

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет: Фармацевтичний

Кафедра менеджменту охорони здоров'я

ЗАТВЕРДЖУЮ

Проректор з науково-педагогічної роботи
[Підпис]
Едуард БУРЯКІВСЬКИЙ

« 01 » вересня 2014 р.



**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА
ДО ЛЕКЦІЙ
З НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ
«УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я»**

Факультет: Медичний

Навчальна дисципліна: Управління охороною здоров'я

Затверджено:

Засіданням кафедри менеджменту охорони здоров'я
Одеського національного медичного університету

Протокол № 1 від "26" 08 2024 р.

Завідувач кафедри  Олена РУДІНСЬКА

Розробники:

завідувач кафедри, к.е.н., доц. Рудінська О. В.

професор кафедри, д.е.н., доц. Борщ В. І.

доцент кафедри, к.е.н., доц. Кусик Н. Л.

професор кафедри, д.е.н., проф. Мартинюк О. А.

професор кафедри, д.е.н., проф. Криленко В. І.

доцент кафедри, к.е.н., доц. Князькова В. Я.

доцент кафедри, к.мед.н., доц. Бусел С. В.

ТЕМА 1.

ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКІСНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ – ОСНОВНА ФУНКЦІЯ УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ'Я

Актуальність теми:

У європейських країнах підвищення безпеки медичних послуг, зменшення витрат на їх надання та підвищення задоволеності у суспільстві від послуг, які надаються у галузі охорони здоров'я, забезпечується системою управління якістю медичних послуг. У глобальному просторі управління якістю в медичній сфері покладено на Всесвітню організацію охорони здоров'я. Дана міжнародна інституція досліджує та регулює питання охорони здоров'я у глобальному масштабі та приділяє значну увагу пріоритетам соціально-економічної політики через ухвалення хартії (Оттавська хартія), декларації, розробки відповідних стандартів, методичних рекомендації, модельного законодавства та інших інструментів регулювання у сфері охорони здоров'я.

Основним інструментом, який формує інституційні засади управління системою охорони здоров'я в європейських країнах, є Талліннська Хартія 2008 року. Талліннська Хартія визначила: загальні принципи побудови системи охорони здоров'я у глобальному просторі; запропонувала рекомендації щодо побудови ефективної системи охорони здоров'я у відповідному національному середовищі; джерела фінансування ефективної системи охорони здоров'я у відповідному національному середовищі; детермінанти прав споживачів системи охорони здоров'я у відповідному національному середовищі; ресурсне забезпечення системи охорони здоров'я; стратегічні пріоритети та управління національними системами охорони здоров'я.

У період реформування системи охорони здоров'я завданнями управлінців стає не тільки збереження здоров'я нації, а й забезпечення ефективного функціонування й успішності медичних закладів. Заклади охорони здоров'я – це складна соціально-економічна система з матеріальними, фінансовими, трудовими ресурсами, і для її ефективного функціонування потрібне адекватне управління. В нових умовах господарювання ефективна діяльність закладу охорони здоров'я особливо залежить від професіоналізму його менеджерів. За недостатньої кількості фінансових ресурсів і нових високоякісних медичних технологій виникає необхідність володіння керівниками цілим комплексом знань і вмінь у сфері менеджменту. Наявність конкуренції на ринку охорони здоров'я потребує від кожного керівника медичного закладу вміння приймати науково обґрунтовані управлінські рішення, тому знання основ менеджменту має велике практичне значення.

Мета:

Набуття здобувачем вищої освіти знань в сфері управління якістю як необхідного компонента процесів організації надання медичних послуг і організації діяльності закладу охорони здоров'я. Розуміння вимог щодо акредитації на стандарти ISO та JCI як спеціалізованих стандартів якості медичної діяльності.

Набуття здобувачем вищої освіти знань про ієрархію управління в медицині на макрорівні (національна система охорони здоров'я) та мікрорівні (медичний заклад). Розуміння специфіки функціонування державного сектору охорони здоров'я. Розуміння характеристики закладу охорони здоров'я та його цілеорієнтації, сутності та мети організації діяльності закладу охорони здоров'я.

Основні поняття:

Управління якістю. Акредитація. Спеціалізовані стандарти якості медичної діяльності. Стандарти ISO, JCI. Ієрархія управління в медицині. Державний сектор охорони здоров'я. Медичний заклад. Організація діяльності закладу охорони здоров'я.

ПЛАН І ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА ЛЕКЦІЇ

Привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів вищої освіти щодо вивчення теми.

ЗМІСТ ЛЕКЦІЙНОГО МАТЕРІАЛУ (ТЕКСТ ЛЕКЦІЇ)

Розглянемо поняття «здоровий спосіб життя» в історичному аспекті:

I етап – Всесвітня асамблея з охорони здоров'я 1977 року.

II етап – Оттавська Хартія.

III етап – IV Міжнародна конференція з формування здорового способу життя.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) почала функціонувати 7 квітня 1948 р. після того, як 26 держав - членів ООН ратифікували її статут. Ця дата щорічно відзначається як Всесвітній день здоров'я. Створенню ВООЗ передували багаторічні зусилля, спрямовані на налагодження міжнародного співробітництва в галузі охорони здоров'я.

Головною метою ВООЗ є сприяння забезпеченню охорони здоров'я населення усіх країн світу. Текст Уставу ВООЗ можна коротко сформулювати як «Право на здоров'я».

У Статуті зафіксовано, що головною метою ВООЗ є «досягнення всіма народами якомога вищого рівня здоров'я», при цьому сам термін «здоров'я» визначається як «стан повного фізичного, духовного та соціального добробуту, а не тільки відсутність хвороб та фізичних дефектів».

Підкреслювалося, що «уряди несуть відповідальність за здоров'я своїх народів, і ця відповідальність потребує вживання відповідних заходів соціального характеру та в галузі охорони здоров'я».

Основні засади формування державної політики та стратегій у галузі охорони здоров'я проголошені на Першій міжнародній конференції з поліпшення здоров'я (Канада, 1986) й відомі під назвою Оттавської Хартії. Цим документом передбачається необхідність упровадження нової управлінської технології на основі міжсекторального підходу.

Оттавська хартія уперше визначила базові соціальні умови, що впливають на стан здоров'я населення. Пріоритетного статусу набули суто політичні аспекти, зокрема такі, як зменшення несправедливості й нерівності в охороні здоров'я тощо. Були запропоновані стратегії, які в процес забезпечення здоров'я населення включали підтримку громадських дій і організацій, інших галузей управління й уперше передбачали необхідність перетворення процесу управління охороною здоров'я на міжсекторальну діяльність.

Оттавська Хартія вперше поклала в основу здоров'я людини підтримання миру на Землі, а також забезпечення її їжею, житлом, здоровим довкіллям, освітою, стабільним доходом, соціальною справедливістю й рівністю в можливостях. Детермінанти здоров'я зумовлені суспільно й біологічно запрограмовані, а державна політика і дії щодо формування та збереження здоров'я населення **визначилися як п'ять стратегій:**

1. **Розробка та впровадження державної політики**, яка могла б гарантувати внесок кожної сфери суспільного життя в забезпечення реальних умов для збереження, зміцнення та відновлення здоров'я;

2. **Створення сприятливих умов навколишнього середовища** (техногенних, соціальних, економічних, культурних та духовних), що дасть змогу адаптуватися до трансформаційних суспільних процесів, включаючи галузі нових технологій та організації безпеки праці (здорові робочі місця, чисті повітря, вода, продукти харчування тощо);

3. **Активізація діяльності на рівні громади**, щоб населення окремих адміністративних територій мало можливість визначати пріоритети, а органи місцевого самоврядування - розробляти та схвалювати адекватні рішення стосовно проблем здоров'я конкретної громади;

4. **Розвиток індивідуальних навичок та вмінь**, необхідних для підтримки здоров'я та самореалізації людини;

5. **Переорієнтація системи охорони здоров'я** на пріоритетне забезпечення запобігання захворюванням здорової людини та первинної медико-санітарної допомоги.

Міжнародними деклараціями ВМА та Соціальними хартіями проголошено основні принципи забезпечення ефективного здійснення права на охорону здоров'я, згідно з якими уряд самостійно або в співробітництві з громадськими чи приватними організаціями має вживати відповідних заходів з метою:

- усунення, в міру можливостей, причин слабкого здоров'я;
- забезпечення діяльності консультативно-просвітницьких служб, які сприяли б поліпшенню здоров'я і підвищенню особистої відповідальності за стан здоров'я;
- запобігання, в міру можливості, епідемічним, ендемічним та іншим захворюванням.

Основні міжнародні акти та декларації з надання медичної допомоги умовно можна поділити на загальні та спеціальні.

До загальних міжнародних документів відносяться:

1. Заява про доступність медичної допомоги (40 ВМА, Вена. - 1988);

2. Міжнародний кодекс медичної етики (3 ВМА, Лондон, 1949);
3. Принципи надання медичної допомоги в будь-якій національній системі охорони здоров'я (27 ВМА, Мюнхен, 1973 та 35 ВМА, Венеція, 1983).

Спеціальні міжнародні акти та декларації присвячені одному або кільком питанням щодо принципів надання медичної допомоги:

1. Права практикуючого лікаря.
2. Права пацієнта.
3. Використання психотропних засобів.
4. Надання медичної допомоги у сільській місцевості.

Підсумком всієї 20-річної діяльності ВООЗ щодо вироблення та розвитку принципів політики сприяння здоров'ю стала IV Міжнародна конференція з питань сприяння здоров'ю, що відбулася у Джакарті у липні 1997 р. **Результатом цієї конференції стало прийняття Декларації про сприяння здоров'ю у XXI столітті, відомої як Джакартська декларація.**

Підтвердивши правильність основних стратегій щодо сприяння здоров'ю, визначених Оттавською Хартією, Джакартська декларація визначила основні пріоритети у сфері сприяння здоров'ю на XXI століття: **сприяння суспільній відповідальності за здоров'я; збільшення інвестицій у розвиток здоров'я; зміцнення і розширення партнерства в охороні здоров'я; збільшення можливостей громади та індивідуальних можливостей; забезпечення надійної інфраструктури сприяння здоров'ю, що має передбачати нові механізми діяльності урядових, неурядових організацій, освітніх інституцій та приватного сектора з метою максимальної мобілізації їх ресурсів на локальному, національному та глобальному рівнях.**

Розглянемо стандарт, який визначає вимоги до системи управління якістю, міжнародний стандарт ISO 9001:2015 «Quality Management Systems — Requirements», який із 2016 року запроваджений в Україні як державний — ДСТУ ISO 9001:2015 «Системи управління якістю. Вимоги» (ДСТУ ISO 9001:2015; Стандарт).

Система управління якістю (далі — СУЯ) в закладі охорони здоров'я — це підтвердження відповідності вимогам нормативно-правових актів і можливість гарантувати споживачам якість продукції.

СУЯ — це можливість задовольнити вимоги зацікавлених сторін: постачальників, аутсорсерів, стейкхолдерів, а головне клієнтів на міжнародному рівні.

В Стандарті вперше з'явилася вимога до ідентифікації та оброблення ризиків і можливостей, що пов'язані з її контекстом та цілями.

В основі Стандарту ДСТУ ISO 9001:2015 закладено процесний підхід, тобто вся діяльність передбачає комплекс взаємопов'язаних процесів, які побудовані за принципом PDCA (плануй — виконуй — перевіряй — дій).

ДСТУ ISO 9001:2015 доволі демократичний: він містить вимоги про те, що необхідно зробити, а от як цього досягти — це вже індивідуальна творчість, та погляд на проблему.

Тому, система СУЯ в кожній організації — унікальна.

Чим довше функціонує СУЯ, тим меншою стає кількість документованої інформації. Це обумовлено тим, що персонал стає дедалі обізнаними, дисциплінованими і відповідальнішим.

Прагнення стимулювати виробництво товарів, конкурентоспроможних на світових ринках, ініціювало створення нового Загально-організаційного методу безперервного підвищення якості всіх організаційних процесів, виробництва і сервісу. Цей метод отримав назву — загальне управління якістю.

Total Quality Management — філософія загального управління якістю, успішно стартувала багато років тому в Японії і США з практики присудження нагород компаніям, які досягли найвищої якості виробленої продукції.

Головна ідея TQM полягає в тому, що компанія повинна працювати не тільки над якістю продукції, але й над якістю організації роботи в компанії, включаючи роботу персоналу.

Постійне паралельне удосконалення 3-х складових:

- якості продукції
- якості організації процесів
- рівня кваліфікації персоналу

Якість визначається такими категоріями:

- ступінь реалізації вимог клієнтів
- значення фінансових показників компанії
- рівень задоволеності службовців компанії своєю роботою

TQM включає 2 механізми:

Quality Assurance (QA) — контроль якості — підтримує необхідний рівень якості і полягає в наданні компанією певних гарантій, що дають клієнтові впевненість у якості даного товару або послуги.

Quality Improvements (QI) — підвищення якості — передбачає, що рівень якості необхідно не тільки підтримувати, але й підвищувати, відповідно піднімаючи і рівень гарантій.

Два механізми: контроль якості і підвищення якості — дозволяють «утримувати м'яч у грі», тобто постійно вдосконалювати, розвивати бізнес.

Міжнародні стандарти є джерелом найважливішої інформації, оскільки в них зібрано норми і правила, засновані на досягненнях у різних галузях техніки, новітніх технологіях, практичному досвіді. Стандарти визнаються методом консенсусу, оскільки в роботі над ними у Всесвітній федерації національних організацій зі стандартизації ISO беруть участь фахівці з понад 160 країн, а загалом ISO підтримує зв'язки з майже 400 міжнародними організаціями, які працюють над питаннями стандартизації.

Україна — член ISO з 1993 р., член Ради ISO — з 2004 р. Україна гармонізує національні державні стандарти України (ДСТУ) з вимогами цієї організації (Держспоживстандарт України 2005; 2009). Впродовж 2006–2010 рр. рівень гармонізації становив 80,2% загальної кількості прийнятих національних стандартів.

Стандарти ISO серії 9000 — організаційні стандарти на систему якості; це документи, які встановлюють вимоги до системи якості, її організаційної структури та функціонального наповнення. Зазначені стандарти не стосуються

клінічної допомоги, але необхідні для того щоб створити єдині для організацій вимоги щодо здійснення всіх процесів, спрямованих на виготовлення продукції чи надання послуг.

Для медичної галузі на основі стандартів ISO створено документ міжнародної робочої угоди IWA (International Workshop Agreement) 1:2005, з яким гармонізовано національний стандарт ДСТУ IWA 1:2007 «Системи управління якістю. Настанови щодо поліпшування процесів в організаціях охорони здоров'я» (Держспоживстандарт України, 2008).

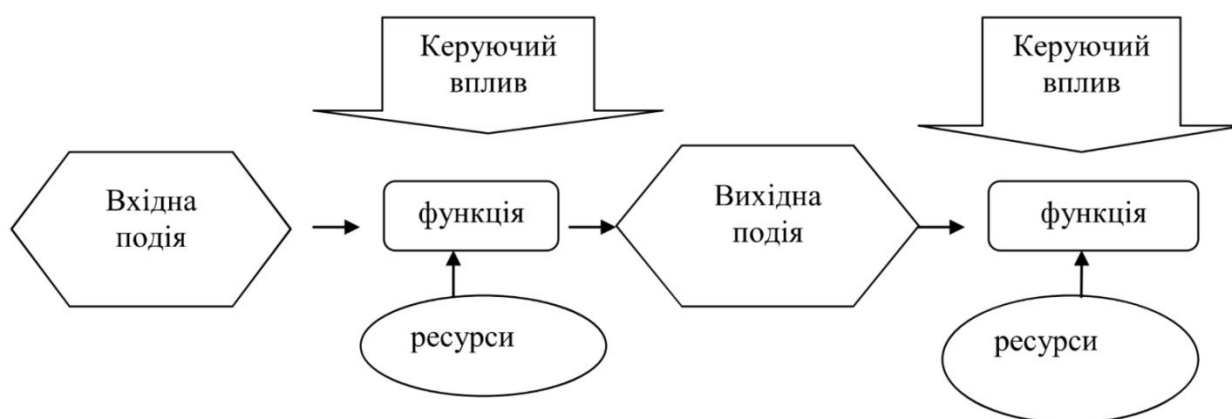
Дійсний ДСТУ IWA 1:2007 відповідає чинному законодавству України, заснований на положеннях міжнародних стандартів 9001:2000 і 9004:2000 і містить додатковий матеріал, що стосується діяльності саме організацій охорони здоров'я.

Призначення стандарту — допомогти організаціям охорони здоров'я розробити чи поліпшувати систему управління якістю, що забезпечить постійне поліпшення, упередження помилок або несприятливих результатів, зменшення відхилів і втрат організації, наприклад внаслідок нераціонального використання ресурсів.

Процеси системи управління якістю, згідно з міжнародними стандартами в адаптації до медичного закладу, можна **розподілити на чотири групи**:

- процеси, пов'язані з відповідальністю керівництва у сфері якості;
- з управлінням ресурсами для забезпечення лікувально-діагностичного процесу;
- процеси надання медичної допомоги (профілактичний, лікувальний, діагностичний, реабілітаційний, догляду за хворими та ін.);
- процеси моніторингу, вимірів, оцінки, аналізу та поліпшення кожного виду діяльності.

Зауважимо, що зазначені групи процесів у певних межах відбуваються на кожному рівні управління: керівника закладу, його заступників, керівників структурних підрозділів, безпосередніх виконавців (рівень самоуправління).



Соціально-економічні засади системи охорони здоров'я у національному середовищі регулюються Законом України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 р. № 2801-ХІІ зі змінами та доповненнями.

Зміни до критеріїв державної акредитації закладів охорони здоров'я, затверджено наказом МОЗ України від 14 березня 2011 р. № 142, зареєстровано у Мінюсті 06.06.2011 р. № 679/19417 «4.2. Заклади що надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу: Вищу категорію отримують заклади, якщо критерій становить від 90% до 100% від максимально можливого (за умов наявності сертифіката про відповідність системи управління якістю, впровадженої у закладі, згідно Вимогам національного стандарту ДСТУ ISO 9000)».

Якість (Наказ МОЗ України 427/2011 р.):

Якість (Quality) Сукупність властивостей і характеристик продукції, які надають їй здатність задовольняти обумовлені або передбачувані потреби.

Якість медичного обслуговування (Quality of Medical Care) Якісне медичне обслуговування - це обслуговування, при якому ресурси організуються таким чином, щоб з максимальною ефективністю і безпечністю задовольняти медико-санітарні потреби тих, хто найбільш усього потребує допомоги, проводити профілактику і лікування без непотрібних витрат і відповідно до вимог найвищого рівня.

Міжнародні стандарти ISO

ISO 9000 — серія стандартів ISO, які застосовуються при створенні та удосконаленні систем менеджменту якості організацій.

Міжнародні стандарти ISO серії 9000

ISO 9000:2005. Quality Management System – Fundamentals and Vocabulary

ISO 9001:2008. Quality Management System – Requirements

ISO 9004:2009. Managing for the sustained success of an organization

ISO 9001:2015. Quality Management System – Requirements

Вимоги стандартів ISO універсальні, але для охорони здоров'я є спеціальний варіант ISO 9001:2015 for healthcare, який було схвалено Європейським комітетом зі стандартизації (CEN) в грудні 2016 року. Це пов'язане зі специфікою послуг охорони здоров'я.

