Після читання матеріалу клієнт вирішив терміново записатися до офтальмолога.

Так він перейшов на етап «обізнаність», на якому шукав більше інформації про свою проблему, – порадився із друзями та відвідав лікаря. Офтальмолог запропонував два можливі рішення: купити окуляри або зробити лазерну корекцію.

Клієнт перейшов у стадію порівняння, почав вивчати плюси та мінуси кожного з рішень. І в результаті вибрав лазерну корекцію.

Потім йому потрібно було визначитись, до якої клініки звернутись. Клієнт з'ясував, що цю операцію робить кілька клінік, в одній – дорого, друга не працює на сайті, про третю майже немає відгуків.

У процесі пошуку потенційний клієнт побачив сайт клініки, яка веде свій блог, розповідає про проблеми зору та руйнує міфи, пов'язані з операціями. Клієнт згадав, що вже читав матеріали із цього сайту. Він переглянув відгуки, ціни та зробив вибір.

На останній стадії сходів Ханта пацієнт сховався на консультацію до клініки та записався на операцію.

Ситуаційне завдання 5.

Розробіть маркетингову стратегію та бренд приватної медичної клініки за моделлю RFM-аналіз (за прикладом).

Менеджер приватної медичної клініки вирішив сегментувати пацієнтів, щоб робити їм персональні пропозиції, збільшувати кількість звернень до клініки. Він поділив базу клієнтів на 15 сегментів

за показниками: давність звернення до лікаря, частота звернень, оплачена сума медичних послуг.

Ситуаційне завдання 6.

Розробіть маркетингову стратегію та бренд приватної медичної клініки за моделлю AIDA.

Ситуаційне завдання 7.

Розробіть маркетингову стратегію та бренд приватної медичної клініки за моделлю SOSTAC.

Як застосувати модель:

1. Проаналізуйте поточну ситуацію у маркетингу:
 - запитайте себе: як ви позиціонуєте компанію, як продаєте;
 - проведіть рекламний аудит;
 - проаналізуйте поточну ситуацію: ринок, конкурентів та аудиторію;
 - виявіть свої сильні та слабкі сторони.
2. Сформулюйте цілі. Як правило, цілі бізнесу – отримання прибутку, просування нового продукту, розвиток бренду.
3. Розбийте цілі на завдання:
 - визначте основні цільові ринки;
 - знайдіть вашу відмінну перевагу;
 - сформулюйте позиціонування товару;
 - складіть цілі для маркетингу.
4. Виберіть інструменти. Наприклад, якщо ви просуваєте бренд в інтернеті, інструментами стануть контекстна реклама, реклама в соціальних мережах та SEO-просування. Вкажіть ключові показники ефективності кожної тактики.
5. Опишіть, що має бути зроблено для реалізації плану:
 - складіть графік заходів;
 - призначте відповідальних;
 - виділіть бюджет на реалізацію плану.
6. Перевірте KPI. Наприклад, можна оцінити витрати на рекламу за вартістю залучення клієнта або за коефіцієнтом повернення інвестицій.

Ситуаційне завдання 8.

Щоб почати застосовувати модель 4С, дайте відповідь на ці блоки питань.

1. Хто ваш клієнт:
 - що є конкурентною перевагою вашого продукту?
 - хто цільові клієнти компанії?

- у чому їхні потреби та бажання?
2. За яку ціну користувач готовий купити продукт (медичну послугу):
 - яку ціну ви встановлюєте для залучення споживача?
 - чи проводилися дослідження, щоб довести адекватність цієї суми?
 - чи доступна ця ціна вашим пацієнтам?
 - чи вигідна вона медичній клініці? Чи покриває витрати?
 - що ще, крім ціни, мотивує пацієнта користуватися послугами саме цього медичного закладу?
 3. Яким чином налаштовані ваші комунікації:
 - чи є у вас стратегія спілкування з пацієнтами?
 - чи вибудовано медіастратегію просування товару (медичної послуги)?
 - чи є зв'язок між комунікаціями з клієнтами та продажами?
 4. Чи зручно потенційному пацієнту користуватися послугами клініки:
 - з якими складнощами може зіткнутися потенційний пацієнт?
 - чи є плани щодо вирішення цих проблем?
 - ваш сайт чи інтернет-канали прості, доступні та інтуїтивно зрозумілі для користувачів? чи є мобільна версія?
 - чи зрозумілі користувачам умови замовлення, оплати та гарантування якості медичних послуг, що надаються?
 - скільки каналів забезпечують отримання медичної послуги?
 - чи ефективно працює реклама і стратегія бренду?

Приклад: менеджер приватної клініки, що працює по 4С-моделі, зацікавлений у вибудовуванні довгострокових відносин з пацієнтами. Для цього він може вести блог, вибудовувати ком'юніті у соціальних мережах. Така компанія спілкуватиметься зі споживачем у кількох каналах – там, де зручно клієнту.

ОСНОВИ ЦІНОУТВОРЕННЯ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

- 2.3.1. Базові засади ціноутворення на медичні послуги.
- 2.3.2. Структура ціни медичної послуги.
- 2.3.3. Ціноутворення в охороні здоров'я на державному рівні.

2.3.1. Базові засади ціноутворення на медичні послуги

На процес ціноутворення істотно впливає позиція медичного закладу на ринку медичних послуг, ті цілі, які медичний заклад бажає досягти у діяльності.

Цілі сучасного медичного закладу:

- створення спроможної системи громадського здоров'я та забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя населення;
- кращі медичні послуги і краще здоров'я громадян за рахунок безперервних, безпечних, якісних даних, сучасних технологій і знань та зручних цифрових сервісів, які відповідають потребам пацієнтів, надавачів послуг та управлінців;
- надання медичних послуг та здійснення фармацевтичної діяльності кваліфікованими фахівцями, які навчаються протягом всієї професійної кар'єри;
- забезпечення доступності, раціонального призначення та застосування безпечних, ефективних та якісних лікарських засобів і медичних виробів лікарями, провізорами та пацієнтами.

Якщо медична установа займає стабільне положення на ринку медичних послуг, має хорошу репутацію, то її метою може бути максимізація прибутку для забезпечення якісного рівня



надання медичних послуг та здійснення фармацевтичної діяльності. У цьому випадку потрібно оцінити витрати і величину попиту в залежності від рівня цін і вибрати таку ціну, яка забезпечує максимальний прибуток. Цей процес називається плануванням та бюджетуванням фінансових потоків у медичних закладах.



Якщо медична установа має на меті завоювати лідерські позиції на ринку за показником частки ринку, то її цінова політика повинна бути спрямована на зниження цін, щоб привернути до себе більше пацієнтів.

Якщо медична установа бажає стати лідером на ринку за показником якості медичних послуг, потрібно встановити високу ціну, щоб покрити витрати високої якості послуг.

Всі медичні послуги, які надаються лікувальною установою, відповідно до їх складності і обсягів можна розділити на дві групи:

1. *Прості медичні послуги.* До простих медичних послуг відносяться такі, що є нерозривною медичною технологією і надаються в певному місці за обмежений проміжок часу. Прикладом простої послуги може бути: консультація лікаря-фахівця, виконання ЕКГ, аналіз крові.

2. *Складні (комплексні) медичні послуги.* До складної послуги можна віднести профілактичне обстеження для видачі довідки про стан здоров'я водіям транспортного засобу. В цьому випадку пацієнт повинен бути оглянутий декількома фахівцями, кожне з цих обстежень може розглядатися як проста послуга.

У свою чергу кожна проста послуга складається з декількох процедур.

Наприклад, така проста послуга, як консультація лікаря, включає процедуру звернення в реєстратуру, прийом оплати, видачу направлення до лікаря, огляд лікарем пацієнта, заповнення амбулаторної картки, видачу довідок. Для визначення вартості простої послуги її слід розділити на окремі процедури, визначити вартість кожної процедури і додати одержані результати. У свою чергу для визначення вартості складної



(комплексної) послуги слід визначити і потім додати вартість простих послуг, які входять в її склад. Час, який витрачається на послугу в цілому або на окремі процедури, визначається згідно з чинними нормативами часу, а якщо такі нормативи відсутні, то на підставі хронометражу, який проводиться відповідною комісією.

Загальне поняття про послугу, як економічного виду діяльності, розроблено Українським науково-дослідним інститутом Міністерства статистики України та дано в Державному класифікаторі України «Класифікація видів економічної діяльності» (КВЕД), який затверджено Наказом Держстандарту України від 22.10.1996 р. за № 441 і введено в дію з 01.01.1997 р. Для опису економічної діяльності КВЕД побудовано таким чином, що виділені об'єкти охоплюють всі або майже всі види діяльності, які здійснюються в будь-якій галузі господарства. У відповідному розділі *КВЕД «Охорона здоров'я і соціальна допомога»* вперше документально виділена *медична послуга* як окремий вид економічної діяльності в галузі охорони здоров'я.

Згідно з даними робіт деяких вчених, медична практика включає:

- консультаційні послуги та лікування, що надається лікарями всіх спеціальностей в лікувальних установах (амбулаторіях) і в умовах приватної практики;
- діагностичні послуги;
- проведення аналізів;
- послуги приватних консультантів;
- послуги швидкої та невідкладної медичної допомоги;
- послуги санаторно-курортних організацій;
- послуги інших лікувальних установ для відновлення здоров'я людини.

Там же зазначається, що медичні послуги можуть бути короткостроковими та довгостроковими.



Світова практика доводить, що, крім прямої оплати самим хворим послуг лікарів (*direct payment*), до форм фінансування можна віднести відшкодування їх страховими компаніями за рахунок платежів роботодавців і працівників (*payroll taxation*) або бюджетний перерозподіл податків на користь медицини (*general taxation*).

З огляду на викладене *медичні послуги можна класифікувати за такими класифікаційними ознаками*, які наведені у табл. 2.1.

Таблиця 2.1

Класифікаційні ознаки медичної послуги

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

Медична послуга як товар ринку різко відрізняється від якого-небудь іншого товару або послуги і характеризується низкою власних ознак:

- не існує до початку виробництва;
- трудомістка і не має чіткої вартості до закінчення виконання;
- не матеріальна;
- важко піддається розрахунку;



- персоналізована;
- інтелектуально залежить від виробника послуги;
- якість послуги мінлива навіть при виконанні її одним і тим самим лікарем;
- інформація про послугу будується до отримання самої послуги та є суб'єктивною і залежить від особливостей споживача та ін.

Ринкові відносини виражають певну економічну відособленість виробників і споживачів продуктів і послуг. За своїм змістом вони включають широкий набір різних елементів. Сфера охоплення ринковими відносинами тих чи інших сторін життєдіяльності суспільства не є постійною величиною. Ринковий механізм є процесом, за допомогою якого продавці та покупці взаємодіють, щоб визначити ціну і кількість вироблених благ, отже, попит, пропозиція і ціна є його елементами.

Ціна медичної послуги: внутрішні та зовнішні чинники впливу.

Ціна – це грошовий вираз вартості, ринковий параметр, що характеризує економічні відносини між продавцями і покупцями з приводу купівлі-продажу товарів і послуг.

Ціна виконує такі основні функції: інформаційну, стимулювальну, регулювальну, розподільну.

Ціни на медичні послуги в Україні регулюються чинним законодавством, у тому числі Постановою Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1075. Цією Постановою затверджено Методику розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування.

Система цін – це сукупність видів цін, взаємодія яких забезпечує ефективне функціонування ринкової економіки.



Види цін на медичні послуги:

- **бюджетні оцінки:** для фінансування цільових бюджетних програм медичної допомоги;
- **контрактні ціни:** включають типові фактичні витрати, а також прибуток (15–25 % собівартості), використовуються у разі надання медичних послуг населенню на комерційній основі;
- **договірні ціни:** затверджуються прямими договорами між медичними закладами і замовниками послуг;

– **тарифи:** широко застосовуються в системі медичного страхування;

– **вільні ціни:** формуються під впливом законів попиту і пропозиції.

Ціноутворення – це процес формування цін, визначення їх рівня і пошуку їх оптимального поєднання.

За допомогою ціноутворення вирішуються такі завдання:

- розширення ринку збуту послуг охорони здоров'я;
- збільшення прибутку;
- забезпечення балансу попиту і пропозиції, обсягу грошей і обсягу медичних послуг;
- створення умов оптимальної пропорційності споживання і накопичення.

Механізм формування цін – це процес аналізу економічної ситуації і розробки на цій основі цінової політики, що забезпечує досягнення поставлених цілей.

Він включає в себе такі основні елементи:

– **Визначення мети:** стимулювання виробництва послуг охорони здоров'я, забезпечення збуту, максимізація прибутку, утримання ринку, вихід на ринок, забезпечення перспективного розвитку медичного закладу та ін.

