

Шутурмінський В.Г.,
Кусик Н.А.,
Рудінська О.В.



ОСНОВИ МЕНЕДЖМЕНТУ ТА МАРКЕТИНГУ В МЕДИЦИНІ



ГЕЛЬБЕТИКА
видавничий дім

Навчальний посібник

**Міжнародний гуманітарний університет
Одеський національний університет імені І. І. Мечникова**

**В. Г. Шутурмінський,
Н. Л. Кусик, О. В. Рудінська**

ОСНОВИ МЕНЕДЖМЕНТУ ТА МАРКЕТИНГУ В МЕДИЦИНІ

Навчальний посібник



**Видавничий дім
«Гельветика»
2020**

УДК [338.24+339.138]:61(075)

Ш97

Укладачі:

Шутурмінський Віталій Григорович, д.мед.н., доцент, директор Одеського медичного інституту (Міжнародний гуманітарний університет)

Кусик Наталія Львівна, к.е.н., доцент, завідувача кафедрою обліку та оподаткування (Одеський національний університет імені І. І. Мечникова)

Рудінська Олена Володимирівна, к.е.н., доцент, доцент кафедри менеджменту та інновацій (Одеський національний університет імені І. І. Мечникова)

Рецензенти:

Полясний В. О., д.мед.н., професор, проректор з науково-медичної роботи Міжнародного гуманітарного університету

Масленников Є. І., д.е.н., професор, професор кафедри менеджменту та інновацій Одеського національного університету імені І. І. Мечникова

Садченко О. В., д.е.н., професор, завідувач кафедри маркетингу та бізнес – процесів Одеського національного університету імені І. І. Мечникова

*Рекомендовано до друку Вченою радою
Міжнародного гуманітарного університету
(протокол № 3 від 30.09.2020 р.)*

Шутурмінський В. Г.

Ш97 Основи менеджменту та маркетингу в медицині : навч. посіб. / В. Г. Шутурмінський, Н. Л. Кусик, О. В. Рудінська. — Одеса : Видавничий дім «Гельветика», 2020. — 176 с.

ISBN 978-966-992-151-2

Розглянуто основні поняття менеджменту як науково-обґрунтованого процесу управління в медицині, зокрема в закладах державної та приватної форм власності. Акцент зроблено на завдання та функції менеджера системи охорони здоров'я в сучасних економічних умовах. Розглянуто основні оплати праці медичних працівників і поняття мотиваційного механізму управління медичним персоналом. Розглянуто сутність фінансово-економічних відносин в медицині, фінансове середовище та основні моделі фінансування медицини.

Наведено основи маркетингу, аналіз ринкових можливостей, маркетинговий підхід до управління в медицині. Розглянуто основні поняття ціноутворення в медицині. Акцент зроблено на загальній структурі ціни медичної послуги. Представлено клінічний маркетинг в стоматологічному приватному закладі. Розглянуто особливості маркетингу у фармацевтичній галузі.

Навчальний посібник розроблено в ілюстративній формі, що дозволить активно застосовувати матеріал в процесі дуальної освіти та дистанційного навчання.

Для студентів та викладачів медичних спеціальностей закладів вищої освіти. Викладений матеріал може бути корисним для широкого кола читачів, зацікавлених комплексом менеджменту та маркетингу в сфері медицини.

УДК [338.24+339.138]:61(075)

ISBN 978-966-992-151-2

© В. Г. Шутурмінський, Н. Л. Кусик, О. В. Рудінська, 2020

ПЕРЕДМОВА	6
-----------------	---

Розділ 1

ОСНОВИ МЕНЕДЖМЕНТУ В МЕДИЦИНІ

1.1. Менеджмент в охороні здоров'я	9
1.1.1. Ключові поняття менеджменту в медицині	9
1.1.2. Менеджмент в медицині: мікрорівень	14
1.1.3. Управління охороною здоров'я: макрорівень	19
1.2. Основи оплати праці в медицині	26
1.2.1. Форми та системи оплати праці медицих працівників	26
1.2.2. Мотиваційні механізми управління медицим персоналом	33
1.3. Управління системами фінансування медицини	42
1.3.1. Сутність фінансово-економічних відносин в медицині	42
1.3.2. Соціальна, медична та економічна ефективність в медицині	47
1.3.3. Фінансове середовище та ресурси в медицині	51
1.3.4. Основні моделі фінансування медицини	56

<i>Список рекомендованої літератури за Розділом 1 «Основи менеджменту в медицині»</i>	64
---	----

<i>Тести для самостійної роботи за Розділом 1 «Основи менеджменту в медицині»</i>	72
Тест «Менеджмент в охороні здоров'я»	72
Тест «Основи оплати праці в медицині»	74
Тест «Управління системами фінансування медицини»	77

<i>Ситуаційні завдання за Розділом 1 «Основи менеджменту в медицині»</i>	80
Ситуаційні завдання «Менеджмент в охороні здоров'я»	80
Ситуаційні завдання «Основи оплати праці в медицині»	85

Ситуаційні завдання «Управління системами фінансування медицини»	94
--	----

Контрольні питання

за Розділом 1 «Основи менеджменту в медицині»	96
Контрольні питання «Менеджмент в охороні здоров'я»	96
Контрольні питання «Основи оплати праці в медицині»	97
Контрольні питання «Управління системами фінансування медицини»	98

Розділ 2

ОСНОВИ МАРКЕТИНГУ В МЕДИЦИНІ

2.1. Маркетинг в охороні здоров'я	99
2.1.1. Ключові поняття маркетингу в медицині	99
2.1.2. Специфічні особливості та принципи маркетингу в медицині	101
2.1.3. Характеристика та моделі ринку медичних послуг	103
2.1.4. Напрями та методи маркетингових досліджень	105
2.1.5. Перспективи медичного маркетингу в умовах реформи	107
2.2. Ціноутворення у медичних закладах	109
2.2.1. Медична послуга: класифікація	109
2.2.2. Ціна медичної послуги: внутрішні та зовнішні чинники впливу	113
2.2.3. Загальна структура ціни медичної послуги	115
2.2.4. Ціноутворення в медицині: державний рівень	120
2.3. Клінічний маркетинг в стоматологічному приватному закладі	124
2.3.1. Основні маркетингу в стоматології	124
2.3.2. Ринок стоматологічних послуг та його сегменти	126
2.3.3. Клінічні ризики в стоматологічній практиці	128
2.3.4. Документація та управління ризиками у клінічній стоматологічній практиці	135
2.3.5. Аналіз та перспективи маркетингу приватної стоматології в Україні	138

2.4. Маркетинг у фармації	140
2.4.1. Фармацевтика в економіці України	140
2.4.2. Особливості маркетингу у фармацевтичній галузі	142
2.4.3. Елементи маркетингу у фармації	144
2.4.4. Система забезпечення якості та цінової конкурентоспроможності лікарських засобів	147

Список рекомендованої літератури за Розділом 2 «Основи маркетингу в медицині»	151
--	------------

Тести для самостійної роботи за Розділом 2 «Основи маркетингу в медицині»	155
Тест «Маркетинг в охороні здоров'я»	155
Тест «Ціноутворення у медичних закладах»	157
Тест «Клінічний маркетинг в стоматологічному приватному закладі»	159
Тест «Маркетинг у фармації»	162

Ситуаційні завдання за Розділом 2 «Основи маркетингу в медицині»	165
Ситуаційні завдання «Маркетинг в охороні здоров'я»	165
Ситуаційні завдання «Ціноутворення у медичних закладах»	166
Ситуаційні завдання «Клінічний маркетинг в стоматологічному приватному закладі»	167
Ситуаційні завдання «Маркетинг у фармації»	168

Контрольні питання за Розділом 2 «Основи маркетингу в медицині»	171
Контрольні питання «Маркетинг в охороні здоров'я»	171
Контрольні питання «Ціноутворення у медичних закладах»	171
Контрольні питання «Клінічний маркетинг в стоматологічному приватному закладі»	172
Контрольні питання «Маркетинг у фармації»	173

Охорона здоров'я — складна соціально-економічна система, основним призначенням якої є забезпечення реалізації найважливішого соціального принципу: збереження та поліпшення здоров'я громадян, надання їм висококваліфікованої лікувально-профілактичної допомоги. Іншими словами, охорона здоров'я — система державних, громадських та індивідуальних засобів та заходів, що сприяють здоров'ю, запобіганню захворювань та попередженню передчасної смерті, забезпеченню активної життєдіяльності та працездатності людини.

Навчальний посібник складається з двох розділів.

Перший розділ присвячений основам менеджменту в медицині. В цьому розділі розглядаються ключові поняття менеджменту в медицині, основи оплати праці та мотивації медичного персоналу, базові системи фінансування медицини.

Менеджмент в медицині — це застосування спеціальних комплексів, принципів, методів та засобів управління медичним закладом, спрямованих на реалізацію відповідних цілей (через вплив на колектив працівників або окремих виконавців з метою виконання поставлених завдань і досягнення визначених цілей).

Управління медичними установами потребує особливого підходу з огляду на специфіку медичних послуг. Соціальна значущість медичного бізнесу диктує застосування особливих методів менеджменту, маркетингу та розвитку медичної установи. В сучасних медичних закладах функції головного лікаря стають управлінськими, що змушує здобувати відповідні навички. В нових умовах керівник медичного закладу в першу чергу має стати менеджером. Лише наявність навичок оперативного та стратегічного менеджменту дасть змогу розпочати радикальні перетворення.

Медичний персонал — основа кожної медичної організації, її головне багатство, необхідна умова надання медичних послуг або організації роботи аптеки. Взірцевий медичний заклад намагається максимально використовувати потенціал співробітників, сприяє підвищенню їх кваліфікації, кар'єрному росту та матеріальному добробуту. Сучасний менеджмент покликаний забезпечити такі умови, за яких медичний заклад та його співробітники були б корисні один одному і задоволені цією взаємодією.

Важливішою складовою частиною соціально-економічних заходів, які проводяться країною, є організація системи фінансування охорони здоров'я. Видатки на охорону здоров'я взаємозв'язані як з рівнем доходів, так і з такими показниками стану

здоров'я населення, як тривалість життя. З економічного погляду адекватна охорона здоров'я підвищує якість людського капіталу, збільшуючи можливості людини продуктивно працювати. Вітчизняна охорона здоров'я фінансується настільки малими коштами, що не може забезпечити нормальний мінімум медичної допомоги, не говорячи вже о ринкових відносинах. Тому, щоб поліпшити стандарти медичного обслуговування, Україні варто шукати резерви для надання значно ширшої підтримки різним секторам системи охорони здоров'я. Досвід багатьох країн з розвинутою ринковою економікою свідчить, що державний характер охорони здоров'я слід поєднувати з децентралізованою формою управління та рівноправним існуванням приватної та громадської форми власності. Отже вивчення основ фінансування систем охорони здоров'я, розширення джерел фінансування, а також оптимальне їх співвідношення — це необхідний елемент підготовки високопрофесійних кадрів системи управління охороною здоров'я.

Другий розділ присвячений основам маркетингу в медицині. Навчальне видання пропонує короткий та системний виклад фундаментальних прийомів і принципів медичного маркетингу, серед яких дослідження ринку та аналіз ринкових можливостей; розроблення стратегії і тактики маркетингової діяльності та прийняття рішень; організація маркетингової діяльності тощо.

Якщо медична установа займає стабільне положення на ринку медичних послуг, має добру репутацію, то її метою може бути сталий розвиток та отримання прибутку для забезпечення якісного рівня надання медичних послуг та підвищення рівня професіоналізації медичного персоналу. У цьому випадку потрібно оцінити витрати і величину попиту в залежності від рівня цін і *вибрати таку ціну*, яка забезпечує оптимальний прибуток з урахуванням соціальної спрямованості медичної послуги.

Структуровані основи маркетингу в *сучасному стоматологічному кабінеті, відділенні, центрі*. Звичайно, стоматологічна служба на сучасному етапі розвитку вітчизняного ринку — значна бізнес-галузь. Кожен власник, директор стоматологічного офісу прагне досягти прибутку. Синергетичне поєднання економічного результату, високого рівня професіональних ризиків та відповідальності лікаря — стоматолога представлено як цілісна концепція розвитку ринку стоматологічних послуг.

Фармацевтичний ринок характеризується підвищеним рівнем конкуренції, тому без знань менеджменту і маркетингу

утриматися на ньому практично неможливо. Фармацевтична галузь займає особливе становище на ринку, оскільки її продукція є значима і соціально спрямована. Тому переорієнтація вітчизняних фармацевтичних підприємств на засади маркетингу забезпечить пошук, розроблення та виробництво ефективних і конкурентоспроможних лікарських засобів, що дасть змогу задовольнити назрілі потреби охорони здоров'я населення.

Навчальне видання адресоване насамперед студентам медичних закладів вищої освіти та факультетів різних форм навчання, а також інтернам, слухачам передатестаційних циклів та циклів тематичного вдосконалення з усіх медичних спеціальностей.

Бажаємо читачам успіхів в освоєнні медичного менеджменту та маркетингу і творчому використанні набутих знань на практиці.

Шутурмінський В. Г., Кусик Н. Л., Рудінська О. В.

ОСНОВИ МЕНЕДЖМЕНТУ В МЕДИЦИНІ

1.1. Менеджмент в охороні здоров'я

1.1.1. Ключові поняття менеджменту в медицині.

1.1.2. Менеджмент в медицині: мікрорівень.

1.1.3. Управління охороною здоров'я: макрорівень.

1.1.1. Ключові поняття менеджменту в медицині

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

Відносини управління в медицині відбуваються на таких рівнях:

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

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



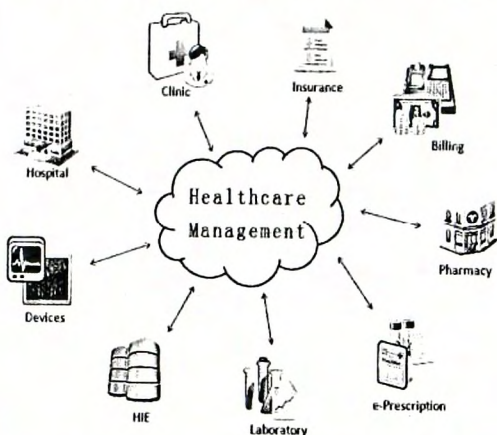
- адміністрування охорони здоров'я;
- менеджмент медичних установ.

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

Менеджмент, як загальне поняття, можна трактувати:

— з одного боку — як процес впливу на кого-небудь або що-небудь,

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



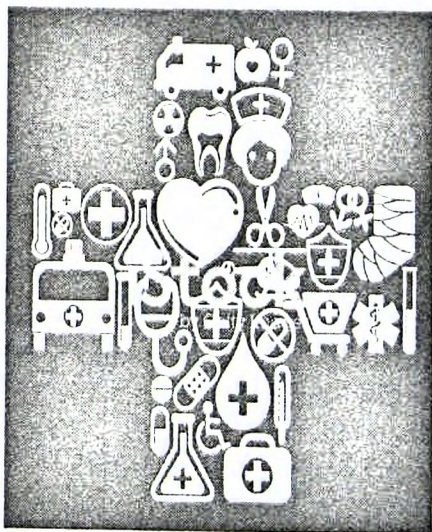
Задача менеджменту в охороні здоров'я – найефективніше досягнення мети шляхом підвищення якості лікувальних, діагностичних і профілактичних заходів та раціонального використання ресурсів охорони здоров'я.

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

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.



(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 взаємостосунків 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

Планування

Організація

Мотивація

Контроль



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 своє-

часної 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.

1.1.2. Менеджмент в медицині: мікрорівень

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 сво-

єрідне 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 текстиль-

ної, 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 (супергалузь),



що складається з цілого ряду підгалузей, виробництв і спеціалізації, з'єднаних рішенням однієї функціональної задачі – охорона і зміцнення суспільного та індивідуального здоров'я.

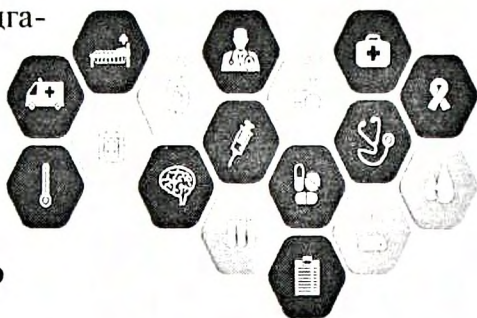
Для функціонування будь-якої системи управління необхідно дотримуватися наступних умов:

- 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.);

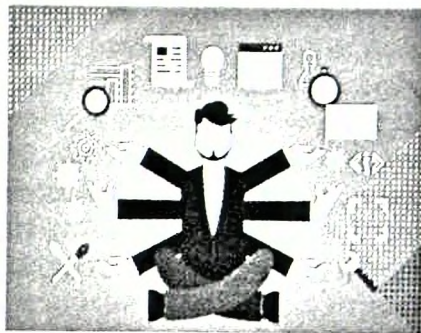
— *комерційні операції* — купівля, продаж, обмін (наприклад, для медичних установ — це продаж окремих видів медичних послуг);

— *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, вираженість рішення, своєчасність акта управління.

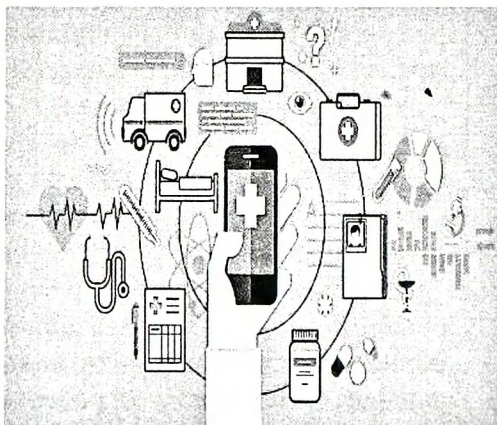
Ефективність управління медичною установою визначається упровадженням *наукової організації праці*, тобто створення оптимальних умов для ефективного використання співробітниками робочого часу.

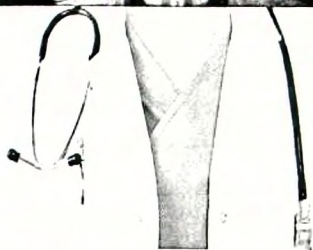
Особливе місце у виконанні ухвалених управлінських рішень займає упровадження в роботу медичних установ сучасних *технічних засобів* для оперативного збору, зберігання, обробки і транспортування інформації з використанням сучасних засобів зв'язку. Все це досягається *автоматизацією як системи управління 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;





- невміння самоудосконалюватися;
- невміння володіти собою;
- відсутність почуття обов'язку;
- неорганізованість, нечесність;
- невміння 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.

1.1.3. Управління охороною здоров'я: макрорівень

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.



World Health
Organization

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;

— багатоукладність 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





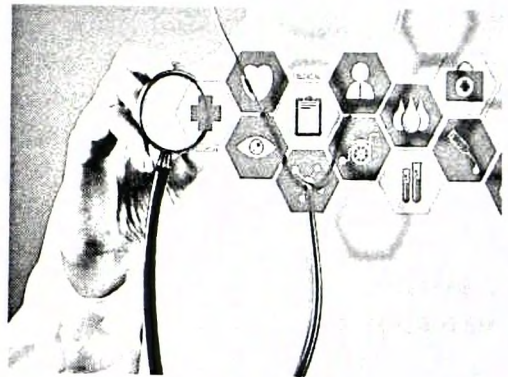
охорони здоров'я України, компетенція якого визначається положенням, яке затверджується Кабінетом Міністрів України, та інші центральні органи виконавчої влади, які реалізують державну політику у сферах санітарного та епідемічного благополуччя населення, контролю якості та безпеки лікарських засобів, 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.