ISO 9001:2015 for healthcare акцентує на понятті та критеріях якості надання медичної допомоги, на поліпшенні якості водночас з підвищенням безпеки пацієнтів, на пацієнторієнтованій моделі, яка покладена в основу всіх процесів у ЗОЗ.

Так, ISO 9001:2015 for healthcare додає 11 специфічних для ЗОЗ аспектів: відповідний і правильний догляд, доступність, безперервність догляду, ефективність, результативність, рівність, доказова медицина, пацієнторієнтованість з урахуванням фізичних, психологічних і соціальних потреб, залучення пацієнтів до прийняття рішень, безпека пацієнтів, своєчасність.

Базові принципи управління якістю **ISO 9001:2015 for healthcare** тотожні з основною версією стандарту:

- орієнтація на клієнта;
- лідерство;
- задіяність персоналу;
- процесний підхід;

- поліпшення якості;
- прийняття рішень на підставі фактичних даних;
- керування взаємовідносинами.

Вимоги стандарту ISO 9001:2015 for HEALTHCARE акцентують на:

1. Використанні процесного підходу, елементами якого є цикл «Plan-Do-Check-Act» (PDCA) («Плануй-Виконуй-Перевірй-Дій»). Це дає змогу закладам планувати свої процеси та оцінювати їх крізь призму забезпеченості ресурсами, керованості, втілення можливостей для удосконалення та підвищення результативності.

2. Необхідності визначати ризики та можливості кожного процесу, що відбуваються в закладах охорони здоров'я, які впливають на якість наданої послуги. Відповідно, антиризиковий характер стандарту ISO 9001:2015 значно підвищує відповідальність закладу охорони здоров'я за безпеку пацієнтів і співробітників.

Щоб запровадити вимоги стандарту в повсякденне життя медичних закладів та отримати сертифікат якості ДСТУ ISO 9001:2015 потрібна довготривала робота.

Управління якістю (Quality Management) Скоординована діяльність, яка полягає у спрямуванні та контролюванні організації щодо якості.

Планування якості (Quality planning).

Складова частина управління якістю, зосереджена на встановленні цілей у сфері якості і на визначенні операційних процесів та відповідних ресурсів, необхідних для досягнення цілей у сфері якості.

Поліпшення якості (Quality improvement).

Складова частина управління якістю, зосереджена на збільшенні здатності виконати вимоги до якості.

Контроль якості. Складова частина управління якістю, зосереджена на виконанні вимог до якості.

Забезпечення якості. Складова частина управління якістю, зосереджена на створенні впевненості в тому, що вимоги до якості буде виконано.

Якість медичної допомоги - надання медичної допомоги та проведення інших заходів щодо організації надання закладами охорони здоров'я медичної допомоги відповідно до стандартів у сфері охорони здоров'я.

Оцінка якості медичної допомоги - визначення відповідності наданої медичної допомоги встановленим стандартам у сфері охорони здоров'я.

Контроль якості надання медичної допомоги здійснюється шляхом застосування методів зовнішнього та внутрішнього контролю якості медичної допомоги, самооцінки медичних працівників, експертної оцінки, клінічного аудиту, моніторингу системи індикаторів якості, атестації/сертифікації відповідно до вимог чинного законодавства України та законодавства ЄС.

Стандартизація в галузі охорони здоров'я є сегментом розвитку загальнодержавної системи стандартизації в країні. Базові правила, принципи, функції, міжгалузеві норми, регламенти, протоколи та стандарти розвиваються в межах державної інституційної системи стандартизації у вигляді державних стандартів, національних класифікаторів, протоколів тощо. Внутрішньогалузеві

аспекти стандартизації формують комплексну систему стандартизації в галузі охорони здоров'я країни.

Базовою структурою в системі державного регулювання у сфері розробки медико-технологічних документів зі стандартизації медичних послуг, у тому числі фармацевтичного обслуговування та фармаконагляду, є Державний експертний центр МОЗ України.

Внутрішньогалузева стандартизація в галузі охорони здоров'я має відповідні особливості, тому що споживач медичних послуг не в повному обсязі може оцінити якісні параметри медичного обслуговування.

Багатовимірність якості. Бачення ВООЗ – якісна медична допомога має бути:

- **Безпечною (safe).** Надання медичної допомоги, яка мінімізує ризики завдати шкоду для отримувачів послуг, в тому числі пошкоджень, якими можна запобігати, а також зменшувати можливість медичних помилок.
- **Медично результативною.** Досягнення найкращих результатів через надання послуг на основі наукових знань та принципів доказової медицини.
- **Своєчасною.** Зниження затримок у наданні та одержанні медичної допомоги.
- **Економічно ефективно.** Надання медичної допомоги таким чином, щоб максимізувати використання ресурсів та уникнути марних втрат.
- **Забезпечувати рівність.** Загальнодоступність надання медичної допомоги, яка надається однаковою якістю, не зважаючи на особисті характеристики, національність, стать, місце проживання, або соціально-економічний статус.
- **Людиноцентричною та пацієнтоорієнтованою.** Надання медичних послуг з урахуванням індивідуальних вподобань і очікувань пацієнтів та культури їх громади.
- **Забезпечення довголіття населення.** Рекомендації та просвіта населення про профілактичні, реабілітаційні заходи та дотримання здорового способу життя.

Якість в галузі охорони здоров'я – це сукупність мультиваріативних властивостей і характеристик медичних послуг, які визначають її здатність задовольняти встановлені або передбачувані вимоги споживачів в медичній сфері.

Медична послуга (послуга з медичного обслуговування населення) – послуга, що надається пацієнту закладом охорони здоров'я або фізичною особою – підприємцем, яка зареєстрована та одержала в установленому законом порядку ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, та оплачується її замовником.

Замовником медичних послуг можуть бути:

- державні інституції;
- органи місцевого самоврядування (територіальні громади);
- юридичні та фізичні особи;
- міжнародні організації.

Міністерством охорони здоров'я України розроблено Порядок контролю якості медичної допомоги, наказ МОЗ України від 28.09.2012 р. № 752.

Інструменти управління якістю медичних послуг: Ліцензування, Сертифікація / Атестація, Контроль, Стандартизація, Акредитація.

Методи оцінки якості надання медичних послуг		
Зовнішній контроль якості медичних послуг	Внутрішній контролінг якості медичних послуг	Самооцінка людського капіталу у медичній сфері
Експертна оцінка	Моніторинг та діагностики системи індикаторів якості медичних послуг	
Атестації або сертифікації відповідно до вимог чинного законодавства країни та законодавства Європейського Союзу		Клінічний аудит

Наказ МОЗ від 28.09.2012 р. № 752 «Про затвердження Порядку контролю якості медичної допомоги» містить 8 основних пунктів:

1. Поширюється на всіх надавачів медичних послуг МД.
2. Забезпечення одержання пацієнтами МД належної якості.
3. Якість МД – надання МД відповідно стандартів у сфері охорони здоров'я. Оцінка якості МД – визначення відповідності наданої МД встановленим стандартам.
4. Контроль якості здійснюється шляхом застосування:
 - методів зовнішнього та внутрішнього контролю якості МД;
 - самооцінки медичних працівників;
 - експертної оцінки;
 - клінічного аудиту;
 - моніторингу системи індикаторів якості;
 - атестації/сертифікації відповідно до вимог чинного законодавства України та ЄС.
5. Внутрішній контроль якості здійснюється керівництвом закладів та/або медичними радами, зокрема шляхом:
 - Контролю за кваліфікацією лікарів, молодших спеціалістів з медичною освітою та професіоналів з вищою немедичною освітою;
 - Самооцінки медичних працівників;
 - Організації надання медичної допомоги у закладі ОЗ;
 - Моніторингу реалізації управлінських рішень;
 - Моніторингу дотримання структурними підрозділами ЗОЗ стандартів у сфері ОЗ, клінічних протоколів;
 - Моніторингу системи індикаторів якості медичної допомоги;

- Вивчення думки пацієнтів щодо надання медичної допомоги.
6. Зовнішній контроль якості здійснюється органами державної виконавчої влади:
- Контролю за дотриманням ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики;
 - Проведення акредитації закладів ОЗ;
 - Атестація лікарів, молодших спеціалістів з медичною освітою та професіоналів з вищою немедичною освітою;
 - Проведення клініко-експертної оцінки якості та обсягів МД.
7. Контроль якості здійснюється за такими складовими:
- структура, процес та результати МД;
 - організація надання МД;
 - контроль за реалізацією управлінських рішень;
 - відповідність кваліфікаційним вимогам медичних працівників;
 - вивчення думки пацієнтів щодо наданої медичної допомоги;
 - забезпечення прав та безпеки пацієнтів під час надання їм медичної допомоги.
8. Контроль якості наданої МД проводиться у випадках :
- смерті пацієнтів;
 - первинного виходу на інвалідність осіб працездатного віку;
 - розбіжності встановлених діагнозів;
 - недотримання закладами ОЗ стандартів медичної допомоги (медичних стандартів), клінічних протоколів, табелів матеріально-технічного оснащення;
 - а також у випадках, що супроводжувалися скаргами пацієнтів та/або близьких осіб, які доглядають за пацієнтами, шляхом клініко-експертної оцінки якості та обсягів медичної допомоги.

Клініко-експертна оцінка якості та обсягів медичної допомоги здійснюється шляхом експертизи клінічних питань діагностики, лікування та реабілітації медичними радами закладів охорони здоров'я, клініко-експертними комісіями Міністерства охорони здоров'я України та/або управлінь охорони здоров'я протягом 30 днів з дня надходження відповідного звернення або з ініціативи Міністерства охорони здоров'я України, про що складається висновок за результатами клініко-експертної оцінки.

Контроль якості надання медичних послуг здійснюється за сегментами. Таким чином, надання якісних медичних послуг, у тому числі діагностичні, профілактичні та лікувальні заходи, спрямовані на збереження та підвищення стану здоров'я у національному суспільстві.

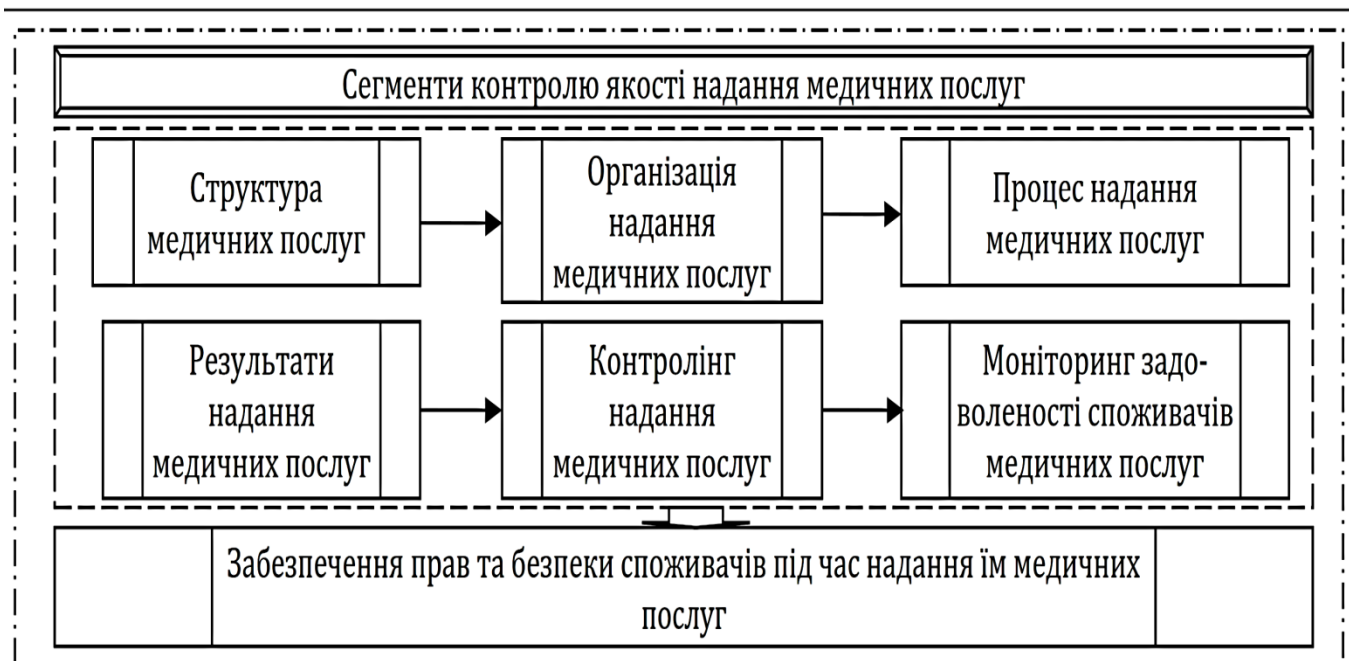
Оцінка якості надання медичних послуг – це комплексне перманентне дослідження позитивних і негативних факторів процесу надання медичних послуг, які можуть вплинути на результати наданих медичних послуг.

Мета оцінки якості надання медичних послуг – забезпечення суб'єктів медичної сфери інформацією щодо задоволеності, результативності, потреб і вимог населення країни і його контрагентів на ринку медичних послуг.

Засновником дослідження якості в галузі охорони здоров'я та результатів надання медичних послуг є випускник Гарвардського університету, лікар Avedis Donabedian, який запропонував Донабедську модель допомоги.

Тому оцінювання якості в галузі охорони здоров'я відбувається відповідно до тріади Донабедіана:

- оцінка структури та ресурсів;
- оцінка процесу надання медичних послуг та технології;
- оцінка наслідків і результатів надання медичних послуг.



Для визначення ступеня задоволеності споживача медичних послуг здійснюється його анкетування та бальна оцінка. В процесі оцінювання визначається задоволеність споживача процесом надання медичних послуг і задоволеність споживача результатом надання медичних послуг.

Зазначимо, що якість медичних послуг не можливо оцінювати тільки на підставі критерію задоволення очікувань споживача, тому між суб'єктом, який надає медичні послуги та їх споживачем обов'язково повинен бути незалежний експерт, який професійно и обґрунтовано оцінює якість наданих медичних послуг.

Таким чином, система стандартизації в галузі охорони здоров'я є вагомим сегментом забезпечення якості медичних послуг.

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:

- *макро - рівень:* 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;
- *мікро - рівень:* 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 вважають, що дефініції «управління» та «менеджмент» є синонімами, але їх зміст відмінний – як з урахуванням мікро-, так й макро- економічного підходів. Тому, дослідники вважають, що для макро - рівня доцільніше використовувати термін «управління», а для мікро - рівня 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 управляючих суб'єктів, 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.

Задача 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 в медицині можна розглядати з двох позицій:

1. З одного боку, менеджмент в 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 в 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 взаєностосунків і підвищення ефективності колективної діяльності. Серед них: дисципліна, справедливість, підкорення індивідуальних інтересів загальним, кооперативний дух, постійність персоналу, винагороди 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 по 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'єкту має три рівні:

- *стратегічний* - на даному рівні визначаються цілі і можливі результати в перспективі;
- *тактичний* – цей рівень дозволяє оптимально визначити конкретні задачі, 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 вже функціонуючих структур).

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 перетворенням 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, направляючий, фільтруючий, 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 відносяться наступні: 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 відносяться наступні: 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 ефектів 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 відносяться наступні: кошторисне планування; кошторисне фінансування; внутрішній аудит.

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. Що до приватно практикуючого лікаря, то він, по суті справи, утілює, персоніфікує цілу медичну установу, виступаючи поперемінно як основний персонал, менеджер, обслуговуючий працівник і т.п., якщо, звичайно, не йдеться про використання найманої робочої сили.
2. *Макроекономічний рівень*. В рамках національної економіки в цілому, і, перш за все, в 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 в 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 - *мідіекономічний 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 (супер - галузь), що складається з цілого ряду підгалузей, виробництв і спеціалізації, з'єднаних рішенням однієї функціональної задачі — охорона і зміцнення суспільного та індивідуального здоров'я.

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

- керована система повинна володіти здатністю переходити в різні стани, змінювати свої властивості;
- система управління повинна мати реальну нагоду змінювати, за допомогою управлінських рішень, стан об'єкту, а для цього система управління повинна мати відповідні органи, структури і механізми;
- управління, що претендує на розумність, обов'язково повинне 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;
- управляюча система повинна не тільки чітко орієнтуватися на мету управління, але і мати в кожний момент часу інформацію про поточний стан керованого об'єкту 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 (трудові, фінансові 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 під-функції: 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 випадку 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 в загалі, так й медичним закладом зокрема*, тобто постійне забезпечення керівників органів охорони здоров'я і медичних установ необхідними відомостями для реалізації задач обліку, планування, стратегічного і оперативного управління.

Крім того, ефективність управління повинна розглядається 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 в менеджменті важливу роль грає *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 в якості рушійної сили 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. В якості стимулу 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.

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.

Для ухвалення науково обґрунтованого рішення в області 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 області охорони здоров'я;
- рівень наукового забезпечення проблем охорони здоров'я;
- адаптація міжнародного досвіду в області 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.

Всі 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, таких як: Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ), ЮНЕСКО, ЮНІСЕФ, МОП (Міжнародна організація праці) і 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, регулюючих суспільні

відносини в області охорони здоров'я (в основному 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 і інших послуг в галузі охорони здоров'я;
- відповідність завданням і рівню соціально-економічного і культурного розвитку суспільства, наукова обґрунтованість, матеріально-технічна і фінансова забезпеченість;
- орієнтація на сучасні стандарти здоров'я і медичної допомоги, поєднання вітчизняних традицій і досягнень з світовим досвідом в 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 інші.

Зклади 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. В 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 рідких 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.

В розвинених країнах Європи домінуючою є сфера державного управління охороною здоров'я. В Німеччині держава сформувала 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 (Великобританії, 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).

МАТЕРІАЛИ ЩОДО АКТИВАЦІЇ ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ ПІД ЧАС ПРОВЕДЕННЯ ЛЕКЦІЇ

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

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

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

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

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

ЗАГАЛЬНЕ МАТЕРІАЛЬНЕ ТА НАВАЛЬНО-МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЛЕКЦІЇ

Матеріальне забезпечення лекції:

- Учбове приміщення кафедри менеджменту охорони здоров'я
- Обладнання: ноутбук / комп'ютер, проектор, проекційний екран, дошка аудиторна, фліпчарт на тринозі
- Ілюстративні матеріали: мультимедійні презентації, таблиці, схеми, роздатковий матеріал

Навчально-методичне забезпечення лекції:

- Робоча програма навчальної дисципліни
- Силабус навчальної дисципліни
- Методична розробка до лекцій з навчальної дисципліни

Навчально-методична література:

- Менеджмент та маркетинг в охороні здоров'я: навчальний посібник / В.І. Борщ, О.В. Рудінська, Н.Л. Кусик. Херсон: Олді+, 2022. 264 с.
- Основи менеджменту та маркетингу в медицині: навчальний посібник / В.Г. Шутурмінський, Н.Л. Кусик, О.В. Рудінська. Одеса: Видавничий дім «Гельветика», 2020. 176 с.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

- Назвіть головну мету ВООЗ зі сприяння забезпеченню охорони здоров'я населення усіх країн світу.
- Охарактеризуйте основні засади формування державної політики та стратегій у галузі охорони здоров'я проголошені на Першій міжнародній конференції з поліпшення здоров'я.
- Оттавська Хартія: державна політика і дії щодо формування та збереження здоров'я населення як п'ять стратегій.
- Назвіть загальні основні міжнародні акти та декларації з надання медичної допомоги.
- Назвіть спеціальні основні міжнародні акти та декларації з надання медичної допомоги.
- Опишіть стандарт, який визначає вимоги до системи управління якістю, міжнародний стандарт ISO 9001:2015 «Quality Management Systems — Requirements».
- Охарактеризуйте систему управління якістю в закладі охорони здоров'я.
- Опишіть Стандарти ISO серії 9000.
- Назвіть процеси системи управління якістю, згідно з міжнародними стандартами в адаптації до медичного закладу: чотири групи.
- Назвіть акценти вимог стандарту ISO 9001:2015 for HEALTHCARE.
- Багатовимірність якості. Опишіть бачення ВООЗ.
- Назвіть інструменти управління якістю медичних послуг.