– **Оцінка ринкової кон'юнктури і витрат**, а саме:

- оцінка з боку попиту: корисність послуги, можливість її заміни, платоспроможність і психологія споживача;
- оцінка з точки зору пропозиції: види ринків, поведінка конкурента, прогноз можливої зміни цін;
- оцінка з точки зору витрат: досліджуються постійні та змінні витрати, валові витрати, швидкість зміни витрат, масштаб виробництва послуг.

Система регулювання цін є сукупністю регуляторів, що впливають на рух цін і забезпечують на цій основі сприятливі умови для ефективного функціонування ринкової системи. **Вона містить такі елементи:**

– **Саморегулювання** – являє собою механізм



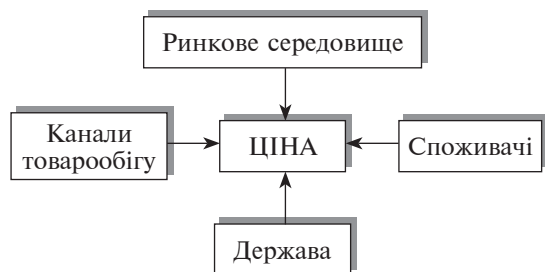
вільного руху ринкових параметрів (насамперед попиту і пропозиції).

– *Корпоративне регулювання* або регулювання на рівні організацій включає угоди про розподіл ринків і рівень цін.

– *Державне регулювання* включає цінове право, спостереження за цінами, непряме регулювання (маневрування податками, емісія грошей тощо), пряме регулювання (фіксовані ціни, зниження цін тощо), антимонопольне законодавство (заборона змови про ціни та ін.).

Ціни на медичні послуги, які пропонуються медичною установою, визначаються низкою зовнішніх і внутрішніх чинників.

До зовнішніх чинників належать:



- регулювальна роль держави на ціни і ціноутворення;
- характеристика медичних послуг і платоспроможність населення;
- рівноважний рівень конкурентних цін, який склався на ринку медичних послуг;
- характеристика ринку даного виду медичних послуг.

До внутрішніх чинників, які визначають ціну, належать:

- пріоритети цілей, які ставить перед собою медична установа;
- рівень постійних і змінних виробничих витрат медичної установи.

2.3.2. Структура ціни медичної послуги

Рівень прямих та непрямих витрат визначає мінімальну ціну, нижче якої виробництво послуг буде збитковим. Для визначення мінімальної ціни слід скласти кошторис усіх витрат згідно з технологією надання медичної послуги. Отримана сума визначає собівартість медичної послуги. Щоб отримати кінцеву ціну, до собівартості медичної послуги додають величину прибутку, суми податків і обов'язкових відрахувань до цільових фондів.

Постійні витрати — це витрати, абсолютна величина яких із збільшенням (зменшенням) обсягу надання послуг чи робіт (випуску продукції) істотно не змінюється. До постійних витрат медичної установи зазвичай відносять витрати, пов'язані з обслуговуванням і управлінням медичним закладом в цілому та його відділень зокрема, а також витрати на забезпечення господарських потреб установи (адміністративні витрати, витрати на рекламу, маркетинг, зв'язок, відрядження, оренду).

До змінних витрат відносять витрати, абсолютна величина яких зростає із збільшенням обсягу надання послуг чи робіт (випуску продукції) і зменшується з його зниженням. До змінних витрат медичного закладу відносять витрати на лікарські засоби, засоби по догляду за хворими, перев'язувальні матеріали, малоцінні швидкозношувальні предмети (МШП),



виробничу енергію, обладнання, кошти на оплату праці медичного персоналу, зайнятого в наданні послуги (з відрахуваннями на соціальні заходи), а також інші витрати.

Зважаючи на все сказане, можна показати структуру ціни:

$$\text{Ціна медичної послуги} = \\ = \text{Витрати (прямі + непрямі)} + \text{Прибуток} + \text{Податки}$$

Метод покрокового розподілу витрат «зверху донизу» (рис. 2.1) передбачає проведення економічних розрахунків, результатом яких є розподіл усіх витрат закладу охорони здоров'я (як прямих, так і непрямих) – від адміністративних та допоміжних підрозділів (центрів витрат) до основних клінічних відділень (центрів витрат), для яких розраховується кінцева середня вартість одиниці медичної послуги (виписаний пацієнт, ліжко-день у стаціонарному відділенні лікарні, амбулаторне відвідування тощо) на основі критеріїв розподілу витрат, перелік та порядок застосування яких визначаються МОЗ України.

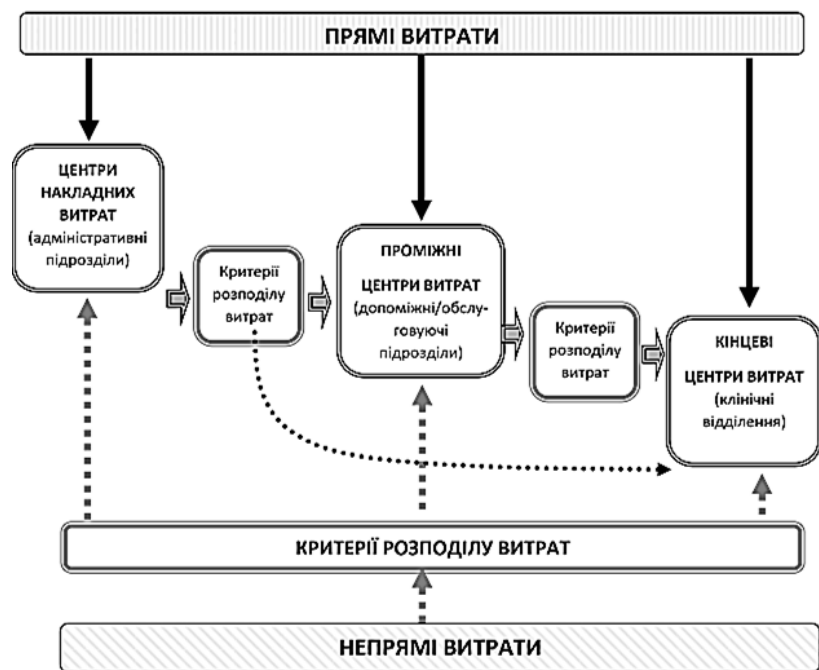


Рис. 2.1. Схема покрокового розподілу витрат «зверху донизу»

Технічна реалізація процесу аналізу витрат може бути проведена з використанням стандартних продуктів MS Office, таких як Excel, або за допомогою спеціально розробленого програмного забезпечення. При цьому має бути забезпечена сумісність отриманих результатів із системами, які підтримують формування баз даних з інформацією про виписаних пацієнтів (статистична форма 066/о «Карта хворого, який вибув із стаціонару», затверджена наказом МОЗ). Для забезпечення цієї відповідності внутрішні коди відділень, які використовуються під час заповнення статистичної форми 066/о, повинні збігатися з внутрішніми кодами відділень, які використовуються в автоматизованих системах аналізу витрат. Під час заповнення статистичної форми 066/о слід забезпечити кодування всіх діагнозів відповідно до Міжнародної статистичної класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10) та випадків хірургічної активності із застосуванням затвердженого МОЗ галузевого класифікатора медичних процедур (послуг) та хірургічних операцій.

Прямі витрати – це витрати, які можуть бути віднесені безпосередньо до певного об'єкта витрат економічно можливим шляхом. До прямих витрат відносяться витрати, пов'язані з наданням окремого виду послуг або наданням конкретного типу робіт (прямі матеріальні витрати, прямі витрати на оплату праці і т. п.), які можуть бути безпосередньо включені до собівартості даної послуги або роботи.

Непрямі витрати – це витрати, які не можуть бути віднесені безпосередньо до певного об'єкта витрат економічно можливим шляхом. До непрямих витрат відносять витрати, пов'язані з наданням декількох видів послуг або наданням декількох типів робіт (загальновиробничі витрати), які включаються в собівартість послуги або роботи за допомогою спеціальних методів. Непрямі витрати формують комплексні статті калькуляції (тобто складаються з витрат, які включають декілька елементів).

Сума прибутку недержавних медичних установ визначається самостійно, а для державних визначається місцевими органами влади (обласними адміністраціями), згідно



з Наказом Кабінету Міністрів України норма прибутку не повинна перевищувати 30 %.

Сума податку на додану вартість (ПДВ) закладається в ціну послуги із ставки чинного законодавства. Якщо, згідно із чинним законодавством, медична установа має пільги по сплаті ПДВ, то податок в ціні послуги не враховується.



Прямі витрати медичного закладу.

До прямих відносяться витрати, пов'язані з виконанням послуг одного виду, які безпосередньо включаються у валові витрати. Прямі витрати можна розрахувати безпосередньо. Розрахунок прямих витрат проводиться згідно з маршрутною

картою (схемою) надання кожної послуги.

Для забезпечення необхідного рівня стандартизації та точності розрахунків до обов'язкового переліку прямих витрат відносять:

- витрати на заробітну плату та пов'язані з нею нарахування;
- витрати на лікарські засоби;
- витрати на технічне забезпечення та обслуговування (поточний ремонт) високовартісного обладнання;
- комунальні витрати за можливості прямого віднесення.

Витрати на виплату основної заробітної плати медперсоналу, який безпосередньо виконує медичну послугу, визначаються посадовими окладами, надбавками, доплатами у розмірах, встановлених чинним законодавством (рис. 2.2).

Заробітна плата медичних працівників, безпосередньо зайнятих наданням послуги, включається до валових витрат з огляду на кваліфікацію медичного персоналу, який виконує послугу, і затверджених норм часу.

До складу додаткової заробітної плати входять премії. Премія встановлюється за інтенсивність роботи, за виконання і збільшення обсягів виконуваних робіт по госпрозрахунковій діяльності. Максимальний, граничний розмір премії у відсотках до посадового окладу визначається адміністрацією і затверджується наказом по медичній установі. Премія визначається на підставі калькуляції працівникам, які безпосередньо надають

медичні послуги, за підсумками госпрозрахункової діяльності за поточний місяць.



Рис. 2.2. Розрахунок витрат на основну заробітну плату медперсоналу здійснюється залежно від кваліфікації, категорії

Резерв на оплату відпусток основного медичного персоналу може становити до 10 % від основної заробітної плати. Сума основної, додаткової заробітної плати та резерву відпусток основного персоналу складає фонд оплати праці основного персоналу. Дана видаткова стаття є базовою для розрахунку прямих витрат.

Непрямі загальновиробничі витрати медичного закладу.

До непрямих виробничих витрат відносяться витрати, які пов'язані із забезпеченням управління виробництвом і створенням умов для надання медичних послуг в цілому.

При калькуляції виділяються такі статті непрямих загальновиробничих витрат:

- доплата завідувачу відділенням і старшій медсестрі за організацію роботи;
- амортизація приміщення;
- придбання твердого інвентарю довгострокового користування;
- придбання м'якого інвентарю;
- витрати на рекламу;
- інші витрати (придбання однорідних малоцінних предметів медичного і господарського призначення і т. д.).

Для обчислення коефіцієнтів непрямих витрат на один кв. метр площі приміщення слід мати довідку про основні витрати медичної установи за поточний рік (табл. 2.2).

Після розрахунку прямих і непрямих витрат визначається прибуток на підставі заданого рівня рентабельності від величини валових витрат (наприклад, 20 %) та інші відрахування

до різноманітних державних цільових фондів, якщо вони передбачаються до сплати у залежності від специфіки діяльності медичного закладу (наприклад, Збір за спеціальне використання водних живих ресурсів, Збір за спеціальне використання лісових ресурсів, Плата за використання інших природних ресурсів та ін.).

Таблиця 2.2

Довідка про основні витрати медичної установи за поточний рік

№	Найменування витрат	Сума витрат
1.	Вартість споруди медичного закладу (грн)	...
2.	Площа споруди (кв. м)	...
3.	Площа приміщення для надання медичних послуг (кв. м)	...
4.	Комунальні та інші витрати: тепло- і водопостачання, електроенергія, зв'язок, вивезення сміття, обслуговування ліфтів (грн)	...
5.	Фонд заробітної плати основного медперсоналу (лікарі, медсестри, фельдшери, санітарки, лаборанти і т. п.) (грн)	...
6.	Фонд заробітної плати завідувачам відділень (грн)	...
7.	Фонд доплати старшим медичним сестрам (грн)	...
8.	Фонд заробітної плати адміністративного та господарського персоналу (грн)	...

Так само в ціну послуги включається величина ПДВ (20 %).

	Прямі	Непрямі
Змінні	- сировина, матеріали, комплектувальні - енергія та технологічні потреби - комісійні торговельних агентів - транспортні видатки - витрати на рекламу конкретного виду продукції	- енергія для обладнання допоміжного виробництва
Постійні	- амортизація обладнання для виробництва продукції - зарплатня основного виробничого персоналу (незмінна складова)	- зарплатня адміністративно – управлінського персоналу - енергія на освітлення та опалення приміщень - амортизація допоміжного обладнання - витрати на рекламу підприємства загалом

2.3.3. Ціноутворення в охороні здоров'я на державному рівні

У статті 49 Конституції України закріплене право кожного громадянина на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування, причому в частині третій цієї статті встановлено, що в державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно.