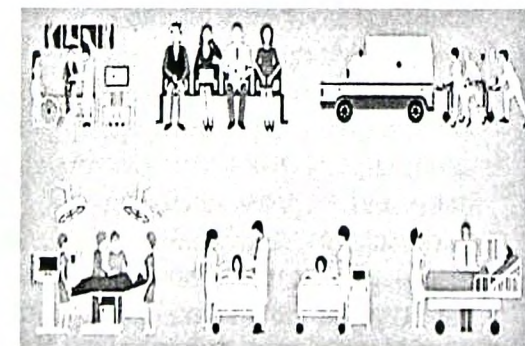
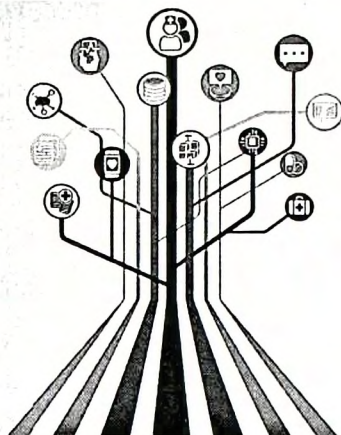
2. *Адміністративно-територіальна ознака.* На основі територіально-адміністративного поділу країни і відповідно до вимог наближення медичної допомоги до безпосереднього споживача розрізняють три рівні лікувально-профілактичної допомоги:



— *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.

Оснoву 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.

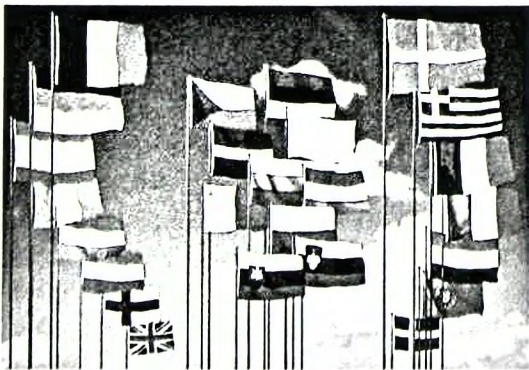
Розвиток системи охорони здоров'я має ґрунтуватися на поєднанні взаємодії держави, медичного співтовариства і громадських інтересів. На подібному підході базуються майже всі зарубіжні моделі організації системи охорони здоров'я. В різних моделях організації системи охорони здоров'я робляться відповідні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



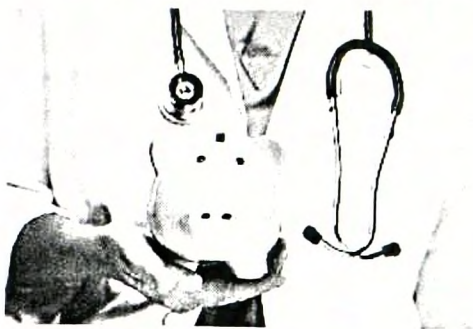
1.2. Основи оплати праці в медицині

1.2.1. Форми та системи оплати праці медичних працівників.

1.2.2. Мотиваційні механізми управління медичним персоналом.

1.2.1. Форми та системи оплати праці медичних працівників

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, почасова оплата вимагає більшого контролю за працівником, робить необхідним мати контролюючий роботу персонал, який теж одержує зарплату, а це підвищує ціну медичної послуги.



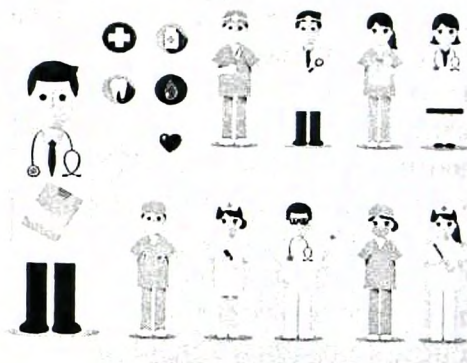


2. *Відрядна заробітна плата* вважається більш гнучкою, схема оплати припускає оплату або просто за кількість, або за ступінь виконання роботи. Системи оплати праці при відрядній формі наступні:

— *Пряма відрядна* система оплата праці розраховується шляхом ділення тарифної ставки розряду на

відповідну норму виробітку або множення тарифної ставки розряду на відповідну норму часу.

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



— *Відрядно-преміальна* система оплата праці система включає в себе поєднання прямої відрядної системи оплати праці з преміями.

— *Відрядно-прогресивна* система оплата праці поєднує пряму відрядну систему із виплатами за підвищеними розцінками у разі вироблення понад норми без зниження якості.

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



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

— *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





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.

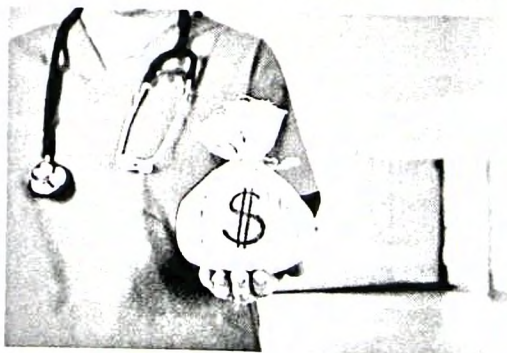
Данні для розрахунку витрат на оплату праці медичних працівників:

- 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

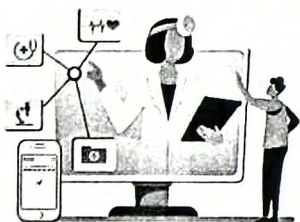
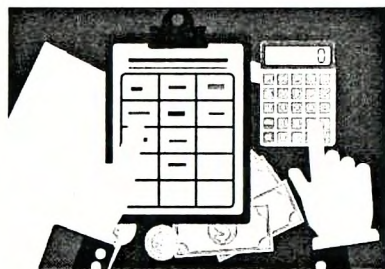


збільшення обсягів наданих послуг, але й ще краще використання устаткування, підвищення якості, економія, раціональне використання сировини і матеріалів (наприклад, в стоматології це зв'язано із застосуванням нових технологій по обробці золота, інших металів). Індивідуальна заробітна плата припускає, 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 пропорційно своєму паю, якщо інше не передбачено в засновницькому договорі. Інакше кажучи, з обороту

організації віднімаються вартість матеріальних витрат, заробітна плата найманих працівників, формуються фонди (резервний, розвитку тощо), сплачуються податки, відсотки за кредитами тощо, а залишок чистого прибутку ділиться між засновниками.

Індивідуальний підприємець в особі 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.



1.2.2. Мотиваційні механізми управління медичним персоналом

Для задоволення економічних потреб та інтересів установи (досягнення фінансової стабільності, виконання необхідних нормативів дохідності), 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 usługo-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 тру-

дову діяльність колективу медичного закладу.

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

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

Класифікація мотиваційних механізмів управління медичним персоналом за видами і типами (табл. 1.1, див. стор. 35).

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.).

Таблиця 1.1

**Класифікація типів і видів
механізмів мотивації управління персоналом**

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



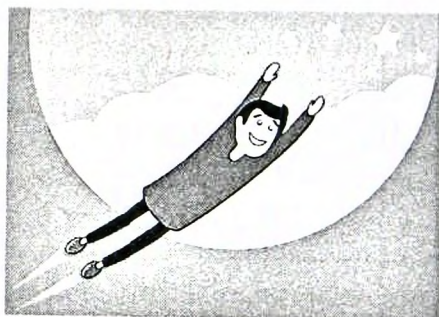
Об'єктом мотивації медичного персоналу є його праця.

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 формуються 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.

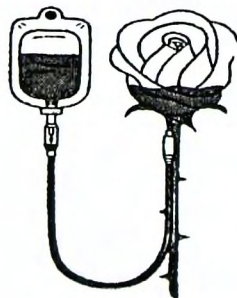
Впливова дія мотиваційного механізму не обмежується суто впливом на медичних працівників. Мотиваційний механізм має передбачати дію таких важелів, які б стимулювали також дії роботодавців у конкретному напрямі, створюючи певні мотиви поведінки на ринку праці. При цьому побудова мотиваційного механізму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

адекватною якісним характеристикам трудового потенціалу, має враховувати особливості національного трудового менталітету.

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

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

Уявлення про умови формування управлінської моделі мотиваційного механізму та його суть наведені на рис. 1.1 (див. стор. 38). Ця схема показує, що стимулювання на всіх його рівнях може впливати одночасно на всі потреби й інтереси (у т. ч. до діяльності). Сама ж потреба в діяльності, як потреба внутрішня, глибоко усвідомлена, як мотив,



формується на індивідуальному рівні. Якщо вона є – перед нами трудовий ресурс особливої якості, що буде мати більш високу ціну на ринку праці. Наявність такого ресурсу на ринку ще не означає його реалізацію на рівні окремих медичних закладів: для цього і необхідний внутрішній механізм мотивації праці, у взаємодії ланок якого народжується потреба в праці (діяльності) саме в даному медичному закладі.

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



Рис. 1.1. Модель мотиваційного механізму управління персоналом

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

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

Кожний член колективу медичного закладу має право отримати можливість не тільки забезпечити свій матеріальний добробут,

але і реалізувати свої професійні знання, повністю виявити свої індивідуальні здібності. Реалізація цього права є найкращою формою соціальної мотивації. Управління колективом буде найбільш ефективним, якщо очікування, надії його членів будуть обов'язково здійснюватися, і вони не будуть розчаровані результатами своєї роботи.

Досвідчений керівник завжди є тонким психологом й прекрасно знається на істинних мотивах і потребах своїх різноманітних працівників. Досягнення абсолютного задоволення потреб кожного члена колективу практично неможливе, але обов'язком керівника є створення такого мотиваційного механізму управління, який би найбільш повно здійснював реалізацію поставлених завдань за умов виконання головного завдання — досягнення конкурентоспроможності медичного закладу.

Загальне уявлення про місце мотиваційного механізму в системі управління закладом сфери послуг, в т. ч. й медичним закладом, представлене на рис. 1.2.

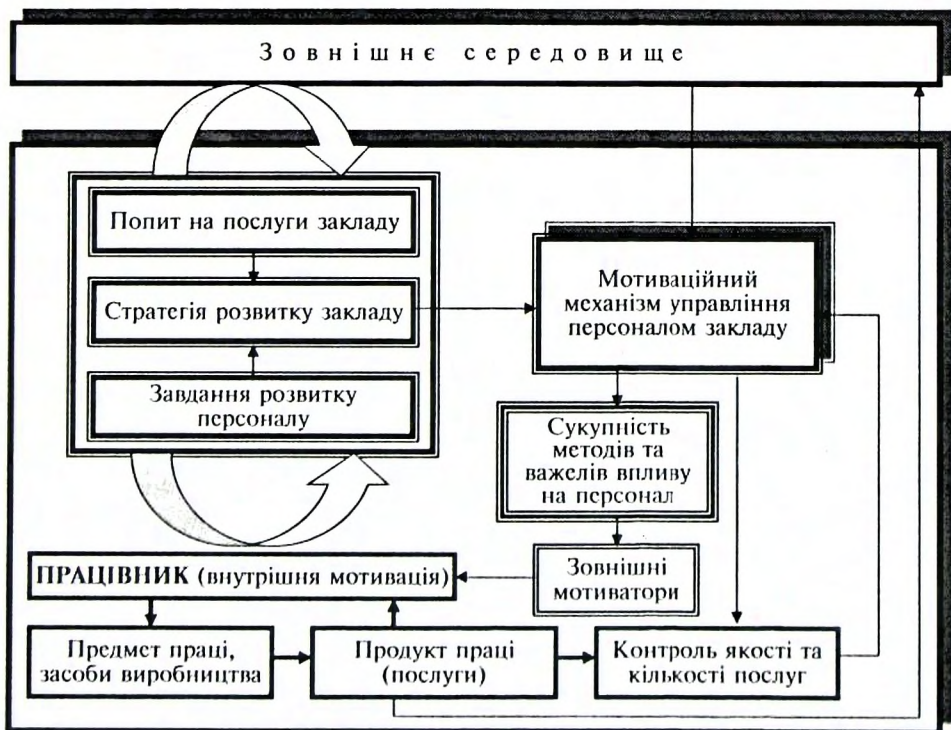


Рис. 1.2. Місце мотиваційного механізму в системі управління

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

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

В залежності від пріоритетів діяльності організація має запропонувати персоналу пакет стимулів (соціальних та економічних), активно впливаючи на потреби, та за допомогою різноманітних економічних, психологічних, адміністративних та інших важелів коригувати трудову поведінку персоналу в необхідному напрямі. Обґрунтованість і дієвість мотиваційного механізму залежить від врахування факторів, що впливають на нього. На практиці, в медичних закладах існує велике розмаїття факторів, що можуть впливати на мотиви поведінки працівників як позитивно, так і негативно. Задача управлінських структур полягає у виявленні найбільшої сукупності факторів, і сформуванні внутрішнього механізму мотивації праці на базі оптимального сполучення позитивних факторів і нівелювання негативних.



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

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



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

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

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

Результати діяльності медичного закладу оцінюються на ринку відповідних послуг і знаходять своє відображення в розмірах отриманого прибутку. Частина заробітної плати, що виплачується з прибутку, може бути отримана працівником у подвійній якості: і як елемент сукупної робочої сили, і, додатково, у якості співвласника, що має свою частку в сукупному капіталі медичного закладу. Вибір за медичним працівником: або він одержує тільки заробітну плату плюс прибуток за результатами роботи закладу; або заробітну плату плюс прибуток за результатами роботи всього закладу плюс відсоток на свою частку сукупного капіталу; або тільки заробітну плату. Все це можливо тільки в умовах, коли медичний заклад є акціонерним товариством.

В приватних медичних закладах можуть працювати три категорії медичних працівників:

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

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

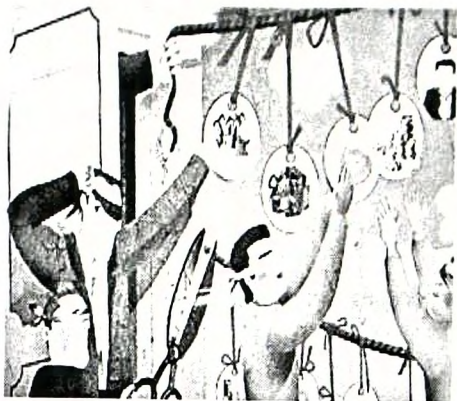
3. *Третя група* — працівники, чий заробіток складається тільки з основної заробітної плати, вони не є власниками, як правило, це тимчасові працівники.

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

Економічні фактори є базою, фундаментом при створенні мотиваційного механізму управління медичним персоналом. У той же час первинність економічних мотивів завжди



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



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

В сучасних умовах значення соціальних факторів має тенденцію до постійного зростання, що

дозволяє зробити висновок про соціально-економічну спрямованість мотиваційного механізму управління, адекватного ринковій моделі.

1.3. Управління системами фінансування медицини

1.3.1. Сутність фінансово-економічних відносин в медицині.

1.3.2. Соціальна, медична та економічна ефективність в медицині.

1.3.3. Фінансове середовище та ресурси в медицині.

1.3.4. Основні моделі фінансування медицини.

1.3.1. Сутність фінансово-економічних відносин в медицині

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.

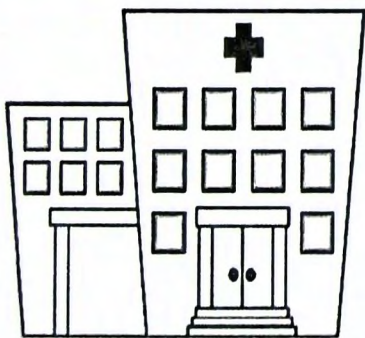
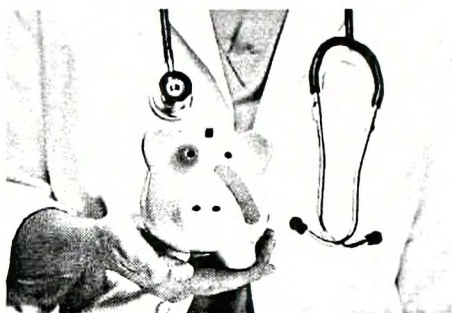
4. По-четверте, зміни в статусі медичних установ приводять до зміни характеру фінансово-економічних зв'язків, які виникають в їх діяльності (економічний агент).

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

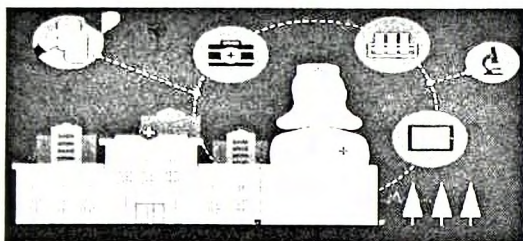
6. По-шосте, як результат здійснення економічної діяльності в різноманітних господарських формах, під впливом ринку змінюється і економічний стан самого медичного працівника.

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.

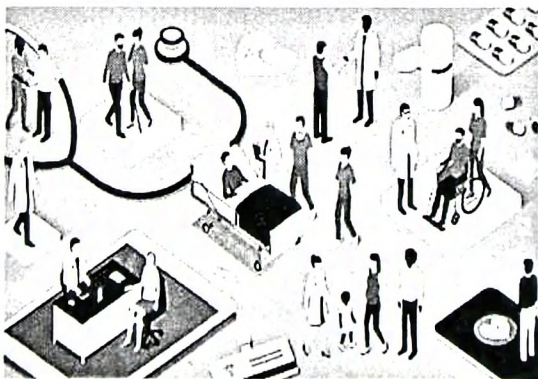


визначити ті цілі, які можна досягти. При цьому необхідно мати уявлення про економічну оптимізацію, тобто шляхи раціонального використання наявних матеріально-е-

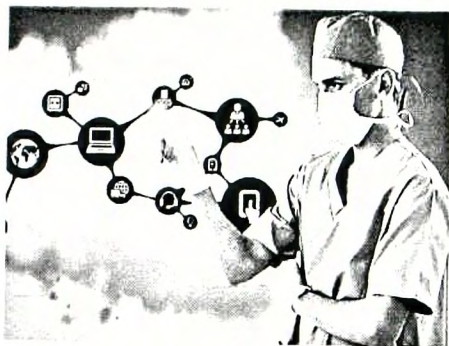
нергетичних факторів медичної праці, грошових коштів, залучених працівників найрізноманітніших спеціальностей і різної кваліфікації. Важливо також проаналізувати ступінь відповідності ресурсів досягненням науково-технічного прогресу і сформованій практиці їх професійного і господарського використання. 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 уяв-



лення 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.

1.3.2. Соціальна, медична та економічна ефективність в медицині

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.

З 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,

В УКРАЇНІ ЗАПРОВАДЖЕНО ПРИНЦИП
ПРІОРИТЕТНОСТІ ЗБЕРЕЖЕННЯ
ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ



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.

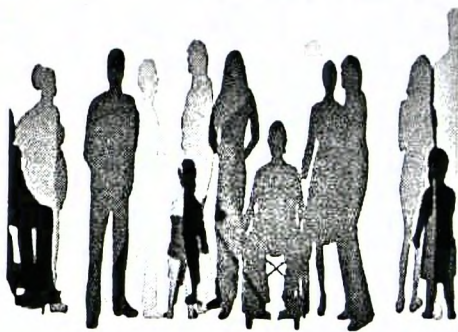
Медична ефективність — це ступінь досягнення поставлених задач в області профілактики, діагностики, лікування і реабілітації.