- Наказ МОЗ від 28.09.2012 р. № 752 «Про затвердження Порядку контролю якості медичної допомоги». Назвіть 8 основних пунктів.
- Охарактеризуйте оцінювання якості в галузі охорони здоров'я відповідно до триади Донабедіана.
- Назвіть рівні на яких відбуваються відносини управління в медицині.
- Охарактеризуйте мету, основні задачі, об'єкт та суб'єкт менеджменту в охороні здоров'я.
- Поясніть управління медичними установами з двох позицій.
- Опишіть принципи та методи менеджменту за загальною класифікацією.
- Опишіть функції менеджменту, які визначаються рівнем системи управління.
- Надайте загальну класифікацію управлінських технологій.
- Охарактеризуйте основні інформаційні рівні виникнення економічних та управлінських відносин.
- Опишіть рівні системи управління в медичній установі.
- Дайте визначення управлінському рішенню, вимогам до нього, алгоритму його прийняття.
- Назвіть чинники, що визначають форми і методи управління системою охорони здоров'я населення в цілому і на окремих територіях.
- Назвіть найважливіші принципи розвитку національної системи охорони здоров'я, що наголошуються в Резолюції Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я.
- Назвіть основні принципи охорони здоров'я в Україні.
- Назвіть основні органи охорони здоров'я в Україні.
- Охарактеризуйте державний сектор охорони здоров'я в Україні.
- Розкрийте основні напрямки розвитку системи охорони здоров'я в сучасному світі.

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Основна:

1. 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)» / В.В. Данько; Одеський національний університет імені І.І. Мечникова. Одеса, 2020. 233 с.
2. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку: колективна монографія / кол. авт.; упоряд. проф. Я.Ф. Радиш, передм. Т.Д. Бахтєвої; за заг. ред. проф. М.М. Білинської, проф. Я.Ф. Радиша. Київ: НАДУ, 2013. 424 с.
3. Клименко О.В. Державне регулювання медичної діяльності в Україні: генеза та тенденції розвитку: дис. ... докт. наук: 25.00.01 / Клименко Олена Вікторівна. Київ, 2016. 490 с.
4. 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

5. Менеджмент та маркетинг в охороні здоров'я: навчальний посібник / В. І. Борщ, О. В. Рудінська, Н. Л. Кусик. Херсон: Олді+, 2022. 264 с.
6. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 років. URL: <http://www.apteka.ua/article/327094>.
7. 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.
8. Основи менеджменту та маркетингу в медицині: навчальний посібник / В.Г. Шутурмінський, Н.Л. Кусик, О.В. Рудінська. Одеса: Видавничий дім «Гельветика», 2020. 176 с.
9. 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.
10. Попченко Т.П. Реформування сфери охорони здоров'я в Україні: організаційне, нормативно-правове та фінансово-економічне забезпечення: аналітична доповідь. Київ: НІСД, 2012. 96 с.

Додаткова:

1. Баєва О.В. Основи менеджменту охорони здоров'я: навчально – методичний посібник. Київ: МАУП, 2007. 328 с.
2. Баєва О.В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я: навчальний посібник. Київ: Центр учбової літератури, 2008. 640 с.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. МОЗ України: Що було, є і буде. URL: https://moz.gov.ua/uploads/2/13773-transition_book_healthcare.pdf.
7. 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.
8. 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>.

9. Скібіцька Л.І., Скібіцький О.М. Менеджмент. Київ: Центр учбової літератури, 2007. 416 с.

Електронні інформаційні ресурси:

1. Всесвітня організація охорони здоров'я. URL: www.who.int.
2. Державний заклад «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України»: офіційний веб-сайт. URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/main.html>.
3. Європейська база «Здоров'я для всіх». URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/statreports.html>.
4. Європейське регіональне бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я. URL: www.euro.who.int.
5. Лабораторія проблем економіки та управління в охороні здоров'я. URL: www.med122.com.
6. Медичний світ: професійна газета. URL: www.medsvit.org.
7. Медична інформаційна система: офіційний веб-сайт компанії Мед-експерт. URL: <http://medexpert.ua/ua/medichnij-zaklad/31-medichnij-zaklad/pro-rynku-v-iznoho-medychnoho-turyzmu-v-ukraini>.
8. Медико - правовий портал. URL: <http://103-law.org.ua>.
9. Міністерство охорони здоров'я України: офіційний веб-сайт. URL: <https://moz.gov.ua/>.
10. Міністерство соціальної політики України: офіційний веб-сайт. URL: <https://www.msp.gov.ua/main/Pro-ministerstvo.html>.
11. Національна служба здоров'я України: офіційний веб-сайт. URL: <https://nszu.gov.ua/pro-nszu>.
12. Національна академія медичних наук України. URL: www.amnu.gov.ua.
13. Охорона здоров'я. Державна служба статистики України: офіційний веб-сайт. URL: http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2018/zb/06/zb_zoz_17.xls.
14. Український медичний часопис: медичний журнал. URL: www.umj.com.ua.
15. Global Health Expenditure Database. URL: <https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>.
16. Global health security Index. URL: <https://www.ghsindex.org/about/>.
17. Modern healthcare. URL: <https://www.modernhealthcare.com/vital-signs-healthcare-blog>.

ТЕМА 2.

ФУНКЦІЇ НСЗУ ТА ОСНОВИ ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА МАКРО- ТА МІКРО- РІВНЯХ

Актуальність теми:

Охорона здоров'я є однією з найважливіших сфер суспільного життя, яка впливає на якість життя населення, економічну стабільність та соціальну згуртованість. З огляду на сучасні виклики, такі як зростання вартості медичних послуг, демографічні зміни, нові технології та інфекційні загрози, ефективне управління ресурсами в охороні здоров'я стає ключовим питанням.

На макрорівні функції Національної служби здоров'я охоплюють стратегічне планування, розподіл фінансових ресурсів, забезпечення доступності медичних послуг, контроль за якістю надання медичної допомоги, а також координацію дій з іншими державними та міжнародними організаціями.

На мікрорівні увага зосереджується на управлінні фінансами в окремих медичних закладах, ефективному використанні бюджетних коштів, забезпеченні прозорості витрат і підвищенні ефективності надання медичних послуг.

Вивчення даної теми дозволить глибше зрозуміти, як функціонує система охорони здоров'я на різних рівнях та які механізми забезпечують її сталий розвиток, що є особливо важливим в умовах реформування системи охорони здоров'я України.

Мета:

Набуття здобувачем вищої освіти знань про структуру, функції та повноваження НСЗУ. Формування розуміння суті реформ в сфері охорони здоров'я на сучасному етапі. Набуття знань щодо стандартів і регламентів, які використовують в процесах організації надання медичних послуг і організації діяльності закладу охорони здоров'я.

Набуття здобувачем вищої освіти знань про формування фінансово-економічних відносин в охороні здоров'я, знань про моделі організації системи охорони здоров'я на основі систем фінансування. Розуміння методів фінансування медичних установ на макрорівні. Набуття знань про ресурси закладів охорони здоров'я (в т.ч. фінансові) та фінансове середовище медичних установ. Розуміння специфіки використання цифрового ресурсу в закладі охорони здоров'я.

Основні поняття:

Національна служба здоров'я України. Реформа в сфері охорони здоров'я. Стандарти і регламенти. Фінансово-економічні відносини в охороні здоров'я. Система фінансування. Моделі організації системи охорони здоров'я. Методи фінансування. Фінансово-економічні відносини в охороні здоров'я. Ресурси закладів охорони здоров'я.

ПЛАН І ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА ЛЕКЦІЇ

Привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів вищої освіти щодо вивчення теми.

ЗМІСТ ЛЕКЦІЙНОГО МАТЕРІАЛУ (ТЕКСТ ЛЕКЦІЇ)

Національна служба здоров'я України (НСЗУ) є центральним органом виконавчої влади, який реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення. Діяльність НСЗУ спрямовується і координується Кабінетом Міністрів України через Міністра охорони здоров'я.

Основні завдання НСЗУ:

- Реалізація державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення (програма медичних гарантій);
- Виконання функцій замовника медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій;
- Внесення на розгляд Міністра охорони здоров'я пропозицій щодо забезпечення формування державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення.

Нормативно-правові засади діяльності НСЗУ:

- Закон України “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення”;
- План заходів з реалізації Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я на період до 2020 року, затверджений розпорядженням Кабінету Міністрів України від 15 листопада 2017 р. № 821-р;
- Положення про Національну службу здоров'я України, затверджене постановою Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1101 "Про утворення Національної служби здоров'я України".

Структура НСЗУ:

- Юридичний департамент
- Департамент управління персоналом
- Департамент договірної роботи
- Департамент фінансів та бухгалтерського обліку
- Департамент стратегії універсального охоплення населення медичними послугами
- Департамент розвитку електронної системи охорони здоров'я
- Департамент інформаційних технологій
- Департамент комунікацій
- Адміністративний департамент
- Аналітичне управління
- Управління освітніх та навчальних проєктів для надавачів медичних послуг
- Відділ організаційного забезпечення діяльності керівництва

- Відділ роботи зі скаргами пацієнтів
- Відділ управління стратегічними проєктами та міжнародної співпраці
- Відділ з питань запобігання та виявлення корупції
- Відділ внутрішнього контролю
- Відділ внутрішнього аудиту
- Сектор мобілізаційної роботи
- Сектор закупівель
- Сектор режимно-секретної роботи
- Сектор з питань забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків
- Головний спеціаліст з пожежної безпеки
- Головний спеціаліст з охорони праці
- Головний спеціаліст з питань цивільного захисту
- Північний міжрегіональний департамент
- Південний міжрегіональний департамент
- Східний міжрегіональний департамент
- Західний міжрегіональний департамент
- Центральний міжрегіональний департамент

У системі охорони здоров'я задіяні різні інституції, кожна з яких відіграє свою важливу роль. Знання про розподіл ролей та функцій ключових учасників дозволить краще розуміти функціонування системи охорони здоров'я та правильно адресувати питання до тих, хто дійсно опікується відповідними напрямками і тому зможе допомогти.

Програма державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення або Програма медичних гарантій (ПМГ) - це перелік та обсяг медичних послуг та лікарських засобів, які гарантуються населенню та оплачуються з Державного бюджету на основі однакових для закладів тарифів.

Фокус діяльності Національної служби здоров'я України (НСЗУ) - людина та її потреби. А також - безперешкодний доступ до медичної допомоги кожній людині, яка її потребує, в необхідному обсязі та без катастрофічних фінансових витрат на лікування. Це - принцип **універсального охоплення медичними послугами**, до якого ми прагнемо, а програма медичних гарантій є його невід'ємною складовою.

Важливими принципами функціонування ПМГ є:

- **принцип екстериторіальності** - кожна особа, яка потребує медичної допомоги, може отримати її без прив'язки до зареєстрованого місця проживання чи місця перебування
- **принцип нейтральності бюджету** - тарифи на медичні послуги визначаються в межах виділених бюджетних коштів і також залежать від кількості закуплених послуг

Програма медичних гарантій складається із двох рівнозначно важливих частин:

1. **Пакети медичних послуг** - це перелік гарантованого державою обсягу медичних послуг, який може отримати кожна особа відповідно до визначених у

цих пакетах підстав для надання допомоги. Пакети складаються з двох частин: специфікацій (обсягу послуг, який пацієнти можуть отримати) та умов закупівлі (вимог до організації надання допомоги, наявності фахівців та обладнання). Інформація про всі пакети медичних послуг доступна на офіційному вебсайті НСЗУ

2. Порядок реалізації Програми медичних гарантій на відповідний рік - це документ, який визначає тарифи та особливості закупівлі медичних послуг у надавачів. Порядок реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2024 році затверджений постановою КМУ від 22 грудня 2023 р. № 1394.

Дія цього Порядку поширюється **на всі заклади охорони здоров'я** незалежно від форми власності та фізичних осіб - підприємців, які отримали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, що відповідають **вимогам до надавача послуг з медичного обслуговування населення**, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення, затвердженим постановою КМУ від 28.03.2018 р. № 391, та **умовам закупівлі**, які мають намір укласти або уклали договір про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій із НСЗУ, а також на суб'єктів господарювання, які провадять господарську діяльність на підставі ліцензії на провадження господарської діяльності з **роздрібною торгівлю лікарськими засобами**, які уклали договір про реімбурсацію із НСЗУ.

Стратегічні закупівлі медичних послуг - це підхід до визначення обсягу та надавачів, покриття та доступу, за якого рішення приймаються на основі відповідей на три запитання:

1. Що оплачуємо? - тобто, які послуги фінансуються за рахунок бюджету охорони здоров'я.

2. У кого замовляємо послуги? - тобто, якими є вимоги до надавачів медичних послуг з точки зору наявності спеціалістів, організації допомоги, обладнання.

3. Як і скільки оплачуємо? - тобто, який тип тарифу або їх комбінація застосовуються для оплати медичних послуг, яким є розмір тарифу, яким чином тип та розмір тарифу створюють стимули в системі фінансування охорони здоров'я.

Концепція стратегічних закупівель прийшла на зміну кошторисному фінансуванню закладів охорони здоров'я. Цей підхід широко використовується в успішних системах охорони здоров'я.

При кошторисному фінансуванні заклади формували орієнтовний план потреб, не аналізуючи комплексно діяльність своєї установи, тому кошти використовувались не завжди ефективно і часто їх не вистачало. При цьому держава декларувала, що всі, хто потребує допомоги, отримують її сповна і безоплатно. Однак перелік послуг був невичерпним, а правила отримання медичної допомоги різнилися від закладу до закладу.

Натомість за умов стратегічних закупівель НСЗУ, з боку держави, формує перелік послуг, які готова закупити для населення, та тарифи на їх закупівлю.

Надавач медичних послуг розуміє, на які послуги може податися для укладення договору, а відтак знає про свій орієнтовний бюджет і працює по заздалегідь складеному фінансовому плану. Тож правила роботи системи однакові для всіх і прозорі: **пацієнт знає про гарантований державою обсяг послуг і правила отримання медичної допомоги, а надавач розуміє свої можливості і відповідальність.**

Пріоритетом у 2024 році є відновлення людського потенціалу: послуги з реабілітації та психічне здоров'я. Також передбачені нові напрями – допоміжні репродуктивні технології і трансплантація. Запланований бюджет Програми медичних гарантій у 2024 році – майже **159 млрд. грн.** Зокрема, **5,2 млрд. грн.** – на реімбурсацію лікарських засобів.

Програма реімбурсації “Доступні ліки” розвиватиметься в межах наявних напрямів. У другій половині року планується збільшення кількості препаратів, які пацієнти зможуть отримувати безоплатно або з частковою доплатою за напрямом розлади психіки та поведінки, епілепсії.

ПМГ 2024 року складається з **44 пакетів** медичних послуг, в рамках яких НСЗУ продовжує наближувати допомогу до пацієнтів та розширювати обсяг послуг, які можна отримати в рамках ПМГ.

Для кожного пакету медичних послуг передбачено застосування окремих специфікацій та умов закупівлі, тарифів та коригувальних коефіцієнтів залежно від складності медичної послуги, обсягу використання ресурсів для її надання та забезпечення дотримання принципу нейтральності бюджету.

Як стратегічний закупівельник, НСЗУ не просто закуповує медичні послуги, а й формує умови закупівлі таким чином, щоб гарантувати безпеку та необхідний обсяг послуг під час надання пацієнтам медичної допомоги. Зокрема, посилені вимоги застосовуються до надавачів медичних послуг, які надають пріоритетні послуги. Для цього введений **додатковий критерій для укладення договору - мінімальна кількість наданих послуг** протягом 2023 року. Він запроваджений для надання медичної допомоги при інфаркті та інсульті, а також медичної допомоги при пологах. Мінімальна кількість наданих послуг (з 1 квітня до 30 вересня 2023 р.), яка дозволяє укласти договір з НСЗУ за відповідними пакетами медичних послуг, становить: 85 пологів, 60 пролікованих інсультів, 20 пролікованих інфарктів.

Додатковою умовою для укладення договору з закладами, які надають неонатальну допомогу за відповідним пріоритетним пакетом послуг, є наявність **менше ніж 20% переведень** від усіх складних пролікованих неонатальних випадків.

Якщо медичний заклад обслуговує менше пацієнтів, ніж мінімальні вимоги, це призводить до втрати необхідної практики та професійної кваліфікації медичного персоналу і робить послугу небезпечною для пацієнтів. Спроможність лікарні надавати якісну допомогу за таким профілем викликає сумнів. НСЗУ закуповуватиме медичні послуги лише в тих закладах, де пацієнту зможуть надати медичну допомогу професійно та безпечно.

Існують 5 основних типів тарифів:

1. Капітаційна ставка.

Цей тип тарифу використовується, наприклад, для оплати первинної медичної допомоги та ведення вагітності в амбулаторних умовах. Капітаційна ставка означає оплату за одного пацієнта, тобто *per capita* (від лат. - “за особу”). Людина може і не звертатися за медичною допомогою протягом періоду дії цієї оплати, тариф сплачується за *готовність надати допомогу* особі, яка її потребує. Він може також застосовуватися для оплати лікування осіб із визначеним захворюванням. У такому разі оплата здійснюється за кожен особу на фіксовану суму за певний період часу.

2. Ставка за пролікований випадок за діагностично-спорідненими групами.

Діагностично-споріднена група - група клінічних випадків, що характеризуються схожими (пов'язаними за діагнозами) клінічними станами та подібною інтенсивністю використання ресурсів для профілактики, діагностики, лікування та медичної реабілітації в умовах стаціонару. В Україні цей тип тарифу використовується для оплати стаціонарного лікування. Суть цього тарифу полягає в тому, що держава не платить за кожен окрему послугу, яка була надана особі в стаціонарі, а сплачує за весь пролікований випадок.

3. Ставка на медичну послугу, де одиницею оплати виступає власне окрема послуга.

Цей тип тарифу застосовується для оплати кожної наданої медичної послуги, наприклад, послуги інструментальної діагностики для раннього виявлення новоутворень

4. Глобальна ставка, або глобальний бюджет.

Глобальна ставка (глобальний бюджет) – це фіксована сума, яка оплачується закладу за певний період за заздалегідь визначені послуги. Цей тип тарифу забезпечує фінансування закладів охорони здоров'я на основі історично статистичних даних. Для розрахунку глобальної ставки за основу беруться інші тарифи: капітаційна ставка, ставка за пролікований випадок, ставка за надану послугу. Глобальна ставка визначається як добуток запланованої кількості послуг і тарифів для оплати таких послуг. При цьому заклад вносить дані в ЕСОЗ про всі надані послуги, всіх пацієнтів та всі здійснені госпіталізації.