Обсяг медичної допомоги, який гарантується державою кожному громадянину, повинен забезпечуватися бюджетними засобами і коштами обов'язкового медичного страхування. Для реалізації права на отримання безоплатної, вільно доступної медичної допомоги необхідне затвердження на державному рівні державних стандартів якості медичної допомоги, а також нормативне оформлення порядку ціноутворення та взаєморозрахунків державних і регіональних органів охорони здоров'я та фондів обов'язкового медичного страхування.

Необхідний рівень медичної допомоги регулюється Законами України: «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» № 2168-VIII від 19.10.2017 р., «Про лікарські засоби» № 124/96-ВР від 04.04.1996 р.

Система регулювання економічних відносин складається з підсистем бюджетного, кредитного, митного, податкового, фінансово-валютного й цінового регулювання.

Цінова політика держави – це діяльність центральних і місцевих органів виконавчої влади, спрямована на досягнення трьох основних цілей:

- послідовного проведення цінової лібералізації;
- державного регулювання цін (тарифів) на окремі види товарів (послуг);
- здійснення контролю за їх дотриманням.

Ціна медичної послуги виступає як один з регуляторів ринку медичних послуг. *Ціна медичної послуги* – це та сума грошей, за яку пацієнт (покупець) може купити, а лікар (медичний заклад) готовий продати певну медичну послугу.



Основою для визначення вартості медичної послуги є розрахунок валових витрат згідно із Законом України «Про ціни і ціноутворення» від 21 червня 2012 року № 5007-VI.

Рівень цін на медичні послуги визначається Постановою Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1075 «Про затвердження Методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування».

Одним із основних завдань, що стоять перед державою на ринку медичних послуг, є формування регуляторної політики щодо ціноутворення.

Державне регулювання ціноутворення – це спостереження і контроль за цінами, пряме (фіксовані ціни, зниження цін та ін.) і непряме (маневрування податками, емісія грошей та ін.) регулювання із застосуванням антимонопольного законодавства.

Закон України «Про ціни та ціноутворення» визначає, що державне регулювання цін і тарифів здійснюється шляхом:

– установаження обов'язкових для застосування суб'єктами господарювання: фіксованих цін; граничних цін; граничних рівнів торговельної надбавки (націнки) та постачальницько-збутової надбавки (постачальницької винагороди); граничних нормативів рентабельності; розміру постачальницької винагороди; розміру доплат, знижок (знижувальних коефіцієнтів);

– запровадження процедури декларування зміни ціни та/або реєстрації ціни.



В цілому ціноутворення – це встановлення ціни, процес вибору остаточної ціни залежно від собівартості продукції, цін конкурентів, співвідношення попиту та пропозиції й інших факторів

Державне регулювання процесу ціноутворення може здійснюватися за трьома основними напрямками, які відповідно орієнтовані на обмеження зростання цін внаслідок таких дій:

– фіксації рівня цін або використання адекватних обмежувальних нормативів;

– встановлення податкових або інших платежів, які спричинюють вилучення більшої частини прибутків у надавача та споживача продукції й послуг;

– державної підтримки цін, доходів підприємств з використанням субсидій і дотацій.

Методи державного регулювання цін поділяються на методи прямого й непрямого регулювання.

До методів прямого регулювання належать такі: адміністративне встановлення цін; «заморожування» цін; встановлення граничного значення рівня цін; регламентація рівня рентабельності; встановлення нормативів для визначення цін; декларування цін тощо.

До методів непрямого регулювання належать такі: оподаткування; регулювання грошового обігу; оплата праці; кредитна політика; регулювання державних витрат; встановлення норм амортизації та ін.

Аналізуючи досвід розвинутих країн світу, треба зазначити, що в жодній країні не існує повної свободи у формуванні цін. Державне регулювання ціноутворення проявляється в тій чи іншій формі у кожній з них. Ступінь його прояву залежить від стану економічного розвитку країни, інтенсивності монопольних процесів, рівня монополізації та конкуренції, питомої ваги державного сектора та інших факторів. Формування цін на послуги здійснюється на основі тих самих методів, що й на товари. В основному застосовуються методи ціноутворення на основі витрат і нинішнього рівня цін.

Ринок послуг у сфері охорони здоров'я є здебільшого локальним. Це пов'язано з тим, що попит і пропозиція в цій сфері нерозривні, а подекуди спостерігається природна монополія. Високе суспільне значення медичних послуг часто спричинює неефективність ринкових механізмів регулювання, а отже,



Национальная служба
здоров'я України

й потребу в застосуванні пільг і дотацій надавачам послуг, субсидій – їх споживачам, а також застосування сегментації ринку для певних категорій споживачів.

Різноманітність медичних закладів, що надають медичні послуги, і їх оснащення спричинюють *потребу індивідуального* (для кожної послуги в певному медичному закладі) *розрахунку собівартості й ціни послуги* з наступним її затвердженням у відділі цін облдержадміністрацій чи їхніх територіальних уповноважених органів. Зрозуміло, що у цьому випадку медичні заклади несуть повну відповідальність за впорядкування розрахунку собівартості послуги й ціни.



На ринку медичних послуг можуть використовуватися такі види цін:

- монопольні (встановлюються надавачем послуг);
- номінальні з урахуванням собівартості й мінімальної прибутковості;
- оптові (для підприємств, організацій, які на договірних умовах зі знижкою здійснюють медичне обслуговування своїх працівників);
- роздрібні із врахуванням допустимих націнок і вигоди лікувально-профілактичних закладів (надавача послуг);
- ринкові (дорівнюють роздрібним, визначаються групою суб'єктів, що виробляє послуги з урахуванням підвищеного попиту на послугу);
- ковзаючі ціни (встановлюються із врахуванням різних умов);
- тверді ціни (визначаються державою, асоціаціями споживачів, договорами).

Ціни на медичні послуги можуть розраховуватися по-різному:

- на одиницю послуги, яка споживається (оплата здійснення певного аналізу чи проведення рентгенографії тощо);
- інтегральна (сума цін за різні види робіт, необхідних для надання певної послуги, наприклад, стоматологічні послуги);
- комплексна (сума взаємодоповнюваних послуг, наприклад, ціна лікування у стаціонарному відділенні, ціна проходження тематичного медогляду);

– абонементна без обмеження обсягу (ціна за користування послугою протягом певного проміжку часу, наприклад, обстеження в окуліста);

– абонементна з обмеженням в обсязі (абонемент на фізіотерапевтичні процедури з ціною за певну кількість відвідувань).

Контроль за дотриманням законодавства щодо державної цінової політики провадить Держпродспоживслужба України. У ході планових перевірок формування закупівельних цін на лікарські засоби, які були придбані повністю або частково за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів, якщо виявляється, що реалізація лікарських засобів здійснена з застосуванням завищених постачальницько-збутових надбавок від 10 % до 30 %, які перевищують встановлений законодавством граничний рівень на 10 %, застосовуються штрафні санкції.



Запитання для самоконтролю



1. Назвіть цілі процесу ціноутворення сучасного медичного закладу.
2. Назвіть етапи стратегії ціноутворення.
3. Надайте класифікацію медичних послуг.
4. Назвіть послуги, які включає медична практика відповідно до КВЕД «Охорона здоров'я і соціальна допомога».
5. Охарактеризуйте класифікаційні ознаки медичної послуги за видами, місцем надання, складністю, часом, кількістю учасників, характером економічних відносин.
6. Назвіть внутрішні та зовнішні чинники впливу на ціну медичної послуги.
7. Назвіть основні законодавчі, нормативні акти щодо регулювання цін на медичні послуги.

8. Назвіть види цін на медичні послуги.
9. Опишіть основні задачі ціноутворення в медицині.
10. Поясніть схему покрокового розподілу витрат «зверху донизу» за визначенням Міністерства охорони здоров'я України.
11. Охарактеризуйте структуру ціни медичної послуги.
12. Назвіть статті прямих витрат в структурі ціни медичної послуги.
13. Назвіть статті непрямих витрат в структурі ціни медичної послуги.
14. Опишіть розрахунок витрат на основну заробітну плату медперсоналу залежно від кваліфікації.
15. Охарактеризуйте функції, методи, законодавчу базу державного регулювання ціноутворення в охороні здоров'я.



Тестові запитання для самоконтролю

1. **Ціни на медичні послуги, на які впливають закони попиту і пропозиції, закон конкуренції та грошовий обіг, називаються:**
 - А. Державні ціни на платні медичні послуги населенню (прейскурантні ціни).
 - Б. Бюджетні розцінки.
 - В. Договірні ціни на медичні та супутні їм послуги на замовлення організацій та підприємств.
 - Г. Вільні ціни на платні медичні послуги.
 - Д. Тарифи на медичні послуги з обов'язкового медичного страхування.
2. **Ціни на медичні послуги, які пропонуються медичною установою в умовах ринкової економіки, визначаються низкою зовнішніх і внутрішніх чинників. До зовнішніх чинників належать:**
 - А. Характеристика медичних послуг і платоспроможність населення.
 - Б. Рівноважний рівень конкурентних цін, який склався на ринку медичних послуг.
 - В. Рівень постійних і змінних витрат (затрат) медичної установи.
 - Г. Характеристика ринку даного виду медичних послуг.

- Д. Пріоритети цілей, які ставить перед собою медична установа.
- Е. Регульовальна роль держави на ціни і ціноутворення.

3. **Щоб визначити мінімальну ціну на медичні послуги, нижче якої надання цих послуг буде збитковим, необхідно в першу чергу визначити:**
 - А. Рівень постійних і змінних витрат (затрат) медичної установи.
 - Б. Розмір необоротних і оборотних коштів медичної установи.
 - В. Обсяг власного, залученого та позикового капіталу медичної установи.
 - Г. Розмір цін конкурентів на ринку медичних послуг.
4. **Важливим фактором збільшення рентабельності (прибутковості) медичного закладу є зменшення витрат, що включаються в собівартість медичної послуги. Якими витратами можна реально варіювати, щоб досягти цієї мети:**
 - А. Податками, зборами та іншими обов'язковими платежами, передбаченими законодавством.
 - Б. Прямими валовими витратами.
 - В. Непрямими (загальнопромисловими та загальногосподарськими) витратами.
 - Г. Фондом оплати праці основного медичного персоналу.
5. **У структурі ціни медичної послуги які статті калькуляції відносяться до прямих валових витрат ЛПУ:**
 - А. Відрахування на соціальне і пенсійне страхування.
 - Б. Придбання твердого інвентарю довгострокового користування та м'якого інвентарю.
 - В. Витрати на рекламу.
 - Г. Амортизація медичного та іншого основного устаткування.
 - Д. Оплата праці працівників апарату управління медичного закладу.
 - Е. Забезпечення правил техніки безпеки праці, санітарно-гігієнічних норм та інших спеціальних норм.
 - Ж. Забезпечення працівників спеціальним одягом та взуттям.
 - З. Витрати на пожежну і сторожову охорону.
 - І. Оплата праці основного медичного персоналу.
 - К. Витрати на медикаменти і перев'язувальні матеріали.
 - Л. Витрати на службові відрядження.

6. У структурі ціни медичної послуги які статті калькуляції відносяться до непрямих загальногосподарських витрат ЛПУ:
- Відрахування на соціальне і пенсійне страхування.
 - Придбання твердого інвентарю довгострокового користування та м'якого інвентарю.
 - Витрати на рекламу.
 - Амортизація медичного та іншого основного устаткування.
 - Оплата праці працівників апарату управління медичного закладу.
 - Забезпечення правил техніки безпеки праці, санітарно-гігієнічних норм та інших спеціальних норм.
 - Забезпечення працівників спеціальним одягом та взуттям.
3. Витрати на пожежну і сторожову охорону.
- Оплата праці основного медичного персоналу.
 - Витрати на медикаменти і перев'язувальні матеріали.
 - Витрати на службові відрядження.
7. Коротко охарактеризуйте основні напрямки державного регулювання процесу ціноутворення в охороні здоров'я, які орієнтовані на обмеження зростання цін.
8. Структуру ціни медичної послуги можна представити у вигляді послідовного калькулювання статей витрат. Назвіть запропоновані статті в необхідній послідовності:
- непрямі загальногосподарські витрати;
 - прямі валові витрати;
 - непрямі загальновиробничі витрати;
 - податок на додану вартість;
 - прибуток.
9. Витрати, пов'язані з обслуговуванням і управлінням медичним закладом в цілому та його відділень зокрема, а також витрати на забезпечення господарських потреб установи (адміністративні витрати, витрати на рекламу, маркетинг, зв'язок, відрядження, оренду), відносяться до:
- Постійних витрат.
 - Змінних витрат.
 - Прямих витрат.
 - Непрямих витрат.
 - Не розподілених витрат.