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

Економічна ефективність

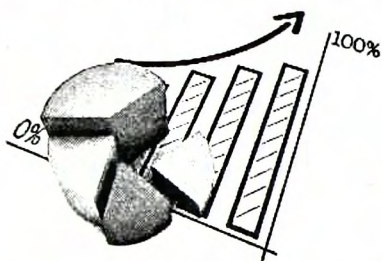
виражається у визначенні вартості додатково виготовленої продукції, наданих послуг або суми заощаджених фінансових коштів, а також у встановленні економічного збитку від підвищення захворюваності, інвалідності, передчасної смерті і т. п.

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 впровадження нових методів), заощаджених в результаті запобігання захворюванням, травматизму, інвалідності, смертності, і вартість кожного дня.



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

Проблему економічної ефективності можна розглядати:



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

— по-друге, з погляду підвищення економічної ефективності використання ресурсів 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, зловина 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;

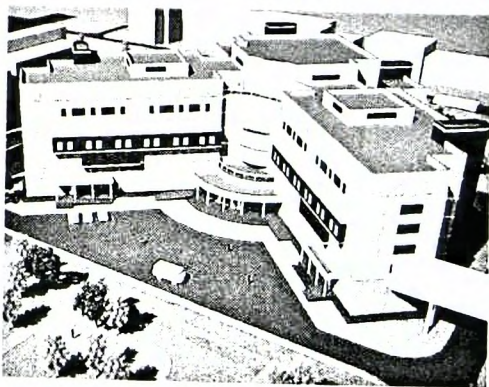
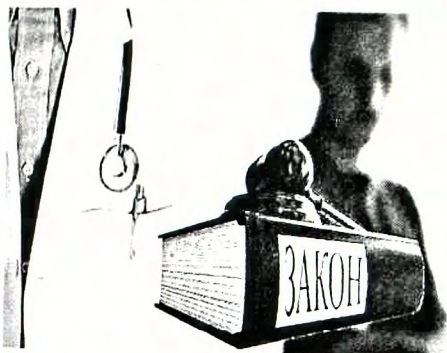
— недоліки в системі планування, зумовлені радикальними змінами політичних і соціально-економічних умов;

— 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;

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

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



1.3.3. Фінансове середовище та ресурси в медицині

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.

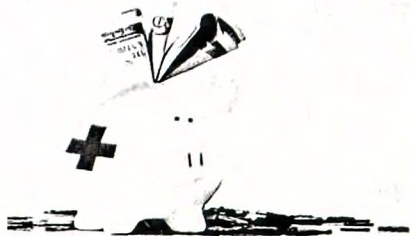
Трудові ресурси — це медичні кадри: лікарі, медичні сестри і т. д.

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



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 наймі персоналу. За фінансовим визначенням, капіталом називають всі активи (засоби) установи. За функціональним визначенням, капітал — це тільки реальний об'єкт, тобто засоби виробництва. Капітал, як засіб виробництва, ділиться на засоби праці та предмети праці, та, в залежності від обороту цих частин, поділяється на основний капітал та оборотний капітал.

Схема основного та оборотного капіталу медичної установи показана на рис. 1.3.

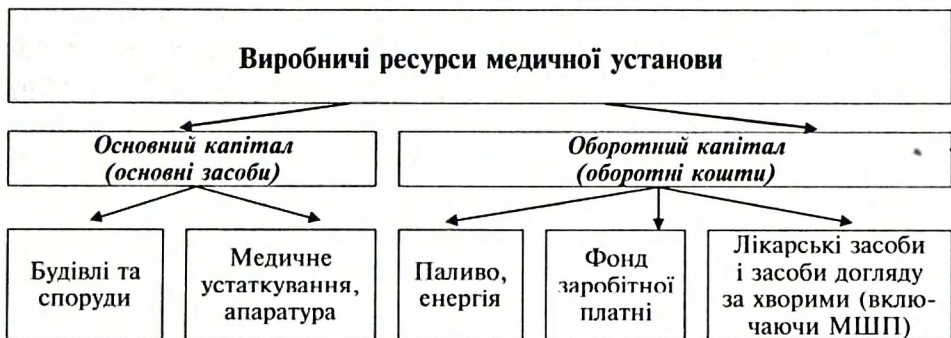


Рис. 1.3. Основний та оборотний капітал медичної установи

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 втілюватися 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 швидкозношувальних предметів, незавершене виробництво, запаси готової продукції на складі, залишки грошових коштів на рахунку в банку і касі.

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

Основні структурні елементи фінансового середовища медичних установ показані на рис. 1.4 (див. стор. 55).



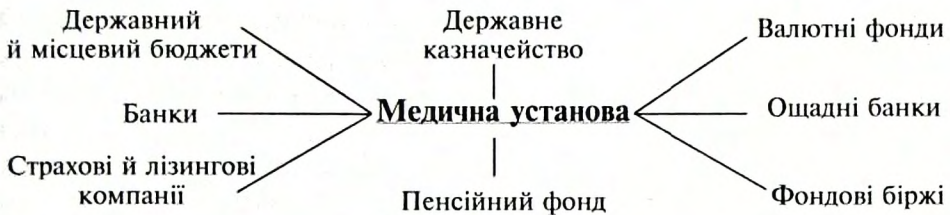


Рис. 1.4. Фінансове середовище медичних установ

Фінансове забезпечення діяльності медичних установ є визначальним чинником фінансової стабільності, платоспроможності, а головне – конкурентоспроможності медичних послуг. Основою для цього й є **фінансові ресурси**, які можна класифікувати наступним чином:

1. 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, добрودійність і т. д.



3. За формою власності фінансові ресурси розділяють так:

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

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

4. По ступеню приналежності фінансові ресурси можуть бути:

– власними фінансовими ресурсами;

– позиковими (залученими) фінансовими ресурсами.

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

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

1.3.4. Основні моделі фінансування медицини

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 рахунків 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).

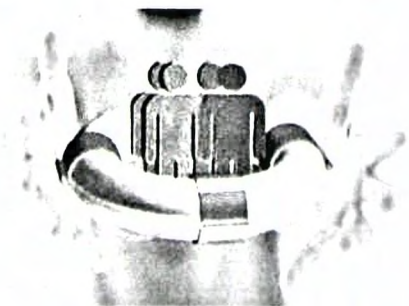


— **Приватна система** (страхова модель/система, американська модель, приватна медицина): передбачає, що діяльність медичних закладів фінансується головним чином за рахунок внесків добровільного медичного страхування та

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. Семанко, 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. 1.2.

Таблиця 1.2
Пріоритетні джерела фінансування охорони здоров'я в країнах світу

Країна	Державне фінансування	Страхування		Приватне фінансування
		обов'язкове	добровільне	
1	2	3	4	5
Австрія	3	1	2	3
Бельгія	3	1	2	3
Велико-британія	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

Таблиця 1.2 (закінчення)

1	2	3	4	5
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. 1.5). Таким чином, формування ресурсного потенціалу в розвинених країнах світу визначається не тільки моделлю організації системи охорони здоров'я, але й рівнем розвитку механізму, на якому базується ця модель.

Методи фінансування медичних установ на макорівні.

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

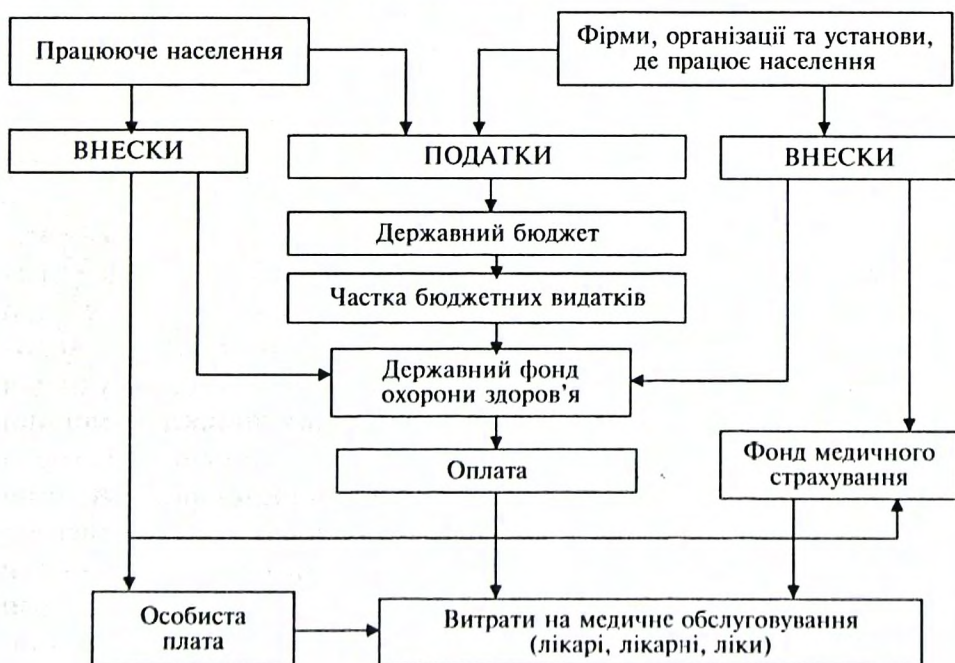


Рис. 1.5. Джерела фінансування охорони здоров'я в розвинених країнах світу

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

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

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

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.

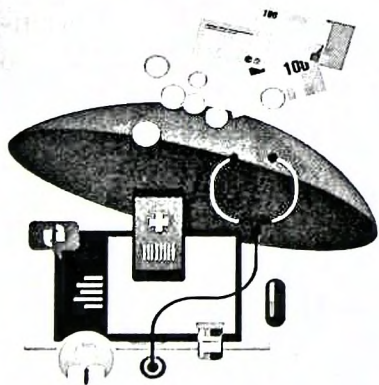
Недоліки: уникнення лікування складних випадків захворювання, зниження якості медичної допомоги через недостатній, обмежений бюджет в порівнянні з потребами медичної установи. Іноді, перевага методу — вільний перерозподіл ресурсів — може стати недоліком: зростання кількості кадрів і їх мізерна заробітна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

Список рекомендованої літератури за Розділом 1 «Основи менеджменту в медицині»

Законодавчі та нормативно-правові документи

1. Конституція України: Закон України від 28 червня 1996 року № 254к/96-ВР. URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр#Text>.
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. Про публічні закупівлі: Закон України від 25.12.2015 р. № 922-VIII. URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/922-19>.
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 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>.
10. 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>.
11. 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>.
12. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я України: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1013-р. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-р#Text>.
13. Про затвердження Положення про Міністерство охорони здоров'я України: Постанова Кабінету Міністрів України від 25.03.2015 р. № 267. URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/267-2015-п#Text>.

14. 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.
15. Про утворення Ради з питань функціонування системи охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 12 жовтня 2011 р. № 1051. URL: <http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/1051-2011-п#Text>.
16. 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-utvorenniya-nacionalnoyi-sluzhbi-zdorovya-ukrayini>.
17. Про затвердження Програми подання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги: Постанова Кабінету Міністрів України від 11.07.2002 р. № 955. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/955-2002-п#Text>.
18. Питання Міністерства охорони здоров'я: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 02.09.2015 р. № 909-р. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/909-2015-р#Text>.
19. 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 (оновлена версія від 14.02.2018 р.). URL: <http://moz.gov.ua/article/news/metodichni-rekomendacii-z-pitan-peretvorennja-zakladiv-ohoroni-zdorovja-z-bjudzhetnih-ustanov-na-komunalni-nekomercijni-pidприємства>.

Навчально-методична та наукова література

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. 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: навч.-метод. посібник. Київ: МАУП, 2007. 328 с.

6. Вороненко Ю. В. Стратегічне управління в охороні здоров'я: теоретичні та практичні аспекти. *Науковий журнал МОЗ України*. 2014. № 1 (5). С. 39–46.
7. Грузева Т. Інноваційна сутність та стратегічний і практичний потенціал нової Європейської політики «Здоров'я – 2020». *Вісник проблем біології та медицини*. 2014. Вип. 3. Т. 1 (110). С. 25–33.
8. 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.
9. Державна політика у сфері охорони здоров'я: кол. моногр.: 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.
10. 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.
11. Ждан В. М., Голованова І. А., Краснова О. І. Економіка охорони здоров'я: навчальний посібник. Полтава, 2017. 114 с.
12. Здоровье – 2020 – основы европейской политики и стратегия для XXI века: Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. URL: <http://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being>.
13. Кіча Д. І., Фоміна А. В. Основи економіки та фінансування охорони здоров'я. URL: <http://medbib.in.ua/osnovyiekonomiki-finansirovaniya.html>.
14. Концепція МОЗ України «Концепція реформи охорони здоров'я у контексті процесів децентралізації» (версія від 09.07.2015 року). URL: http://trigger.in.ua/wp-content/uploads/2015/08/Health-Reform-and-Decentralization_policy-note-for-RPR.docx.
15. Куцак Ю. Г. Фінансування охорони здоров'я та медичне страхування в Україні. URL: <http://www.rusnauka.com/Medecine>.
16. 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.

17. 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.
18. Кусик Н. Л. Фасиліті – менеджмент як форма державно-приватного партнерства в сфері охорони здоров'я. *Materialy 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.
19. 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.
20. Международная аккредитация медицинских учреждений. URL: http://med-visit.com/?page_id=132.
21. 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. URL: <http://repository.dnu.dp.ua:1100/upload/684dfManagement-KLD.PDF>.
22. Охорона здоров'я України: стан, проблеми, перспективи: спеціалізоване видання / В. В. Лазоришинець, Н. О. Лісневська, Л. Я. Ковальчук та ін. Київ, 2014. 608 с.
23. 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>.
24. Попченко Т. П. Державна політика щодо реформування системи охорони здоров'я як шлях до збереження та зміцнення здоров'я населення. URL: http://www.nbuv.gov.ua/portal/Soc_Gum/Dtr_du/2011_1/files/DU111_46.pdf.
25. Попченко Т. П. Реформування сфери охорони здоров'я в Україні: організаційне, нормативно-правове та фінансово-економічне забезпечення: аналіт. доп. Київ: НІСД, 2012. 96 с.
26. Презентація МОЗ України для Національної ради реформ «На шляху до європейської системи охорони здоров'я» від 16.04.2015 року. URL: http://reforms.in.ua/sites/default/files/upload/docs/6.2._reforma_oz_presentacia2015_04_16.pdf.
27. Фінальна редакція Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років. URL: <http://www.apteka.ua/article/327094>.
28. Финансирование здравоохранения в Европейском союзе. Проблемы и стратегические решения: науч. изд. / S. Thomson, T. Foubister, E. Mossialos; Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. Копенгаген: ВОЗ, 2010. 241 с.

29. 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.
30. Шейман И. М., Шишкин С. В. О необходимых мерах государственной политики в сфере здравоохранения Украины в условиях экономического кризиса. URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/132959/Oslo_report_rus.pdf.

Додаткова література

1. Арнаудова А. 10 вопросов о здравоохранении в странах — новых соседях ЕС. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005. 292 с.
2. Буффорд Д. А. Майбутні системи охорони здоров'я: актуальні питання управління (з досвіду США). *Підвищення ефективності державного управління: стан, перспективи та світовий досвід*: зб. наук. пр. Київ: Вид-во УАДУ, 2000. С. 284–291.
3. Бабич О. Б. Аналіз підвищення доступності медичного обслуговування в Україні. *Держава та регіони*. 2008. № 3. С. 5–9.
4. Вітренко Ю. М. Реформування охорони здоров'я: погляд економіста. *Соціальна політика і соціальна робота*. 2006. № 1. С. 41–56.
5. Виноградов О. В. Державне управління багатоканальним фінансуванням закладів охорони здоров'я. *Статистика України*. 2006. № 2. С. 65–67.
6. Вялков А. И., Райзберг Б. И., Шиленко Ю. В. Управление и экономика здравоохранения. Москва: ГЭОТАР-МЕД, 2002. 328 с.
7. Гладун З. Охорона здоров'я населення як об'єкт комплексного правового регулювання. *Право України*. 2008. № 12. С. 30–35.
8. Дешко Л. Правове регулювання господарювання у сфері охорони здоров'я: проблеми вдосконалення спеціального законодавства. *Підприємництво, господарство і право*. 2007. № 5. С. 57–61.
9. Дешко Л. Щодо вдосконалення спеціального законодавства про господарювання у сфері охорони здоров'я. *Право України*. 2007. № 8. С. 112–116.
10. Дешко Л. Органи ліцензування господарської діяльності у сфері охорони здоров'я. *Підприємництво, господарство і право*. 2006. № 12. С. 129–132.
11. Карамішев Д. В., Дігтяр А. О. Лізинг як засіб державного регулювання економічних відносин у системі охорони здоров'я. *Економіка та держава*. 2006. № 6. С. 52–54.
12. Карамішев Д. В., Радиш Л. Я. Реформа охорони здоров'я: соціальні та ринкові суперечності. *Теорія та практика державного управління*. 2006. Вип. 2 (14). С. 187–193.

13. Карамішев Д. В., Удовиченко Н. М. Ефективність як складова об'єктивізації державного регулювання розвитку системи охорони здоров'я. *Теорія та практика державного управління*. 2008. Вип. 1 (20). С. 236–245.
14. Карпишин Н. І Державні соціальні гарантії у сфері охорони здоров'я. *Економічний і соціальний розвиток України в XXI столітті: національна ідентичність та тенденції глобалізації*: матеріали Другої міжнар. наук.-прак. конф. молодих вчених (Тернопіль, 2005 р.). Ч. 2. Тернопіль: Економічна думка, 2005. С. 74.
15. Котляревський Ю. О. Організаційно-економічні механізми впливу приватного сектора на якість медичних послуг. *Актуальні проблеми державного управління*. 2007. Вип. № 1 (29). С. 314–319.
16. Кусик Н. Л., Буслаєва Г. В. Проблеми кризового стану санаторно-курортного комплексу Одеського регіону та напрямки їх подолання. *Вісник Сумського національного аграрного університету. Серія «Економіка і менеджмент»*. 2014. Вип. 12 (62). С. 207–213.
17. Kusyk N. Financial mechanism of education, health care and culture spheres in modern social-economic system. Матеріали IV Міжнародної конференції «Стратегія якості в промисловості і освіті» Технічного університету Варни (30 мая – 6 июня 2008 года). Том 1. Варна – Болгария: ТУ – Варна, 2008. С. 327–329.
18. Кусик Н. Л., Штембуляк Д. О., Буслаєва Г. В. Передумови становлення Одеської області туристичним та рекреаційним центром. Матеріали VI Міжнародної науково-практичної конференції теорії «Розвиток економіки України на інноваційній основі», присвяченої 50-річчю кафедри економічної (12–15 червня 2012 року) / за ред. С. В. Кармана. – Мелітополь: Вид-во Мелітопольська міська типографія, 2012. С. 100–103.
19. Літвак А., Погорілий В., Тишук М. Тіньова економіка та майбутнє медицини в Україні. Одеса: Одеська крайова організація Всеукраїнського лікарського товариства, 2001. 91 с.
20. 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.
21. Мних М. В. Медичне страхування та необхідність його запровадження в Україні. *Економіка та держава*. 2007. № 2. С. 40–41.
22. Надюк З. О. Удосконалення державного контролю за дотриманням стандартів надання медичної допомоги. *Державне будівництво*. 2007. № 2. URL: <http://www.kbuara.kharkov.ua>.
23. Надюк З. О. Державне регулювання ринку медичних послуг в Україні: монографія. Запоріжжя: КПУ, 2008. 296 с.

24. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні. Спільний звіт / під заг. ред. В. М. Лехан, В. М. Рудого. Київ: вид-во Раєвського, 2005. 168 с.
25. Панов Б. В. Сучасні світові тенденції розвитку національних систем охорони здоров'я / Б. В. Панов, О. О. Свірський, О. Ф. Дзигал, Л. А. Ковалевська, С. І. Конкін, М. Л. Кирилюк, С. В. Балабан, О. В. Беляков. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2001. № 4. С. 85–89.
26. Райс Д. А. Преобразование системы здравоохранения США в контексте мирового процесса реформ. *Здравоохранение Российской Федерации*. 1996. № 4. С. 47–52.
27. Робинсон Р., Диксон А., Моссиалос Э. Системы здравоохранения в переходном периоде. Соединенное Королевство. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 1999. С. 7-8.
28. Системы здравоохранения, здоровье и благосостояние: оценка аргументов в пользу инвестирования в системы здравоохранения / Josep Figueras, Martin McKee, Suszy Lessof, Antonio Duran, Nata Menabde. Всемирная организация здравоохранения, 2008. 127 с.
29. Салтман Р. Б., Фигейрас Дж. Реформы здравоохранения в Европе. анализ современных стратегий. Москва: Геотар Медицина, 2000. 423 с.
30. Солоненко І. М., Солоненко Н. Д. Державне регулювання реформування галузі охорони здоров'я (із світового досвіду). *Охорона здоров'я України*. 2001. № 3. С. 34–38.
31. Управління підприємницькою діяльністю в галузі охорони здоров'я: монографія / О. В. Баєва, М. М. Білінська, Л. І. Жаліло та ін.; за ред. О. В. Баєвої, І. М. Солоненка. Київ: МАУП, 2007. 376 с.
32. Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы / Э. Моссилиас, А. Диксон, Ж. Фигерас, Д. Кутцин. Москва: Весь мир, 2002. 352 с.
33. Шутов М. М. Экономические основы рыночного здравоохранения. Донецк: ВИК, 2002. 294 с.

Інформаційні ресурси

1. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ). URL: www.who.int/ru/index.html.
2. Газета «Медичний світ». URL: www.medsvit.org.
3. Державна служба статистики України. URL: www.ukrstat.gov.ua.
4. Європейська база «Здоров'я для всіх». URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/statreports.html>.
5. Європейське регіональне бюро ВООЗ. URL: www.euro.who.int.

6. Журнал «Экономика здравоохранения». URL: <http://medi.ru>.
7. Лабораторія проблем економіки та управління в охороні здоров'я. URL: www.med122.com.
8. Міністерство охорони здоров'я України. URL: <http://www.moz.gov.ua>.
9. Медичний журнал «Український медичний часопис». URL: www.umj.com.ua.
10. Медико — правовий портал. URL: <http://103-law.org.ua>.
11. Національна академія медичних наук України. URL: www.amnu.gov.ua.
12. Національна служба здоров'я України (НСЗУ). URL: <https://nszu.gov.ua/pro-nszu>.
13. Організація об'єднаних націй. URL: www.un.org/russian.
14. Портал органів виконавчої влади України «Урядовий портал» (Кабінет Міністрів України). URL: www.kmu.gov.ua.
15. 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.
16. Програми розвитку ООН в Україні (Цілі розвитку тисячоліття). URL: <http://www.ua.undp.org/content/ukraine/uk/home>.
17. Управленческие науки — на службу здравоохранению. URL: www.msh.org.
18. Українська Медична Рада. URL: <http://www.medicalcouncilukraine.org>.
19. Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України. URL: www.medstst.com.ua.

Тести для самостійної роботи за Розділом 1 «Основи менеджменту в медицині»

ТЕСТ «Менеджмент в охороні здоров'я»

1. Менеджмент в охороні здоров'я, як макросистеми — це:

А. діяльність, спрямована на вдосконалення форм управління, підвищення ефективності виробництва за допомогою сукупності принципів, методів і засобів, які активізують трудову діяльність, інтелект і мотиви поведінки, як окремих співробітників, так і всього колективу.

Б. наука управління, регулювання та контролю фінансових, трудових і матеріальних ресурсів органами і установами охорони здоров'я.

В. найбільш ефективне досягнення мети шляхом підвищення якості лікувальних, діагностичних і профілактичних заходів та раціонального використання ресурсів охорони здоров'я.

Г. управління безпосередньо медичною установою як самостійною фінансово-господарською одиницею.

2. Менеджмент в охороні здоров'я, як мікросистеми — це:

А. діяльність, спрямована на вдосконалення форм управління, підвищення ефективності виробництва за допомогою сукупності принципів, методів і засобів, які активізують трудову діяльність, інтелект і мотиви поведінки, як окремих співробітників, так і всього колективу.

Б. наука управління, регулювання та контролю фінансових, трудових і матеріальних ресурсів органами і установами охорони здоров'я.

В. найбільш ефективне досягнення мети шляхом підвищення якості лікувальних, діагностичних і профілактичних заходів та раціонального використання ресурсів охорони здоров'я.

Г. управління безпосередньо медичною установою як самостійною фінансово-господарською одиницею.

3. Сукупність усіх органів апарату управління медичного закладу та їх управлінських дій — це:

А. менеджмент в охороні здоров'я як процес.

Б. менеджмент в охороні здоров'я як система.

4. Організаційні, координаційні і оперативні принципи менеджменту, які направлені на активізацію і посилення мотивації діяльності кожного співробітника і всього колективу — це:

- А. дисципліна та справедливість.
- Б. влада і відповідальність.
- В. єдиноначальність та єдність керівництва.
- Г. централізація.
- Д. підкорення індивідуальних інтересів загальним.
- Е. постійність персоналу.

5. Розробка державної, регіональної та муніципальної політики охорони здоров'я; вибір на державному рівні моделі охорони здоров'я та його законодавчо-нормативне, кадрове, організаційне, фінансове, інформаційне забезпечення — це:

- А. управлінські технології адміністрування охорони здоров'я.
- Б. управлінські технології фінансового адміністрування.
- В. управлінські технології фінансового адміністрування медичних установ.

6. На цьому рівні досліджуються господарські зв'язки в охороні здоров'я, що розглядається як велика галузь в економіці, що складається з цілого ряду підгалузей, виробництв і спеціалізації — це:

- А. мікроекономічний рівень виникнення економічних та управлінських відносин.
- Б. макроекономічний рівень виникнення економічних та управлінських відносин.
- В. мідіекономічний рівень виникнення економічних та управлінських відносин.

7. В медичному закладі діють три рівні системи управління. Заступники головного лікаря за напрямками і розділами роботи, включаючи головну (старшу) медичну сестру, представляють:

- А. стратегічний рівень управління.
- Б. тактичний рівень управління.
- В. оперативний рівень управління.

8. Структурні елементи комплексної системи охорони здоров'я населення — це:

- А. органи і установи медико-соціального обслуговування.
- Б. відповідні відомства медико-соціального забезпечення.
- В. відповідні міжнародні організації (ВООЗ, ЮНЕСКО, ЮНІСЕФ, МОП).

9. В Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» були визначені основні принципи охорони здоров'я в Україні. Назвіть 2-3 принципи та коротко їх охарактеризуйте.

10. На основі територіально-адміністративного поділу країни і відповідно до вимог наближення медичної допомоги до безпосереднього споживача розрізняють три рівні лікувально-профілактичної допомоги. Кваліфіковане консультування, профілактика та лікування, яке здійснюють лікарі-спеціалісти, — це:

- А. первинна медико-санітарна допомога.
- Б. вторинна (спеціалізована) медична допомога.
- В. третинна (високоспеціалізована) медична допомога.
- Г. санаторно-курортне лікування.

ТЕСТ «Основи оплати праці в медицині»

1. Критерії витрат праці лікаря визначаються трьома наступними нормами. Яка з них в даний час є основоположною?

- А. обсяг роботи.
- Б. час роботи.
- В. якість роботи.

2. При якій формі оплати праці у медичного працівника знижений економічний стимул до зростання інтенсивності та продуктивності праці:

- А. пряма відрядна система оплати праці.
- Б. багатофакторна система оплати праці.
- В. непряма відрядна оплата праці.
- Г. колективна відрядна оплата праці.
- Д. проста погодинна оплата праці.

3. 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. багатofакторна система оплати праці.
- Д. проста погодинна оплата праці.

4. При якій системі оплати праці є можливість врахувати розумові, фізичні та нервові витрати медичного працівника:

- А. пряма відрядна система оплати праці.
- Б. багатofакторна система оплати праці.
- В. непряма відрядна оплата праці.
- Г. колективна відрядна оплата праці.
- Д. проста погодинна оплата праці.

5. Застосування багатofакторних систем оплати праці можливо у випадку:

- А. тільки бюджетного фінансування медичної послуги.
- Б. тільки комерційного розрахунку за медичну послугу.
- В. в умовах надання частково платних медичних послуг.
- Г. дана система не може бути застосована взагалі в будь-якому випадку.

6. Зовнішні відносини (відносини із зовнішнім середовищем), які визначають сутність мотиваційного механізму управління персоналом – це:

- А. мобільні відносини, які формуються під впливом чітко визначеної політики медичної установи, виходячи з конкретних потреб медичних працівників в той чи інший період часу.
- Б. услугу-виробничі та соціально-економічні відносини, які виникають у медичного закладу в процесі його діяльності, та не залежать від власної діяльності медичного закладу.
- В. сукупність відносин, що виникають при взаєминах суб'єкта господарювання (медична установа) з іншими суб'єктами господарювання та державою.

7. За змістом важелів, що впливають на потреби, механізми мотивації управління персоналом можуть бути таких видів:

А. активні та пасивні механізми мотивації управління персоналом.

Б. особистісні, мікроекономічні, мезоекономічні та макроекономічні механізми мотивації управління персоналом.

В. економічні, соціальні, психологічні, організаційно-культурні та адміністративні механізми мотивації управління персоналом.

Г. ефективні та неефективні механізми мотивації управління персоналом.

8. Коротко охарактеризуйте мету створення мотиваційного механізму в медичному закладі.

9. Найбільш загальне поняття мотиваційного механізму — це:

А. сукупність методів та прийомів впливу на працівників з боку системи управління організацією, яка спонукає їх до певної поведінки в процесі трудової діяльності заради досягнення цілей організації й задоволення особистісних потреб.

Б. складова механізму зацікавленості у досягненні максимальних економічних і соціальних результатів трудової діяльності людини.

В. система економічних, соціальних, психологічних, організаційних та адміністративних заходів та методів впливу на задоволення актуальних потреб персоналу в інтересах досягнення індивідуальних і колективних цілей працівників та організації, зростання її конкурентоспроможності.

10. Ефективний розвиток мотиваційного механізму управління медичним персоналом проявляється в:

А. підвищенні працездатності медичного персоналу.

Б. підвищенні ціни на медичні послуги.

В. підвищенні якості й конкурентоздатності медичних послуг.

- Г. підвищенні конкурентоспроможності медичної установи.
- Д. зниженні гнучкості медичної установи.
- Е. зниженні оплати праці керівників медичної установи.

ТЕСТ «Управління системами фінансування медицини»

- 1. 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.
- 2. Показники зниження захворюваності, інвалідності, смертності населення та підвищення фізичного розвитку, народжуваності, середньої тривалості життя населення, 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.
- 3. 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.
- 4. Фінансові ресурси медичної установи по ступеню приналежності можуть бути власними та позиковими (залученими). За рухом і результативним використанням яких фінансових ресурсів медичний заклад має більш пильно стежити і контролювати:**
 - А. за рухом позикових (залучених) фінансових ресурсів.
 - Б. за рухом власних фінансових ресурсів.
 - В. за рухом довгострокових фінансових ресурсів.
 - Г. за рухом короткострокових фінансових ресурсів.

5. 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.
6. Виробничі ресурси медичної установи діляться на основний і оборотний капітал. До оборотного капіталу (оборотних коштів) медичної установи відносяться:
- А. будівлі та споруди медичного закладу.
 - Б. паливо, енергія.
 - В. медичне обладнання, апаратура.
 - Г. фонд заробітної плати медичного персоналу.
 - Д. лікарські засоби та засоби догляду за хворими.
7. Ресурси, що використовуються в одному циклі та переносять свою вартість одразу та повністю на надану медичну послугу, такі як запаси сировини, основних і допоміжних матеріалів, відносять до категорії:
- А. основного капіталу (основних засобів).
 - Б. амортизаційних відрахувань.
 - В. оборотного капіталу (оборотних коштів).
 - Г. обмежених ресурсів.
8. У розвинених країнах склалися базові моделі формування фінансового потенціалу охорони здоров'я. Модель, при якій фінансові ресурси охорони здоров'я формуються за рахунок страхових внесків підприємців, працюючих громадян і субсидій держави (при цьому, основним є фінансування з позабюджетних фондів медичного страхування), це:
- А. державна модель формування фінансових ресурсів охорони здоров'я.
 - Б. бюджетно- страхова модель формування фінансових ресурсів охорони здоров'я.
 - В. приватна модель формування фінансових ресурсів охорони здоров'я.
 - Г. персоніфікована модель формування фінансових ресурсів охорони здоров'я.
 - Д. суспільна модель формування фінансових ресурсів охорони здоров'я.

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

А. державна система (бюджетна, національна, беверіджська система, соціалістична модель).

Б. система соціального медичного страхування (страхова система, бісмаркська система, німецька модель).

В. приватна система (американська модель, приватна медицина).

Г. система охорони здоров'я перехідної стадії реформування механізму фінансування з страхового до бюджетного.

10. Коротко охарактеризуйте коло проблем, як виникають при фінансово-економічних відносинах в медицині.

Ситуаційні завдання за Розділом 1 «Основи менеджменту в медицині»

Ситуаційні завдання «МЕНЕДЖМЕНТ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я»

СИТУАЦІЙНЕ ЗАВДАННЯ

«Теорія організацій та управління системою охорони здоров'я»

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

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

Який погляд більш слушний?

Механізм

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

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

Тиран

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

Голова

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

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

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

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

Ігровий майданчик

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

Психічна в'язниця

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

Біологічний організм

Останнім часом стало популярним думати про організації як про біологічні організми, тобто як про різні види, змушені пристосовуватись до навколишнього середовища у процесі народження, розвитку, старіння та наступної смерті. Це торкається питання про те, як організації пристосовуються до навколишнього середовища. Організацію – як вона розглядається в теорії ситуативної зумовленості, концепції стратегічного управління,

теорії популяційної екології та інституційній теорії — значною мірою можна образно порівняти з біологічним організмом. Теорія ситуативної зумовленості підкреслює насамперед важливість внутрішньої структури та її відповідності призначенню, а теорія стратегічного управління — відповідність внутрішньої стратегії оточенню організації. Підхід з позицій популяційної екології наголошує на важливості впливу зовнішніх сил, які неминуче відбирають з різноманітних видів організацій ті, що найбільш пристосовані до виживання.

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

Політична система

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

Голограма

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

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

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

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

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

Прочитавши про них, поверніться ще раз до питання: **Який погляд більш слушний? Чи змінились ваші погляди на ці проблеми?**

Ситуаційні завдання «ОСНОВИ ОПЛАТИ ПРАЦІ В МЕДИЦИНІ»

СИТУАЦІЙНЕ ЗАВДАННЯ № 1

«Багатофакторна система оплати праці медичних працівників — система аналітичної оцінки робіт»

Розрахунок оплати праці медичних працівників при системі аналітичної оцінки робіт.

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

Таблиця 1
**Розрахунок оплати праці медичних працівників
при системі аналітичної оцінки робіт**

Фактори	Підфактори	Примітки	Бали
1	2	3	4
1. Професійна підготовка	а) освіта	а) середне	1
		б) середнє спеціальне	2
		в) вище	3
		г) к.м.н.	4
		д) д.м.н.	5
		е) закінчив ФУВ	+ 1 за кожний раз навчання
	б) кваліфікаційна категорія	а) вища	5
		б) перша	4
		в) друга	3
		г) лікар-фахівець	2
	в) стаж	за 1 рік	1

Таблиця 1 (закінчення)

1	2	3	4
2. Розумові вимоги	а) тест	а) 10 питань	10
	б) нестандартна ситуація	а) вирішив б) не вирішив	10 0
3. Фізичні вимоги	а) вікові групи	а) 18–30 років	4
		б) 31–45 років	3
		в) 46–55 років	2
		г) 56 років і старше	1
	б) чинник здоров'я	а) здоровий	2
		б) не здоровий	1
		а) виконує норму б) не виконує норму в) перевищує норму	10 0 + 1 за кожен одиницю перевищення
4. Ступінь відповідальності	а) за устаткування		1
	б) за матеріали		1
	в) за дотримання технології (методу лікування)		1
	г) за персонал	за кожного підлеглого	0,2
5. Умови праці	а) виробничі умови нормальні		1
	б) ускладнені виробничі умови		2
	в) ступінь ризику	а) окремі випадки б) звичні	5 1
Оцінки «по заслугах» (особові оцінки)			
6. Якість роботи			1
7. Рациональне використання матеріалів			1
8. Дбайливе відношення до устаткування			1
9. Максимальне використання робочого часу			1
10. Надійність, співпраця			1
11. Загальна поведінка			1
12. Можливість висунення			1
Всього балів			...

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

Приймемо умовно, що штат медичної установи, яка надає платні медичні послуги, це: головний лікар, лікар, медсестра. Нарахуємо кожному медичному працівнику бали так, щоб: головний лікар набрав — 47 балів, лікар — 30 балів, медсестра — 22 бали.

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

Завдання:

Розрахуйте вартість одного бала.

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

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

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

Таблиця 2

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

№	Фактори	Підфактори	Бали (+/-)
1	2	3	4
1	Професійна підготовка	1. Освіта	
		незакінчена	0
		середня	1
		середня спеціальна	2
		2. Кваліфікаційна категорія	
		вища	5
		I	4
		II	3
		без категорії	1

Таблиця 2 (продовження)

1	2	3	4
		3. Проходження курсів підвищення кваліфікації тривалістю: 1,5–2 місяці до 1 місяця 4. Участь у підвищенні кваліфікації по догляду за хворими 5. Освоєння нових прийомів і методів діагностики та лікування	1 (за кожний) 0,5 (за кожний) 3 (за кожний виступ) 2
2	Ступінь відповідальності	1. За персонал 2. За медичне обладнання і господарський інвентар 3. За матеріали, ліки 4. За збереження матеріальних цінностей (сестра-хазяйка)	0,2 (за кожного підлеглого) 1 1 4
3	Умови праці	Напад хворих на персонал – без втрати працездатності – з втратою працездатності	0–1 1–3
4	Інтенсивність праці	1. Суміщення ставок 0,25 ставки 0,5 ставки 2. Виконання навантаження за відсутнього на роботі 1 тиждень 2 тижні 3 тижні 4 тижні 3. Допомога іншим співробітникам підрозділу 4. Розробка або впровадження нових прийомів і методів догляду за хворими 5. Виконання індивідуальних професійних завдань 6. Зразковий стан робочого місця, робочого об'єкта 7. Активна участь у громадському житті підрозділу	1 3 1 2 3 4 2 5 1 1 1
5	Подяка	Від хворих, родичів, співробітників (у тому числі від адміністрації) лікарні або інших осіб, пов'язаних з роботою відділення – усна – письмова	2 3

Таблиця 2 (закінчення)

1	2	3	4
6	Порушення	1. Трудової дисципліни — за появу на роботі в нетверезому стані — відсутність на роботі без поважної причини — прогул — порушення медичної етики і деонтології (у тому числі грубість з хворими або персоналом) 2. Санітарно-епідемічного режиму 3. Техніки безпеки	Позбавляється премії —5 —5 —5 —3—5 —5
7	Відмова	1. Від виконання доручень керівництва 2. Від допомоги іншим співробітникам підрозділу 3. Від застосування нових методів роботи, підвищення кваліфікації	—3 —2 —5
8	Скарга	Від хворих, родичів, співробітників (у тому числі від адміністрації) лікарні або інших осіб, пов'язаних з роботою відділення — усна — письмова	 —2 —3
9	Інше	...	...
Всього балів			...