5. Ставка за результатами виконання умов про медичне обслуговування.

Це - тариф, який виплачується за досягнення закладом цільових показників, які визначені в договорі. Цей тип тарифу дозволяє фінансово заохочувати заклади та команди медичних працівників досягати якісних результатів в наданні послуг. Для цього потрібно збирати детальну інформацію щодо надання медичних послуг. Цей тип тарифу використовується як додатковий до інших чотирьох типів.

Оскільки обсяг коштів, які можуть бути спрямовані на оплату медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій, є обмеженим, ПМГ спирається на визначені пріоритетні види медичних послуг та лікарських засобів.

ОДИНИЦЕЮ ОПЛАТИ ДЛЯ ЦИХ ТАРИФІВ Є:

КАПІТАЦІЙНА СТАВКА	один пацієнт
СТАВКА ЗА ПРОЛІКОВАНИЙ ВИПАДОК	комплекс наданих послуг в межах госпіталізації
СТАВКА НА МЕДИЧНУ ПОСЛУГУ	одна надана послуга
ГЛОБАЛЬНА СТАВКА	фіксована сума, яка оплачується закладу за певний період за заздалегідь визначені послуги
СТАВКА ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ВИКОНАННЯ УМОВ ДОГОВОРІВ	досягнення визначених показників в наданні медичних послуг

Перелік пріоритетних напрямів розвитку сфери охорони здоров'я на 2023 - 2025 роки затверджений наказом МОЗ від 07.10.2022 р. № 1832.

Таке формулювання пріоритетних напрямів ПМГ дозволить досягти мультиплікаційного ефекту у покращенні показників здоров'я населення. Зокрема, в межах ПМГ запланований комплексний підхід для зменшення наслідків серцево-судинних захворювань.

На рівні первинної медичної допомоги передбачено надання медичних послуг для лікування та профілактики розвитку ускладнень серцево-судинних захворювань, таких як гострий мозковий інсульт та гострий інфаркт міокарда. На рівні спеціалізованої допомоги для надання медичних послуг пацієнтам з гострим мозковим інсультом та гострим інфарктом міокарда розроблені чіткі вимоги щодо обсягу послуг та організації надання допомоги відповідно до кращих стандартів лікування. Оплата таких послуг буде здійснюватися за пріоритетним (підвищеним) тарифом.

У ПМГ-2024 НСЗУ дотримується комплексного підходу і до забезпечення допомоги вагітним, породіллям та немовлятам. На рівні амбулаторної допомоги функціонує пакет медичних послуг щодо ведення вагітності, який дозволяє забезпечити вагітних жінок повним об'ємом послуг із супроводу вагітності.

Також жінка може спостерігатися під час вагітності у свого сімейного лікаря, якщо так більш зручно для них обох. На рівні стаціонарної допомоги в якості пріоритетних станів і далі будуть існувати пакети для надання акушерської та неонатальної допомоги. Окремий пакет з неонатального скринінгу дозволяє проводити ранню діагностику щодо 21-го генетичного

захворювання у новонароджених та дітей. Новий у 2024 році пакет з допоміжних репродуктивних технологій спрямований на покращення доступу до послуг з відновлення репродуктивного здоров'я. Таке рішення за попередніми прогнозами дає можливість народитися більш ніж 10 тис. маленьким українцям щороку.

Важливою частиною ПМГ є **пакети медичних послуг**.

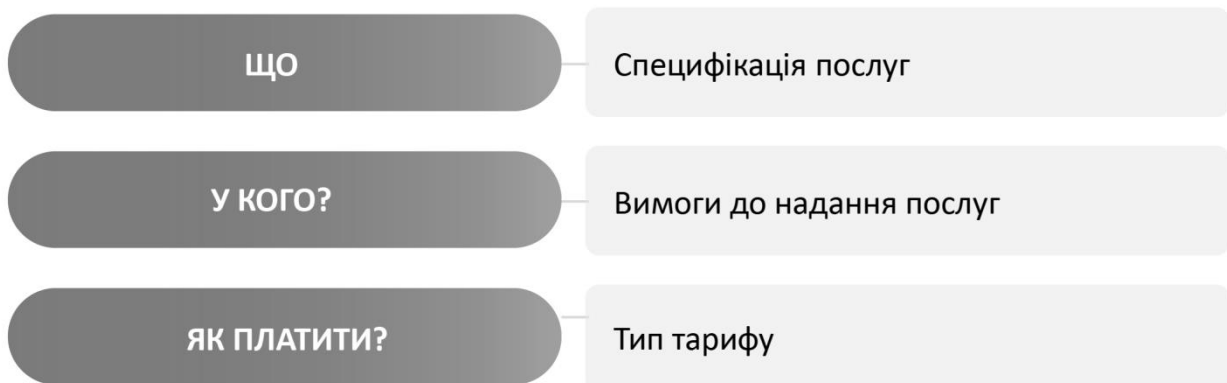
Процес формування переліку пакетів медичних послуг базується на таких принципах:

- Перелік послуг або послуга виокремлюється в пакет у випадках, коли для контракування за цими послугами застосовуються окремі умови закупівлі. Пріоритетні послуги виділені в окремі пакети для забезпечення можливості керувати маршрутами пацієнтів, розвитку окремого напрямку для збільшення точок доступу, підвищення якості та доступності медичних послуг за цим напрямком.
- Оплата медичної послуги залежить від базової ставки та коригувального коефіцієнту для конкретної послуги. В межах одного пакету до медичних послуг можуть застосовуватися різні коефіцієнти, які враховують складність діагнозу або вартість лікування.
- Специфікації та умови закупівлі медичних послуг оновлюються щорічно та погоджуються Міністерством охорони здоров'я України.

Пакет медичних послуг - перелік медичних послуг та лікарських засобів, необхідних для надання таких послуг, у межах певного виду медичної допомоги, до яких встановлюються єдині специфікації, умови закупівлі, тип тарифу та базова ставка, оплату надання яких здійснює НСЗУ згідно з договором.

В Україні для впровадження стратегічних закупівель медичних послуг було розроблено підхід фінансування надання медичної допомоги через пакети медичних послуг. **Кожний пакет складається з відповідей на три запитання стратегічних закупівель:**

- Що оплачуємо? - визначено у специфікації послуг
- У кого замовляємо послуги? - визначено в умовах закупівлі послуг
- Як і скільки оплачуємо? - визначено постановою щодо Порядку реалізації ПМГ у 2024 році від 22 грудня 2023 р. № 1394



Таким чином, пакет медичних послуг - це набір відповідей на 3 запитання стратегічних закупівель та одиниця укладення договору між надавачем медичних послуг та НСЗУ.

Пакет стосується певної сфери надання медичних послуг (напр., екстрена медична допомога, амбулаторна допомога, стаціонарна допомога) або групи захворювань (напр., онкологічні захворювання, розлади психіки та поведінки).

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 питанням: що і як робити? Іншими словами, які медичні послуги, кому і з використанням яких організаційно-правових форм надавати? Для вирішення цих проблем необхідне ретельне 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 питанням: 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 розвиток 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, які 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. В цілому, 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 необхідне ретельне 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 приватно – практикуючого лікаря. 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 необхідне ретельне досліджувати питання медичного маркетингу, такі як: попит, пропозиція, ціноутворення в галузі медичних послуг, реклама, економічна емблематика (товарні знаки, фірмові найменування, символи), психологія споживача і т.д.

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

- 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 в той же час існують і певні загальні принципи, які дозволяють здійснювати достатнє фінансове забезпечення медичної галузі.

В залежності від джерел фінансування країни можна охарактеризувати так, як показано в табл. 1.

Таблиця 1

Пріоритетні джерела фінансування охорони здоров'я в країнах світу

Країна	Державне фінансування	Страхування		Приватне фінансування
		обов'язкове	добровільне	
Австрія	3	1	2	3
Бельгія	3	1	2	3
Великобританія	1	-	3	2
Греція	1	-	2	3
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). 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.

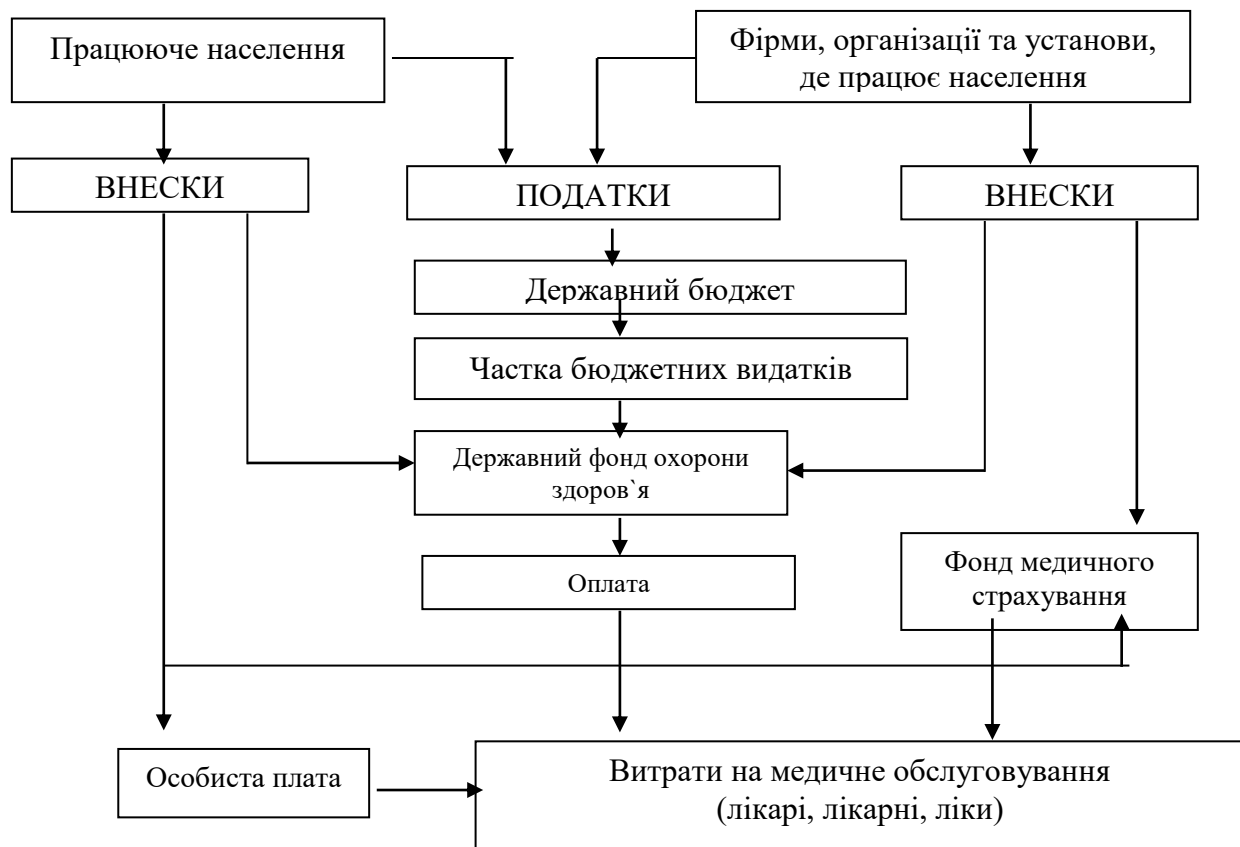


Рис. 1. Джерела фінансування охорони здоров'я в розвинених країнах світу

Методи фінансування медичних установ на макрорівні.

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

В 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 «ламати голову» над їх раціональним використанням, ризик для медичної установи зведений до мінімуму.

Недоліки: не дозволяє медичним установам гнучко пристосовуватися 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 об'єм 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 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 (робочі, 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. В 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 в фінансово-господарському обороті та використовуються в процесі підприємницької діяльності медичної установи.

Основні структурні елементи фінансового середовища медичних установ показані на рис. 2.



Рис. 2. Фінансове середовище медичних установ

Впровадження Електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ).

2016 р. Реформа розпочалася з Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я, схваленої Урядом 30 листопада 2016 р. У ній вперше закладено, що електронна система дозволить реалізувати принцип «гроші ходять за пацієнтом».

2017 р. 19 жовтня 2017 року Верховна Рада ухвалила Закон «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». Статтею 11 цього Закону було встановлено, що порядок функціонування електронної системи охорони здоров'я має затверджуватися КМУ з урахуванням вимог законодавства про захист персональних даних. 27 грудня 2017 року Кабмін затвердив положення про Національну службу здоров'я.

2018 р. За подальшу розробку та впровадження eHealth відповідає МОЗ, для чого в грудні 2017 року було створено ДП «Електронне здоров'я» (eZdorovya). У квітні розпочалася приписна кампанія пацієнтів до лікарів первинної ланки.

2019 р. На початку 2019 року було реалізовано функціонал реєстрації аптек та їх контракування з НСЗУ для програми реімбурсації, а також з'явився електронний рецепт (виписка та погашення).

2020 р. повноцінно впроваджено базові електронні медичні записи, запрацювали електронні направлення (e-Направлення) для отримання медичних послуг.

2021 р. впроваджувались нові типи електронних медичних записів як от: План лікування, Вакцинація. Медичний висновок про тимчасову непрацездатність

2022 – 2023 рр. Рецепт (в доповнення до паперового) запрацював на всі ліки які відпускаються з аптек за рецептом. З квітня всі заклади охорони здоров'я незалежно від форми власності які провадять медичну практику мають працювати в ЕСОЗ.

Електронна система охорони здоров'я — двокомпонентна система, в якій користувач через МІС взаємодіє з центральною базою даних.

ЕСОЗ складається з:

- **Центральної бази даних (ЦБД)** — інформаційно-телекомунікаційна система, яка містить передбачені законодавством реєстри, програмні модулі, інформаційну систему НСЗУ, в частині, необхідній для реалізації державних фінансових гарантій та ін. Також, забезпечує можливість створення, перегляду, обміну інформацією та документами між реєстрами, державними електронними інформаційними ресурсами, електронними медичними інформаційними системами.
- **МІС (електронна медична інформаційна система)** — інформаційно-телекомунікаційна система, яка дає змогу автоматизувати роботу суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я, створювати, переглядати, обмінюватися інформацією в електронній формі, зокрема з центральною базою даних (у разі підключення).

Цілі ЕСОЗ:

- Забезпечити прозорість фінансування системи охорони здоров'я
- Надати можливість працювати без паперу (поступовий перехід на електронний облік: е-рецепт, е-карта, е-направлення)
- Сформувати бізнес-середовище для створення нових електронних сервісів
- Створити простір для інновацій в медицині
- Сприяти розвитку медичного ІТ - простору

Ключові ролі в ЕСОЗ:

Міністерство охорони здоров'я України. МОЗ формує політику в сфері охорони здоров'я (policymaker). Основними повноваженнями МОЗ щодо ЕСОЗ є встановлення та затвердження правил роботи та функціонування ЕСОЗ. Зазначені повноваження реалізуються через прийняття та ініціювання прийняття нормативно-правових актів - законів, постанов та розпоряджень, наказів.

ДП «Електронне здоров'я» (eZdorovya). Для підтримки функціонування ЕСОЗ важливою є функція адміністрування. Адміністратор системи відповідальний за забезпечення безперебійної роботи ЦБД, здійснення технічної підтримки системи, взаємодію з МІС щодо їх роботи з ЦБД. На сьогодні функцію адміністрування виконує ДП «Електронне здоров'я».

Бізнес. медичні інформаційні системи (МІС) — МІС надають сервіси для кінцевих користувачів. Саме в МІС розміщені електронні кабінети лікарів, пацієнтів, менеджерів закладів. Через МІС здійснюється робота цих

користувачів з ЦБД ЕСОЗ. МІС обирають відповідно до потреб користувачів та функціоналу, який він надає. При виборі медичної інформаційної системи доцільно обрати декілька МІС для порівняння, запитати презентації функціоналу від них, дізнатися рівень технічної та юридичної підтримки і вже після цього приймати рішення про вибір. Актуальна інформація про МІС, які підключені до ЕСОЗ та яким функціоналом вони володіють, розміщується на сайті адміністратора.

Національна служба здоров'я України.

Основні функції НСЗУ щодо ЕСОЗ:

- визначення напрямків її розвитку;
- забезпечення впровадження нового функціоналу та інтеграції з іншими системами і реєстрами;
- управління даними в системі, ведення реєстрів системи;
- захист інформації, у тому числі персональних даних.

Чи реєструватися в ЕСОЗ медзакладу, який не планує співпрацювати з НСЗУ?

Згідно з постановою КМУ від 30.12.2022 р. № 1469 всі ліцензіати мають до 31 березня 2023 року зареєструватися в ЕСОЗ. Дія Ліцензійних умов поширюється на всіх юридичних осіб незалежно від їх організаційно-правової форми та фізичних осіб — підприємців, які провадять господарську діяльність з медичної практики. Виняток — суб'єкти господарювання, що здійснюють судово-медичну експертизу, зокрема: гістологічну; імунологічну; криміналістичну; токсикологічну; цитологічну; судово-психіатричну.

Відтепер ліцензіат зобов'язаний:

- зареєструватися в Реєстрі суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я;
- забезпечити роботу з ЕСОЗ, зокрема вносити первинну облікову медичну документацію, облікувати медичні послуги, використовувати її функціональні можливості (пп. 30, 31 п. 13 Ліцензійних умов).

Як підключити медичний заклад до електронної системи охорони здоров'я?

Крок 1. Пошук МІС, яка забезпечить роботу в E-Health. Щоб вибрати оптимальну систему, **проведіть переговори** з різними МІС і дізнайтеся: які послуги вони пропонують; який у них рівень технічної підтримки; який у них рівень юридичної підтримки. Потрібно знайти таку МІС, яка відповідає вимогам і планує підключитись або вже підключена до системи E-Health, щоб заклад надалі міг з нею працювати.

Крок 2. Укладення договору з МІС. Рекомендуємо уважно вивчати договір і включати до нього потрібні для закладу пункти. Наприклад, про періодичне навчання працівників роботі в МІС. Після підписання договору з МІС заклад має отримати доступ до користування інтерфейсом цієї інформаційної системи.

Крок 3. Реєстрація закладу охорони здоров'я в ЕСОЗ. Після налаштування МІС на робочому місці необхідно зареєструвати заклад в ЕСОЗ.

При цьому заклад має бути діючий, оскільки під час підключення синхронно перевіряють, чи є заклад у Єдиному державному реєстрі юридичних осіб, фізичних осіб — підприємців та громадських формувань (ЄДР). Якщо заклад відсутній в ЄДР або зазначено, що заклад закритий, він буде автоматично деактивованій в ЕСОЗ.

Крок 4. Реєстрація місць надання послуг та обладнання в системі E-Health. Місце надання послуг — це місце провадження господарської діяльності з медичної практики відповідно до ліцензії. Під час реєстрації потрібно вказувати не відділення (приймальне, хірургічне тощо), а фактичні місця, тобто адреси, які **вказані в ліцензії**. Необхідно зазначати **всі місця надання послуг** відповідно до чинної ліцензії. Окрім того, кожне робоче місце стаціонарних відділень, приймального відділення та кабінету статистики має бути підключене до МІС. Якщо ви зареєстрували в ЕСОЗ не місця надання послуг, а відділення, їх потрібно деактивувати (присвоїти статус «неактивний») і заново ввести фактичні місця надання послуг, відповідно до ліцензії на медичну практику. Зареєструвати місця надання послуг та обладнання необхідно до того, як подавати заявку на контрагування.