10. Витрати на лікарські засоби, засоби по догляду за хворими, перев'язувальні матеріали, малоцінні швидкозношувальні предмети, виробничу енергію, обладнання, кошти на оплату праці медичного персоналу, зайнятого в наданні послуги (з відрахуваннями на соціальні заходи), відносяться до:
- Постійних витрат.
 - Змінних витрат.
 - Прямих витрат.
 - Непрямих витрат.
 - Не розподілених витрат.



Ситуаційні завдання для самоконтролю

Ситуаційне завдання 1.

Надайте розгорнуті відповіді на запитання. Обґрунтуйте свою думку.

- Як ви вважаєте, в чому полягає особливість розрахунку собівартості медичної послуги?
- Яким, на ваш погляд, має бути сучасне інформаційне забезпечення маркетингової діяльності у сфері охорони здоров'я?

Задача.

Фірма надала медичні послуги 1000 особам. Вартість однієї послуги – 20 грн. Собівартість однієї послуги – 5 грн. Визначити прибуток медичної клініки.

Задача.

Визначити ціну товару. Собівартість товару – 10 грн. Надбавка – 30 %. Податок – 18 %.

Ситуаційне завдання 2.

Надайте розгорнуті відповіді на запитання. Обґрунтуйте свою думку.

- Як ви вважаєте, які методи державного регулювання цін на медичні послуги є найбільш ефективними: методи прямого чи непрямого регулювання?
- Як ви вважаєте, чи існує сьогодні конкуренція у сфері надання медичних послуг в державному секторі охорони здоров'я?

Задача.

Визначити, що краще: їздити на консультацію в обласну лікарню за 100 км чи оплачувати виїзд лікаря-консультанта до місцеперебування хворого (класифікуйте та визначте відповідні витрати).

Задача.

Оптова фармацевтична фірма закуповує лікарський засіб за ціною 195 грн за упаковку і реалізує в кількості 1700 упаковок цього препарату щотижнево за ціною 235 грн за упаковку. Маркетинговий відділ за результатами дослідження ринку рекомендує знизити на один тиждень ціну на 5 %. Розрахувати, скільки упаковок препарату потрібно реалізувати фірмі, щоб зберегти свій дохід на попередньому рівні.

Ситуаційне завдання 3.

Надайте розгорнуті відповіді на питання. Обґрунтуйте свою думку.

1. Як відбувається ціноутворення на медичні послуги, фармацевтичні препарати та засоби медичного призначення.

2. Охарактеризуйте цінову політику приватних медичних клінік.

Задача.

Обґрунтувати концепції медичного маркетингу, застосовані підприємствами-виробниками в наведених нижче ситуаціях:

– фармацевтична фірма FTUYR на 10 % зменшила собівартість виробництва широко розповсюджених галунових препаратів, що уможливило зниження відпускних цін на них;

– фармацевтична фірма Latru, що реалізовувала лікарські засоби за річними угодами через 10 місцевих і регіональних оптових фармацевтичних підприємств, утворила з національним оптовим посередником, збутові структурні підрозділи якого охоплюють усі регіони країни, договірне об'єднання з метою постійної координації господарської діяльності.

Задача.

Чистий прибуток послуги медичної приватної клініки – 2000 грн. Обсяг продажу – 16 000 грн. Сума капіталовкладень – 140 100 грн.

Визначити норму прибутку на вкладений капітал.

Ситуаційне завдання 4.

Вартість однойменної медичної послуги або лікування хворого для кожної лікарні окрема. Це вимушує використовувати планування витрат на медичні послуги для різних ЛПУ самостійно. Визначити вартість 1 ліжка-дня в терапевтичному відділенні на підставі статистичних даних лікарні.

Опорна статистика завдання така:

Умовні показники для розрахунку вартості одного ліжка-дня

Найменування показників	Відділення стаціонару		
	терапевтичне		
	витрати за місяць, тис. грн	кількість ліжка/днів в місяць	витрати на 1 л/д
1. Заробітна плата основного медичного персоналу, в т. ч. відрахування	5180	1200	?
2. Заробітна плата працівників апарату управління медичного закладу, в т. ч. відрахування	1280	1200	?
3. Витрати на медикаменти і перев'язувальні матеріали (по сформованій нормі)	2400	1200	?
4. Витрати на твердий інвентар довгострокового користування (по сформованій нормі)	3100	1200	?
5. Витрати на м'який інвентар (по сформованій нормі)	180	1200	?
6. Витрати на харчування хворих (по сформованій нормі)	650	1200	?
7. Амортизація приміщення, в якому надаються медичні послуги (за прийнятною нормою амортизації)	10 500	1200	?
Разом	?	1200	?

Завдання:

Знаючи вартість 1 ліжка-дня, визначити вартість лікування одного хворого в стаціонарі по середніх термінах лікування. Середня тривалість перебування хворого на ліжку розраховується як відношення числа проведених хворими ліжка-днів до числа вибулих хворих. Цей показник розраховується за нозологічними формами. Наприклад, орієнтовний норматив тривалості перебування на терапевтичній ліжку – 12–14 днів.

Валові витрати ЛПУ складаються з прямих і непрямих витрат. Визначте суми прямих витрат, непрямих загальнопромислових витрат, непрямих загальногосподарських витрат. Зробіть висновки про роль розподілу непрямих витрат для ціноутворення.

СТРАТЕГІЧНИЙ МАРКЕТИНГ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я ТА ОСНОВИ СТРАТЕГІЧНОГО АНАЛІЗУ

- 2.4.1. Маркетингова стратегія у системі управління та процес її розробки.
- 2.4.2. Стратегічне маркетингове планування. Управління якістю.
- 2.4.3. Технології стратегічного аналізу та методи маркетингового бізнес-планування.

2.4.1. Маркетингова стратегія у системі управління та процес її розробки

Заклади охорони здоров'я — це складна соціально-екологічна система, що має матеріальні, фінансові та трудові ресурси для задоволення потреб у медичних послугах. Сукупність можливостей лікувально-профілактичних закладів державної та приватної форми власності складають потенціал ринку медичних послуг.



В умовах ринкової економіки у процесі управління необхідно досягти не тільки медичної та соціальної, а й економічної ефективності шляхом порівняння прибутків з витратами, отримати зиск.

Стратегія — це загальна концепція (програма дій) того, як досягати цілей (**результату**) організації, вирішувати різні проблеми та розподіляти необхідні для цього **обмежені ресурси**.

За формою стратегія — це програма щодо реалізації управлінських та маркетингових заходів, яка може мати вигляд графіків,

таблиць, описів тощо. За змістом — це модель дій, інструмент для досягнення цілей організації. Головним завданням розробки стратегії є досягнення конкурентних переваг і рентабельності медичної клініки. Існує сім видів стратегій, головна серед них — генеральна — відображає засоби виконання поставлених завдань.

Методи та підходи стратегічного маркетингу та менеджменту такі:

1. Генетичний підхід (порівнювальний аналіз) — моделювання майбутнього на основі знань про події у минулому.

2. Нормативний підхід — безпосереднє бачення майбутнього, зважаючи на реальні умови.

3. Екстраполяція — перенесення на майбутнє тенденцій розвитку об'єкта управління, що існували в минулому.

4. «Мозкова атака».

5. Аналіз тимчасових рядів.

6. Розробка сценаріїв на випадок непередбачених обставин.

7. Метод експертних оцінок, заснований на думках спеціалістів у відповідних галузях та їх зіставленні.

8. Математичне моделювання — виявлення причинно-наслідкових зв'язків у об'єкті управління.



Результат стратегічного маркетингу — це цілеспрямований вплив на об'єкт управління, зважаючи на загальну концепцію поглядів організації на цілі та вибір методів їх досягнення у майбутньому в умовах невизначеності.

На основі отримання системи якісних показників формують три види прогнозу:

- 1) оптимістичний;
- 2) реалістичний;
- 3) песимістичний.

Незалежно від виду прогнозу його структура передбачає певний курс дій, правила та норми поведінки і процедуру виконання. Із декількох моделей обирають оптимальну для даного прогнозу, наприклад:



- модель № 1 – контрольований розумовий процес, що знаходить своє вираження у системі планів;
- модель № 2 – інтуїтивний процес, здійснюваний керівником на основі розуміння логіки даної діяльності та знання ситуації;
- модель № 3 – емпіричний процес навчання на основі досвіду.

Реалізацію стратегії медичних закладів охорони здоров'я спрямовано на виконання трьох взаємозв'язаних завдань:

1. Визначення пріоритетності завдань, відносна значимість яких відповідала б тій стратегії, яку буде реалізовувати організація. Це стосується проблем використання ресурсів, формування організаційних відносин, створення допоміжних систем і т. ін.
2. Встановлення відповідності між обраною стратегією та внутрішньоорганізаційними процесами в ЛПЗ для того, щоб зорієнтувати діяльність організації на здійснення стратегії. Відповідність встановлюють за такими характеристиками: – структура організації; – система мотивації та стимулювання; – норми та правила поведінки; – кваліфікація працівників і менеджерів тощо.



3. Вибір відповідного до здійснюваної стратегії стилю лідерства та підходу до управління організацією.

Стратегічні плани можуть бути:

- генеральними;
- функціональними;
- економічними.

Успішне виконання стратегічного плану передбачає застосування не тільки загальних, а й приватних методів управління та маркетингу, якими є: видання наказів, планових завдань; проведення оперативних нарад, зборів; організаційне регламентування та нормування; економічне стимулювання тощо.

2.4.2. Стратегічне маркетингове планування. Управління якістю

Стратегічний маркетинговий план – це бізнес-документ, що складається з метою опису реальних позицій компанії на ринку на період, який він охоплює, визначає її ринкові цілі та інструменти для їх досягнення.

Для того, щоб скласти маркетинговий план, попередньо у вас мають бути готові: опис послуг і продуктів компанії, ваша цільова аудиторія, цінова політика та аналіз конкурентного середовища.

Маркетинговий план для клініки – це зазвичай не один документ, а декілька. Мінімальний «пакунок» для складання маркетинг-плану має включати:



1. **Карту каналів залучення пацієнтів із переліком всіх інструментів**, які ви плануєте використовувати в цьому році, очікуваною конверсією та відповідальними особами. Крім цього, для кожного каналу має бути створений тактичний план, який фіксує конкретні активності та їх строки.

2. **Бюджет на рік.** Якщо клініка тільки відкривається, зазвичай планують закладати на маркетингові витрати 15–20 % прибутку. Для клінік, які давно вийшли на ринок, із розвитком бренду цей відсоток поступово зменшується і складає 2,5–10 %.

3. **План продажів.** За статистикою, лише 15–20 % бізнесів складають плани продажів. Проте це саме той інструмент, який виступає додатковою мотивацією, аналітичним базисом та основою для розуміння своїх можливостей, а також – компасом під



час кризи. План продажів базується на розрахунках і конкретних даних. Це цілком обґрунтовані цифри, що характеризують дохід, прибуток та інші фінансові показники. Для розрахунку є спеціальні методики,

що дають змогу зробити документ максимально адекватним і наближеним до реальності.

4. План просування клініки.

Це той інструмент, який буде вашим «голосом». Він структурує ваші комунікації, визначаючи:

- що (меседжі);
- кому (цільові аудиторії);
- де (платформи та події);
- і як (інструменти та бюджети)

ви розповідаєте про свою послугу.

Стратегічне маркетингове планування базується на вивченні норм охорони здоров'я та нормативів.



Норми охорони здоров'я – це оптимальні науково обґрунтовані кількісні **показники ринку** (стану довкілля) (гігієнічні норми, санітарно-епідеміологічні норми обсягу робіт із запобіжного та поточного санітарного нагляду) та діяльності медичних установ (норми потреби населення у різних видах медичної допомоги: кількість відвідувань на 1 жителя за рік, відсоток госпіталізованих хворих тощо). Це можуть бути й показники навантаження медичного персоналу (кількість санацій, відвідувань на 1 лікаря) і норми використання медикаментів та перев'язувальних засобів.

Нормативи охорони здоров'я – це розрахункові показники забезпечення **потреб ринку** медичних послуг матеріально-кадровими **ресурсами**. Вони характеризують сукупність засобів охорони здоров'я, необхідних для задоволення норм потреби.