Таблиця 3

Багатофакторна система оцінки праці лікарського персоналу
у відділенні психіатричної лікарні

№	Фактори	Підфактори	Бали (+/-)
1	2	3	4
1	Професійна підготовка	1. Освіта вища кандидат медичних наук доктор медичних наук ФУВ, курси тривалістю: не менше 1,5 місяця до 1 місяця 2. Кваліфікаційна категорія вища	3 4 5 1 (за кожний) 0,5 (за кожний) 5

Таблиця 3 (продовження)

1	2	3	4
		I II лікар-фахівець 3. Участь у підвищенні кваліфікації по догляду за хворими 4. Освоєння нових прийомів і методів діагностики та лікування	4 3 2 3 (за кожний виступ) 2
2	Ступінь відповідальності	За персонал	0,2 (за кожного підлеглого)
3	Умови праці	Напад хворих на персонал (психіатрична лікарня) — без втрати працездатності — з втратою працездатності	0–1 1–3
4	Інтенсивність праці	1. Суміщення ставок 0,25 ставки 0,5 ставки 2. Допомога іншим співробітникам підрозділу 3. Розробка або впровадження нових прийомів і методів догляду за хворими, що мають значення для підрозділу 4. Виконання індивідуальних професійних завдань 5. Зразковий стан робочого місця, робочого об'єкта 6. Активна участь у громадському житті підрозділу	1 3 2 5 1 1 1
5	Подяка	Від хворих, родичів, співробітників (у тому числі від адміністрації) лікарні або інших осіб, пов'язаних з роботою відділення — усна — письмова	2 3
6	Порушення	1. Трудової дисципліни — за появу на роботі в нетверезому стані — відсутність на роботі без поважної причини — прогул — порушення медичної етики і деонтології (у тому числі грубість з хворими або персоналом)	Позбавляється премії — 5 — 5 —3–5

Таблиця 3 (закінчення)

1	2	3	4
		2. Санітарно-епідемічного режиму	–5
		3. Техніки безпеки	–5
7	Відмова	1. Від виконання доручень керівництва	–3
		2. Від допомоги іншим співробітникам підрозділу	–2
		3. Від застосування нових методів роботи, підвищення кваліфікації	–5
8	Скарга	Від хворих, родичів, співробітників (у тому числі від адміністрації) лікарні або інших осіб, пов'язаних з роботою відділення	
		– усна	–2
		– письмова	–3
9	Об'єм виконаної роботи	Число пролікованих лікарем хворих	
		1–10	1
		11–20	3
		21 і більше	5
10	Інше	...	...
Всього балів			...

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

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

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

Припустимо, що преміальний фонд за один місяць для лікарів відділення склав 11927 грн.

Завдання:

Розрахуйте вартість одного бала.

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

СИТУАЦІЙНЕ ЗАВДАННЯ № 2

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

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

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

де ЗПф – фактична зарплата лікаря;

ЗПб – базова заробітна плата;

ЗПс – стимулююча частина зарплати.

Розрахунки заробітної плати ґрунтуються на нормах праці сімейних лікарів.

Базова заробітна плата (ЗПб) розраховується за формулою:

$$\text{ЗПб} = (T \times H \times Ч) : 12,$$

де Т – тариф за одне відвідування;

Н – норматив відвідувань на одного жителя на рік;

Ч – число прикріплених до даного лікаря жителів.

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

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

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

Наприклад, розрахуємо базову заробітну плату таким чином:
 $(4 \text{ грн} \times 1,8 \text{ відвідування} \times 1700 \text{ осіб}) : 12 \text{ місяців} = 1020 \text{ грн}.$

Дана методика дає можливість диференціації заробітної плати залежно від чисельності прикріпленого населення, а не від фактичного числа звернень до лікаря. При чисельності населення на ділянці 2000 осіб щомісячна базова заробітна плата лікаря без категорії становитиме 1200 грн.

Стимулююча частина заробітної плати (ЗПс) розраховується за формулою:

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

де Кс – стимулюючий коефіцієнт.

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

$$\text{Кс} = (+\text{К}) + (-\text{К}).$$

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

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

Підвищувальний коефіцієнт:

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

Понижувальний коефіцієнт:

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

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

Припустимо, що за підсумками місяця сума підвищувального і понижувального коефіцієнтів склала: $\text{Кс} = (+0,9) + (-0,5) = +0,4$ (або +40%).

Завдання:

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

Розрахуйте суму фактичної заробітної плати.

Ситуаційні завдання «УПРАВЛІННЯ СИСТЕМАМИ ФІНАНСУВАННЯ МЕДИЦИНИ»

СИТУАЦІЙНЕ ЗАВДАННЯ

«Визначення потреби медичної установи у фінансових ресурсах»

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

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

Опорна статистика завдання наступна (табл. 4):

Формули для розрахунків наступні:

$$(1) \Pi л = К л \times Д л / Тр л;$$

$$(2) СВ л = Тр л \times В л;$$

$$(3) \Phi п = \Pi л \times СВ л$$

Таблиця 4

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

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

Примітка: всього по лікарні – розраховується як арифметична сума, не враховуючи формули.

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

Контрольні питання за Розділом 1 «Основи менеджменту в медицині»

Контрольні питання «МЕНЕДЖМЕНТ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я»

1. Назвіть рівні на яких відбуваються відносини управління в медицині.
2. Охарактеризуйте мету, основні задачі, об'єкт та суб'єкт менеджменту в охороні здоров'я.
3. Поясніть управління медичними установами з двох позицій.
4. Опишіть принципи та методи менеджменту за загальною класифікацією.
5. Опишіть функції менеджменту, які визначаються рівнем системи управління.
6. Надайте загальну класифікацію управлінських технологій.
7. Охарактеризуйте основні інформаційні рівні виникнення економічних та управлінських відносин.
8. Опишіть рівні системи управління в медичній установі.
9. Дайте визначення управлінському рішенню, вимогам до нього, алгоритму його прийняття.
10. Назвіть чинники, що визначають форми і методи управління системою охорони здоров'я населення в цілому і на окремих територіях.
11. Назвіть найважливіші принципи розвитку національної системи охорони здоров'я, що наголошуються в Резолюції Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я.
12. Назвіть основні принципи охорони здоров'я в Україні.
13. Назвіть основні органи охорони здоров'я в Україні.
14. Охарактеризуйте державний сектор охорони здоров'я в Україні.
15. Розкрийте основні напрямки розвитку системи охорони здоров'я в сучасному світі.

Контрольні питання «ОСНОВИ ОПЛАТИ ПРАЦІ В МЕДИЦИНІ»

1. Назвіть основні критерії, за якими визначаються витрати праці медичних працівників.
2. Дайте характеристику такій формі та системі оплати праці медичних працівників як погодинна заробітна плата.
3. Дайте характеристику такій формі та системі оплати праці медичних працівників як відрядна заробітна плата.
4. Охарактеризуйте традиційний підхід до надання додаткових пільг медичним працівникам.
5. Поясніть сутність індивідуальної заробітної плати для медичних працівників.
6. Поясніть сутність системи багатофакторної заробітної плати для медичних працівників.
7. Поясніть сутність мотиваційного механізму, його зовнішніх та внутрішніх відносин.
8. Надайте класифікацію мотиваційних механізмів управління медичним персоналом за видами і типами.
9. Охарактеризуйте мотиваційний механізм управління персоналом як систему.
10. Опишіть модель мотиваційного механізму управління персоналом.
11. Розкрийте місце мотиваційного механізму в системі управління організацією.
12. Назвіть основні складові формування та функціонування мотиваційного механізму управління персоналом.
13. Опишіть значення відносин власності для формування механізму мотивації праці.
14. Назвіть форми доходів, які можуть отримувати медичні працівники, зайняті в приватному та в бюджетному секторі охорони здоров'я.
15. Поясніть проблеми оплати праці медичних робітників та значення соціальних факторів мотивації.

Контрольні питання
«УПРАВЛІННЯ СИСТЕМАМИ
ФІНАНСУВАННЯ МЕДИЦИНИ»

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

ОСНОВИ МАРКЕТИНГУ В МЕДИЦИНІ

2.1. Маркетинг в охороні здоров'я

2.1.1. Ключові поняття маркетингу в медицині

2.1.2. Специфічні особливості та принципи маркетингу в медицині

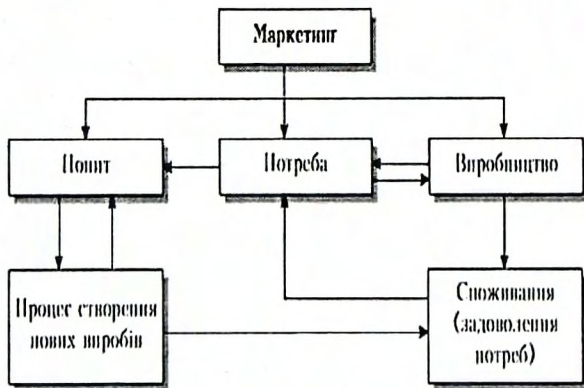
2.1.3. Характеристика та моделі ринку медичних послуг

2.1.4. Напрями та методи маркетингових досліджень

2.1.5. Перспективи медичного маркетингу в умовах реформи

2.1.1. Ключові поняття маркетингу в медицині

Походження терміна «маркетинг» (стимологія) 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.



2.1.2. 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.

2.1.3. Характеристика та моделі ринку медичних послуг

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 (4Р), згодом ускладнювався і, в результаті, перейшов в комплекс маркетингу 5Р і 7Р.

Складові маркетинг — мікс 4Р: **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 відпо-

відають 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.

2.1.4. 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 питань.

— *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:

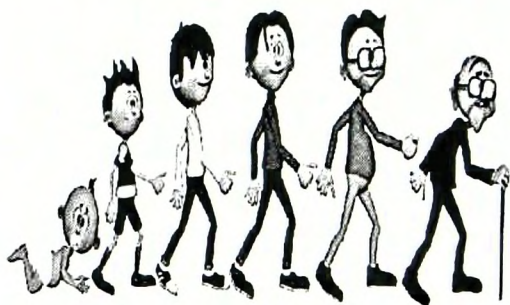
— Яка ситуація з наявністю послуг (товару) серед певної групи населення або на певній території?



- 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 вигашні, кращі з боку пропонованої продукції (або послуг) у порівнянні з існуючими на ринку?
- Які є медичні, маркетингові, психологічні та рекламні умови для впливу на споживача?

Окрім маркетингових досліджень одним з головних правил маркетингової діяльності є багатоканальність збуту і реалізації товару (послуг).

Наявність багатьох груп споживачів різної статі, віку, соціального положення, зацікавлених в даному виді послуг, може підтримуватися на основі *постійної психологічної дії на споживача (реклама)*.



Медична послуга, як і будь-який товар, має свої *стадії життєвого циклу*, знання яких має важливе значення в маркетингу. Основними вважаються:

- 1) стадія введення послуги на ринок;
- 2) стадія зростання;
- 3) стадія зрілості 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).

2.1.5. Перспективи медичного маркетингу в умовах реформи

Кількість людей на планеті збільшується, вони продовжують хворіти і мають нормальну потребу бути здоровими та красивими. Більшість лікується лікувальними засобами з аптеки, процвітає неусвідомлене самолікування. На цьому і будується успішність і зростання медичного та фармацевтичного бізнесу в цілому. Переважання серед населення людей похилого віку також сприяє збільшенню витрат на медицину і фармацію.

Медицина — вже давно стала бізнесом. Подальше погіршення ситуації в державній медицині і невизначеність перспектив вітчизняної охорони здоров'я сприяють розвитку приватної практики. Згідно з опитуваннями, кожен третій пацієнт в Україні вибирає приватну клініку. При виборі близько 40 % спираються на рекомендації знайомих пацієнтів. Саме тому зараз найбільш конкурентною в медицині буде бізнес-модель — максимальна близькість до пацієнта при наданні якісних послуг і високого сервісу.

Найбільш активно в Україні будуть розвиватися невідкладна медицина, різні хірургічні напрямки (травматологія, трансплантологія, кардіохірургія, нейрохірургія, онкологія), пластична хірургія, генна терапія, приватні лабораторії та реабілітаційні центри.

Крім того, сьогодні розробляється величезна кількість лікарських препаратів, які більш доступні за вартістю в порівнянні з оригінальними лікувальними засобами. Вони і будуть найбільш користуватися попитом, тому що фармакологічні компанії вкладатимуть свої бюджети в їх просування (маркетинг).

На період 2020–2025 років в медицині очікуються проривні інновації: впровадження нанотехнологій, розробка і виробництво індивідуальних лікарських засобів і надточної апаратури, вдосконалення біотехнологій, генних матеріалів і т. д.



З урахуванням старіння населення буде зростати потенційна небезпека хвороб, 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.

2.2. Ціноутворення у медичних закладах

2.2.1. Медична послуга: класифікація

2.2.2. Ціна медичної послуги: внутрішні та зовнішні чинники впливу

2.2.3. Загальна структура ціни медичної послуги

2.2.4. Ціноутворення в медицині: державний рівень

2.2.1. Медична послуга: класифікація

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.



**Автономізація
медичних
закладів**

Стратегія ціноутворення

включає такі етапи:

- Визначення мети
- Оцінка ринкової кон'юнктури
- Оцінка витрат медичних послуг
- Аналіз цін і медичних послуг конкурентів
- Вибір метода ціноутворення

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*).

Виходячи з викладеного *медичні послуги можна класифікувати за наступними класифікаційними ознаками*, які наведені у табл. 2.1 (див. стор. 112).

Таблиця 2.1

Класифікаційні ознаки медичної послуги

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

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

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

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.

2.2.2. 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;

Ціна-це:

- Економічна категорія
- Еквівалент обміну товарів
- Грошове вираження вартості товарів і послуг
- Ринковий параметр
- Гарант фінансової стабільності медичного закладу



- 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.

Регульовані ціни(специфічні)

- Бюджетні оцінки
- Державні(прейскурантні) ціни
- Тариф на медичні послуги при ОМС

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.

2.2.3. Загальна структура ціни медичної послуги

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

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» (рис. 2.1) передбачає проведення економічних розрахунків, результатом яких є розподіл усіх витрат закладу охорони здоров'я (як прямих, так і непрямих) — від адміністративних та допоміжних підрозділів (центрів витрат) до основних клінічних відділень (центрів витрат), для яких розраховується кінцева середня вартість одиниці медичної послуги (виписаний пацієнт, ліжко-день у стаціонарному відділенні лікарні, амбулаторне відвідування тощо) на основі критеріїв розподілу витрат, перелік та порядок застосування яких визначаються МОЗ України.

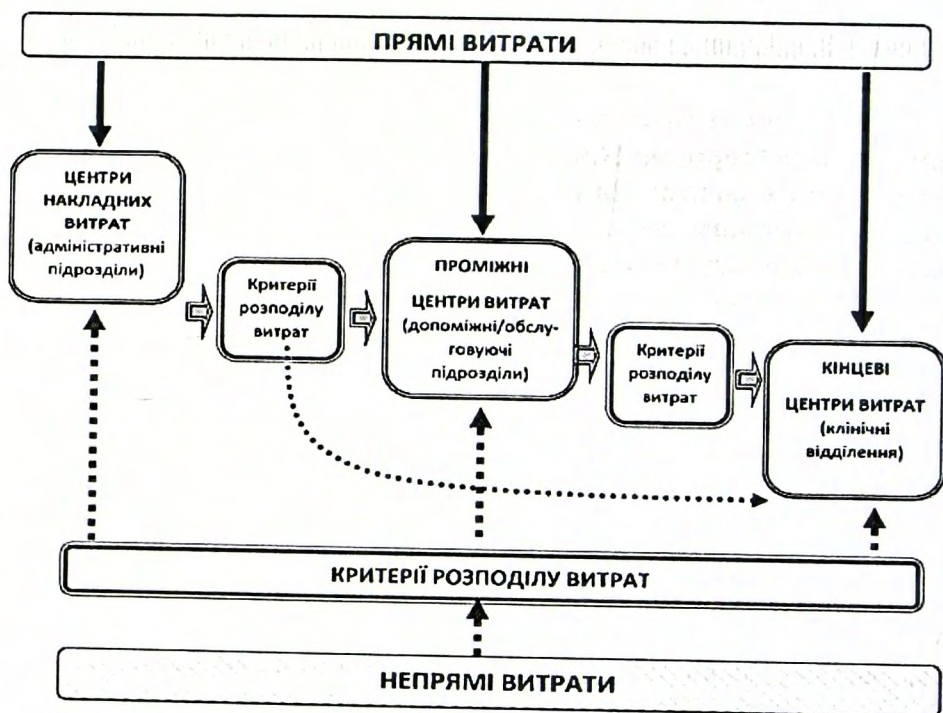


Рис. 2.1. Схема покрокового розподілу витрат «зверху донизу»

Технічна реалізація процесу аналізу витрат може бути проведена з використанням стандартних продуктів MS Office, таких як Excel, або за допомогою спеціально розробленого програмного забезпечення. При цьому має бути забезпечена сумісність отриманих результатів із системами, які підтримують формування баз даних з інформацією про виписаних пацієнтів

(статистична форма 066/о «Карта хворого, який вибув із стаціонару», затверджена наказом МОЗ). Для забезпечення цієї відповідності внутрішні коди відділень, які використовуються під час заповнення статистичної форми 066/о, повинні збігатися з внутрішніми кодами відділень, які використовуються в автоматизованих системах аналізу витрат. Під час заповнення статистичної форми 066/о слід забезпечити кодування всіх діагнозів відповідно до Міжнародної статистичної класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10) та випадків хірургічної активності із застосуванням затвердженого МОЗ галузевого класифікатора медичних процедур (послуг) та хірургічних операцій.

Прямі витрати — це витрати, які можуть бути віднесені безпосередньо до певного об'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 чинним законодавством (рис. 2.2).

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 госпрозрахунковій діяльності. Максимальний, граничний розмір премії у відсотках до посадового окладу визначається адміністрацією і затверджується наказом по медичній установі. Премія визначається на підставі калькуляції працівникам, які безпосередньо надають медичні послуги, за підсумками госпрозрахункової діяльності за поточний місяць.



Рис. 2.2. Розрахунок витрат на основну заробітну плату медперсоналу здійснюється в залежності від кваліфікації, категорії

Резерв на оплату відпусток основного медичного персоналу може становити до 10% від основної заробітної плати. Сума основної, додаткової заробітної плати та резерву відпусток основного персоналу складає фонд оплати праці основного персоналу. Дана видаткова стаття є базовою для розрахунку прямих витрат.

Непрямі загальновиробничі витрати медичного закладу.

До непрямих виробничих витрат відносяться витрати, які пов'язані із забезпеченням управління виробництвом і створенням умов для надання медичних послуг в цілому.

При калькуляції виділяються наступні статті непрямих загальновиробничих витрат:

- доплата завідувачу відділенням і старшій медсестрі за організацію роботи;
- амортизація приміщення;
- придбання твердого інвентарю довгострокового користування;
- придбання м'якого інвентарю;
- витрати на рекламу;
- інші витрати (придбання однорідних малоцінних предметів медичного і господарського призначення і т. д.).