Крок 5. Реєстрація працівників у системі E-Health. Керівник закладу або уповноважена особа повинні зареєструвати в системі **всіх працівників закладу**. У реєстрах медичних працівників і медичних спеціалістів мають міститися дані про всіх медичних працівників закладу, із зазначенням їхньої спеціалізації та освіти. Надалі цю інформацію перевірятимуть за реєстром медичних спеціалістів МОЗ. Медичні працівники мають отримати кваліфіковані електронні підписи (КЕП). Радимо отримувати саме КЕП співробітника організації (юридичної особи) — це дає можливість виписувати електронні рецепти.

Вибір МІС. Поради:

- Проінспекуйте функціональність МІС. Залучіть до цього підлеглих. Якщо система вже є на ринку, ознайомтеся з відгуками користувачів. Поцікавтеся відгуками не лише керівника закладу, а й лікарів, головної медсестри, відповідальної за облік медичних витратних матеріалів, керівника колцентру та ін. Система, розроблена за принципом ІС, задовольнить бухгалтера й керівника з економічною освітою. Але такий інтерфейс не сприймуть лікарі й медсестри, тож і працюватимуть у МІС неохоче. Щоб МІС стала гнучким і зручним інструментом, знайдіть баланс між інтерфейсом, простотою та опціями.
- Обирайте МІС на перспективу. Заклад може «вирости» із системи, яка цілком підходить сьогодні. Тоді її доведеться замінити. Міграцію з однієї МІС на іншу пережили всі великі заклади охорони здоров'я, зокрема й мережеві. Тож обирайте МІС на перспективу.
- Якщо мігруєте з однієї МІС на іншу, чітко прописуйте етапи переносу. Визначте, що готуватиме клієнт, а що — розробники. Обговоріть усі формати даних. Під фразою «пришліть нам ваші шаблони висновків» розробник розуміє структуровану інформацію, а отримує 200+ висновків у

скріншотах. У кожному такому випадку замовник переплачує за втрачений час.

Основні етапи підписання Договору з НСЗУ:

Процес складається з наступних кроків:

Крок 1. Авторизація на платформі SmartTender

Крок 2. Перехід у модуль SmartSign

Крок 3. Ознайомлення з текстом Договору та його підписання

Інструкція про підписання договору з НСЗУ на медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій в модулі SmartSign на платформі SmartTender. <https://contracting.nszu.gov.ua/ogoloshennya-pro-ukladennya-dogovoriv>

Моніторинг — контрольна функція НСЗУ.

Серед основних завдань НСЗУ:

- реалізація державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення (далі — програма медгарантій);
- виконання функцій замовника медичних послуг, лікарських засобів і медичних виробів за програмою мед гарантій.

НСЗУ відповідно до покладених на неї завдань здійснює, зокрема, заходи, що забезпечують цільове та ефективне використання коштів за програмою медгарантій, через моніторинг. Серед них — заходи з перевірки дотримання надавачами медпослуг вимог, установлених порядком використання коштів програми медгарантій, умов договорів про медичне обслуговування населення. Спосіб моніторингу визначає Типовий договір.

Умови здійснення моніторингу КМУ визначив як **договірні умови**. Тобто сторона, яка укладає з НСЗУ договір за програмою медгарантій, добровільно бере на себе зобов'язання з дотримання умов моніторингу та добровільно зголошується з відповідальністю у випадку перешкодження його проведенню.

Моніторинг — комплекс заходів, які здійснює замовник, щодо збору та аналізу інформації стосовно виконання надавачем медпослуг умов договору.

Автоматичний моніторинг — комплекс постійних автоматизованих заходів, заснованих на ризик-орієнтованому підході, які здійснюються з використанням інформаційно-комунікаційних систем, зокрема інформаційної системи замовника, для отримання інформації, необхідної для вирішення питання про проведення фактичного моніторингу, планування фактичного моніторингу, верифікації даних, що містяться в електронній системі охорони здоров'я, і застосування заходів, передбачених договором.

Документальний моніторинг — вид моніторингу, який передбачає надсилання запитів в електронній або паперовій формі надавачу медпослуг, що містять перелік документів та/або інформації, які необхідно подати до замовника, а також аналіз відповідних документів та/або інформації, отриманих від надавача та з інших джерел.

Моніторинговий візит — вид моніторингу, який здійснюється з безпосереднім відвідуванням місць надання медичних послуг.

Фактичний моніторинг — документальний моніторинг та/або моніторинговий візит.

Як бачимо, моніторинг не завжди передбачає фізичне відвідування закладу.

Найбільш проблемним для закладів буде **фактичний моніторинг**, який охоплює або документальний моніторинг, або моніторинговий візит.

Порядок моніторингу передбачає, що фактичний моніторинг НСЗУ проводить планово або позапланово.

Підставою для ухвалення рішення про проведення планового фактичного моніторингу слугує виключно інформація, отримана за результатами автоматичного моніторингу, яка свідчить про наявність **середнього чи високого ризику** можливих порушень надавачем медпослуг умов договору.

Правила визначення ступеня ризику знаходимо в Типовому договорі, де передбачено таке: «Ризик-орієнтований підхід — оцінка замовником виконання надавачем медичних послуг умов договору, яка проводиться шляхом звірки повноти та достовірності інформації, що внесена у звіт про медичні послуги за договором, з інформацією, що міститься в системі, медичною документацією та іншими даними, що свідчать про надання послуг згідно з цим договором, та яка дає змогу в рамках автоматичного моніторингу оцінити наявність низького, середнього чи високого ризику (**низький** — від 1 до 3 порушень; **середній** — від 4 до 7 порушень; **високий** — від 8 і більше порушень) можливих порушень надавачем умов цього договору, виявлення яких є підставою для призначення здійснення фактичного моніторингу».

Хоча в Типовому договорі написано про **можливі** порушення, скоріш за все, НСЗУ враховуватиме **реально виявлені** порушення. Особливо з огляду на відсутність критеріїв і механізмів прогнозу виникнення можливих порушень у майбутньому.

НСЗУ здійснює плановий моніторинг **на підставі затвердженого плану** проведення моніторингу. Цей план має містити інформацію, отриману за результатами автоматичного моніторингу, яка свідчить про наявність середнього чи високого ризику можливих порушень надавачем умов договору.

Підставою для проведення **документального моніторингу** слугує інформація за результатами автоматичного моніторингу, яка свідчить про наявність середнього ризику можливих порушень надавачем умов договору.

Підставою для проведення **моніторингового візиту** — інформація, яка свідчить про наявність високого ризику можливих порушень.

Інформація за результатами автоматичного моніторингу, яка свідчить про низький ризик можливих порушень надавачем медпослуг умов договору, не може бути підставою для проведення документального моніторингу.

НСЗУ складає план проведення моніторингу на **півріччя**. Після затвердження про нього слід поставити до відома:

- надавачів медпослуг у випадку, якщо надавач належить до державної або комунальної форми власності;
- орган, до сфери управління якого належить надавач.

Спосіб інформування — через листи на електронну пошту та оприлюднення на офіційному сайті НСЗУ.

Протягом 15 календарних днів після оприлюднення затвердженого плану проведення моніторингу керівник відповідального підрозділу апарату НСЗУ видає **доручення** про здійснення фактичного моніторингу. У дорученні він вказує інформацію, передбачену внутрішніми актами НСЗУ, відповідно до предмета моніторингу, визначеного виключно затвердженим планом проведення моніторингу. Далі керівник надає доручення до виконання **моніторинговій групі**.

НСЗУ повідомляє надавача медпослуг про плановий моніторинговий візит **не пізніше ніж за 5 календарних днів** до дати його проведення. **Повідомлення** надсилають за місцезнаходженням надавача рекомендованим листом з повідомленням про вручення або з особистим врученням через відповідальні підрозділи апарату замовника уповноваженому представнику надавача, а також на адресу електронної пошти надавача, зазначену в договорі. Датою повідомлення про проведення планового моніторингового візиту є дата отримання листа або особистого вручення повідомлення.

Позаплановий моніторинг НСЗУ проводить:

- якщо під час автоматичного моніторингу з'явилася інформація про низький, середній чи високий ризик можливих порушень надавачем медпослуг умов договору, факт наявності або відсутності яких не можна підтвердити засобами автоматичного моніторингу;

- для перевірки виконання плану усунення виявлених порушень, складеного відповідно до умов договору;

- у разі систематичного порушення надавачем медпослуг умов договору.

Для здійснення позапланового моніторингу потрібне **доручення** керівника відповідального підрозділу апарату НСЗУ.

Як бачимо, навіть одне порушення, тобто низький рівень ризику, може призвести до позапланового моніторингу. У цьому контексті вже не цікаво з'ясовувати, що означає «систематичне» порушення, адже НСЗУ завжди матиме можливість скористатись іншою підставою для моніторингу.

МАТЕРІАЛИ ЩОДО АКТИВАЦІЇ ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ ПІД ЧАС ПРОВЕДЕННЯ ЛЕКЦІЇ

Яке з наведених завдань НЕ належить до основних завдань Національної служби здоров'я України (НСЗУ)?

А. Реалізація державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення

Б. Виконання функцій замовника медичних послуг та лікарських засобів

В. Забезпечення доставки ліків пацієнтам

Г. Внесення пропозицій щодо формування державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення

Що означає принцип екстериторіальності в Програмі медичних гарантій (ПМГ)?

- А. Медичні послуги можуть надаватися лише за місцем проживання пацієнта
- Б. Пацієнт може отримати медичну допомогу в будь-якому закладі незалежно від місця реєстрації або проживання
- В. Медичні послуги надаються лише в регіоні, де зареєстрований пацієнт
- Г. Послуги можуть надаватися тільки у великих містах

Який принцип лежить в основі формування переліку пакетів медичних послуг?

- А. Випадковий вибір послуг
- Б. Вибір послуг на основі затребуваності
- В. Вибір послуг на основі окремих умов закупівлі
- Г. Вибір послуг на основі регіональної специфіки

Що є основною задачею приватної системи фінансування охорони здоров'я?

- А. Забезпечення рівного доступу до медичних послуг для всіх громадян
- Б. Гарантія фінансування з державного бюджету
- В. Індивідуальна відповідальність за здоров'я
- Г. Розподіл медичних послуг між різними групами населення

Що є одним із недоліків фінансування на душу населення?

- А. Відсутність стимулів до підвищення ефективності
- Б. Високий фінансовий ризик
- В. Жорсткий контроль за використанням засобів
- Г. Неможливість вільного перерозподілу ресурсів

ЗАГАЛЬНЕ МАТЕРІАЛЬНЕ ТА НАВАЛЬНО-МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЛЕКЦІЇ

Матеріальне забезпечення лекції:

- Учбове приміщення кафедри менеджменту охорони здоров'я
- Обладнання: ноутбук / комп'ютер, проектор, проекційний екран, дошка аудиторна, фліпчарт на тринозі
- Ілюстративні матеріали: мультимедійні презентації, таблиці, схеми, роздатковий матеріал

Навчально-методичне забезпечення лекції:

- Робоча програма навчальної дисципліни
- Силабус навчальної дисципліни
- Методична розробка до лекцій з навчальної дисципліни

Навчально-методична література:

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

- Основи менеджменту та маркетингу в медицині: навчальний посібник / В.Г. Шутурмінський, Н.Л. Кусик, О.В. Рудінська. Одеса: Видавничий дім «Гельветика», 2020. 176 с.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

- Охарактеризуйте Національну службу здоров'я України
- Що є основними завданнями НСЗУ
- Опишіть нормативно-правові засади діяльності НСЗУ
- Охарактеризуйте структуру НСЗУ:
- Що таке Програма державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення
- Який фокус діяльності Національної служби здоров'я України в сфері ПМГ
- Охарактеризуйте важливі принципи функціонування ПМГ
- З яких двох рівнозначних частини складається Програма медичних гарантій
- Що таке стратегічні закупівлі медичних послуг
- Охарактеризуйте тип тарифів в ПМГ - капітаційна ставка
- Охарактеризуйте тип тарифів в ПМГ - ставка за пролікований випадок за діагностично-спорідненими групами
- Охарактеризуйте тип тарифів в ПМГ - ставка на медичну послугу, де одиницею оплати виступає власне окрема послуга
- Охарактеризуйте тип тарифів в ПМГ - глобальна ставка, або глобальний бюджет
- Охарактеризуйте тип тарифів в ПМГ - ставка за результатами виконання умов про медичне обслуговування
- Назвіть пріоритетні напрямки розвитку сфери охорони здоров'я на 2023 - 2025 роки за Наказом МОЗ України від 07.10.2022 р. № 1832
- Що таке Пакет медичних послуг
- Охарактеризуйте принципи, на яких базується процес формування переліку пакетів медичних послуг
- Які фінансово-економічні відносини або господарські контакти існують в сфері охорон здоров'я
- Надайте характеристику моделі охорони здоров'я, яка базується на системі фінансування охорони здоров'я, - державна система (бюджетна модель / система, національна, "модель Беверіджа" або беверіджська система, англійська модель, а так само соціалістична модель)
- Надайте характеристику моделі охорони здоров'я, яка базується на системі фінансування охорони здоров'я, - система соціального медичного страхування (бюджетно-страхова модель / система, "модель Бісмарка" або бісмаркська система, німецька модель)
- Надайте характеристику моделі охорони здоров'я, яка базується на системі фінансування охорони здоров'я, - приватна система (страхова модель / система, американська модель, приватна медицина)

- Надайте характеристику моделей охорони здоров'я, що знаходяться у перехідній стадії (стадії реформування)
- Назвіть пріоритетні джерела фінансування охорони здоров'я в країнах світу
- Які джерела фінансування охорони здоров'я існують в розвинених країнах світу
- Назвіть методи фінансування медичних установ на макрорівні
- Охарактеризуйте фінансове середовище медичних установ
- Назвіть етапи впровадження Електронної системи охорони здоров'я
- Електронна система охорони здоров'я як двокомпонентна система
- З чого складається ЕСОЗ
- Як обрати Медичну інформаційну систему
- Назвіть основні етапи підписання медичною установою Договору з НСЗУ
- Що є моніторингом, як контрольної функція НСЗУ
- Надайте характеристику автоматичного моніторингу НСЗУ
- Надайте характеристику документального моніторингу НСЗУ
- Надайте характеристику фактичного моніторингу НСЗУ

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Основна:

1. Ахламов А.Г., Кусик Н.Л. Економіка та фінансування охорони здоров'я: навчально-методичний посібник. Одеса: ОРІДУ НАДУ при Президентові України, 2011. 134 с.
2. Баєва О.В., Чебан В.І. Економіка та підприємництво в охороні здоров'я: навчальний посібник. Чернівці: БДМУ, 2013. 360 с
3. 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>.
4. Ждан В.М., Голованова І.А., Краснова О.І. Економіка охорони здоров'я: навчальний посібник. Полтава, 2017. 114 с.
5. Кіча Д.І., Фоміна А.В. Основи економіки та фінансування охорони здоров'я. URL: <http://medbib.in.ua/osnovyiekonomiki-finansirovaniya.html>.
6. 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. Ніценка В.С. Одеса: Видавництво ТОВ «Лерадрук», 2016. 507 с.
7. Менеджмент та маркетинг в охороні здоров'я: навчальний посібник / В. І. Борщ, О. В. Рудінська, Н. Л. Кусик. Херсон: Олді+, 2022. 264 с.
8. 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>.

9. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 років. URL: <http://www.apteka.ua/article/327094>.
10. Попченко Т.П. Реформування сфери охорони здоров'я в Україні: організаційне, нормативно-правове та фінансово-економічне забезпечення: аналітична доповідь. Київ: НІСД, 2012. 96 с.

Додаткова:

1. Андрушків І.П. Загальні підходи до міжнародного медичного страхування в окремих країнах. *Науковий вісник НЛТУ України*. 2010. Вип. 20 (13). С. 170 – 174.
2. Боднар А.В. Фінансування галузі охорони здоров'я в Україні та у зарубіжних країнах. *Вісник Національного університету «Львівська політехніка»*. 2011. С. 357 - 364.
3. Камінська Т.М. Світові моделі фінансування охорони здоров'я. *Вісник Національного університету "Юридична академія України імені Ярослава Мудрого"*. 2012. № 1(8). С. 284-285.
4. 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.
5. 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.
6. Павлюк К.В. Удосконалення механізмів фінансування медичних послуг в Україні. *Фінанси України*. 2016. №. 2. С. 64-82.
7. 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.
8. Смирнов С.О., Бикова В.Г. Механізм економічного управління закладами охорони здоров'я. *Управління розвитком*. 2016. № 3. С. 78-83.

Електронні інформаційні ресурси:

1. Всесвітня організація охорони здоров'я. URL: www.who.int.
2. Державна служба статистики України: офіційний веб-сайт. URL: www.ukrstat.gov.ua.
3. Державна казначейська служба України: офіційний веб-сайт. URL: <http://www.treasury.gov.ua/main/uk/index>.
4. Державний заклад «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України»: офіційний веб-сайт. URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/main.html>.
5. Європейська база «Здоров'я для всіх». URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/statreports.html>.
6. Європейське регіональне бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я. URL: www.euro.who.int.

7. Класифікація видів економічної діяльності. URL: <https://kved.biz.ua>.
8. Лабораторія проблем економіки та управління в охороні здоров'я. URL: www.med122.com.
9. Медичний світ: професійна газета. URL: www.medsvit.org.
10. Медична інформаційна система: офіційний веб-сайт компанії Мед-експерт. URL: <http://medexpert.ua/ua/medichnij-zaklad/31-medichnij-zaklad/pro-rynku-v-iznoho-medychnoho-turyzmu-v-ukraini>.
11. Медико - правовий портал. URL: <http://103-law.org.ua>.
12. Міністерство охорони здоров'я України: офіційний веб-сайт. URL: <https://moz.gov.ua/>.
13. Міністерство соціальної політики України: офіційний веб-сайт. URL: <https://www.msp.gov.ua/main/Pro-ministerstvo.html>.
14. Національна служба здоров'я України: офіційний веб-сайт. URL: <https://nszu.gov.ua/pro-nszu>.
15. Український медичний часопис: медичний журнал. URL: www.umj.com.ua.
16. Global Health Expenditure Database. URL: <https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>.
17. 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>.
18. Modern healthcare. URL: <https://www.modernhealthcare.com/vital-signs-healthcare-blog>.

ТЕМА 3.

РЕСУРСНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА ОСНОВИ ЦІНОУТВОРЕННЯ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

Актуальність теми:

Реформа системи охорони здоров'я в Україні, що відбувається шляхом впровадження нових механізмів фінансування галузі, актуалізує питання ефективного використання ресурсів у процесі надання медичних послуг пацієнтам.

Організація ефективного функціонування та розвитку системи охорони здоров'я за умов обмеженості фінансових ресурсів є найважливішим завданням органів влади всіх рівнів. Тому питання оцінки сучасного стану охорони здоров'я та виокремлення основних проблем фінансування медичних послуг, які надаються вітчизняними установами охорони здоров'я набувають особливої актуальності. Оскільки головним чинником розвитку системи охорони здоров'я кожної країни є диверсифікація джерел фінансування, то способи отримання фінансових ресурсів використовуються різні, при цьому керуються конкретним історичним досвідом держави, характерними особливостями державного устрою, традиціями, соціально-економічним станом, в якому перебуває суспільство, та іншими параметрами.