Нормативи є показниками плану охорони здоров'я, за якими оцінюють забезпеченість населення медичною допомогою. До основних нормативних документів охорони здоров'я належать:

- нормативи організації лікувально-профілактичного обслуговування населення за дільничним принципом (кількість населення на одну дільницю);
- штатні нормативи медичного персоналу в різних медичних закладах;
- нормативи організації діяльності різних закладів охорони здоров'я;
- нормативи середньорічного ступеня зайнятості ліжка в окремих профілях, нормативи середньої тривалості перебування хворого на ліжку в окремих відділеннях;
- нормативи фінансування (на охорону здоров'я на 1 жителя, витрат на медикаменти та перев'язувальні засоби, на харчування та ін.);
- нормативи показників результативності окремих спеціалістів та відділів;
- стандарти акредитації ЛПЗ;
- стандарти якості медичних послуг.

Якість – це точне (відповідно до стандарту) виконання різних видів медичного втручання, які вважають безпечними, фінансово доступними у даному суспільстві та здатними позитивно вплинути на рівень смертності, захворюваності та нераціонального харчування (Всесвітня організація охорони здоров'я, 1988).

Параметри, за якими оцінюють **якість медичної допомоги**, наведено далі (табл. 2.3).

Найчастіше у світовій практиці застосовують медико-технологічні стандарти процесу (обстеження, консультування, лікування) та результату. Такі стандарти розробляють для окремих клініко-статистичних груп (КСГ) відповідно до кожного із захворювань, що належать до певної групи. Оцінюють виконання стандарту медичних послуг як за допомогою якісних характеристик (відмінно, добре, задовільно, незадовільно), так і за допомогою кількісних (визначення у відсотках рівня якості обстеження та лікування відносно запланованого).



Таблиця 2.3

Параметри якості медичного обслуговування

№	Параметр	Зміст
1	Доступність	Чи можуть пацієнти одержати потрібне їм медичне обслуговування?
2	Безпека	Чи є цей медичний заклад безпечним (наприклад, пожежна безпека, бомбосховище тощо)?
3	Відповідність	Чи обраний метод лікування був правильним для конкретного хворого?
4	Технічна якість	Чи професійно були надані обрані медичні послуги?
5	Медична ефективність	Чи лікування пацієнта дало будь-які позитивні результати?
6	Удоволення пацієнтів	Чи залишився пацієнт задоволеним від наданих йому послуг?

У світовій практиці існують такі шляхи застосування стандартів:

- ліцензування лікарів і медичних сестер (обов'язкове);
- сертифікація лікаря радою, членами якої є його колеги (добровільна);
- ліцензування стаціонарних медичних закладів і поліклінік (обов'язкове);
- акредитація стаціонарних медичних закладів і поліклінік (добровільна);
- розробка та впровадження методичних вказівок з лікувальної практики (добровільні);
- складання протоколів з лікарської практики (необов'язкове);
- розробка та впровадження робочих нормативів, внутрішніх інструкцій (добровільні);
- визначення цілей і завдань самовдосконалення роботи (добровільне).

КСГ – це формалізована сукупність випадків подібних захворювань, які мають у середньому приблизно однакову тривалість, а відповідно і вартість лікування, разом із стандартами якості, що забезпечують необхідний для пацієнта перелік лікувально-профілактичних заходів і очікуваний від їх застосування результат (табл. 2.4). В умовах страхової медицини ці групи служать основою для визначення фіксованих тарифів на медичні послуги.

Таблиця 2.4

Клініко-статистична група

№ КСГ	Тривалість лікування (днів)	Назва захворювання	Стандарт			
			обстеження		лікування	результат
			лабораторно-діагностичне	консультативне		
1	7	Флегмона дна ротової порожнини	Загальний аналіз крові, сечі, посів на чутливість мікрофлори	Хірург	Хірургічне втручання, антисептики, антибіотики, сульфаніаміди, імуномодулятори	Відсутність гнійного ексудату, загоєння

Під стандартом розуміють мінімальний рівень вимог до медичної послуги, показників і параметрів стану здоров'я пацієнта на момент закінчення курсу лікування.

Види стандартів якості медичного обслуговування:

1. Структурні (забезпечують доступність і безпеку кваліфікованої медичної допомоги). До них належать нормативи забезпечення населення медичними кадрами, нормативи організації мережі ЛПЗ та їх структури, обладнання, фінансування і т. п.

2. Процесу (забезпечують відповідний рівень і технічну якість медичної допомоги). Це медико-технологічні стандарти, які містять перелік необхідних медичних маніпуляцій (діагностика, консультування, лікування, профілактичні втручання) в окремих випадках обслуговування пацієнтів.

3. Результату (забезпечують медичну ефективність і задоволення потреб пацієнтів).



2.4.3. Технології стратегічного аналізу та методи маркетингового бізнес-планування

Стратегічне управління маркетингом – це вплив на рівень, час і характер попиту таким чином, щоб допомагати організації досягнути цілей. Завдання маркетингу залежить від стану попиту, який може бути негативним, відсутнім, таким, що падає, нерегулярним, повноцінним, надмірним, нерациональним.

Наприклад, у суспільстві негативний попит на щеплення, стоматологічні процедури тощо. Завдання стратегічного маркетингу проаналізувати, чому ринок негативно ставиться до певного товару чи послуги та чи можуть технології стратегічного маркетингу змінити таке ставлення шляхом: удосконалення товару (медичної послуги), зниження цін, рекламної кампанії, агресивного таргету тощо.

Невід'ємним елементом стратегічного маркетингу є бізнес-план медичного закладу чи окремого бізнес-процесу, тобто відповідне техніко-економічне обґрунтування діяльності та перспектив розвитку закладу охорони здоров'я. Мета розробки бізнес-плану – організувати медично-господарську діяльність організації на найближчий і віддалений періоди відповідно до потреб ринку та можливостей отримання необхідних ресурсів.



Розробка бізнес-плану надає такі переваги:

- визначення перспективи медичного закладу, більш чіткого та конкретного визначення цілей, шляхів їх досягнення, координації зусиль;
- наочна демонстрація обов'язків та рівня відповідальності усіх співробітників медичного закладу, а також функціональних взаємозв'язків між ними;
- аналіз та розрахунки необхідних показників економічної діяльності медичного закладу.

Види стратегічного маркетингу:

- випереджальний аналіз ринку;
- на основі передбачення змін;
- вирішення стратегічних завдань.

Мета – прогноз майбутньої ситуації та забезпечення на цій основі виживання закладу у перспективі. Підвищення **швидкості адаптації** медичного закладу до ринкової кон'юнктури. Визначення показників діяльності медичного закладу, необхідних для послідовного контролю.

Основні завдання бізнес-плану:

- 1) визначення напрямку діяльності (місії, мети) медичного закладу, цільових ринків і місця своєї організації на них;
- 2) формулювання довгострокової та короткострокової цілей та завдань;
- 3) оцінювання матеріального та фінансового положення медичного закладу, відповідності ресурсів поставленим цілям.



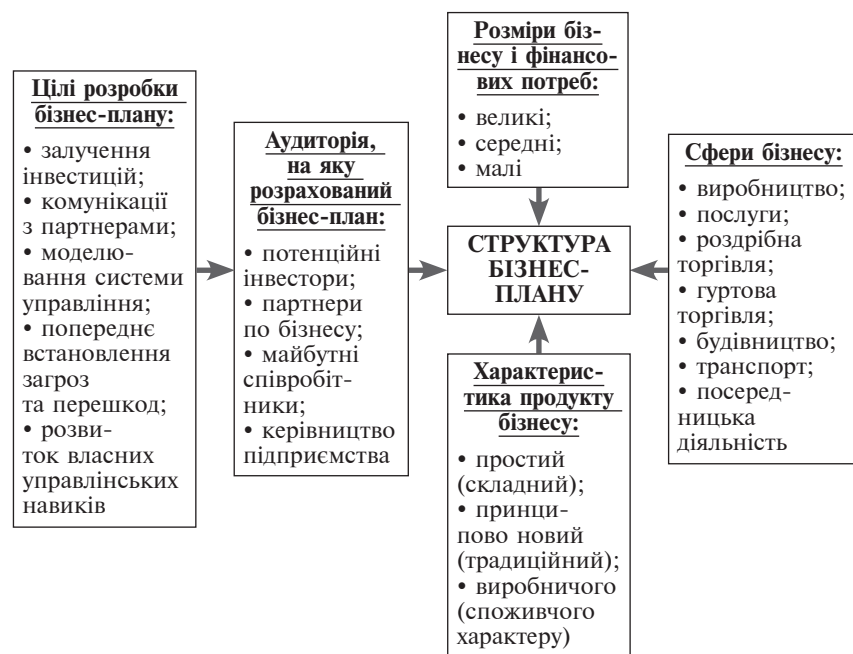
До завдань бізнес-планування також належать:

- визначення стратегії та тактики досягнення довгострокових і короткострокових цілей медичного закладу;
- делегування повноважень співробітникам, відповідальним за реалізацію кожної стратегії;
- установлення переліку медичних послуг, що надаватимуть споживачам, проведення оцінки витрат з надання медичної допомоги;

– організація стимулювання та мотивації праці медичних працівників;

– визначення маркетингових заходів медичного закладу з вивчення ринку, реклами, стимулювання продажів, збуту тощо.

Існує багато різних моделей розробки бізнес-планів, кожна з яких має свої переваги та недоліки. Але для організації діяльності більшості медичних закладів пріоритетними напрямками розробки бізнес-планів є визначення ємкості ринку, доцільності надаваних послуг, сумарності витрат і прибутку, виявлення помилок, оцінка можливих витрат для реалізації медичних послуг (функціонально-вартісний аналіз).



Під час розробки бізнес-плану медичного закладу необхідно враховувати:

1) специфіку ринкової економіки, економічні закони (попиту та пропозиції, конкуренції, вартості, середнього прибутку тощо);

2) застосування маркетингу для дослідження проблем і умов просування різних видів лікувально-профілактичних і оздоровчих послуг до споживачів;

3) економічну та фінансову доцільність майбутніх інвестицій у розвиток об'єкта охорони здоров'я.

Бізнес-план – це документ перспективний, складати його рекомендують на 3–5 років наперед.

Для першого та другого року основні показники рекомендують давати поквартально (помісячно), з третього року – щорічно.

Розробка бізнес-плану має чотири етапи:

I – формулювання місії, цілей, завдань, форми отриманих результатів;

II – планування; використовують методи (аналітичний, балансовий, нормативний, економіко-математичний, статистичний, програмно-цільовий), види нормативів (часу, праці, матеріальних затрат, штатів; організації закладів охорони здоров'я; амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги тощо), показники планів (санітарно-статистичні, техніко-економічні, організаційно-економічні, фінансові); планують основні статті кошторису;



III – складання письмового бізнес-плану за такою структурою:

1) можливості медичного закладу (резюме);

2) види медичних послуг (товарів);

3) ринки збуту послуг (товарів);

4) конкуренція на ринках збуту;

5) план маркетингу;

6) план виробництва;

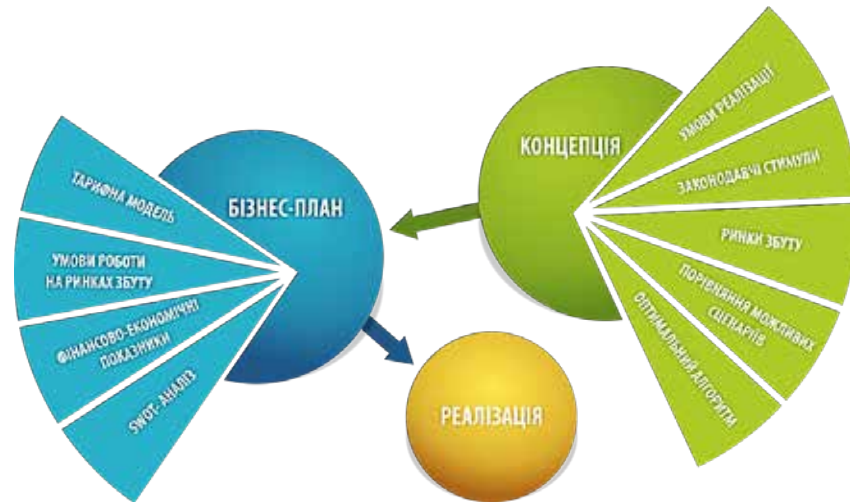
7) організаційний план;

8) правове забезпечення діяльності організації;

9) оцінка ризиків і страхування від них;

10) фінансовий план;

IV – оцінка бізнес-плану, його критичний аналіз, доробка та переробка.



Економічна частина бізнес-планування передбачає визначення показників грошового потоку у часі. Для цього визначаються теперішня та майбутня вартість грошей (інвестицій) у проект.



Інвестиції – це всі види майнових та інтелектуальних цінностей, які вкладають в об'єкти підприємницької та інших видів діяльності, в результаті чого створюється прибуток, дохід (фінансовий або соціальний) або досягається соціальний ефект. Інвестиції являють собою довгострокові або короткострокові **вкладення**.