Для обчислення коефіцієнтів непрямих витрат на один кв. метр площі приміщення слід мати довідку про основні витрати медичної установи за поточний рік (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Довідка про основні витрати медичної установи за поточний рік

№	Найменування витрат	Сума витрат
1.	Вартість споруди медичного закладу (грн)	...
2.	Площа споруди (кв. м)	...
3.	Площа приміщення для надання медичних послуг (кв. м)	...
4.	Комунальні та інші витрати: тепло і водопостачання, електроенергія, зв'язок, вивезення сміття, обслуговування ліфтів (грн)	...
5.	Фонд заробітної плати основного медперсоналу (лікарі, медсестри, фельдшери, санітарки, лаборанти і т. п.) (грн)	...
6.	Фонд заробітної плати завідувачам відділень (грн)	...
7.	Фонд доплати старшим медичним сестрам (грн)	...
8.	Фонд заробітної плати адміністративного та господарського персоналу (грн)	...

Після розрахунку прямих і непрямих витрат визначається прибуток на підставі заданого рівня рентабельності від величини валових витрат (наприклад, 20%) та інші відрахування до різноманітних державних цільових фондів, якщо вони передбачаються до сплати у залежності від специфіки діяльності медичного закладу (наприклад, Збір за спеціальне використання водних живих ресурсів, Збір за спеціальне використання лісових ресурсів, Плата за використання інших природних ресурсів та ін.). Так само, в ціну послуги включається величина ПДВ (20%).

2.2.4. Ціноутворення в медицині: державний рівень

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 04.04.96 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 спричинюють вилучення більшої частини прибутків у надавача та споживача продукції й послуг;
- державної підтримки цін, доходів підприємств з використанням субсидій і дотацій.

Методи державного регулювання цін поділяються на методи прямого й непрямого регулювання.

До методів прямого регулювання належать такі: адміністративне встановлення цін; «заморожування» цін; встановлення граничного значення рівня цін; регламентація рівня рентабельності; встановлення нормативів для визначення цін; декларування цін тощо.



До методів непрямого регулювання належать такі: оподаткування; регулювання грошового обігу; оплата праці; кредитна політика; регулювання державних витрат; встановлення норм амортизації та ін.

Аналізуючи досвід розвинутих країн світу, треба зазначити, що в жодній країні не існує

повної свободи у формуванні цін. Державне регулювання ціноутворення проявляється в тій чи іншій формі у кожній з них. Ступінь його прояву залежить від стану економічного розвитку країни, інтенсивності монопольних процесів, рівня монополізації та конкуренції, питомої ваги державного сектора та інших факторів. Формування цін на послуги здійснюється на основі тих самих методів, що й на товари. В основному застосовуються методи ціноутворення на основі витрат і нинішнього рівня цін.

Ринок послуг у сфері охорони здоров'я є здебільшого локальним. Це пов'язано з тим, що попит і пропозиція в цій сфері нерозривні, а подекуди спостерігається природна монополія. Високе суспільне значення медичних послуг часто спричинює неефективність ринкових механізмів регулювання, а отже, 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 спричиняють *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 надавачом 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 взаємодоповнюваних послуг, наприклад, ціна лікування у стаціонарному відділенні, ціна проходження тематичного медогляду);
- абонементна без обмеження обсягу (ціна за користування послугою протягом певного проміжку часу, наприклад, обстеження в окуліста);



— абонементна з обмеженням в обсязі (абонемент на фізіотерапевтичні процедури з ціною за певну кількість відвідувань).

Контроль за дотриманням законодавства щодо державної цінової політики провадить Держпродспоживслужба України. У ході планових перевірок формування закупівельних цін на лікарські засоби, які були придбані повністю або частково за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів, якщо виявляється, що реалізація лікарських засобів здійснена з застосуванням завищених поставальницько — збутових надбавок від 10 % до 30 %, які перевищують встановлений законодавством граничний рівень на 10 %, застосовуються штрафні санкції.

2.3. Клінічний маркетинг

в стоматологічному приватному закладі

2.3.1. Основи маркетингу в стоматології.

2.3.2. Ринок стоматологічних послуг та його сегменти.

2.3.3. Клінічні ризики в стоматологічній практиці.

2.3.4. Документація та управління ризиками у клінічній стоматологічній практиці.

2.3.5. Аналіз та перспективи маркетингу приватної стоматології.

2.3.1. Основні маркетингу в стоматології

Розглянуто основи маркетингу в сучасному стоматологічному кабінеті, відділенні, центрі. Звичайно, стоматологічна служба на сучасному етапі розвитку вітчизняного ринку — значна бізнес-галузь. Кожен власник, директор стоматологічного офісу прагне досягти прибутку. Прибуток в стоматологічній практиці є багатограним і залежить від досить значної кількості факторів.

Маркетинг в стоматологічному приватному закладі вивчає:

1) організаційно-правові засади державного регулювання приватної стоматологічної діяльності в Україні;

2) особливості організації стоматологічної допомоги населенню в регіональному контексті;

3) специфіку організації роботи в стоматологічних медичних закладах на основі маркетингової діяльності;

4) аналіз українського рекламного ринку стоматологічної продукції;

5) вивчення стану вітчизняного ринку стоматологічних послуг та специфіку надання конкретних їх видів;

6) необхідність формування економічно зорієнтованих форм стоматологічних організацій в Україні;

7) перспективи розвитку стоматологічного бізнесу;

8) адаптацію стоматологічних компаній до регуляторних вимог в аспекті їх акредитації за міжнародними стандартами.

Маркетинг в стоматології — особливий підхід до управління реалізацією товарів та послуг в умовах ринкової економіки.

Задачі маркетингу в стоматології:

1) системне вивчення стоматологічного ринку послуг;

2) виявлення потенційного попиту на стоматологічні послуги та матеріальної спроможності населення окремої ділянки;

3) виявлення незадоволених потреб;

4) визначення асортименту стоматологічних послуг і цін на них;

5) розробка комплексу заходів, націлених на більш повне задоволення наявного попиту, рекламні кроки для надання інформаційної інформованості про можливість даного стоматологічного закладу;

6) планування, розробка і здійснення програм удосконалення управління і організації діяльності стоматологічного закладу, служби в цілому.

Напрямки маркетингової діяльності в стоматології:

1. Аналіз стоматологічної ситуації на ділянці, що обслуговується закладом стоматології.

2. Комплексний аналіз категорій потенційних споживачів стоматологічних послуг.

3. Комплексний аналіз контингенту, яким були надані стоматологічні послуги даним медичним закладом.

4. Забезпечення ринкової конкуренції при складанні цінових пропозицій.

5. Визначення маркетингових методів постійного розширення кола потенційних клієнтів закладу (стратегічний маркетинг).



6. Комплексне управління всіма аспектами маркетингової діяльності.

Методи маркетингового дослідження.

До методів маркетингового дослідження в стоматологічній практиці відноситься:

1. Методи отримання первинної інформації: інтерв'ю, спостереження, анкетування, аналіз стоматологічної статистики та наукових даних.

2. Економіко-математичні дослідження.

3. Економіко-статистичні дослідження.

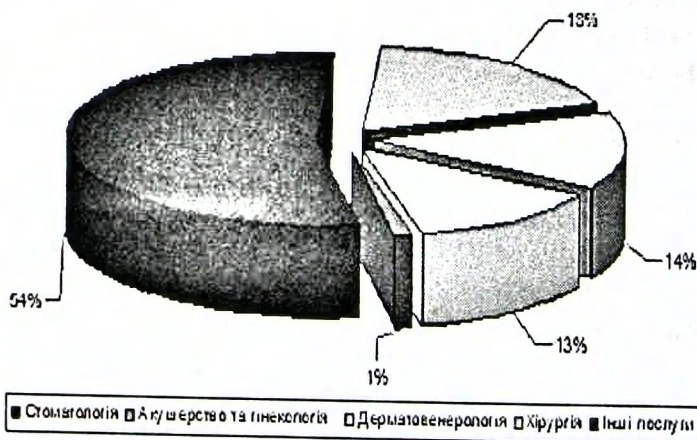
4. Методи аналізу, моделювання, експертизи тощо.

2.3.2. Ринок стоматологічних послуг та його сегменти

В усьому світі стоматологи, незалежно від прийнятої в країні системи охорони здоров'я, мають найбільший досвід надання платних послуг населенню. Окрім цього, в Україні працює безліч приватних стоматологічних фірм, які пропонують населенню платні стоматологічні послуги.

Загальний обсяг ринку медичних послуг в Україні за 2018 р. становив понад 131 млрд грн, з яких 75,5 млрд грн – бюджетні кошти (кошти держбюджету – 12,5 млрд, решта 63 млрд – кошти місцевих бюджетів).

Сплачені пацієнтами у вигляді готівкових коштів за надані медичні послуги – 55,8 млрд грн, причому третина цієї суми (близько 18-19 млрд грн) належала приватному сектору медицини.



Питома вага стоматологічного сектору в структурі ринку приватних медичних послуг в Україні складає 54%, тобто це – найбільший сегмент приватних послуг, 18% – акушерство та гінекологія, 14% – дермато-венерологія, 13% – хірургія та 1% – інші послуги.

Загалом **медична послуга** – це заходи або комплекс заходів, спрямованих на профілактику захворювань, їх діагностику та лікування, мають самостійне закінчене значення і певну вартість.

Різновидом професійних медичних послуг є стоматологічні послуги, які зорієнтовані на особливе благо – здоров'я людини.

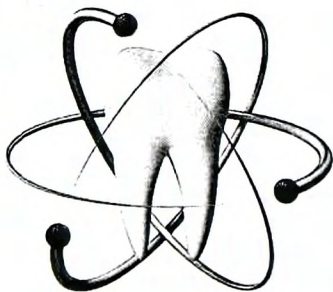
Отже, **стоматологічна послуга** – це необхідна і достатня професійна дія, яка здійснюється стосовно пацієнта і переслідує цілі:

- діагностичну ціль;
- профілактичну ціль;
- реабілітаційну ціль.

Таким чином, *під стоматологічною послугою розуміють* – захід або комплекс заходів, спрямованих на профілактику хвороб зубів і порожнини рота, їх діагностику та лікування, що мають, виходячи із загального визначення медичної послуги, самостійне закінчене значення і певну вартість. Стоматологічні послуги характеризуються чотирма основними ознаками, які відрізняють будь-яку послугу від товару, а саме:

- невідчутність;
- невіддільність від джерела послуги;
- мінливість якості;
- не збереженість.

Ознака невідчутності репрезентує те, що пацієнт, який прийшов на прийом до стоматолога, не може заздалегідь бути усвідомленим про результат відвідин, він змушений «на слово» довіряти стоматологу. Однак, для пом'якшення ситуації «невідчутності» запропонованих стоматологічних послуг у низці випадків можна сформувати певне уявлення про характер конкретної послуги. Наприклад, через демонстрацію пацієнтові знімків за результатами естетичної реставрації зубів. Невіддільність від джерела послуги означає, що, незважаючи на попередній запис до певного стоматолога, пацієнт може отримати інший характер послуги у випадку відсутності даного лікаря з якихось об'єктивних причин, що



приведе до вимушеного потрапляння пацієнта до іншого фахівця. Мінливість якості передбачає, що певну стоматологічну послугу лікарі різної кваліфікації надають по-різному, і навіть один і той же стоматолог може допомогти пацієнтові по-різному. Незбереженість, як характерна ознака стоматологічної послуги, означає, що останню неможливо зберегти для подальшого надання. Надати послугу можливо лише за наявності пацієнта. Особливістю стоматологічних послуг є те, що частина з них наділена речовими атрибутами, тобто конкретними матеріальними результатами у вигляді пломб, різних конструкцій зубних протезів, імплантантів, ортодонтичних апаратів, що суттєво відрізняє стоматологічну діяльність від більшості інших видів медичної діяльності, а також зумовлює певні особливості договірних відносин, пов'язаних зі здійсненням стоматологічної практики.

В структурі ринку стоматологічних послуг виокремлюються такі основні напрямки спеціалізації (сегменти ринку):

- 1) профілактика захворювань;
- 2) терапевтична і хірургічна стоматологія;
- 3) ортодонтія (виправленням і попередженням аномалій розташування зубів і порушень прикусу);
- 4) чищення та професійне відбілювання зубів;
- 5) лікування, пломбування кореневих каналів;
- 6) сучасна імплантація зубів (хірургічна маніпуляція, пов'язана із вживлянням в кісткову тканину щелепи зубного імплантату, який слугує опорою для зубного протезу);
- 7) протезування.

2.3.3. Клінічні ризики в стоматологічній практиці

Маркетинг ринку послуг багато в чому залежить від маркетингової політики стоматологічного закладу. Враховуючи, що основною задачею маркетингу є не тільки розширення ринку завдяки правильно організованій рекламі послуг, розрахунку фінансового благополуччя стоматологічного закладу, а й багато в чому – через усунення потенційних клінічних ризиків, покращення надання стоматологічних послуг, що має контролювати менеджер клініки.

Більшість ризиків можна попередити. Розглянемо елементи управління клінічними стоматологічними ризиками.

Типи ризиків в стоматологічній практиці:

- 1) професійна некомпетентність;
- 2) складні питання клінічної стоматологічної практики;
- 3) юридичний ризик;
- 4) фінансовий ризик.

Знання відповідних нормативних актів та стандартів (протоколів надання стоматологічної допомоги), а також розповсюджених проблем і помилок дозволить лікарям стоматологам та керівництву лікувального стоматологічного закладу, керувати ризиками та забезпечувати якісне обслуговування пацієнтів.

Керівництво ризиками — це набагато більше, ніж усунення клінічних помилок, це комплекс заходів, який включає до себе:

— розробка та впровадження систем, що зводять до мінімуму ймовірність несприятливих впливів у всіх аспектах клінічної стоматологічної практики;

— забезпечення якості послуг;

— адекватна відповідь на несприятливі випадки чи претензії.

В звичайній побутовій ситуації правопорушення — це випадок, що призводить до порушення обов'язку перед ким не будь, що приводить до травми. Особа, яка отримала травму, має право на отримання компенсації від особи чи компетентних осіб. В стоматології найпомітнішою правопорушною відповідальністю є халатність чи професійна некомпетентність. Для того, щоб недбалість була зафіксована мають бути присутні такі фактори:

— Пацієнт усвідомив, який об'єм допомоги має бути наданий;

— Послуга була надана не згідно Протоколів надання стоматологічної допомоги;

— Позивач отримав компенсацію отриманої травми;

— Травма викликана безпосередньо неякісно наданою послугою.

Стандарт надання стоматологічної допомоги може з часом



змінюватися в залежності від клінічної практики, новітніх розробок, надання переваги тим чи іншим методикам.

Запобігання виникнення ризиків багато в чому сприяє етичні норми, що застосовуються в даному стоматологічному закладі.

Це має бути, насамперед:

- автономія пацієнта;
- безпека («не нашкодь!»);
- благо («твори добро!»);
- добропорядність;
- правдивість (вірогідність).

Перший принцип (автономії) стосується права пацієнта на отримання інформації про його лікування та захист конференційної інформації про нього. Надання повної інформованої згоди на стоматологічні процедури має бути задокументовано письмово. Захист інформації про пацієнта, точний та повний запис послідовності дій лікаря-стоматолога є найкращим підтверджуючим документом при захисті від претензій щодо зловживання службовим положенням.

Основні клінічні стоматологічні ризики:

- відсутність інформаційної згоди;
- недостатня діагностика;
- відсутність огляду та об'єктивного дослідження;
- лікування чи видалення не того зубу;
- ускладнення хірургічного характеру;
- знімне протезування;
- відсутність чи некоректність плану лікування;
- неповне лікування.

Згідно першого пункту важно мати завжди підписану пацієнтом форму зі згодою на лікування.

Продовження форми № 001-001

ІНФОРМОВАНА ДОБРОВОЛЬНА ЗГОДА НА ОПЕРАЦІЮ ТА ЗНЕБОЛЕННЯ

Я підтверджую, що отримав(ла) прозумілу для мене інформацію про характер вживаного у мене (у моєї дитини) заспокоювача, яке потребує лікування шляхом здійснення оперативного втручання.

Я отримав(ла) інформацію про _____ у мене (у моєї дитини) _____ (назви/статусу/статусу).

Суттєві захворювання, які можуть впливати на перебіг операції та післяопераційного періоду. Я отримав(ла) пояснення про можливі варіанти хірургічного лікування та про те, як операція буде виконуватися за _____ (назви/статусу/статусу) під наглядом _____ (назви/статусу/статусу).

У процесі обговорення з лікуючим лікарем ми дійшли висновку, що найбільш оптимальним методом хірургічного втручання може бути операція в обсязі: _____

Виконання кожної плануватиметься під знеболенням (назви/статусу/статусу):

інфільтраційною регіонарною анестезією	☐
інтратриманевою анестезією	☐
загальною анестезією з мікрокатетером т-штучною вентиляцією легень	☐
регіонарною (спинально-мозковою/спинальною) анестезією	☐
комбінованою анестезією (загальною + регіонарною)	☐

Я усвідомлюю, що операція та знеболення - це складні медичні втручання, під час виконання яких можуть виникнути непередбачувані обставини, внаслідок яких може бути змінено від операції та знеболення, на що я надаю згоду. У виняткових випадках кінцевий клінічний діагноз та обсяг необхідних медичних послуг можуть бути визначені під час операції. Крім того, в разі того, що під час операції може виникнути потреба в переливанні крові, на що я згоду.

Інформацію надав лікар, який лікує або буде оперувати мене (мою дитину) _____ (П.І.Б. лікаря) _____ 20 ____ року _____ (підпис лікаря)

Інформацію довів лікар-анестезіолог _____ (П.І.Б. лікаря) _____ 20 ____ року _____ (підпис лікаря)

Підтверджую, що я маю(ла) можливість поставити всі питання стосовно операції і знеболення, які мені (моїй дитині) запропоновано, та можливих її наслідків. У мене немає недоліків щодо інформації, яку я отримав(ла), та мені були надані можливість і час на обмірковування.

Згоду на операцію і дозвіль виконати її _____ (назви/статусу/статусу) лікаря _____, а знеболення - _____ (назви/статусу/статусу) лікаря _____, що підтверджую своїм підписом. _____ 20 ____ року _____ (підпис пацієнта)

Копію інформованої згоди отримав: пацієнт (законні представники) _____

Крім того форма має містити:

- 1) запис діагнозу в протоколі лікування;
- 2) запропоновані варіанти лікування;
- 3) процедура, яка має бути виконана;

4) твердження, що ризики та вигоди були донесені пацієнту.

Повна інформація, якою діляться з пацієнтами і яка добре документована, допомагає пацієнтам чітко усвідомити, що їм потрібно для лікування, та мінімізує конфлікти в майбутньому. В деяких випадках, звичайно, краще лікування — не лікувати зовсім. Більшість проблем з зубами можна досить безпроблемне відкласти до того часу, коли пацієнт продемонструє повне розуміння того, що пропонує йому лікар в стоматологічній клініці, або не отримає іншу думку. Проте, якщо у пацієнта гостра невідкладна ситуація, лікар-стоматолог має впевнитися, що пацієнт розуміє наслідки затримки надання екстреної медичної стоматологічної допомоги. Пацієнт підписує мотивовану форму відказу від медичної стоматологічної допомоги та лікар документує її в історії хвороби пацієнта.



Недостатня діагностика.

Найпоширеніші діагностичні помилки це відсутність ознак раннього ураження тканин порожнини рота. Лікарі-стоматологи несуть повну відповідальність за проведення комплексного обстеження на захворюваність новоутворюваннями порожнини рота.

Комплексне обстеження дозволяє персоналу клініки уникнути потенційної юридичної відповідальності, і, що найліпше, забезпечити найкращу допомогу своїм пацієнтам.