Складна економічна й політична ситуація в Україні, економічна криза і вкрай недостатнє фінансування системи охорони здоров'я призвели до того, що показники стану здоров'я населення України упродовж останніх десятирічь набули досить серйозних негативних тенденцій.

Одним із стратегічних напрямів реформування системи охорони здоров'я є вирішення проблеми ціноутворення медичних послуг. Це вимагає розробки методики розрахунку ціни послуг, що реально відображає стан ринку медичних послуг, забезпечує відшкодування витрат лікувально-профілактичних закладів і приватно практикуючих фізичних осіб на її надання.

Мета:

Набуття здобувачем вищої освіти знань щодо базових засад ефективності в охороні здоров'я, формування елементів спеціальних компетентностей з формування та використання ресурсів (в т.ч. фінансових) в закладах охорони здоров'я, формування практичних навичок з використання моделей та систем фінансування охорони здоров'я.

Набуття здобувачем вищої освіти знань щодо базових засад ціноутворення на медичні послуги в охороні здоров'я, формування елементів спеціальних компетентностей з основ ціноутворення в охороні здоров'я на державному рівні, формування практичних навичок зі структурування ціни медичної послуги в закладах охорони здоров'я.

Основні поняття:

Базові засади ефективності в охороні здоров'я. Фінансові ресурси закладів охорони здоров'я. Моделі та системи фінансування охорони здоров'я.

Базові засади ціноутворення на медичні послуги. Структура ціни медичної послуги. Ціноутворення в охороні здоров'я на державному рівні.

ПЛАН І ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА ЛЕКЦІЇ

Привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів вищої освіти щодо вивчення теми.

ЗМІСТ ЛЕКЦІЙНОГО МАТЕРІАЛУ (ТЕКСТ ЛЕКЦІЇ)

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, формуванню якісно інших типів економічного мислення, стилів практичної господарської поведінки суб'єктів медичної галузі.
2. По-друге, відбувається збільшення об'єму 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 і економічний стан самого медичного працівника.

Базові засади ефективності в охороні здоров'я

Підвищення рівня суспільного здоров'я, якості та ефективності медичної допомоги — основні задачі 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 області охорони здоров'я населення.

С точки зору фінансово-економічних відносин в медицині, сучасну медичну установу необхідно розглядати як:

1. по-перше, як специфічний господарюючий суб'єкт, 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, в 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 задач в області 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 упровадження 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 в 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 в 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 даному випадку, 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 мікроекономічному рівні. Якщо медична установа або приватно - практикуючий лікар 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 наступні.

- 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;
- недосконалість 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.

В економіці ресурси прийнято розділяти на чотири групи:

5. природні (земля, вода, сонячна енергія, повітря, лісові масиви і т.д.)
6. матеріальні (будівлі, устаткування, сировина, матеріали і т.д.)
7. трудові (робочі, службовці, керівники і т.д.)
8. 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. В 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 в фінансово-господарському обороті та використовуються в процесі підприємницької діяльності медичної установи.

Фінансові ресурси прийнято розділяти на 3 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.

В 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.

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 яких їхня вартість переноситься на вартість того продукту, що виробляється, або послуги, що надається. Завдяки такій особливості ця частина капіталу набуває форми основного капіталу.

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 в 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 швидкозношуваних 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. Вони реалізуються в певному фінансовому середовищі.

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. В практичній діяльності, фінансові ресурси виступають в 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, добродійність 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, добродійні 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.

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 наступні 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.

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 лідируючі 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 місті 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.

В свою чергу кожна проста послуга складається з декількох процедур.

Наприклад, така проста послуга як консультація лікаря включає процедуру звернення в реєстратуру, прийом оплати, видача направлення до лікаря, огляд лікарем пацієнта, заповнення амбулаторної картки, видача довідок. Для визначення вартості простої послуги її слід розділити на окремі процедури, визначити вартість кожної процедури і скласти одержані результати. У свою чергу для визначення вартості складної (комплексної) послуги слід визначити і потім скласти вартість простих послуг, які входять в її склад. Час, який витрачається на послугу в цілому або на окремі процедури, визначається згідно діючим нормативам 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 даних 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 короткострокові та довгострокові.

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*).

Медична послуга, будучи товаром ринку, різко відрізняється від якогось-небудь іншого товару або послуги і характеризується рядом власних ознак:

- не існує до початку виробництва;

- трудомістка і не має чіткої вартості до закінчення виконання;
- не матеріальна;
- важко піддається розрахунку;
- персоніфікована;
- інтелектуальне залежить від виробника послуги;
- якість послуги мінлива навіть при виконанні її одним й тим самим лікарем;
- будується на до послуги є суб'єктивною і залежить від особливостей споживача та ін.

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 наступні основні функції: інформаційну, стимулюючу, регулюючу, розподільну.

Ціни на медичні послуги в Україні регулюються дійсним 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 розв'язуються наступні задачі:

- розширення ринку збуту послуг охорони здоров'я
- збільшення прибутку
- забезпечення балансу попиту і пропозиції, об'єму грошей і об'єму 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 включає наступні 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:

- регулююча 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.

Рівень прямих та непрямих витрат визначає мінімальну ціну, нижче якої виробництво послуг буде збитковим. Для визначення мінімальної ціни слід скласти кошторис усіх витрат згідно технології 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 швидкозношувані предмети (МШП), виробничу енергію, обладнання, кошти на оплату праці медичного персоналу, зайнятого в наданні послуги (з відрахуваннями на соціальні заходи), а також інші витрати.

Виходячи зі всього сказаного, можна показати структуру ціни:

$$\text{Ціна медичної послуги} = \text{Витрати (прямі + непрямі)} + \\ + \text{Прибуток} + \text{Податки}$$

Метод покрокового розподілу витрат “зверху донизу” 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.

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'єкту 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 її собівартість даної послуги або роботи.

Непрямі витрати – це витрати, які не можуть бути віднесені безпосередньо до певного об'єкту 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 Наказу 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 чинного законодавства, 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 маршрутної карти (схеми) 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 законодавством.

Заробітна плата медичних працівників, безпосередньо зайнятих наданням послуги, включається до валових витрат виходячи з кваліфікації 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 госпрозрахункової 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.

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 загально виробничі 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 наступні статті непрямих загально виробничих 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.).

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 Закон 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:

- установлення 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 спричиняють 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, 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);
- ковзаючи 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 зі різні види робіт, необхідних для надання певної послуги, наприклад, стоматологічні послуги);
- комплексна (сума взаємо - доповнюваних 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.

МАТЕРІАЛИ ЩОДО АКТИВАЦІЇ ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ ПІД ЧАС ПРОВЕДЕННЯ ЛЕКЦІЇ

Прямі та непрямі показники впливу охорони здоров'я на економіку країни за рахунок поліпшення показників здоров'я населення і проведення профілактичних заходів, визначають:

- А. соціальну ефективність в охороні здоров'я
- Б. медичну ефективність в охороні здоров'я
- В. економічну ефективність в охороні здоров'я
- Г. 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:

- А. внутрішні джерела формування фінансових ресурсів
- Б. зовнішні джерела формування фінансових ресурсів
- В. позикові (залучені) фінансові ресурси
- Г. позабюджетні (недержавні) фінансові ресурси

Такі виробничі ресурси медичної установи, як: земельні ділянки, будівлі, споруди, устаткування, транспортні засоби, інструменти, прилади, інвентар (меблі), багаторічні насадження, – це:

- А. основний капітал (основні засоби)
- Б. оборотний капітал (оборотні кошти)
- В. статутний капітал
- Г. залучений капітал

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. регулююча роль держави на ціни і ціноутворення

В 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 і 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

Витрати на лікарські засоби, засоби по догляду за хворими, перев'язувальні матеріали, малоцінні швидко-зношувальні предмети, виробничу енергію, обладнання, кошти на оплату праці медичного персоналу, зайнятого в наданні послуги (з відрахуваннями на соціальні заходи), відносяться до:

А. постійних витрат

Б. змінних витрат

В. прямих витрат

Г. непрямих витрат

Д. не розподілених витрат

ЗАГАЛЬНЕ МАТЕРІАЛЬНЕ ТА НАВАЛЬНО-МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЛЕКЦІЙ

Матеріальне забезпечення лекції:

- Учбове приміщення кафедри менеджменту охорони здоров'я
- Обладнання: ноутбук / комп'ютер, проектор, проекційний екран, дошка аудиторна, фліпчарт на тринозі
- Ілюстративні матеріали: мультимедійні презентації, таблиці, схеми, роздатковий матеріал

Навчально-методичне забезпечення лекції:

- Робоча програма навчальної дисципліни
- Силабус навчальної дисципліни
- Методична розробка до лекцій з навчальної дисципліни

Навчально-методична література:

- Менеджмент та маркетинг в охороні здоров'я: навчальний посібник / В.І. Борщ, О.В. Рудінська, Н.Л. Кусик. Херсон: Олді+, 2022. 264 с.
- Основи менеджменту та маркетингу в медицині: навчальний посібник / В.Г. Шутурмінський, Н.Л. Кусик, О.В. Рудінська. Одеса: Видавничий дім «Гельветика», 2020. 176 с.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ:

- Поясніть сутність фінансово-економічних процесів, які протікають в охороні здоров'я, в умовах ринкової економіки.
- Охарактеризуйте коло проблем, як виникають при фінансово-економічних відносинах в медицині.
- Охарактеризуйте медичну установу як підприємство.
- Розкрийте такий тип ефективності стосовно охорони здоров'я як соціальна ефективність.
- Розкрийте такий тип ефективності стосовно охорони здоров'я як медична ефективність.
- Розкрийте такий тип ефективності стосовно охорони здоров'я як економічна ефективність.
- Поясніть розташування пріоритетів ефективності в медицині на макроекономічному рівні.
- Поясніть розташування пріоритетів ефективності в медицині на мікроекономічному рівні.
- Охарактеризуйте основні групи ресурсів в економіці.
- Надайте класифікацію основних фінансових ресурсів медичної установи.
- Охарактеризуйте основний капітал медичної установи.
- Охарактеризуйте оборотний капітал медичної установи.
- Назвіть основні структурні елементи фінансового середовища медичних установ.
- Дайте характеристику моделі охорони здоров'я заснованій на державній системі фінансування.
- Дайте характеристику моделі охорони здоров'я заснованій на системі соціального медичного страхування.
- Дайте характеристику моделі охорони здоров'я заснованій на приватній системі фінансування.
- Розкрийте сутність реформування фінансування охорони здоров'я в Україні на бюджетно-страхову модель.
- Назвіть та охарактеризуйте основні методи фінансування медичних установ на макрорівні.
- Дайте характеристику соціальних нормативів у сфері охорони здоров'я в Україні як основи для визначення гарантованого обсягу медичного обслуговування.
- Дайте характеристику фінансових нормативів у сфері охорони здоров'я в Україні як основи для визначення гарантованого обсягу медичного обслуговування.
- Назвіть цілі процесу ціноутворення сучасного медичного закладу.
- Назвіть етапи стратегії ціноутворення.
- Надайте класифікацію медичних послуг.
- Назвіть послуги, які включає медична практика відповідно КВЕД «Охорона здоров'я і соціальна допомога».

- Охарактеризуйте класифікаційні ознаки медичної послуги за видами, місцем надання, складністю, часом, кількістю учасників, характером економічних відносин.
- Назвіть внутрішні та зовнішні чинники впливу на ціну медичної послуги.
- Назвіть основні законодавчі, нормативні акти щодо регулювання цін на медичні послуги.
- Назвіть види цін на медичні послуги.
- Опишіть основні задачі ціноутворення в медицині.
- Поясніть схему покрокового розподілу витрат “зверху донизу” за визначенням Міністерства охорони здоров’я України.
- Охарактеризуйте структуру ціни медичної послуги.
- Назвіть статті прямих витрат в структурі ціни медичної послуги.
- Назвіть статті непрямих витрат в структурі ціни медичної послуги.
- Опішіть розрахунок витрат на основну заробітну плату медперсоналу в залежності від кваліфікації.
- Охарактеризуйте функції, методи, законодавчу базу державного регулювання ціноутворення в охороні здоров’я.

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Основна:

1. Ахламов А.Г., Кусик Н.Л. Економіка та фінансування охорони здоров’я: навчально-методичний посібник. Одеса: ОРІДУ НАДУ при Президентіві України, 2011. 134 с.
2. Баєва О.В., Чебан В.І. Економіка та підприємництво в охороні здоров’я: навчальний посібник. Чернівці: БДМУ, 2013. 360 с
3. 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>.
4. Ждан В.М., Голованова І.А., Краснова О.І. Економіка охорони здоров’я: навчальний посібник. Полтава, 2017. 114 с.
5. Кіча Д.І., Фоміна А.В. Основи економіки та фінансування охорони здоров’я. URL: <http://medbib.in.ua/osnovyiekonomiki-finansirovaniya.html>.
6. 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. Ніценка В.С. Одеса: Видавництво ТОВ «Лерадрук», 2016. 507 с.
7. Менеджмент та маркетинг в охороні здоров’я: навчальний посібник / В. І. Борщ, О. В. Рудінська, Н. Л. Кусик. Херсон: Олді+, 2022. 264 с.
8. 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>.

9. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 років. URL: <http://www.apteka.ua/article/327094>.
10. Попченко Т.П. Реформування сфери охорони здоров'я в Україні: організаційне, нормативно-правове та фінансово-економічне забезпечення: аналітична доповідь. Київ: НІСД, 2012. 96 с.

Додаткова:

1. Андрушків І.П. Загальні підходи до міжнародного медичного страхування в окремих країнах. *Науковий вісник НЛТУ України*. 2010. Вип. 20 (13). С. 170 – 174.
2. Боднар А.В. Фінансування галузі охорони здоров'я в Україні та у зарубіжних країнах. *Вісник Національного університету «Львівська політехніка»*. 2011. С. 357 - 364.
3. Камінська Т.М. Світові моделі фінансування охорони здоров'я. *Вісник Національного університету "Юридична академія України імені Ярослава Мудрого"*. 2012. № 1(8). С. 284-285.
4. 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.
5. 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.
6. Павлюк К.В. Удосконалення механізмів фінансування медичних послуг в Україні. *Фінанси України*. 2016. №. 2. С. 64-82.
7. 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.
8. Смирнов С.О., Бикова В.Г. Механізм економічного управління закладами охорони здоров'я. *Управління розвитком*. 2016. № 3. С. 78-83.

Електронні інформаційні ресурси:

1. Всесвітня організація охорони здоров'я. URL: www.who.int.
2. Державна служба статистики України: офіційний веб-сайт. URL: www.ukrstat.gov.ua.
3. Державна казначейська служба України: офіційний веб-сайт. URL: <http://www.treasury.gov.ua/main/uk/index>.
4. Державний заклад «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України»: офіційний веб-сайт. URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/main.html>.
5. Європейська база «Здоров'я для всіх». URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/statreports.html>.
6. Європейське регіональне бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я. URL: www.euro.who.int.

7. Класифікація видів економічної діяльності. URL: <https://kved.biz.ua>.
8. Лабораторія проблем економіки та управління в охороні здоров'я. URL: www.med122.com.
9. Медичний світ: професійна газета. URL: www.medsvit.org.
10. Медична інформаційна система: офіційний веб-сайт компанії Мед-експерт. URL: <http://medexpert.ua/ua/medichnij-zaklad/31-medichnij-zaklad/pro-rynku-v-iznoho-medychnoho-turyzmu-v-ukraini>.
11. Медико - правовий портал. URL: <http://103-law.org.ua>.
12. Міністерство охорони здоров'я України: офіційний веб-сайт. URL: <https://moz.gov.ua/>.
13. Міністерство соціальної політики України: офіційний веб-сайт. URL: <https://www.msp.gov.ua/main/Pro-ministerstvo.html>.
14. Національна служба здоров'я України: офіційний веб-сайт. URL: <https://nszu.gov.ua/pro-nszu>.
15. Український медичний часопис: медичний журнал. URL: www.umj.com.ua.
16. Global Health Expenditure Database. URL: <https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>.
17. 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>.
18. Modern healthcare. URL: <https://www.modernhealthcare.com/vital-signs-healthcare-blog>.

ТЕМА 4.

АНАЛІЗ РИНКУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ТА ІНСТРУМЕНТІВ ПРОСУВАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ НА РИНКУ

Актуальність теми:

На сьогоднішній день ринок медичних послуг в Україні перебуває у стані трансформації. Це пов'язано з оголошеним процесом реформування системи охорони здоров'я в Україні, що в майбутньому зробить вагомий внесок у розвиток ринку медичних послуг зокрема. Це в свою чергу сприятиме появі нових медичних приватних центрів, новітніх медичних закладів, які зможуть надавати якісну та конкурентоспроможну медичну послугу, що носить назву – медичний продукт. Таким чином, медичні заклади поступово перетворюватимуться на комерційні структури з необхідними атрибутами підприємницької діяльності. За таких нових умов функціонування закладів охорони здоров'я підвищується актуальність їх маркетингової діяльності. Саме на засадах маркетингу можливо розробити ефективний комплекс та складові медичних послуг, вирішити питання ціноутворення та оптимізації закладів охорони здоров'я, просування медичних послуг. Актуальними стають маркетингові дослідження у галузі медичних послуг, питання організації, планування та контролю маркетингу закладів охорони здоров'я.

Стратегічне управління – це основа сучасного менеджменту в умовах постійних змін навколишнього середовища, жорсткої конкуренції. Єдиним засобом досягнення корпоративних цілей щодо обороту, прибутку, доходу на інвестиції є задоволення потреб споживачів. Розвиток інформаційних технологій, належна готовність суб'єктів господарювання до їх використання зумовлюють також опрацювання та розробку сучасних методик аналізу та прогнозування ринку, що є важливою складовою маркетингового управління медичною організацією. Використання стратегічного маркетингу є необхідною умовою та важливим фактором забезпечення ефективної діяльності закладів охорони здоров'я та їх адаптації до нових умов діяльності в сфері охорони здоров'я, яка перебуває на сьогодні в стані докорінного реформування, що вимагає необхідної підготовки з цих питань їх управлінців.

Мета:

Набуття здобувачем вищої освіти знань щодо базових засад функціонування маркетингу в охороні здоров'я та поняття ринку медичних послуг, його сегментації та основних ринкових елементів, формування елементів спеціальних компетентностей з використання медичного маркетингу в сучасній охороні здоров'я (в т.ч. в медичних закладах).

Набуття здобувачем вищої освіти знань щодо базових засад стратегічного маркетингового планування, формування елементів спеціальних компетентностей з процесу розробки маркетингової стратегія в рамках системи управління медичним закладом, формування практичних навичок з використання технологій стратегічного аналізу та методів маркетингового бізнес - планування.

Основні поняття:

Базові засади маркетингу охорони здоров'я. Ринок медичних послуг: сегментація, елементи ринку. Медичний маркетинг в сучасній охороні здоров'я.

Маркетингова стратегія у системі управління та процес її розробки. Стратегічне маркетингове планування. Управління якістю. Технології стратегічного аналізу та матричні методи маркетингового бізнес – планування.

ПЛАН І ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА ЛЕКЦІЇ

Привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів вищої освіти щодо вивчення теми.

ЗМІСТ ЛЕКЦІЙНОГО МАТЕРІАЛУ (ТЕКСТ ЛЕКЦІЇ)

Походження терміну «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 визначення 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 дві основні задачі:

- 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.