Концепція вартості грошей у часі полягає в тому, що вартість грошей з плином часу змінюється з урахуванням норми прибутку, в якості якої зазвичай виступає позичковий відсоток або просто відсоток. Факторами зміни вартості грошей у часі є також інфляція і кількісна оцінка ризику. Найчастіше (у практиці менеджменту) інфляція і ризик вже враховані в розмірі процентної ставки (i відповідно коефіцієнта дисконтування). Визначають: майбутню вартість (вартість грошового потоку

в майбутньому періоді з урахуванням факторів впливу) за простими і складними відсотками і теперішню вартість грошей (наведену майбутню вартість з урахуванням коефіцієнта дисконтування) за простими і складними відсотками.

1. Майбутня вартість інвестицій (грошей) за простим відсотком:

$$S = P \times (1 + n \times i), \quad (2.1)$$

де S – майбутня вартість грошових коштів;
 P – теперішня вартість грошових коштів;
 n – кількість періодів нарахування процентних платежів;
 i – використовувана процентна ставка.

2. Майбутня вартість інвестицій (грошей) за складним відсотком:

$$S_c = P \times (1 + i)^n, \quad (2.2)$$

де S_c – майбутня вартість грошових коштів (інвестицій) при нарощенні за складними відсотками;
 P – теперішня вартість грошових коштів (початкова сума інвестицій);
 i – використовувана процентна ставка;
 n – кількість інтервалів (періодів), за якими здійснюється кожний відсотковий платіж, в загальному обумовленому періоді часу.

3. Теперішня вартість грошових потоків за простим відсотком:

$$P = S \times \frac{1}{1 + n \times i}. \quad (2.3)$$

4. Теперішня вартість грошових потоків за складним відсотком:

$$P_c = \frac{S}{(1 + i)^n}. \quad (2.4)$$

5. Сума дисконту за простим відсотком (приведення майбутньої вартості грошей до теперішньої):

$$D = S \times \left(1 - \frac{1}{1 + n \times i}\right), \quad (2.5)$$

де D – сума дисконту (розрахована за простими відсотками) за обумовлений період часу в цілому;
 S – вартість грошових коштів;
 i – використовувана дисконтна ставка.



На основі теперішньої вартості (суми наявних інвестицій) та розрахунків майбутньої вартості за формулами (2.4–2.5) можемо визначити основний показник інвестиційного проекту (бізнес-плану) – чистий приведений дохід NPV.

Net Present Value (NPV), чиста поточна вартість або

чистий дисконтований дохід – показник, що показує різницю між майбутніми надходженнями (майбутня дисконтована вартість проекту) та теперішньою вартістю вхідних грошових потоків (витрати на реалізацію проекту, тобто – чисті інвестиції) і за певний період часу (кількість періодів: років).

$$NPV = \frac{CF_t}{(1+i)^t} - IC = S_c - P_c, \quad (2.6)$$

де CF_t – cash flow, грошовий розрахунковий потік за період t ;
 i – ставка дисконтування або прибутковість, яка може бути зароблена при альтернативному вкладенні коштів;
 t – номер періоду часу;
 IC – інвестиційні вкладення (теперішня вартість грошей, капіталу).

NPV може приймати позитивні та негативні значення. Позитивне значення $NPV \geq 0$ показує, що ваш проект має дохідність **вищу** ніж альтернатива і має бути реалізований. Негативне значення $NPV \leq 0$ відповідно говорить про нижчу прибутковість (проект треба відхилити за критерієм прибутковості).

Internal Return of Rate (IRR), внутрішня норма прибутковості) – показник, що показує прибутковість майбутніх інвестицій. Фактично є ставкою дисконтування, застосування якої перетворює NPV в нуль.

$$NPV = \sum_{t=1}^N \frac{CF_t}{(1+IRR)^t} = 0. \quad (2.7)$$

IRR показує річний відсоток прибутковості, яку повинен принести проект. Чим вище IRR, тим привабливішою виглядає

інвестиція. Фінансові аналітики при плануванні CapEx часто використовують такий різновид IRR, як необхідна ставка прибутковості (RRR, required rate of return). Цей коефіцієнт показує мінімальний необхідний рівень для IRR, який робить ідею привабливою для реалізації.

Microsoft пропонує кілька стандартних показників:

- IRR – для регулярних грошових потоків;
- XIRR – для надходжень, які мають нерегулярний характер;
- MIRR – для регулярних надходжень з можливістю врахування відсотків від реінвестування.

Payback period. Разом з NPV та IRR при аналізі часто використовується такий показник, як термін окупності PP (payback period), що показує проміжок часу, протягом якого початкові витрати повернуться або, іншими словами, буде досягнута точка беззбитковості. Чим менше термін окупності, тим вище доцільність ініціативи. Термін окупності (PP) – період часу, необхідний для того, щоб доходи, які генеруються інвестиціями, покрили витрати на інвестиції. Точка, в якій чистий дохід прийме позитивне значення, буде точкою окупності.

$$PP = \frac{I_0}{P}, \quad (2.8)$$

де PP – період окупності проекту;
 I_0 – сума інвестицій в проект;
 P – середньорічний прибуток.

Return on Investments (ROI), рентабельність інвестицій) – індикатор ефективності, співвідношення прибутку або збитку від реалізації проекту стосовно витрат на реалізацію. Рентабельність інвестицій (ROI) – фінансовий показник, що відображає ефективність (відношення) чистого прибутку (річного) до суми інвестицій (вкладень, активів) проекту.

$$ROI = \frac{P}{I} \times 100\%, \quad (2.9)$$

де P – середньорічний прибуток;
 I – інвестиції в проект (активи бізнесу).





Показники PP та ROI є обернено пропорційними один до одного, тобто, наприклад, рентабельність проекту 20 % означає його термін окупності 5 років.

Радимо закладати кілька сценаріїв відповідно до правил стратегії менеджменту та маркетингу – оптимістичний, середньоочікуваний та песимістичний.

Результати бізнес-планування оформлюються таблицею 2.5 з відповідними розрахунками та висновками щодо реалізації проекту.

Таблиця 2.5

Показники (вхідні/вихідні) бізнес-плану (інвестиційної привабливості проекту)

№	Показники	Позначення/формула розрахунку
1.	Початкові інвестиції (вкладення) P (теперішня вартість грошей, капіталу)	$P = S \times \frac{1}{1 + n \times i}$
2.	Майбутня вартість (грошовий потік CF) у періоді (3–5 років)	$S = P \times (1 + n \times i)$
3.	Ставка дисконту (орієнтовно-кредитний відсоток), коефіцієнт приведення майбутньої вартості грошей до теперішньої	$D = \left(\frac{1}{1 + n \times i} \right)$
4.	NPV – приведена теперішня доходність (ефективність) вкладень (інвестицій) Умова ефективності проекту $NPV \geq 0$ Чистий дохід проекту	$D = S \times \left(1 - \frac{1}{1 + n \times i} \right) = S_c - P_c$
5.	IRR показує річний відсоток прибутковості, яку повинен принести проект	$NPV = \sum_{t=1}^N \frac{CF_t}{(1 + IRR)^t} = 0$
6.	PP (payback period) – період окупності вкладень (інвестицій)	$PP = \frac{I_0}{P}$
7.	Рентабельність інвестицій (ROI) – внутрішня прибутковість проекту	$ROI = \frac{P}{I} \times 100 \%$

Найпоширенішими методами стратегічного аналізу є **матричні методи**. Матриці для стратегічного аналізу звичайно є двовимірними або тривимірними таблицями, де по осях відкладаються прикордонні значення розглянутих факторів (важлива умова: між факторами не повинно бути строгої функціональної залежності). Квадранти утворюються перетинанням прикордонних значень обох чинників. Попадання бізнес-одиниць у той чи інший квадрант означає застосовність до них типових стратегічних рекомендацій.

Найбільш відомі методи матричного аналізу:

1. Матриця БКГ (BCG) – аналіз темпів росту і частки ринку.
2. Матриця МКК (MCC) – аналіз відповідності бізнесу місії підприємства і її ключовим компетенціям.
3. Матриця GE/McKinsey – аналіз порівняльної привабливості ринку та конкурентоспроможності бізнесу.
4. Матриця Shell – аналіз привабливості ресурсномісткої галузі залежно від конкурентоспроможності.
5. Матриця Ансофа – аналіз стратегії по відношенню до ринків та продуктів.
6. Матриця ADL – аналіз життєвого циклу галузі та відносного положення на ринку.
7. Матриця SWOT-аналізу.

		Конкурентоспроможність СТП		
		Висока	Середня	Низька
Привабливість ринку	Висока	1	3	6
	Середня	2	5	8
	Низька	4	7	9

Акронім SWOT вперше ввів в 1963 році в Гарварді на конференції з проблем бізнес-політики професор Кеннет Ендрюс. Спочатку SWOT-аналіз був заснований на зображенні та структуризації знань про поточну ситуацію і тенденції.

У 1965 році чотири професори Гарвардського університету – Edmund P. Learned, C. Roland Christensen, Kenneth R. Andrews, William D. Guth запропонували технологію використання SWOT-моделі для розробки стратегії поведінки фірми. Була запропонована схема LCAG (по початкових буквах прізвищ авторів), яка заснована на послідовності кроків, що приводять до вибору стратегії:

- Strengths (Сили);
- Weaknesses (Слабкості);
- Opportunities (Можливості);
- Threats (Загрози).

Цей акронім може бути зображений у вигляді таблиці:

	Позитивний вплив	Негативний вплив
Внутрішнє середовище	Strengths (сильні сторони)	Weaknesses (слабкі сторони)
Зовнішнє середовище	Opportunities (можливості)	Threats (загрози)

SWOT-аналізом, разом із **аналізом ризиків** проекту, завершується процес бізнес-планування.

Якщо конкретизувати загальне визначення ризику для аналізу проекту, то **ризик проекту** – це міра непевності в одержанні очікуваного рівня дохідності при реалізації даного проекту.

Метою аналізу проектних ризиків є:

- надання оцінки всім видам ризиків проекту;
- визначення ступеня доцільності реалізації проекту за наявного рівня ризику та способів його зниження;
- визначення можливих шляхів зниження ризиків.



Проектні ризики бувають зовнішні та внутрішні. Зовнішні ризики, у свою чергу, поділяються на непередбачувані та передбачувані.

Запитання для самоконтролю



1. Розкрийте зміст, цілі та завдання маркетингового плану.
2. Охарактеризуйте сутність маркетингової стратегії.
3. Охарактеризуйте цінову стратегію.
4. опишіть визначення цільового сегменту продукції.
5. опишіть визначення потреби в рекламі.
6. Розкрийте сутність прогнозування продажів.
7. опишіть оцінку ефективності маркетингу.
8. Розкрийте зміст, цілі та завдання фінансового плану.
9. Назвіть технології розробки фінансового плану.
10. опишіть рух грошових коштів проекту.
11. опишіть оцінку ризиків проекту.

Тестові запитання для самоконтролю



1. **За відносинами власності джерела фінансування бізнес-проектів розділяють на:**
 - А. Державні інвестиційні ресурси, інвестиційні ресурси суб'єктів господарювання, інвестиційні ресурси іноземних інвесторів.
 - Б. Власні, залучені, позикові.
 - В. За рахунок коштів державного, обласного та місцевого бюджетів, за рахунок коштів суб'єктів господарювання, іноземні інвестиції в різних формах.
 - Г. Акціонерні, державні, спільні.

2. В якому розділі бізнес-плану описуються покупки запланованого товару або послуги?
- Виробництво.
 - Опис компанії.
 - Резюме.
 - Маркетинговий аналіз і стратегія.
3. Що відносять до позикових джерел фінансування?
- Емісія акцій, благодійні внески, краудфандинг, кошти бізнес-ангелів.
 - Прибуток підприємства, амортизація, страхові суми відшкодування.
 - Банківський кредит; емісія облігацій фірми; цільовий державний кредит, спрямований на конкретний вид інвестування; податковий кредит; інвестиційний лізинг.
 - Венчурне фінансування, консорціумне фінансування, грантове фінансування.
4. Яким видом капіталу є акціонування як метод фінансування бізнес-проектів?
- Власним.
 - Залученим.
 - Позиковим.
 - Усі відповіді правильні.
5. До якої групи показників відносяться показники періоду окупності проекту, чистої приведеної вартості, внутрішньої норми доходності, прибутковості вкладень?
- Показники прибутковості проекту.
 - Показники інвестиційної привабливості.
 - Показники рентабельності проекту.
 - Показники окупності проекту.
6. Початком проекту вважають:
- Момент зародження ідеї.
 - Вивчення прогнозів розвитку фірми.
 - Формування проектної команди.
 - Прийняття попереднього інвестиційного рішення.