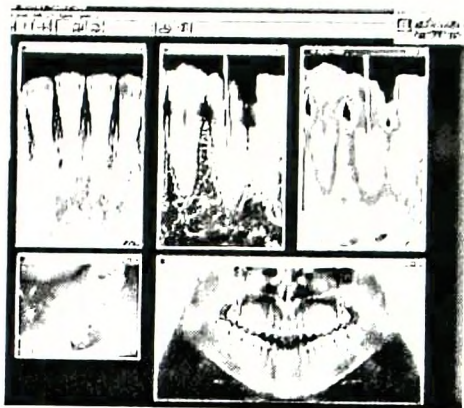
Підозрілі ураження, які зберігаються на м'яких тканинах язика, слизової оболонки рота, губах та щоках більше тижня, мають підлягати біопсії. Якщо цього не сталося, це має бути чітко вказано в Амбулаторній картці хворого. Має бути складений протокол, щодо направлення на біопсію та наступні процедури.



Не можливість направити пацієнта до лікаря-спеціаліста в силу різних причин може стати ризиком для практикуючих лікарів-стоматологів. Це відноситься до пацієнтів, у яких можуть бути внутрішньо-ротові ознаки системних захворювань (ВІЛ-інфекція, булімія, діабет та інше). Стоматологічні рентгенограми можуть виявити осіб з поганою щільністю кістки, що є ознакою остеопорозу. Це все має бути

задокументовано в Історії хвороби пацієнта. Нездатність діагностувати інші розповсюджені стани, такі як синдром тріщини зуба, дисфункція скронево-нижньощелепного суглобу, ортодонтичні стани можуть бути джерелом претензій до лікаря-стоматолога.

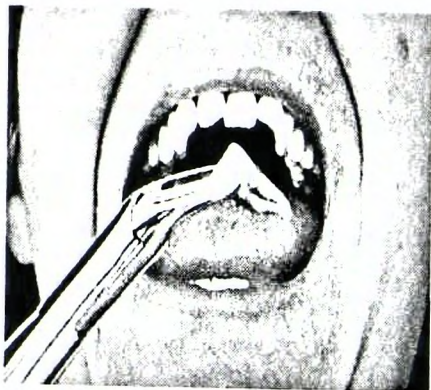
Повна історія хвороби пацієнта документується та оновлюється при кожному відвідуванні. Пацієнта обов'язково опитують, чи не помічав він яких-небудь з моменту останнього відвідування, алергії та інше.



Відповідні рентгенологічні та інші тести також документуються. Вважається недбалістю, якщо рентген не виконується до початку лікування. Якщо пацієнт скаржиться на вартість рентгенологічного дослідження чи його небезпечність для здоров'я, підписана відмова від діагностичної процедури може стати надійним захистом у випадку позову на недбалість.

Не виконання правил невідкладної допомоги. В правильно організованій стоматологічній клініці є чітко визначений протокол надання невідкладної допомоги в критичних станах. Не кожному хворому потрібне післяопераційне відвідування лікаря-стоматолога, але кожному пацієнту необхідне спостереження в період адаптації. Пацієнту слід зателефонувати через 24–48 годин після хірургічного втручання. Це дозволяє адміністрації стоматологічної клініки заздалегідь виявляти любі ускладнення та гарантує пацієнтам, що персонал клініки віддає перевагу їх здоров'ю.

Лікування чи видалення не того зуба. Це найчастіша причина позовів до лікарів-стоматологів у світі. Щоб її попередити, адміністрація вибірково постійно перевіряє наявність документованого діагнозу для кожного зуба, що має бути видалений, та інформовану згоду. Потім проводять процедуру перевірки пацієнта асистентом



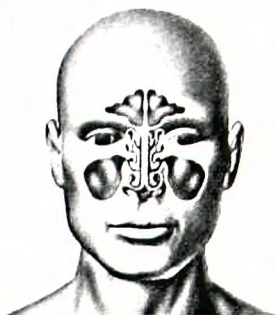
хірурга-стоматолога, щоб підтвердити, який зуб має бути видалений. І хірург, і його асистент підтверджують, який зуб перед його фактичним видаленням.

Часто в клініці зустрічаються ситуації, коли пацієнт приходить за невідкладною допомогою та вказує на конкретний зуб як джерело болі. Пацієнт у такому випадку має бути проінформований, що така біль буває і при ураженні сусідніх зубів. Наприклад, лікар-стоматолог повідомляє пацієнту, що у даного зуба є проблема, його слід видалити, але можуть бути і інші зуби з проблемами, як провокують біль, що турбує хворого. Після видалення, пацієнт може відчути біль, яку провокують інші зуби. Це не означає, що видалено не той зуб. Це тільки вказує на наявність не однієї, а кількох проблем у пацієнта. Саме тому, дуже важливо документувати суб'єктивну та об'єктивну діагностичну інформацію, яка призвела до рішення про видалення зубу.

Хірургічні ускладнення. Єдиний надійний спосіб уникнути хірургічних ускладнень — ніколи не виконувати хірургічних маніпуляцій. Лікарі-стоматологи стикаються з хірургічними ускладненнями незалежно від того, наскільки якісно вони працюють. Найкраща стратегія, щоб уникнути цих клінічних ризиків, це обговорити їх з пацієнтом до початку операції та включити ці дані до інформованої згоди. Письмові та усні інструкції хворому мають містити такі ускладнення:

Інфекція. Переважна кількість зубів, що видаляються, інфіковані. Пацієнт може не розуміти, що ускладнення карієсу чи пародонтит обумовлені розвитком інфекції. Лікар має повідомити хворому, що той видаляє свій зуб при наявності інфекції. В більшості випадків виділення джерела інфекції вирішує проблему, але залишається ймовірність, що інфікованість посилиться. Лікарю тоді слід призначити антибіотики обережно та раціонально, та інформувати пацієнта, що слід негайно повернутися у випадку посилення болі. Це особливо важливо, коли з'являється припухлість підглазничній ділянці чи довкола піднижньощелепного простору. Також інформуємо пацієнта, куди звертатися у випадку недоступності стоматологічної клініки.



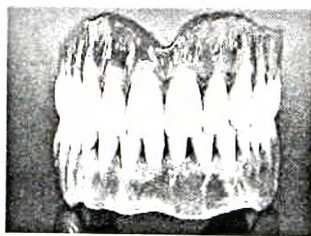


Перфорація гайморової пазухи. Перед видаленням зубів на задній частині верхньої щелепи поблизу дна пазухи має бути обов'язковим рентгенологічне дослідження. При видаленні зубу синус може бути перфорований. Пацієнт має бути інформований з демонстрацією рентгену про можливе ускладнення. Йому мають бути доведений той факт, що у випадку ускладнення можливі додаткові процедури та фінансові втрати.

Перелами. Лікар-стоматолог попереджує пацієнта, що в окремих випадках пацієнти мають схильність до переламів. Лікар також уважно перевіряє ознаки остеопорозу.



Пошкодження нерву. Найчастіше пошкодження нерву відбувається в результаті видалення третіх нижніх молярів в безпосередній близькості від альвеолярного нерву, хоч фіксовані випадки, пов'язані з місцевими анестезіям (блокування нервового стовбура). Це вимагає ретельного вивчення рентгенограми. Якщо у пацієнта після видалення спостерігається парестезія пацієнта слід залишити під наглядом, або направити до невропатолога.



Знімні протези. У випадку протезування знімними протезами пацієнти мають нереальні очікування відносно кінцевих результатів і лікар має упередити очікування перед початком виготовлення протезів. Лікар-стоматолог має попередити, що функціональні можливості протезів

залежать від анатомії протезного ложа пацієнта, морфології альвеолярного гребеня та його адаптаційних можливостей. Лікар може нагадати пацієнту, що протези не є адекватною заміною власним зубам, вони їх лише замінюють. З хворим слід обговорити можливість застосування адгезичних гелів, тривалого часу на адаптацію. Все перемовини з пацієнтом мають бути документовані. Лікар несе відповідальність за навчання пацієнтів технологія імплантації, навіть коли пацієнт не може собі дозволити цю процедуру.

Відсутність або неадекватний план лікування. Повний план лікування, що базується на ретельній оцінці та обговоренні

з пацієнтом, має вирішальне значення для забезпечення високої якості стоматологічної допомоги. Це дорожня карта всього наступного лікування. Неадекватний або відсутній план лікування складає ризик для стоматологічної клініки, так як відсутність документування в амбулаторній карті стоматологічного хворого може призвести до лікування пацієнту.

[illegible]

Неповне лікування. Доброякісне лікування інколи не завершується з ряду причин. Наприклад, коли пацієнт не розуміє, що для завершення лікування потрібні ще декілька відвідувань. Часто хворий вважає, що відсутність болю означає, що подальше лікування не потрібне, а плата за лікування стає перепорою для лікування. Лікар-стоматолог несе відповідальність за виконанням пацієнтом комплексу лікування після його початку. З цією метою адміністрація клініки має розробити систему, яка буде контролювати лікування пацієнтів після того, як він залишив клініку. Це може передбачати документування повідомлень про те, що пацієнти знають, що їх лікування потребує продовження. Це можуть бути дзвінки, листи, електронні меседжі тощо.

2.3.4. Документація та управління ризиками у клінічній стоматологічній практиці

Число дней выезда за границу Выходит из страны в _____	Вид визы — № 1/3 Каз. серия — № 2/5	ВНЕШНИЙ ПОСЫЛ Формы № 1 (1) (1) (1) (1) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000 1001 1002 1
---	--	--

Ціллю електронної чи письмової амбулаторної карти стоматологічного хворого є ведення історії хвороби та лікування пацієнта.

Карта має бути написана розбірливо, до мінімуму мають бути зведені скорочення, процес дослідження

та лікування – ретельно задокументований. Некоректно оформлена документація часто унеможливорює обґрунтування виставлення рахунків, що сприяє шахрайству.

Наступні рекомендації дозволяють уникнути ризику при оформленні документації:

1) слід впевнитися, що кожний запис датований та підписаний чітко (синіми та чорними чорнилами), завірений відповідною печаткою лікаря;

2) включити до карти хворого обговорення про план лікування;

3) запишіть величину, кількість та назву матеріалів, що використовувалися з метою лікування;

4) розробка електронних шаблонів для кожного коду маніпуляцій буде вимагати додаткового часу спочатку, проте в подальшому зробить процес запису історії хвороби швидшим та ефективнішим.

Основні помилки при веденні медичної документації:

1) план лікування не задокументований;

2) історія хвороби не чітко задокументована або регулярно оновлюється;

3) інформована згода не задокументована;

4) інформована відмова не задокументована;

5) оцінка пацієнта не повністю задокументована;

6) слова, символи або скорочення неоднозначні;

7) телефонні розмови з пацієнтом не задокументовані;

8) план лікування чітко не задокументований;

9) суб'єктивні скарги не задокументовані;

10) об'єктивні висновки в повному обсязі не задокументовані;

11) відсутність підписів або нерозбірливі підписи.

Також слід притримуватися таких рекомендацій:

— Сканувати всі документи, які містять необхідну інформацію, яка не може бути записана в електронних стоматологічних картах.

— Додатки або поправки до записів повинні бути належним чином задокументовані, щоб уникнути появи можливостей, щоб приховати несприятливі інциденти. У паперових картах доповнення повинні бути датовані та ініціалізовані.

— Інвестуйте час і ресурси в налаштування електронної системи реєстрації амбулаторних хворих або паперових форм (карт огляду, форм згоди, інструкцій після операції) для максимальної відповідності належним Протоколам ведення стоматологічних хворих і управління ризиками.

— Пам'ятайте, все, що не задокументовано, того не існує!

Робота поза компетенцією.

Існує дуже тонка межа між навчанням виконанню деяких процедур та вмінням їх виконувати. Адміністрації стоматологічних клінік мають бути обережними, коли приймають рішення про розширення асортименту послуг та контингенту хворих. В приватних клініках



мають працювати дуже компетентні лікарі-стоматологи, у яких є бажання надати допомогу соціально незахищених пацієнтів. Адміністрація, в свою чергу, намагається розширити коло контингенту, який обслуговується в клініці. Однак, перед таким розширенням керівництво стоматологічного закладу має чітко усвідомлювати мінімальні кваліфікаційні умови, щоб призначити лікаря як досвідченого в цій вузькій області стоматології.

Стоматологи можуть опинитися в ситуації, коли вони відчують, що повинні виконувати певні

процедури, частина з яких виходить за межі його компетенції. Якщо стоматолог не достатньо досвідчений, у нього виникають складнощі при виконанні процедур, пацієнта слід перенаправити до спеціаліста.

Стоматологи, що працюють в приватних стоматологічних клініках, знаходяться в ситуації,

коли пацієнти, не маючи достатнього статку,

не можуть в повному об'ємі отримати кваліфіковані послуги. В такому випадку лікар намагається виконати процедури, що виходять за межі його компетенції, щоб «допомогти» пацієнту за рахунок альтруїзму. Це піддає ризику і стоматолога, і пацієнта. Перша заповідь лікаря — не нашкодь!



Інформована відмова.

Коли пацієнт не згоден з планом лікування, відмовляється від нього, адміністрація клініки має повністю розкрити перед пацієнтом усі ризики, пов'язані з його відмовою і документально підтвердити, що ризики, пов'язані з його рішенням обговорені з пацієнтом, пацієнт відмовився від лікування.

Документація по відмові від лікування повинна містити таку інформацію:

- оцінка компетентності пацієнта приймати рішення;

- заява, що вказує на відсутність примусу;
- опис бесіди з пацієнтом відносно необхідності лікування;
- альтернативні варіанти лікування;
- можливі ризики та можливі наслідки відмови;
- коротке викладення причин відмови.

Розгляд скарги пацієнта.



Адміністрація клініки може уникнути ескалації напруження у конфлікті «пацієнт-лікар-клініка», вислухав аргументи пацієнта та пропонуючи йому можливість виказати свої побоювання. Кращий спосіб справитися зі скаргами пацієнтів — вислухати, розглянути та задовольнити їх потреби, отримати дос-

від з клінічної ситуації та реалізувати план, щоб уникнути її в подальшому. Наявність організованої схеми роботи клініки та якісне спілкування з пацієнтом може попередити помилки, але лікар-стоматолог залишається все рівно не застрахованим від помилки. Те, що відбувається після лікарської помилки, визнає вірогідності найліпших результатів з усіх боків.

Професіонал ставить пацієнта першим, а все інше залишає «на потім». Коли керівник закладу узнає про помилку чи проблему під час візиту хворого, йому рекомендується не захищатися, зберігати спокій та направити хворого до відповідного спеціалісту за необхідності. Адміністрація клініки признає після ретельної перевірки свою провину та документує всі дані як в паперовому варіанті, так і в електронному документі. Прийняти помилку дуже складно, але це важливо для пацієнта та може бути гарною стратегією управління ризиками.

2.3.5. Аналіз та перспективи маркетингу приватної стоматології в Україні

Найпопулярнішими у приватній медицині є стоматологічні послуги та протезування. У 2016 році послуги стоматології склали 18,2% ринку приватної медицини, а у 2018 досягли 23,1% (рис. 2.3, див. стор. 139).

Аналіз ринкової структури ринку стоматологічних послуг України полягає в наступному:

- статистика обсягів надання стоматологічних послуг;

- дотримання з боку фізичних осіб-підприємців комерційної таємниці стосовно результатів своєї діяльності;
- зниження рівня тінізації стоматологічного сектору.

Загалом інфраструктура стоматологічного ринку в Україні розвивалася за такими основними напрямками:

- відкриття стоматологічних кабінетів одноосібно або групами стоматологів;
- створення стоматологічних клінік або їх мереж підприємцями, які раніше були зайняті у інших бізнесових структурах;
- створення стоматологічних холдингів.



Рис. 2.3. Стоматологічний сектор в структурі ринку приватних медичних послуг в Україні

Тенденціями та перспективами розвитку ринку стоматологічних послуг в Україні є:

- 1) сповільнені темпи його зростання (внаслідок низького рівня платоспроможності населення);
- 2) збільшення попиту за рахунок середнього класу та забезпечених громадян;
- 3) розвиток попиту на раніше не існуючі послуги (естетична стоматологія, отримання послуг у кредит);
- 4). надлишок пропозиції стоматологічних послуг у великих містах;
- 5) нестача пропозиції стоматологічних послуг у малих містах та селищах;
- 6) зростання вимог з боку пацієнтів щодо якості послуг та рівня сервісного обслуговування;
- 7) універсалізація послуг;

8) поява стоматологічних холдингів (зокрема, «Стаміл», «Усмішка», «Денон дентал», «Кебот Нью» та ін.).

Вибір типу стоматологічного закладу за формою власності (платна комерційна чи безкоштовна державна) може обумовлюватися низкою факторів, які характеризують вік, стать, освіченість та соціальний статус пацієнтів.

2.4. Маркетинг у фармації

2.4.1. Фармацевтика в економіці України.

2.4.2. Особливості маркетингу у фармацевтичній галузі.

2.4.3. Елементи маркетингу у фармації.

2.4.4. Система забезпечення якості та цінової конкурентоспроможності лікарських засобів.

2.4.1. Фармацевтика в економіці України



Фармацевтичний ринок характеризується підвищеним рівнем конкуренції, тому без знань менеджменту і маркетингу утриматися на ньому практично неможливо. Незважаючи на універсальність фундаментальних положень маркетингу для окремих галузей економіки, існує специфіка їх застосування, що пояснюється необхідністю адаптації загальної теорії до фармацевтичної практики. Уся сукупність аптечних установ, підприємств — виробників лікарських засобів і відповідних закладів, разом з органами управління, з їх зв'язками розглядається як той чи інший тип організаційної побудови фармацевтичної галузі. Їх упорядкованість за ознакою підлеглості відбиває організаційний порядок фармації як системи.

Фармацевтичну галузь утворюють:

— аптечні установи, підприємства і заклади системи Міністерства охорони здоров'я України, що базуються на державній і недержавних формах власності;

— фармацевтичні підприємства і аптечні установи системи інших міністерств та відомств;

- фармацевтичні підприємства і установи дистриб'юторської й аптечної мережі вітчизняних та закордонних недержавних фармацевтичних компаній;
- науково-дослідні центри (інститути) та фармацевтичні заклади (факультети) освіти до дипломної та післядипломної підготовки фахівців фармації;
- державні інспекції з контролю якості лікарських засобів та контрольно-аналітичні лабораторії;
- видавництва профільних журналів і газет та інформаційно-аналітичні центри;
- громадські організації.

І ФАРМАЦЕВТИКА В ЕКОНОМІЦІ УКРАЇНИ

Darmian AEQUO*

Виробництво фармпродукції,
2016 р., % від ВВП

20,1
мільярд грн



0,84%

Кількість зайнятих у фармвиробництві,
2017 р., % від загальної кількості

0,29%



23,3
тис. осіб

1 767
млн дол. США



3,57%

Імпорт фармпродукції,
2017 р., % від загального
обсягу імпорту

0,44%



192
млн дол. США

Експорт фармпродукції,
2017 р., % від загального
обсягу експорту

Джерело: Держстат, ДФС

Найважливішими установами з лікарського забезпечення хворих є аптеки, а також аптечні пункти і кіоски. За економічними ознаками аптеки поділяють на приватні і бюджетні. У свою чергу приватні аптеки поділяють на аптеки загального типу, які обслуговують в основному населення, аптеки між-лікарняні і лікарняні, які обслуговують



декілька або одну лікувально-профілактичну установу. Аптечні пункти є підрозділами приватних. Головним завданням аптечного пункту є відпуск лікарських засобів лікувальній установі, реалізація населенню препаратів, перев'язувальних матеріалів, предметів санітарії та гігієни, догляду за хворими, інших виробів медичного призначення.