Виходячи з основних завдань, сформульовані головні формули 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 в 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 відносно 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 в такому випадку 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.

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, сіла,
- 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.

В **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 надає 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 надає 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 наступні задачі:

- 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, коли необхідна інформація виходить шляхом підбору та опитування експертів по передбачуваних питаннях.
- *Другий метод* - метод соціологічних досліджень. Припустимо, поліклініка хоче знати, позитивно чи налаштовані до неї люди, що живуть на обслуговуваній нею території. Необхідно підучити інформацію, яка дозволила б в результаті проведеного дослідження прийняти правильне рішення.

План маркетингу вирішує наступні 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 багато-канальність 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 і 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 і ін.);
- конкуренцію (кількість аналогічних послуг, їх якість і ефективність, оснащеність новітньою технікою, професійний рівень фахівців і їх авторитет в інших установах).

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 фармацевтику.

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 фармакологічні компанії вкладатимуть свої бюджети в їх просування (маркетинг).

На період 2020 - 2025 років в медицині очікуються проривні інновації:

впровадження нано-технологій, 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, найчастіше виникаючих 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. наступні: 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.
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 з соціально значимими захворюваннями та ін.). У комерційній діяльності повинна обов'язково бути передбачена програма спонсорства, безоплатності, зниження цін, доброчинства, чесності,

етичної спрямованості. Сприятливий імідж медичної організації створюють психологічну довіру і, в кінцевому рахунку, медичний і економічний ефект.

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, який 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 наступні:

1. Генетичний підхід (порівнювальний аналіз) – моделювання майбутнього на основі знань про події у минулому.
2. Нормативний підхід – безпосереднє бачення майбутнього, виходячи з реальних умов.
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 зіставлені.
8. Математичне моделювання – виявлення причинно-наслідкових зв'язків у об'єкті управління.

Результат стратегічного маркетингу – це цілеспрямований вплив на об'єкт управління, виходячи із загальної концепції 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 внутрішньо-організаційними 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.

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 заснований на розрахунках і конкретних даних. Це цілком обґрунтовані цифри, що характеризують дохід, прибуток та інші фінансові показники. Для розрахунку є спеціальні методики, що дозволяють 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. 1).

Таблиця 1

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?

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).

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).

Клініко-статистична група

№ КСГ	Тривалість лікування (днів)	Назва захворювання	Стандарт			
			Обстеження		Лікування	Результат
			Лабораторно-діагностичне	Консульта-тивне		
1	7	Флегмона дна ротової порож- нини	Загальний аналіз крові, сечі, посів на чутливість мікрофлори	Хірург	Хірургічне втручання, антисептики, антибіотики, сульфа- ніламиди, іммуно- модулятори	Відсут- ність гнійного ексудату, загоєння

В умовах страхової медицини ці групи служать основою для визначення фіксованих тарифів на медичні послуги.

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).

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;
- наглядна 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:

- випереджуючий 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;
- установа 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, труда, 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 проєкт.

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 представляють собою довгострокові або короткострокові **вкладення**.

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 ресурсномісткою галузі в залежності 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.

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.

МАТЕРІАЛИ ЩОДО АКТИВАЦІЇ ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ ПІД ЧАС ПРОВЕДЕННЯ ЛЕКЦІЇ

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

При негативному попиті використовується:

- А. стимулюючий маркетинг
- Б. розвиваючий маркетинг
- В. протидіючий маркетинг
- Г. конверсійний маркетинг

Що є метою маркетингової діяльності у закладі охорони здоров'я?

- А. задоволення потреб споживачів
- Б. підвищення розміру прибутку
- В. зниження собівартості продукції (медичної послуги)
- Г. правильними є відповіді А та Б

Якому елементу комплексу маркетингу відноситься наступне 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)

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

Важливою частиною маркетингового плану є:

- А. складання кошторису проекту та визначення сфер відповідальності
- Б. розрахунок показників ефективності проекту
- В. сегментація ринку, визначення цільової аудиторії
- Г. матеріально-технічне забезпечення проекту

ЗАГАЛЬНЕ МАТЕРІАЛЬНЕ ТА НАВАЛЬНО-МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЛЕКЦІЇ

Матеріальне забезпечення лекції:

- Учбове приміщення кафедри менеджменту охорони здоров'я
- Обладнання: ноутбук / комп'ютер, проектор, проекційний екран, дошка аудиторна, фліпчарт на тринозі
- Ілюстративні матеріали: мультимедійні презентації, таблиці, схеми, роздатковий матеріал

Навчально-методичне забезпечення лекції:

- Робоча програма навчальної дисципліни
- Силабус навчальної дисципліни
- Методична розробка до лекцій з навчальної дисципліни

Навчально-методична література:

- Менеджмент та маркетинг в охороні здоров'я: навчальний посібник / В.І. Борщ, О.В. Рудінська, Н.Л. Кусик. Херсон: Олді+, 2022. 264 с.
- Основи менеджменту та маркетингу в медицині: навчальний посібник / В.Г. Шутурмінський, Н.Л. Кусик, О.В. Рудінська. Одеса: Видавничий дім «Гельветика», 2020. 176 с.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

- Поясніть сутність маркетингу та надайте характеристику основних понять маркетингу.
- Назвіть етапи розвитку маркетингу.
- Назвіть принципи та функції медичного маркетингу.
- Охарактеризуйте особливості маркетингу і сфери медичних послуг.
- Надайте характеристику ринку медичних послуг. Назвіть специфічні особливості медичного маркетингу.
- Назвіть суб'єктів маркетингової діяльності у сфері охорони здоров'я.
- Охарактеризуйте фактори, що впливають на формування потреб у медичних послугах.
- Розкрийте сутність медичної послуги.
- Поясніть відмінність медичної послуги від інших видів послуг.
- Охарактеризуйте види медичних послуг.

- Опишіть макро- і мікро- рівні маркетингових досліджень.
- Назвіть канали руху медичних послуг від медичного закладу до споживача.
- Назвіть стадії життєвого циклу медичної послуги.
- Надайте характеристику складових маркетингу - МІХ 4Р, 5Р, 7Р.
- Розкрийте перспективи медичного маркетингу в умовах реформи.
- Розкрийте зміст, цілі та завдання маркетингового плану.
- Охарактеризуйте сутність маркетингової стратегії.
- Охарактеризуйте цінову стратегію.
- Опишіть визначення цільового сегменту продукції.
- Опишіть визначення потреби в рекламі.
- Розкрийте сутність прогнозування продажів.
- Опишіть оцінку ефективності маркетингу.
- Розкрийте зміст, цілі та завдання фінансового плану.
- Назвіть технології розробки фінансового плану.
- Опишіть рух грошових коштів проекту.
- Опишіть оцінку ризиків проекту.

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Основна:

1. Ахламов А.Г., Кусик Н.Л. Економіка та фінансування охорони здоров'я: навчально-методичний посібник. Одеса: ОРІДУ НАДУ при Президентіві України, 2011. 134 с.
2. Балабанова Л.В., Холод В.В., Балабанова І.В. Стратегічний маркетинг: підручник. Київ: Центр учбової літератури, 2012. 612 с.
3. 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>.
4. Менеджмент та маркетинг в охороні здоров'я: навчальний посібник / В. І. Борщ, О. В. Рудінська, Н. Л. Кусик. Херсон: Олді+, 2022. 264 с.
5. Основи менеджменту та маркетингу в медицині: навчальний посібник / В.Г. Шутурмінський, Н.Л. Кусик, О.В. Рудінська. Одеса: Видавничий дім «Гельветика», 2020. 176 с.
6. 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.
7. 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).

Додаткова:

1. Барміна Г. Приватна медицина в Україні: організаційні, законодавчі, маркетингові аспекти. *Український медичний часопис*. 2014. № 5. С. 34-37.

2. Барміна Г. Приватна медицина: непрості часи для непростого бізнесу. *Аптека*. 2014. № 42(963). URL: <http://www.apteka.ua/article/310784>.
3. 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.
4. 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.
5. Борщ В.І. Місце сучасної моделі охорони здоров'я України у світовому медичному просторі. *Філософські засади медичної теорії та практики. Матеріали VIII Наукового симпозиуму 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.
6. Громовик Б.П., Гасюк Г.Д., Левицька О.Р. Менеджмент і маркетинг у фармації: підручник. Київ: Медицина, 2008. 752 с.
7. Дмитренко Л.А., Завадська Н.П., Косяченко Н.М. Менеджмент і маркетинг у фармації: навчальний посібник. Київ: Медицина, 2010. 144 с.
8. 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>.
9. Мнушко З.М., Мусієнко Н.М., Ольховська А.Б. Практикум з менеджменту та маркетингу у фармації: навчальний посібник. Харків: Золоті сторінки, 2002. 144 с.
10. Надюк З.О. Державне регулювання ринку медичних послуг в Україні: монографія. Запоріжжя: КПУ, 2008. 296 с.

Електронні інформаційні ресурси:

1. Всесвітня організація охорони здоров'я. URL: www.who.int.
2. Департаменті управління та контролю якості медичних послуг МОЗ України: офіційний веб-сайт. URL: <https://moz.gov.ua/en/struktura>.
3. Європейська база «Здоров'я для всіх». URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/statreports.html>.
4. Європейське регіональне бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я. URL: www.euro.who.int.
5. Лабораторія проблем економіки та управління в охороні здоров'я. URL: www.med122.com.
6. Медичний світ: професійна газета. URL: www.medsvit.org.
7. Медична інформаційна система: офіційний веб-сайт компанії Мед-експерт. URL: <http://medexpert.ua/ua/medichnij-zaklad/31-medichnij-zaklad/pro-rynku-v-iznoho-medychnoho-turyzmu-v-ukraini>.
8. Національна академія медичних наук України. URL: www.amnu.gov.ua.
9. 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

10. Український медичний часопис: медичний журнал. URL: www.umj.com.ua.
11. Українська Медична Рада. URL: <http://www.medicalcouncilukraine.org>.
12. American college of healthcare executives. URL: <https://www.ache.org/>.
13. Modern healthcare. URL: <https://www.modernhealthcare.com/vital-signs-healthcare-blog>.
14. The New England Journal of Medicine. URL: <https://www.nejm.org/about-nejm/products-and-services>.

ТЕМА 5.

УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ ТА ПРИЙНЯТТЯ ЕФЕКТИВНИХ УПРАВЛІНСЬКИХ РІШЕНЬ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я.

Актуальність теми:

Результативність діяльності закладів охорони здоров'я залежить насамперед від створення належних умов праці та застосування дієвих заходів з управління персоналом. Трудові ресурси залучені у всіх процесах діяльності медичних закладів, тому проведення якісних реформ без ефективного управління персоналом практично не можливо. У сучасній вітчизняній системі охорони здоров'я відчутний дефіцит управлінців, які були рушійною силою розвитку як усієї галузі в цілому, так і окремих її підрозділів чи закладів зокрема. Ринкові відносини, які торкнулися галузі охорони здоров'я, зумовлюють нагальну потребу в модернізації підготовки, перепідготовки і підвищення кваліфікації керівників закладів охорони здоров'я та створенні команди професіоналів-управлінців медичної галузі. Підготовка для системи охорони здоров'я не лише лікаря, а й професійного менеджера потребує знань основ управління персоналом.

Мета:

Набуття здобувачем вищої освіти знань щодо базових засад управління персоналом в закладах охорони здоров'я та кадрової політики в закладах охорони здоров'я, формування елементів професійних компетентностей з підбору медичного персоналу, оцінки та атестації лікарів та практичних навичок з використання форм та систем оплати праці медичного персоналу та мотиваційних механізмів управління медичним персоналом.

Основні поняття:

Базові засади управління персоналом в закладах охорони здоров'я. Кадрова політика в закладах охорони здоров'я. Особливості підбору медичного персоналу. Оцінка та атестація лікарів. Форми та системи оплати праці медичного персоналу. Мотиваційні механізми управління медичним персоналом.

ПЛАН І ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА ЛЕКЦІЇ

Привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів вищої освіти щодо вивчення теми.

ЗМІСТ ЛЕКЦІЙНОГО МАТЕРІАЛУ (ТЕКСТ ЛЕКЦІЇ)

Управління персоналом є невід'ємним елементом управління закладами охорони здоров'я в цілому. Воно підпорядковане загально організаційним 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:

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

2. вид діяльності, який представляє 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 ефективне 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 напряму здійснює вплив на національну систему охорони здоров'я і її висхідний розвиток, використовуючи свої здібності і набуті компетентності, прагнучі 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 терміну «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» в 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* представляє 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 багато-профільністю і представляють 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 наступним чином:

- вищий медичний персонал (лікарі різних функціональних напрямів);
- 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 наступні 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); 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 елементом 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.

У загальному вигляді, процес управління персоналом закладу охорони здоров'я має складатися з наступних 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 мікро-рівні.

Кадрова політика закладу охорони здоров'я представляє 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 представляють 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 одним 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 засновується 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;

б) механізм мотивації та стимулювання.

Кадрова політика має своє відображення в основних документах закладу охорони здоров'я: статуті, філософії, колективному договорі, стратегії розвитку закладу, колективному договорі, 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 у наступному:

- 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 засобами діагностики персоналу, а й прогнозами 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 прогнозами, а й засобами 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 немає засобів прогнозування кадрової ситуації, але програми розвитку закладу включаються плани кадрової роботи, які передбачають своєчасного 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 у умовах дефіциту кадрових ресурсів.

Алгоритм розробки кадрової політики можна представити як послідовність взаємопов'язаних дій та етапів. 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 наступних 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.

Центральним елементом кадрової політики є стратегія управління персоналу організації, механізм якої представляє 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.

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 проєктів, але мало ресурсів для їх здійснення), і для закладів, які можуть собі дозволити інвестування фінансових ресурсів у високо-ризиковані проєкти.

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 наступні 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 працюючих 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.

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

Кадрова політика разом із кадровою стратегією дозволяють:

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

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 плинності, 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 добором, 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 в укладається 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 очолить 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 середньооблікової чисельності працюючих 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 працюючих та осіб, які перебувають на лікуванні, від 200 до 3 000 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 зупинимося 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 ураховувати, 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'яти-факторний 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 виконуваний роботі протягом строку випробування;
 - кількості працівників, які не відповідають займаній посаді або виконуваний 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);

- 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 (не конфліктність, 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 дозволить:

- правильно визначати потребу в персоналі;
- знизити плинність 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 плинності;
- уникнути витрат на адаптацію персоналу, який не відповідає займаній посаді;
- підвищити ефективність використання фонду оплати праці;
- підвищити ефективність діяльності закладу охорони здоров'я.

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 потрібне 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 за мету удосконалити діяльність закладів охорони здоров'я усіх форм власності щодо подальшого поліпшення надання медичної допомоги населенню.

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 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 дотримуючи 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 портфолію. Якщо атестується за кількома спеціальностями — створює відповідну кількість портфолію. Лікарі, які здійснюють професійну діяльність, зобов'язані щороку подавати на перевірку особисте освітнє портфолію та підтверджувати щонайменше 50 балів БПР. Особисте освітнє портфолію 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 портфолію; перевіряє, чи правильно лікар заповнив документ; перераховує, чи точно лікар облікував мінімальну кількість балів за відповідний річний період. На перевірку особистих освітніх портфолію 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 портфолію;
- узагальнений звіт щодо подання лікарями особистих освітніх портфолію;
- перелік осіб, які мають проходити атестацію в поточному році.

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

Традиційні форми та системи оплати праці медичних працівників.

Легше всього 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 наступним:

1. *Об'єм роботи*, який може бути визначений умовними одиницями трудомісткості (УОТ), коли за 1 УОТ приймається об'єм роботи лікаря при лікуванні захворювання даної нозологічної форми, прийнятої за одиницю (наприклад, об'єм 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 годин; при шестиденному робочому тижні робочий день лікаря триває 6,5 годин в стаціонарі; при п'ятиденному тижні — 7 годин 42 хв.; а для вузьких фахівців робочий тиждень складає 33 години, робочий день при шестиденному робочому тижні триває 5,5 годин).
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 понижений 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 наступні:

- *Пряма відрядна* система оплати праці розраховується шляхом ділення тарифної ставки розряду на відповідну норму виробітку або множення тарифної ставки розряду на відповідну норму часу.
- *Непряма відрядна* система оплати праці застосовується для стимулювання праці допоміжного персоналу, що обслуговує основний технологічний процес (наприклад, медсестри). Ставка допоміжного працівника множиться 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 оплати праці система включає в себе поєднання прямої відрядної системи оплати праці з преміями.
- *Відрядно-прогресивна* система оплати 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.

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.

Данні 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.

В 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 багатofакторної заробітної плати - покликані врахувати не тільки фізичну, але і розумову, і нервову енергію медичного працівника. Типовим прикладом системи багатofакторної 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.

В медичних кооперативах оплата праці найманих медичних працівників визначається трудовим договором з ними, а засновники кооперативу отримують частку прибутку пропорційне 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 приватно - практикуючого лікаря одержує дохід за залишковим принципом, тобто з обороту (об'єму 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.

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 розвиненого конкурентного середовища;
- глибокі перетворення індустріального суспільства в інформаційне (постіндустріальне), де головну роль мають грати 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 услугу-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 специфікою економічної ситуації, 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.

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.

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

формується під впливом мотиво-утворюючих 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. В той же час існує певний ступінь відокремленості елементів задля того, щоб компенсувати зміну змісту будь-якого елементу 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 багатокomпонентна 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.

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.

МАТЕРІАЛИ ЩОДО АКТИВАЦІЇ ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ ПІД ЧАС ПРОВЕДЕННЯ ЛЕКЦІЇ

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

В бюджетних медичних установах існуючі системи оплати праці орієнтовані на задані бюджетним фінансуванням обмеження. Для керівників, фахівців і службовців використовується в основному:

- 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

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

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

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

ЗАГАЛЬНЕ МАТЕРІАЛЬНЕ ТА НАВАЛЬНО-МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЛЕКЦІЇ

Матеріальне забезпечення лекції:

- Учбове приміщення кафедри менеджменту охорони здоров'я
- Обладнання: ноутбук / комп'ютер, проектор, проекційний екран, дошка аудиторна, фліпчарт на тринозі
- Ілюстративні матеріали: мультимедійні презентації, таблиці, схеми, роздатковий матеріал

Навчально-методичне забезпечення лекції:

- Робоча програма навчальної дисципліни
- Силабус навчальної дисципліни
- Методична розробка до лекцій з навчальної дисципліни

Навчально-методична література:

- Менеджмент та маркетинг в охороні здоров'я: навчальний посібник / В.І. Борщ, О.В. Рудінська, Н.Л. Кусик. Херсон: Олді+, 2022. 264 с.
- Основи менеджменту та маркетингу в медицині: навчальний посібник / В.Г. Шутурмінський, Н.Л. Кусик, О.В. Рудінська. Одеса: Видавничий дім «Гельветика», 2020. 176 с.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

- Назвіть основні критерії, за якими визначаються витрати праці медичних працівників.
- Дайте характеристику такій формі та системі оплати праці медичних працівників як погодинна заробітна плата.