7. Важливою частиною маркетингового плану є:
- Складання кошторису проекту та визначення сфер відповідальності.
 - Розрахунок показників ефективності проекту.
 - Сегментація ринку, визначення цільової аудиторії.
 - Матеріально-технічне забезпечення проекту.
8. Показник, який демонструє ефективність інвестицій – це:
- NPV.
 - PP.
 - IRR.
 - ROI.
9. Показник, який допомагає визначити час, що потрібен для того, щоб сума надходжень від реалізації проекту відшкодувала суму витрат на його впровадження:
- NPV.
 - PP.
 - IRR.
 - ROI.
10. Важливою частиною організаційного плану є:
- Складання кошторису проекту та визначення сфер відповідальності.
 - Визначення організаційної форми та оргструктури проекту.
 - Сегментація ринку, визначення цільової аудиторії.
 - Матеріально-технічне забезпечення проекту.

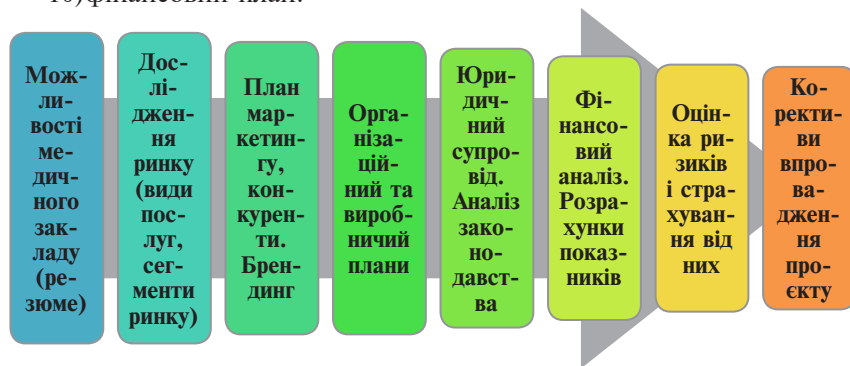
Індивідуальне завдання



І. Розробка бізнес-плану державної (приватної) медичної клініки за структурою:

- можливості медичного закладу (резюме);
- види медичних послуг (товарів);
- ринки збуту послуг (товарів);
- конкуренція на ринках збуту;
- план маркетингу;

- 6) план виробництва;
- 7) організаційний план;
- 8) правове забезпечення діяльності організації;
- 9) оцінка ризиків і страхування від них;
- 10) фінансовий план.



II. Робота в групах:

Оцінка бізнес-плану конкурентів, його критичний аналіз.

1. Чи можна за допомогою бізнес-плану отримати чітке уявлення про діяльність медичного закладу та його послуги?
2. Чи надано чітку картину змін внутрішнього та зовнішнього середовища даного закладу?
3. Який рівень конкуренції?
4. Чи очевидні завдання медичного закладу, до якої мети він іде?
5. Чи є основна стратегія дієвою?
6. Чи є практичні заходи правильними та достатніми для досягнення цілей?
7. Чи є характеристика ринку?
8. Який рівень вдосконалення надаваних послуг (товарів)?
9. Який рівень вдосконалення методики та технології надання послуг (товарів)?
10. Яка структура організації та штату?
11. Чи надано економічні показники?
12. Чи є передумови для росту рентабельності, підвищення медичної, соціальної та економічної ефективності?
13. Чи враховано всі чинники ризику?
14. Коли можна чекати повернення вкладених коштів і отримання інвесторами доходу? Який його обсяг?

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА ДО РОЗДІЛУ 2 «МАРКЕТИНГ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я»



*Навчально-методична та наукова література
на англійській мові*

1. Abdulaziz Saddique Strategic management of Healthcare Organizations. 2015. URL: https://www.researchgate.net/publication/276019548_Strategic_management_of_Healthcare_Organizations
2. American Diabetes Association et al. Economic costs of diabetes in the US in 2012. *Diabetes care*. 2013. V. 36. № 4. P. 1033–1046.
3. Building primary care in a changing Europe: case studies / D. S. Kringos, W. G. W. Boerma, A. Hutchinson, R. B. Saltman. World Health Organization: European Observatory on Health Systems and Policies, 2015. 315 p.
4. Central Bureau of Health Intelligence. National Health Profile, 2016. URL: www.cbhidghs.nic.in
5. European action plan for strengthening public health capacities and services. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2012 (document EUR/RC62/12). URL: <http://www.euro.who.int/PubRequest?language>
6. Fuzhan Nasiri, Osama Moselhi. Healthcare facilities maintenance management: a literature review. *Journal of Facilities Management*. 2017. Vol. 5, № 4. Pp. 1–24.
7. Glick H. A. Economic evaluation in clinical trials. OUP Oxford, 2014.
8. Health care as an integral element of the national security. Security of the XXI century: national and geopolitical aspects : collective monograph / in edition I. Markina. Prague : Nemoros s. r. o., 2019. 500 p.
9. Healthcare management. Kieran Walshe and Judith Smith (eds). Open University Press. 2006. URL: http://students.aiu.edu/submissions/profiles/resources/onlineBook/h4q9w2_Healthcare_Management.PDF
10. Health Care Administration: Managing Organized Delivery Systems / Lawrence F. Wolper. Fifth Edition. 2010.

- URL: <https://www.pdfdrive.com/health-care-administration-managing-organized-delivery-systems-fifth-edition-health-care-administration-wolper-e191503943.html>
11. Hospital manager manual / Andréa Prestes, José Antônio Ferreira Cirino, Viviã de Sousa. Brasília. Federação Brasileira de Hospitais – FBH, 2019. URL: http://fbh.com.br/wp-content/uploads/2020/11/2-MANUAL-FBH_ING_2019_web.pdf
 12. Marketing management. Directorate of Distance Education Maharshi Dayan and University ROHTAK – 124001. 2004. URL: [http://www.mdudde.net/books/mcom/mcom-f/marketing-management-final\(crc\).pdf](http://www.mdudde.net/books/mcom/mcom-f/marketing-management-final(crc).pdf)
 13. Management and marketing in pharmacy. Textbook for Foreign Students of Higher Pharmaceutical Schools. Edited by Professor Z. Mnushko. Kharkiv Publishing center “Dialog” 2016. URL: https://pathofscience.org/Library/MMPH_Part_I.pdf
 14. Management and marketing in health care: an electronic educational and methodological manual / V. I. Borshch, O. V. Rudinska, N. L. Kusykh. Odesa : Odesa national medical university, 2022.
 15. Strategic marketing for health care. Organizations building a customer-driven health system. Philip Kotler, Joel Shalowitz. 2017. URL: <https://fliphtml5.com/lnym/eyac/basic>
 16. Stephen Lee Walston. Strategic healthcare management: planning and execution. Second edition. Health Administration Press; Association of University Programs in Health Administration, Chicago, Illinois, Washington, DC, 2018. URL: <https://www.worldcat.org/title/1096601664>
 17. Philip Kotler. Principles of marketing. URL: <https://ipsedu.in/downloads/MBABooks/principles-of-marketing-philip-kotler.pdf>
 18. Tarricone R. Improving the methods for the economic evaluation of medical devices. *Health Economics*. 2017. V. 26. № S1. P. 70–92.

Законодавчі та нормативно-правові документи

1. Конституція України : Закон України від 28 червня 1996 року № 254к/96-ВР. URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр>
2. Бюджетний кодекс України : Закон України від 21.06.2001 р. № 2542-III. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2542-14>
3. Господарський кодекс України : Закон України від 16.01.2003 р. № 436-IV. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/436-15>
4. Цивільний кодекс України : Закон України від 16.01.2003 р. № 435-IV. URL: <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/435-15>

5. Податковий кодекс України : Закон України від 02.12.2010 р. № 2755-VI. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2755-17>
6. Кодекс законів про працю України : Закон України від 10.12.1971 р. № 322-VIII. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/322-08>
7. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 р. № 2801-XII. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>
8. Про лікарські засоби : Закон України № 123/96-ВР від 04.04.1996 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/123/96-вр>
9. Про захист прав споживачів : Закон України від 12.05.1991 р. № 1023-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1023-12>
10. Про ціни і ціноутворення : Закон України від 21 червня 2012 року № 5007-VI. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/5007-17>
11. Про ліцензування видів господарської діяльності : Закон України від 02.03.2015 р. № 222-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/222-19>
12. Про державно-приватне партнерство : Закон України від 1 липня 2010 р. № 2404-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2404-17>
13. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19 жовтня 2017 р. № 2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>
14. Про концесію : Закон України від 03 жовтня 2019 р. № 155-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/155-20>
15. Про страхування : Закон України від 07 березня 1996 р. № 85/96-ВР. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/85/96-вр>
16. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я : Закон України від 06.04.2017 р. № 2002. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2002-19>
17. Ліцензійні умови провадження господарської діяльності з медичної практики : Постанова Кабінету Міністрів України від 02.03.2016 р. № 285. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/285-2016-п#Text>
18. Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних навчальних закладах : Постанова Кабінету Міністрів України № 1138 від 17.09.1996 р. URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/1138-96-п>
19. Про затвердження Методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування : Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1075. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1075-2017-п>

20. Про референтне ціноутворення на деякі лікарські засоби, що закуповуються за бюджетні кошти : Постанова Кабінету Міністрів України від 03 квітня 2019 року № 426. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0793-19>
21. Деякі питання державного регулювання цін на лікарські засоби і виробни медичного призначення : Постанова Кабінету Міністрів України від 25 березня 2009 р. № 333. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/333-2009-p#Text>
22. Деякі питання реімбурсації лікарських засобів : Постанова Кабінету Міністрів України № 135 від 27.02.2019 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/135-2019-p#Text>
23. Деякі питання щодо договорів про реімбурсацію : Постанова Кабінету Міністрів України № 136 від 27.02.2019 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/136-2019-p#Text>
24. Про Положення про державне регулювання цін (тарифів) на продукцію виробничо-технічного призначення, товари народного споживання, роботи і послуги монопольних утворень : Постанова Кабінету Міністрів України від 22 лютого 1995 р. № 135. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/135-95-p>

Основна навчально-методична та наукова література

1. Алшарф І. А. М. Формування механізму управління ефективністю діяльності медичних підприємств та установ : дис. ... канд. екон. наук: спец. 08.00.04 «Економіка та управління підприємствами (за видами економічної діяльності)» / Міжнародний гуманітарний університет, Чернігівський національний технологічний університет Міністерства освіти і науки України. Чернігів, 2020. 231 с.
2. Аналіз ринку медичних послуг в Україні: чим дорожче лікування, тим цінніше здоров'я. ProConsulting. Аналітика ринків. Фінансовий консалтинг. URL: <https://pro-consulting.ua/ua/pressroom/analiz-rynka-medicinskih-uslug-v-ukraine-chem-dorozhelechenie-tem-cennee-zdorove>
3. Ахламов А. Г., Кусик Н. Л. Економіка та фінансування охорони здоров'я : навчально-методичний посібник. Одеса : ОРІДУ НАДУ при Президентіві України, 2011. 134 с.
4. Балабанова Л. В., Холод В. В., Балабанова І. В. Стратегічний маркетинг : підручник. Київ : Центр учбової літератури, 2012. 612 с.
5. Бізнес-планування : навчальний посібник / Т. Г. Васильців, Я. Д. Качмарик, В. І. Блонська, Р. Л. Лупак. Київ : Знання, 2013. 173 с.
6. Бізнес-планування в охороні здоров'я : навчально-методичний посібник для керівників закладів охорони здоров'я за спеціальністю «Організація та управління охороною здоров'я» / Ю. В. Вороненко, В. М. Пашенко; за заг. ред. Ю. В. Вороненка. Київ : Генеза, 2016. 334 с.
7. Бочко О. Ю. Основи планування діяльності підприємств невиноробничої сфери : навчальний посібник. Київ : Ліра, 2017. 218 с.
8. Гапонова Е. О. Особливості формування ринку медичних послуг в Україні на сучасному етапі. *Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна*. 2014. № 1144. С. 94–96.
9. Данько В. В. Формування інноваційної системи управління закладами охорони здоров'я : дис. ... канд. екон. наук: спец. 08.00.04 «Економіка та управління підприємствами (за видами економічної діяльності)» / Одеський національний університет імені І. І. Мечникова. Одеса, 2020. 233 с.
10. Данченко О. Б., Ленський В. В. Моделі стратегічного менеджменту медичних проєктів проєктно-орієнтованого медичного закладу. *Вісник Національного технічного університету «ХПИ». Серія: Стратегічне управління, управління портфелями, програмами та проєктами*. 2018. № 2 (1278). С. 45–52.
11. Ждан В. М., Голованова І. А., Краснова О. І. Економіка охорони здоров'я : навчальний посібник. Полтава, 2017. 114 с.
12. Макаренко С. М. Бізнес-планування : навчально-методичний посібник для студентів. Херсон : ТОВ «ВКФ «СТАР» ЛТД», 2017. 224 с.
13. Марова С. Ф., Вовк С. М. Медична послуга як товар медичного ринку. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2017. № 4. URL: <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=1056>
14. Методичні рекомендації для приватно практикуючого лікаря: проєкт USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». URL: <http://healthreform.in.ua/wp-content/uploads/2019/09/manual-for-private-doctor-UA.pdf>
15. Моргулець О. Б. Менеджмент у сфері послуг : навчальний посібник. Київ, 2012. 384 с.
16. Основи менеджменту та маркетингу в медицині : навчальний посібник / В. Г. Шутурмінський, Н. Л. Кусик, О. В. Рудінська. Одеса : Видавничий дім «Гельветика», 2020. 176 с.
17. Основи менеджменту і маркетингу в медицині : навчальний посібник. Єрошкіна Т. В., Татаровський О. П., Полішко Т. М., Борисенко С. С. Донецьк : РВВ ДНУ, 2012. 64 с.
18. Огляд ринку медичних послуг. URL: http://www.credit-rating.com.ua/ru/file_viewer.html?id=27ca24d08b3b9751cfa88075432e306a
19. Огляд стану українського ринку медичного обладнання. *ProConsulting. Аналітика ринків. Фінансовий консалтинг*.