- Дайте характеристику такій формі та системі оплати праці медичних працівників як відрядна заробітна плата.
- Охарактеризуйте традиційний підхід до надання додаткових пільг медичним працівникам.
- Поясніть сутність індивідуальної заробітної плати для медичних працівників.
- Поясніть сутність системи багатofакторної заробітної плати для медичних працівників.
- Поясніть сутність мотиваційного механізму, його зовнішніх та внутрішніх відносин.
- Надайте класифікацію мотиваційних механізмів управління медичним персоналом за видами і типами.
- Охарактеризуйте мотиваційний механізм управління персоналом як систему.
- Опишіть модель мотиваційного механізму управління персоналом.
- Розкрийте місце мотиваційного механізму в системі управління організацією.
- Назвіть основні складові формування та функціонування мотиваційного механізму управління персоналом.
- Опишіть значення відносин власності для формування механізму мотивації праці.
- Назвіть форми доходів, які можуть отримувати медичні працівники, зайняті в приватному та в бюджетному секторі охорони здоров'я.
- Поясніть проблеми оплати праці медичних робітників та значення соціальних факторів мотивації.

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Основна:

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)» / І.А.М. Алшарф; Міжнародний гуманітарний університет, Чернігівський національний технологічний університет Міністерства освіти і науки України. Чернігів, 2020. 231 с.
2. 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» / В.І. Борщ; Національний університет "Чернігівська політехніка". Чернігів, 2020. 529 с.
3. 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.
4. Клименко О.В. Державне регулювання медичної діяльності в Україні: генеза та тенденції розвитку: дис. ... докт. наук: 25.00.01 / Клименко Олена Вікторівна. Київ, 2016. 490 с.

5. 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.
6. Менеджмент та маркетинг в охороні здоров'я: навчальний посібник / В. І. Борщ, О. В. Рудінська, Н. Л. Кусик. Херсон: Олді+, 2022. 264 с.
7. 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.
8. Основи менеджменту та маркетингу в медицині: навчальний посібник / В.Г. Шутурмінський, Н.Л. Кусик, О.В. Рудінська. Одеса: Видавничий дім «Гельветика», 2020. 176 с.
9. Охорона здоров'я України: стан, проблеми, перспективи: спеціалізоване видання / В.В. Лазоришинець, Н.О. Лісневська, Л.Я. Ковальчук та ін. Київ, 2014. 608 с.
10. 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:

1. Баєва О.В. Основи менеджменту охорони здоров'я: навчально – методичний посібник. Київ: МАУП, 2007. 328 с.
2. Баєва О.В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я: навчальний посібник. Київ: Центр учбової літератури, 2008. 640 с.
3. 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.
4. 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>.
5. Рудінська О.В., Яроміч С.А. Корпоративний менеджмент: навчальний посібник. Київ: КНТ, Ельга-Н, 2008. 416 с.
6. 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.
7. Скібіцька Л.І., Скібіцький О.М. Менеджмент. Київ: Центр учбової літератури, 2007. 416 с.
8. 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.

Електронні інформаційні ресурси:

1. Всесвітня організація охорони здоров'я. URL: www.who.int.
2. Державна казначейська служба України: офіційний веб-сайт. URL: <http://www.treasury.gov.ua/main/uk/index>.

3. Державний заклад «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України»: офіційний веб-сайт. URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/main.html>.
4. Департаменті управління та контролю якості медичних послуг МОЗ України: офіційний веб-сайт. URL: <https://moz.gov.ua/en/struktura>.
5. Європейська база «Здоров'я для всіх». URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/statreports.html>.
6. Європейське регіональне бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я. URL: www.euro.who.int.
7. Медичний світ: професійна газета. URL: www.medsvit.org.
8. Медико - правовий портал. URL: <http://103-law.org.ua>.
9. Міністерство охорони здоров'я України: офіційний веб-сайт. URL: <https://moz.gov.ua/>.
10. Міністерство соціальної політики України: офіційний веб-сайт. URL: <https://www.msp.gov.ua/main/Pro-ministerstvo.html>.
11. Національна служба здоров'я України: офіційний веб-сайт. URL: <https://nszu.gov.ua/pro-nszu>.
12. Національна академія медичних наук України. URL: www.amnu.gov.ua.
13. Охорона здоров'я. Державна служба статистики України: офіційний веб-сайт. URL: http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2018/zb/06/zb_zoz_17.xls.
14. 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
15. Український медичний часопис: медичний журнал. URL: www.umj.com.ua.
16. Українська Медична Рада. URL: <http://www.medicalcouncilukraine.org>.
17. Modern healthcare. URL: <https://www.modernhealthcare.com/vital-signs-healthcare-blog>.
18. The New England Journal of Medicine. URL: <https://www.nejm.org/about-nejm/products-and-services>.

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА ДО ЛЕКЦІЙ

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_Health_care_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 Dayanand 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 : manual / V. I. Borshch, O. V.

- Rudinska, N. L. Kusyk. Kherson : Oldi+, 2022 264 p.
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/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80>.
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 лікарські засоби: Закон України № 123/96-ВР від 04.04.1996 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/123/96-%D0%B2%D1%80>.
13. Про захист прав споживачів: Закон України від 12.05.1991 р. № 1023-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1023-12>.
14. Про ціни і ціноутворення: Закон України від 21 червня 2012 року № 5007-VI.

URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/5007-17>.

15. Про ліцензування видів господарської діяльності: Закон України від 02.03.2015 р. № 222-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/222-19>.
16. Про державно-приватне партнерство: Закон України від 1 липня 2010 р. № 2404-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2404-17>.
17. Про концесію: Закон України від 03 жовтня 2019 р. № 155-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/155-20>.
18. Про страхування: Закон України від 07 березня 1996 р. № 85/96-ВР. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/85/96-%D0%B2%D1%80>.
19. 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>.
20. Про охорону праці: Закон України від 14.10.92 р. № 2694-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2694-12#Text>.
21. 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>.
22. 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-%D0%BF#Text>.
23. 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-%D0%BF>.
24. 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-%D0%BF>.
25. 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>.
26. 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-%D0%BF#Text>.
27. 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-%D0%BF#Text>.
28. 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-%D0%BF#Text>.
29. 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-%D0%BF>.

30. 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-%D0%BF>.
31. 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-%D0%BF>.
32. 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>.
33. 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-%D0%BF>.
34. 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-%D1%80>.
35. 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-%D1%80>.
36. 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/KR111164.html.
37. 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>.
38. 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)» / І.А.М. Алшарф; 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-dorozhe-lechenie-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. Баєва О.В., Чебан В.І. Економіка та підприємництво в охороні здоров'я: навчальний посібник. Чернівці: БДМУ, 2013. 360 с
6. Бізнес-планування: навчальний посібник / Т.Г. Васильців, Я.Д. Качмарик, В.І. Блонська, Р.Л. Лупак. Київ: Знання, 2013. 173 с.
7. 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. Пащенко; за заг. ред. Ю.В. Вороненка. Київ: Генеза, 2016. 334 с.
8. Бочко О.Ю. Основи планування діяльності підприємств невиробничої сфери: навчальний посібник. Київ: Ліра, 2017. 218 с.
9. 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>.
10. 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» / В.І. Борщ; Національний університет "Чернігівська політехніка". Чернігів, 2020. 529 с.
11. Борщ В.І. Управління закладами охорони здоров'я. Херсон : Олди-плюс, 2020. 391 с.
12. 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.
13. Горачук В.В. Управління якістю медичної допомоги в закладі охорони здоров'я. Монографія. Вінниця: ПП Балюк І.Б., 2017. С. 123.
14. 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)» / В.В. Данько; Одеський національний університет імені І.І. Мечникова. Одеса, 2020. 233 с.
15. Данченко О.Б., Ленський В.В. Моделі стратегічного менеджменту медичних проектів проектно-орієнтованого медичного закладу. *Вісник Національного технічного університету «ХПІ»*. Серія: *Стратегічне управління, управління портфелями, програмами та проектами*. 2018. № 2(1278). С. 45-52.
16. 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.
17. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку: колективна монографія / кол. авт.; упоряд. проф. Я.Ф. Радиш, передм. Т.Д. Бахтєвої; за заг. ред. проф. М.М. Білинської, проф. Я.Ф. Радиша. Київ: НАДУ, 2013. 424 с.
18. Ждан В.М., Голованова І.А., Краснова О.І. Економіка охорони здоров'я: навчальний посібник. Полтава, 2017. 114 с.
19. Кіча Д.І., Фоміна А.В. Основи економіки та фінансування охорони здоров'я.

URL: <http://medbib.in.ua/osnovyiekonomiki-finansirovaniya.html>.

20. Клименко О.В. Державне регулювання медичної діяльності в Україні: генеза та тенденції розвитку: дис. ... докт. наук: 25.00.01 / Клименко Олена Вікторівна. Київ, 2016. 490 с.
21. 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.
22. 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. Ніценка В.С. Одеса: Видавництво ТОВ «Лерадрук», 2016. 507 с.
23. 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. Волощук, Є.І. Масленнікова. Херсон: ОЛДІ-ПЛЮС, 2019. 524 с.
24. 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.
25. Макаренко С.М. Бізнес-планування: навчально-методичний посібник для студентів. Херсон: ТОВ «ВКФ «СТАР» ЛТД», 2017. 224 с.
26. 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>.
27. Менеджмент та маркетинг в охороні здоров'я: навчальний посібник / В. І. Борщ, О. В. Рудінська, Н. Л. Кусик. Херсон: Олді+, 2022. 264 с.
28. 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-peretvorennya-zakladiv-ohoroni-zdorovja-z-bjudzhetnih-ustanov-na-komunalni-nekomercijni-pidприємства>.
29. Методичні рекомендації для приватно практикуючого лікаря: проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». URL: http://healthreform.in.ua/wp-content/uploads/2019/09/manual-for-private-doctor_UA.pdf.
30. Методика розробки та впровадження медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) медичної допомоги на засадах доказової медицини». Наказ МОЗ України від 28 вересня 2012 року № 751. Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 р. за № 2001/22313. URL: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20120928_751.html
31. Моргулець О.Б. Менеджмент у сфері послуг: навчальний посібник. Київ, 2012. 384 с.
32. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на

- період 2015 – 2020 років. URL: <http://www.apteka.ua/article/327094>.
33. 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.
 34. Основи менеджменту та маркетингу в медицині: навчальний посібник / В.Г. Шутурмінський, Н.Л. Кусик, О.В. Рудінська. Одеса: Видавничий дім «Гельветика», 2020. 176 с.
 35. Огляд ринку медичних послуг. URL: http://www.credit-rating.com.ua/ru/file_viewer.html?id=27ca24d08b3b9751cfa88075432e306a.
 36. Огляд стану українського ринку медичного обладнання. *ProConsulting. Аналітика ринків. Фінансовий консалтинг*. URL: <https://pro-consulting.ua/ua/pressroom/obzor-sostoyaniya-ukrainskogo-rynka-medicinskogo-oborudovaniya>
 37. Охорона здоров'я України: стан, проблеми, перспективи: спеціалізоване видання / В.В. Лазоришинець, Н.О. Лісневська, Л.Я. Ковальчук та ін. Київ, 2014. 608 с.
 38. 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).
 39. 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.
 40. Попченко Т.П. Реформування сфери охорони здоров'я в Україні: організаційне, нормативно-правове та фінансово-економічне забезпечення: аналітична доповідь. Київ: НІСД, 2012. 96 с.
 41. Росс Гр. Рекомендації щодо подальшого розвитку вторинної медичної допомоги в Україні. Рекомендації щодо вдосконалення системи управління якістю медичної допомоги в Україні: інструменти управління якістю / Гр. Росс, В. Е. Багдарасян, В. М. Богомаз та [ін.] Київ, 2016. 44 с.
 42. 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.
 43. Чорноротов О. Характеристика ринку приватної медицини України. URL: <http://www.creditrating.ua/ua/analytics/analytical-articles/12899/96>.
 44. 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. 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. Барміна Г. Приватна медицина в Україні: організаційні, законодавчі, маркетингові аспекти. *Український медичний часопис.* 2014. № 5. С. 34-37.
8. Барміна Г. Приватна медицина: непрості часи для непростого бізнесу. *Аптека.* 2014. № 42(963). URL: <http://www.apteka.ua/article/310784>.
9. Білинська 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.
10. 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.
11. 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.
12. 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.
13. Борщ В.І. Місце сучасної моделі охорони здоров'я України у світовому медичному просторі. *Філософські засади медичної теорії та практики. Матеріали VIII Наукового симпозиуму 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.
14. Вороненко Ю.В. Стратегічне управління в охороні здоров'я: теоретичні та практичні аспекти. *Науковий журнал МОЗ України.* 2014. № 1 (5). С. 39 – 46.
15. Громовик Б.П., Гасюк Г.Д., Левицька О.Р. Менеджмент і маркетинг у фармації: підручник. Київ: Медицина, 2008. 752 с.
16. Грузєва 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.
17. 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.
18. 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.
19. Дешко Л. Щодо вдосконалення спеціального законодавства про господарювання у сфері охорони здоров'я. *Право України*. 2007. № 8. С. 112 – 116.
 20. Дешко Л. Правове регулювання господарювання у сфері охорони здоров'я: проблеми вдосконалення спеціального законодавства. *Підприємництво, господарство і право*. 2007. № 5. С. 57 – 61.
 21. Дмитренко Л.А., Завадська Н.П., Косяченко Н.М. Менеджмент і маркетинг у фармації: навчальний посібник. Київ: Медицина, 2010. 144 с.
 22. Долот В.Д., Ляховченко Л.А., Радиш Я.Ф. До проблеми визначення вартості лікування пацієнта в амбулаторно-поліклінічних умовах. *Економіка та держава*. 2016. № 12. С. 109–123.
 23. 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.
 24. 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.
 25. Зукін В. Український ринок приватної медицини: реалії та перспективи. *Приватний лікар*. 2017. С. 12-15.
 26. 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.
 27. Камінська Т.М. Світові моделі фінансування охорони здоров'я. *Вісник Національного університету "Юридична академія України імені Ярослава Мудрого"*. 2012. № 1(8). С. 284-285.
 28. 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.
 29. 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.
 30. Мартинюк О. А. Інноваційні технології в системі управління підприємствами в умовах динамічного середовища: монографія. Миколаїв: ФОП Швець В.М., 2017. – 540 с.
 31. Мартинюк О.А. Створення соціально-економічного механізму охорони здоров'я як соціального аспекту сталого розвитку держави. Перспективи інвестиційних рішень в бізнесі та управлінні проектами: матер.

- міжнар.наук.-практич. конф. (15-16.10 2015 р., м. Одеса). Міжнародний гуманітарний університет. Одеса: Фенікс, 2015. 144 с. С. 41-45.
32. Мартинюк О. А. Ключові проблеми сфери охорони здоров'я в Україні. Збірник наукових праць Міжнародної науково-практичної конференції «Глобальне управління: теорія та практика». Афіни: Євро-Середземноморська Академія мистецтв і наук, 2015. 176 с. С. 98-103.
33. Мартинюк О.А. Впровадження бізнес-процесів для підвищення конкурентоспроможності медичних закладів. "Східна Європа: економіка, бізнес та управління". 2016. №2. URL: <http://www.easterneurope-bm.in.ua/index.php/2-2016-ukr>
34. Мартинюк О.А. Курдибанська Н.Ф. Впровадження системи управління якістю в медичних закладах. Причорноморські економічні студії. 2016. - №6. С. 75-79.
35. 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>.
36. Мних М.В. Медичне страхування та необхідність його запровадження в Україні. *Економіка та держава*. 2007. № 2. С. 40 – 41.
37. Мнушко З.М., Мусієнко Н.М., Ольховська А.Б. Практикум з менеджменту та маркетингу у фармації: навчальний посібник. Харків: Золоті сторінки, 2002. 144 с.
38. МОЗ України: Що було, є і буде. URL: https://moz.gov.ua/uploads/2/13773-transition_book_healthcare.pdf.
39. Надюк З.О. Державне регулювання ринку медичних послуг в Україні: монографія. Запоріжжя: КПУ, 2008. 296 с.
40. Павлюк К.В. Удосконалення механізмів фінансування медичних послуг в Україні. *Фінанси України*. 2016. №. 2. С. 64-82.
41. 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>.
42. Поворозник М.Ю. Комплексний аналіз національних моделей організації систем медичних послуг. *Причорноморські економічні студії*. 2017. Вип. 14. С. 25-28.
43. 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.
44. 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.
45. 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.
46. 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.

47. Рудінська О.В., Яроміч С.А. Корпоративний менеджмент: навчальний посібник. Київ: КНТ, Ельга-Н, 2008. 416 с.
48. 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. Островерхов. Тернопіль: ЗУНУ, 2020. С. 261-264.
49. 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>.
50. Смирнов С.О., Бикова В.Г. Механізм економічного управління закладами охорони здоров'я. *Управління розвитком*. 2016. № 3. С. 78-83.
51. 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.
52. Скібіцька Л.І., Скібіцький О.М. Менеджмент. Київ: Центр учбової літератури, 2007. 416 с.
53. Труш В. Системный маркетинг в медицине. РедМед Агентство Популярных Медицинских Изданий. 2017. 1540 с.
54. Труш В. Ценностное предложение в медицинской бизнес – модели. *Приватний лікар*. 2019. № 9 (402). С. 12.
55. Труш В. Пиар и реклама для личного бренда. *Приватний лікар*. 2019. № 7 (40). С. 31.
56. 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.
57. 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>.
58. Чепелевська Л.А. Охорона здоров'я України: стан, проблеми, перспективи / Л.А. Чепелевська; за ред. В.В. Лазоришинця, Н.О. Лісневської, Л.Я. Ковальчук та ін. Київ, 2014. С. 7 – 9.
59. Шевчук В.В. Удосконалення державного регулювання інноваційного розвитку системи охорони здоров'я України: дис. ... канд. наук з держ. упр. Миколаїв, 2017. 219 с.
60. 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.
61. Borshch V., Rudinska O., Rogachevskyi O., Martyniuk O., Kusyk N., Huz D. Strategic Health Care Management: Challenges and Realities of Emergencies. *Economic Affairs*. 2022. Vol. 67. No. 04s. P. 851 – 857. (Scopus) DOI:

10.46852/0424-2513.4s.2022.18

<https://ndpublisher.in/admin/issues/EAv67n4sr.pdf>

62. 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/klasifikatory/>.
3. Державна служба статистики України: офіційний веб-сайт. URL: www.ukrstat.gov.ua.
4. Державна казначейська служба України: офіційний веб-сайт. URL: <http://www.treasury.gov.ua/main/uk/index>.
5. Державний заклад «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України»: офіційний веб-сайт. URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/main.html>.
6. Департаменті управління та контролю якості медичних послуг МОЗ України: офіційний веб-сайт. 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 веб-сайт компанії Мед-експерт. URL: <http://medexpert.ua/ua/medichnij-zaklad/31-medichnij-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 веб-сайт. URL: <https://moz.gov.ua/>.
15. Міністерство соціальної політики України: офіційний веб-сайт. URL: <https://www.msp.gov.ua/main/Pro-ministerstvo.html>.
16. Національна служба здоров'я України: офіційний веб-сайт. 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 веб-сайт. 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. European Regional Office of the World Health Organization. URL: www.euro.who.int.
27. World Health Organization. URL: www.who.int.
28. Modern healthcare. URL: <https://www.modernhealthcare.com/vital-signs-healthcare-blog>.
29. The New England Journal of Medicine. URL: <https://www.nejm.org/about-nejm/products-and-services>.
30. Health Strategy. European Commission: official web-site. URL: <https://ec.europa.eu/health/policies/background/review/strategy>.