- URL: <https://pro-consulting.ua/ua/pressroom/obzor-sostoyaniya-ukrainskogo-rynka-medicinskogo-oborudovaniya>
20. Поживілова О. В. Функціонування приватних закладів у сфері охорони здоров'я. *Публічне адміністрування: теорія та практика. Електронний збірник наукових праць*. 2011. № 1 (5). URL: [http://www.dridu.dp.ua/zbirnik/2011-01\(5\)/11povsoz.pdf](http://www.dridu.dp.ua/zbirnik/2011-01(5)/11povsoz.pdf)
 21. Чорноротов О. Характеристика ринку приватної медицини України. URL: <http://www.creditrating.ua/ua/analytics/analytical-articles/12899/96>
 22. Юрочко Т., Бубенчикова С. Реформування та розвиток системи охорони здоров'я в Україні. URL: https://rpr.org.ua/wp-content/uploads/2019/04/Fin_11.Toronto_Ohorona_zdorovya.pdf

Додаткова навчально-методична та наукова література

1. Баєва О. В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я : навчальний посібник. Київ : Центр учбової літератури, 2008. 640 с.
2. Барміна Г. Приватна медицина в Україні: організаційні, законодавчі, маркетингові аспекти. *Український медичний часопис*. 2014. № 5. С. 34–37.
3. Барміна Г. Приватна медицина: непрості часи для непростого бізнесу. *Аптека*. 2014. № 42 (963). URL: <http://www.apteka.ua/article/310784>
4. Білінська М. Пріоритети управління змінами в галузі охорони здоров'я України. Київ : Проект Європейського Союзу «Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я в Україні», 2006. 56 с.
5. Борщ В. І. Сучасні тенденції розвитку системи охорони здоров'я в Україні: порівняльний аналіз. *Економічний вісник Запорізької державної інженерної академії*. 2018. Вип. 6 (18). С. 215–221.
6. Борщ В. І. Ринок охорони здоров'я України: аналіз сучасного стану та тенденції розвитку. *Ринкова економіка: сучасна теорія та практика управління*. 2020. Том 19. Вип. 1 (44). С. 140–159.
7. Борщ В. І. Місце сучасної моделі охорони здоров'я України у світовому медичному просторі. *Філософські засади медичної теорії та практики. Матеріали VIII Наукового симпозіуму з міжнародною участю, присвяченого 100-річчю заснування Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика МОЗ України (27–28 вересня 2018 р., м. Київ) / С. В. Пустовіт, Л. А. Палей*. Київ : Графіка і дизайн, 2018. С. 18–19.

8. Громовик Б. П., Гасюк Г. Д., Левицька О. Р. Менеджмент і маркетинг у фармації : підручник. Київ : Медицина, 2008. 752 с.
9. Дешко Л. Правове регулювання господарювання у сфері охорони здоров'я: проблеми вдосконалення спеціального законодавства. *Підприємництво, господарство і право*. 2007. № 5. С. 57–61.
10. Дмитренко Л. А., Завадська Н. П., Косяченко Н. М. Менеджмент і маркетинг у фармації : навчальний посібник. Київ : Медицина, 2010. 144 с.
11. Долот В. Д., Ляховченко Л. А., Радіш Я. Ф. До проблеми визначення вартості лікування пацієнта в амбулаторно-поліклінічних умовах. *Економіка та держава*. 2016. № 12. С. 109–123.
12. Зацна Л. Я., Івашків Т. І. Маркетинг медичних послуг та особливості розвитку медичних установ в умовах трансформації економіки. *Економіка Криму*. 2012. Вип. № 1 (42). С. 363–367.
13. Зукін В. Український ринок приватної медицини: реалії та перспективи. *Приватний лікар*. 2017. С. 12–15.
14. Іванова Л. О., Вовчанська О. М. Полікритеріальна маркетингова діагностика ринку приватних медичних послуг в Україні. *Науковий вісник Львівського національного університету ветеринарної медицини та біотехнологій імені С. З. Гжицького. Серія: Економічні науки*. 2017. Т. 19. № 81. С. 16–25.
15. Камінська Т. М. Світові моделі фінансування охорони здоров'я. *Вісник Національного університету «Юридична академія України імені Ярослава Мудрого»*. 2012. № 1 (8). С. 284–285.
16. Марова С. Ф., Вовк С. М. Медична послуга як товар медичного ринку. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2017. № 4. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1056>
17. Мних М. В. Медичне страхування та необхідність його запровадження в Україні. *Економіка та держава*. 2007. № 2. С. 40–41.
18. Мнушко З. М., Мусієнко Н. М., Ольховська А. Б. Практикум з менеджменту та маркетингу у фармації : навчальний посібник. Харків : Золоті сторінки, 2002. 144 с.
19. Надюк З. О. Державне регулювання ринку медичних послуг в Україні: монографія. Запоріжжя : КПУ, 2008. 296 с.
20. Поворозник М. Ю. Комплексний аналіз національних моделей організації систем медичних послуг. *Причорноморські економічні студії*. 2017. Вип. 14. С. 25–28.
21. Рудінська О. В., Яроміч С. А. Корпоративний менеджмент : навчальний посібник. Київ : КНТ, Ельга-Н, 2008. 416 с.
22. Сватко Н. Особливості бізнес-планування в охороні здоров'я. *Актуальні проблеми вітчизняної економіки, підприємництва та управління на сучасному етапі* (частина 1) : мат. доп. V Ювіл.

- наук.-практ. конф. студ. та молодих вчен. з міжн. участю [м. Тернопіль, 12 лист. 2020 р.] / редкол.: О. Ф. Овсянюк-Бердадіна, Ю. А. Богач, О. І. Заклекта [та ін.]; відп. за вип. В. М. Острроверхов. Тернопіль : ЗУНУ, 2020. С. 261–264.
23. Семчук І. В., Кукель Г. С., Роледерс В. В. Впровадження нових підходів до управління закладами охорони здоров'я в умовах ринку. *Ефективна економіка*. 2020. № 5. URL: <http://www.economy.nauka.com.ua/?op=1&z=7910>
 24. Смирнов С. О., Бикова В. Г. Механізм економічного управління закладами охорони здоров'я. *Управління розвитком*. 2016. № 3. С. 78–83.
 25. Труш В. Системний маркетинг в медицині. РедМед Агентство Популярних Медичинських Изданий. 2017. 1540 с.
 26. Труш В. Ценностное предложение в медицинской бизнес-модели. *Приватний лікар*. 2019. № 9 (402). С. 12.
 27. Труш В. Пиар и реклама для личного бренда. *Приватний лікар*. 2019. № 7 (40). С. 31.
 28. Управління підприємницькою діяльністю в галузі охорони здоров'я : монографія / О. В. Баєва, М. М. Білинська, Л. І. Жаліло та ін.; за ред. О. В. Баєвої, І. М. Солоненка. Київ : МАУП, 2007. 376 с.
 29. Устинов А. В. Розширено перелік платних медичних послуг. *Український медичний часопис*. 2016. URL: <http://www.umj.com.ua/article/101150/rozshireno-perelik-platnih-medichnih-poslug>
 30. Янчак Я. Ефективний розвиток та функціонування ринку медичних послуг в умовах глобалізації та інтеграційних процесів у охороні здоров'я. *Вісник Національного університету «Львівська політехніка»*. Серія: *Юридичні науки*. 2017. № 876. С. 227–235.
 31. Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy / S. Thomson, J. Figueras, T. Evetovits, M. Jowett, P. Mladovsky, A. Maresso, J. Cylus, M. Karanikolos, H. Kluge. WHO Regional Office for Europe. European Observatory on health systems and policies (Policy Summary 12). Copenhagen, 2014. P. 7–9.

Інформаційні ресурси

1. Всесвітня організація охорони здоров'я. URL: www.who.int
2. Галузевий класифікатор «Довідник медичних процедур (послуг) та хірургічних операцій». URL: <https://www.dec.gov.ua/mtd/klassifikatory/>

3. Державна служба статистики України : офіційний вебсайт. URL: www.ukrstat.gov.ua
4. Державна казначейська служба України : офіційний вебсайт. URL: <http://www.treasury.gov.ua/main/uk/index>
5. Державний заклад «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України» : офіційний вебсайт. URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/main.html>
6. Департамент управління та контролю якості медичних послуг МОЗ України : офіційний вебсайт. URL: <https://moz.gov.ua/en/struktura>
7. Європейська база «Здоров'я для всіх». URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/statreports.html>
8. Європейське регіональне бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я. URL: www.euro.who.int
9. Класифікація видів економічної діяльності. URL: <https://kved.biz.ua>
10. Лабораторія проблем економіки та управління в охороні здоров'я. URL: www.med122.com
11. Медичний світ : професійна газета. URL: www.medsvit.org
12. Медична інформаційна система : офіційний вебсайт компанії Мед-експерт. URL: <http://medexpert.ua/ua/medichnij-zaklad/31-medichnij-zaklad/pro-rynku-v-iznoho-medychnohoturyzmu-v-ukraini>
13. Медико-правовий портал. URL: <http://103-law.org.ua>
14. Міністерство охорони здоров'я України : офіційний вебсайт. URL: <https://moz.gov.ua/>
15. Міністерство соціальної політики України : офіційний вебсайт. URL: <https://www.msp.gov.ua/main/Pro-ministerstvo.html>
16. Національна служба здоров'я України : офіційний вебсайт. URL: <https://nszu.gov.ua/pro-nszu>
17. Національна академія медичних наук України. URL: www.amnu.gov.ua
18. Охорона здоров'я. Державна служба статистики України : офіційний вебсайт. URL: http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2018/zb/06/zb_zoz_17.xls
19. Портал нормативних актів України та Всесвітньої медичної асоціації. URL: http://search.ligazakon.ua/search/law/npa/?s=search&idView=LZ_SUITE_NPA&beginPos=1&countBlock=10&kw2=82089
20. Український медичний часопис : медичний журнал. URL: www.umj.com.ua
21. Українська Медична Рада. URL: <http://www.medicalcouncilukraine.org>
22. American college of healthcare executives. URL: <https://www.ache.org/>
23. Global Health Expenditure Database. URL: <https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>

Для нотаток

24. Global health security Index. URL: <https://www.ghsindex.org/about/>
25. Guidebook on promoting good governance in public-private partnerships. United Nations Economic Commission for Europe. United Nations, 2008. URL: <https://www.unece.org/fileadmin/DAM/ceci/publications/ppp.pdf>
26. Modern healthcare. URL: <https://www.modernhealthcare.com/vital-signs-healthcare-blog>
27. The New England Journal of Medicine. URL: <https://www.nejm.org/about-nejm/products-and-services>
28. Health Strategy. European Commission : official web-site. URL: <https://ec.europa.eu/health/policies/background/review/strategy>

Для нотаток

Для нотаток

Навчальне видання

**Борщ Вікторія Ігорівна
Рудінська Олена Володимирівна
Кусик Наталія Львівна**

МЕНЕДЖМЕНТ ТА МАРКЕТИНГ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

Навчальний посібник

За редакцією авторів

Дизайн обкладинки – В. В. Савельєва
Верстка – О. С. Данильченко



Підписано до друку 05.09.2022 р.
Формат 60x84/16. Папір офсетний.
Цифровий друк. Гарнітура NewtonU.
Ум. друк. арк. 15.35.
Наклад 300. Замовлення № 1022-064.

Видавництво та друк: Олді+
вул. Інглєзі, 6/1, м. Одеса, 65101
Свідоцтво ДК № 7642 від 29.07.2022 р.

Тел.: +38 (098) 559-45-45,
+38 (095) 559-45-45, +38 (093) 559-45-45
E-mail: office@oldiplus.ua