2.4.2. Особливості маркетингу у фармацевтичній галузі

В даний час більшість фармацевтичних компаній дотримується концепції соціально-відповідального маркетингу, яка передбачає встановлення потреб та інтересів цільових ринків і задоволення споживачів більш ефективними, ніж у конкурентів, способами при збереженні і зміцненні благополуччя споживача і суспільства в цілому. Фармацевтичний маркетинг є складовою частиною маркетингу і може бути визначений як процес, за допомогою якого надається фармацевтична допомога.

Акцент в фармацевтичному маркетингу стоїть на наданні фармацевтичної допомоги, а не тільки на лікарські засоби. Будь-який товар, послуга або ідея, спрямовані на надання фармацевтичної допомоги, можуть бути предметом фармацевтичного маркетингу.

Фармацевтичний маркетинг не є синонімом поняття «маркетинг лікарських препаратів», а включає в себе маркетинг ряду послуг і програм, пов'язаних з фармацією. Особливостями маркетингу у фармацевтичній галузі є те, що виробництво орієнтоване не тільки на кінцевого споживача, але й на лікарів (або фармацевтів, які рекомендують лікарські засоби). Таким чином, основними об'єктами маркетингових зусиль у цій галузі є лікарі, які виписують рецепти, та пацієнти.

Усе це формує *головну особливість маркетингу у фармації* – значне ускладнення системи «покупець — продавець». Маркетинг у фармації являє собою не стільки функцію бізнесу, скільки широкий погляд на всю сферу виробництва ліків і їх реалізацію.

Маркетингова діяльність стосується завдань:

- формування асортименту товарів;
- ціноутворення;
- організації продажів;



- просування товарів;
- підвищення задоволеності споживачів;
- формування постійної купівельної аудиторії.

Ці завдання відповідають концепції соціально-етичного маркетингу, домінуючого в даний час на світовому ринку. На організаційні параметри маркетингових досліджень в фармацевтії впливають особливості самої галузі, а саме: фармацевтичний маркетинг, будучи частиною маркетингу охорони здоров'я, має ряд особливостей, не властивих загальному маркетингу.

Основною метою фармацевтичного маркетингу є оптимізація ринку фармацевтичної допомоги, під якою розуміється аналіз зв'язку між потребою, потребою, попитом і пропозицією, а також облік впливів всіх внутрішніх чинників системи лікарського забезпечення населення.

Фармацевтика та біотехнології залишаються самими високотехнологічними галузями в світі за обсягом абсолютних і відносних витрат. На них припадає 70 % всіх інвестицій в медицині — понад \$1 трлн. У період 2020–2025 років світовий фармацевтичний ринок (включаючи біотехнології) буде зростати в середньому на 4,6 %, а до 2025 року обсяги галузі фармацевції складуть \$1,7 трлн (за даними міжнародної консалтингової компанії Frost & Sullivan).

ФАРМСЕКТОР — ЛІДЕР ЗА ІНВЕСТИЦІЯМИ

Dornier LEQUO*

Рейтинг інтенсивності витрат на дослідження та розробки за секторами* у 2015 р., %
(витрати на дослідження та розробки відносно чистих продажів)



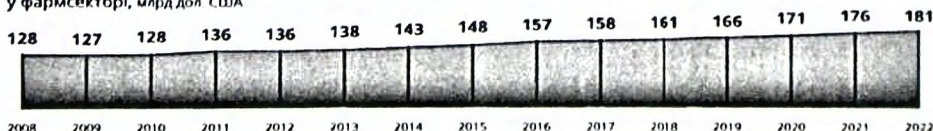
Галузь фармацевтики займає провідні позиції за інвестиціями у дослідження та розробки відносно доходу

Продажі рецептурних та безрецептурних препаратів за технологіями, %



Фармацевтика — наукоємна галузь, технологічна база постійно розвивається, тому обсяг інвестицій повсякчас зростає

Прогноз світових витрат на дослідження та розробки у фармсекторі, млрд дол. США



Найбільша за всю історію незалежної України іноземна інвестиція в фармацевтичну галузь — у виробничий комплекс ПрАТ «БІОФАРМА».

Продуктом в фармацевтичному маркетингу є лікарські засоби в різних лікарських формах, медичні інструменти, перев'язувальні матеріали та ін. Використання яких залежить не тільки від захворювання хворого, але і від кваліфікації лікаря.

Першою і головною особливістю фармацевтичного маркетингу є те, що в разі фармацевтичної допомоги ускладнюється класична формула купівлі — продажу, тому що в систему покупець (пацієнт) — продавець (провізор) включається третя ланка — лікар, який в рівній, а іноді і більше є генератором попиту.

Другою важливою особливістю є те, що при аналізі ринку необхідно враховувати не попит, як в загальному маркетингу, а відразу три параметра — нужду, потребу і попит.

Третьою особливістю є те, що споживачі часто розглядають медичні та фармацевтичні товари не як бажаний товар, а як необхідну покупку, і тому, як правило, здійснюють купівлю під тиском симптомів хвороби або при відчутті відхилень від нормального самопочуття. Це, в свою чергу, визначає те, що хворий купує не ліки або предмет догляду як такі, а спосіб повернути собі здоров'я і усунути стан дискомфорту, викликане хворобою.

Четверта особливість пов'язана з непоінформованістю кінцевого споживача (хворого) про те, які ліки йому необхідно і яке з наявних на ринку аналогів треба вибрати.

П'ята важлива особливість — фармацевтичні товари повинні бути тільки високої якості.

2.4.3. Елементи маркетингу у фармації

Залежно від обсягу продукції фармацевтичні підприємства поділяють на фармацевтичні фабрики і фармацевтичні виробництва. В Україні працюють 115 підприємств, що мають ліцензію на виробництво лікарських засобів.

Товар (Product) на фармацевтичному ринку задовольняє потребу у фармацевтичній допомозі.

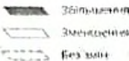
Категорія «лікарські препарати» не відображає масштабів усього набору товарів на фармацевтичному ринку. Згідно

ЛІДЕРИ АПТЕЧНОГО РИНКУ

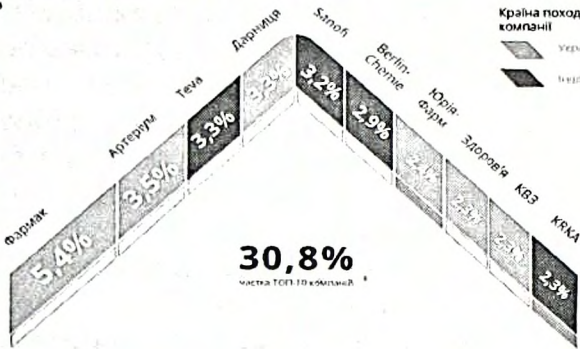
ТОП-10 компаній за обсягами аптечних продажів товарів «аптечного кошика», частка від ринку, 2018 р., % (грошовий вираз)

Ринок аптечних продажів висококонкурентний, частка ТОП-20 компаній становить 67%, вона майже порівнює розподіл частки на національному та міжнародних виробників

Зміна частки ринку відносно минулого року



Країна походження компанії



24 Державна Школа медичних АПТЕКА

Дарниця AEQUO®

вітчизняного законодавства використовується термін — лікарські засоби. Найбільш узагальненою категорією, яка відображає ринкові процеси, є фармацевтична продукція, яка задовольняє потреби на фармацевтичному ринку.

Схема взаємодії основних учасників фармацевтичного маркетингу надана на рис. 2.4.

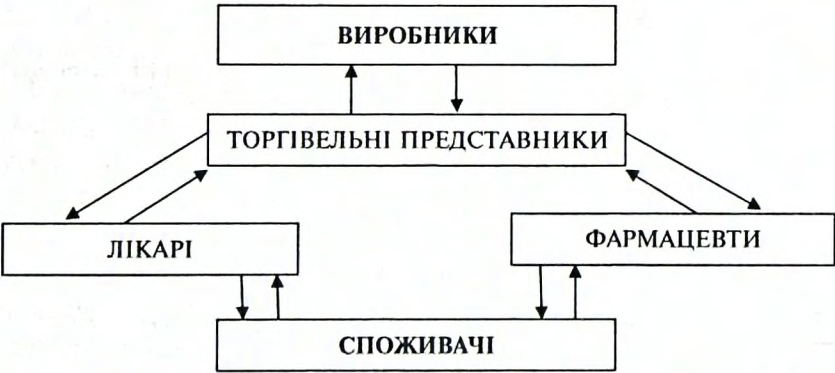


Рис. 2.4. Схема взаємодії основних учасників фармацевтичного маркетингу

Типологія фармацевтичної продукції:

1. За метою та формою: лікарські препарати (призначені для лікування, діагностики та профілактики захворювання); вироби медичного призначення (наприклад такі, що використовуються

при операціях, або для догляду за хворим); дієтичні добавки; косметичні засоби; продукти супутні з медичними послугами; вітаміни; медичне обладнання (діагностичні системи, дослідне, рентгенологічне, лабораторне обладнання та ін.).

2. *За взаємозамінністю з оригінальним препаратом*: оригінальний (інноваційний) лікарський засіб; генеричний лікарський засіб.

3. *За офіційною доступністю*: рецептурні; без рецептурні.

4. *За анатомо-терапевтично-хімічною класифікацією* (Anatomical Therapeutic Chemical Classification System): код А: засоби, що впливають на травну систему та метаболізм; код В: засоби, що впливають на систему крові; код С: засоби, що впливають на серцево-судинну систему і т. п.

5. *За об'єктом призначення*: для жінок; для чоловіків; для дітей; для тварин; комбіновані.

6. *За мотивом призначення*: життєво необхідні, лікувальні, профілактичні, підтримуючі, діагностичні, експериментальні, косметичні, дезінфекційні тощо.

7. *За формою випуску лікарських препаратів*: ін'єкції, суспензії, таблетки, розчини, спреї тощо.

Також, можна класифікувати фармацевтичну продукцію за ринковими особливостями споживачів, наприклад, віком пацієнтів, за їх матеріальним становищем, за місцем проживання, обізнаністю тощо та характеристиками торгової марки (бренду) виробника.

Структура фармацевтичного ринку в розрізі досліджуваних категорій в Україні в 2019 р, в грошовому вираженні, %



Джерело: за даними державної служби статистики України, оцінка Pro-Consulting

Особливості фармацевтичної продукції на фармацевтичному ринку:

- залежність від рівня соціально-екологічними потреб, які зумовлені впливом різних чинників: станом навколишнього середовища, рівнем доходів, умовами життя тощо;
- відповідність якості фармацевтичної продукції вимогам ліцензування, безпеки, законодавчим та етичним нормам тощо;
- обов'язкове маркування лікарських засобів;
- вимушений попит на фармацевтичну продукцію;
- вплив на здоров'я та якість життя населення.

Серед показників, які визначають споживацькі переваги на фармацевтичну продукцію слід виділити: якість, доступність, безпеку, ефективність, популярність торгової марки та ін. Негативний вплив чинять наявність побічних ефектів, негативні відгуки, неадекватна ціна тощо.

Держава активно регулює торговельні надбавки. Відповідно до останньої ініціативи Уряду, встановлюється нове регулювання торговельних надбавок на рівні 5 % та 15 %.

2.4.4. Система забезпечення якості та цінової конкурентоспроможності лікарських засобів

Існує багато цивілізованих методів контролювати регулювання цін на ліки. Один з них — введення механізму референтного ціноутворення на ліки. Наразі МОЗ України уже втілює цей метод на прикладі програми «Доступні ліки» та препаратів інсуліну. Також розроблено проект, щоби такий механізм розповсюджувався на ліки, що входять до *Національного переліку основних лікарських засобів*. Це допоможе знизити їхню ціну.

Крім того, *держава регулює оптові та роздрібні націнки на деякі ліки*. Це передусім ті препарати, що закуповуються за бюджетні кошти, та ліки, включені до Національного переліку лікарських засобів. Якщо ці ліки продаються в аптеці у вільному продажі, націнка них не може бути вищою, ніж встановлено державою: 10 % — оптова ціна, 25 % — роздрібна.

Ситуація, в якій люди витрачають шалені гроші на ліки (зокрема на ліки без доведеної ефективності) є неприйнятною. Для того, щоб убезпечити населення від самолікування та неефективних ліків, *МОЗ України впроваджує деякі заходи та системні зміни* в цьому напрямку, а саме:

— Запровадили Національний перелік лікарських засобів — список з 427 ліків, які медичні заклади зобов'язані закуповувати на 100%. Там немає ліків з недоведеною ефективністю, лише якісні та безпечні препарати від поширених та найважчих хвороб.

— Ввели міжнародні настанови лікування в медичну систему, щоб українські лікарі послуговувались міжнародними рекомендаціями та виписували пацієнтам лише дієві та ефективні препарати.

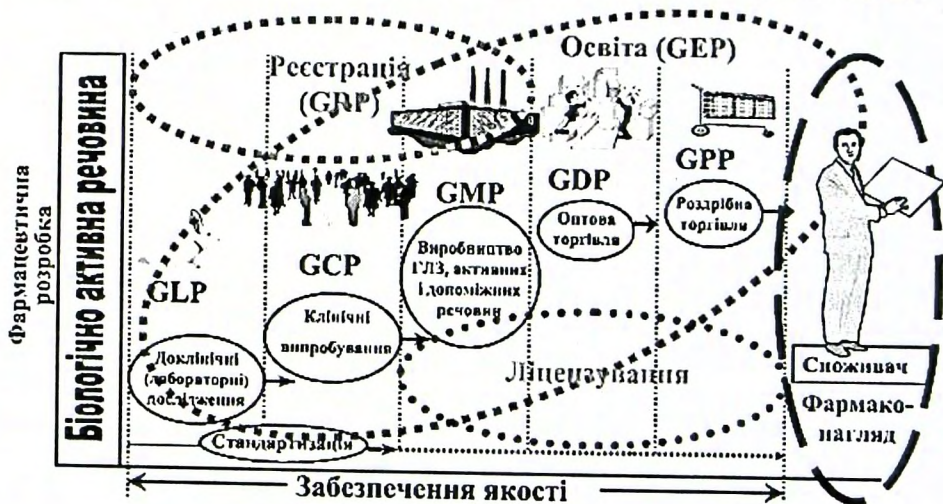
— Розробили законопроект, що обмежує рекламу лікарських засобів. Він має встановити чіткий контроль за змістом реклами ліків та допомогти уникнути маніпулювання інформацією про препарат та його властивості.

— Запровадили електронну систему охорони здоров'я. Система дозволяє зберігати всі виписані рецепти та перевіряти, чи були серед них ліки без доведеної ефективності.

— Проведення постійної просвітницької роботи, в тому числі стосовно лікарських засобів — гомеопатії, БАДів, фітотерапії, підробних ліків тощо.



Елементи забезпечення якості ЛЗ шляхом виконання вимог належних практик (GXP)



Системи маркетингових комунікацій для підвищення конкурентоспроможності.

Просування товару на ринку здійснюється за допомогою системи маркетингових комунікацій (СМК) фармацевтичного підприємства, до складу якої входять чотири основні елементи:

- реклама;
- «паблік рілейшнз»;
- персональний продаж;
- стимулювання збуту.

Кожна складова має свої характеристики, позитивні і негативні властивості.

«Королевою» комунікаційного комплексу є *реклама*, яка дає змогу охопити масову аудиторію, має експресивний характер, інформує, переконує, формує ставлення до товару, нагадує про нього. До основних рішень, що їх приймають у сфері реклами, належить вибір засобів розповсюдження реклами. Це може бути реклама



у пресі (газетна чи журнальна), на телебаченні, радіо, пряма адресна реклама, зовнішня реклама тощо. Комплекс рішень щодо рекламного звернення охоплює широке коло питань, пов'язаних із творчим процесом: пошук ідеї звернення, мотивів і аргументів, стильове вирішення звернення, його структура; написання рекламного тексту, сценарію, його втілення у рекламному ролику чи друкованій продукції і багато інших.

Другою складовою СМК є «паблік рілейшнз» — діяльність, спрямована на формування позитивного іміджу фірми, доброзичливого ставлення до неї та її товару. Крім благодійної діяльності, спонсорства у проведенні заходів у медицині та соціальній сфері, спорті, сфері мистецтва, індустрії розваг тощо важливою складовою «паблік рілейшнз» є паблісіті, тобто різноманітні неоплачувані, некомерційні форми розповсюдження позитивної інформації про підприємство та його продукцію, зокрема у вигляді редакційного матеріалу в газетах і журналах. Пропаганді притаманний високий ступінь достовірності інформації в очах споживача порівняно з рекламою.

Персональний продаж — усне представлення товару в ході бесіди з одним чи декількома потенційними споживачами для продажу. Найцінніше в цьому методі — безпосереднє, живе спілкування представника фірми із споживачем, спонукування до зворотного реагування з його боку. Треба мати на увазі, що це найдорожчий із методів комунікації.

Стимулювання збуту — короточасні спонукальні заходи заохочення споживачів до купівлі. Вони можуть бути спрямовані безпосередньо на споживачів або на збутових посередників чи торговельний персонал самого підприємства. До заходів стимулювання збуту належать знижки цін, конкурси, лотереї, купони тощо. Більшість із них містить чітку пропозицію негайно зробити імпульсну покупку.

Список рекомендованої літератури за Розділом 2 «Основи маркетингу в медицині»

Законодавчі та нормативно-правові документи

1. Конституція України: Закон України від 28 червня 1996 року № 254к/96-ВР. URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр#Text>.
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. Податковий кодекс України: Закон України від 02.12.2010 р. № 2755-VI. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2755-17>.
5. 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>.
6. 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>.
7. Пролікарські засоби: Закон України № 123/96-ВР від 04.04.1996 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/123/96-вр#Text>.
8. Про захист прав споживачів: Закон України від 12.05.1991 р. № 1023-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1023-12>.
9. Про ціни і ціноутворення: Закон України від 21 червня 2012 року № 5007-VI. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/5007-17>.
10. Про затвердження Технічного регламенту щодо активних медичних виробів, які імплантують: Постанова Кабінету Міністрів України від 2 жовтня 2013 р. № 755. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/755-2013-п#Text>.
11. Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних навчальних закладах: Постанова Кабінету Міністрів України № 1138 від 17.09.1996 р. URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/1138-96-п#Text>.
12. Про затвердження Методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування: Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1075. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1075-2017-п#Text>.
13. 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>.

14. Проект Закону про стоматологічну діяльність URL: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=59262.
15. Висновок на проект Закону України «Про стоматологічну діяльність» (реєстр. № 4736 від 31.05.2016 р.). URL: <https://www.google.com/search?>.

Навчально-методична та наукова література

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. Бедрик І. О. Державне регулювання приватної стоматологічної діяльності в Україні: організаційно-правові засади : Автореферат дис. канд. наук з державного управління 25.00.02. Національна академія державного управління при Президентіві України. Київ, 2010. 18 с.
3. Бойко В. В. Психология и менеджмент в стоматологии. Санкт-Петербург: Клиника под ключ, 2009. 1008 с.
4. Борщ В. І., Рудінська О. В. Формування професійної компетентності менеджера закладу охорони здоров'я. *Ринкова економіка: сучасна теорія і практика управління*. 209. Т. 18. Вип. 2 (42). С. 96–105.
5. Дмитренко Л. А., Завадська Н. П., Косяченко Н. М. Менеджмент і маркетинг у фармації: навч. посіб. Київ: Медицина, 2010. 144 с.
6. 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.
7. Зукін В. Український ринок приватної медицини: реалії та перспективи. *Приватний лікар*. 2017. С. 12–15. URL: <http://medexpert.ua/ua/medichnij-zaklad/ukrajinskij-rinokprivatnoji-meditsini-realiji-ta-perspektivi>.
8. Кіча Д. І., Фоміна А. В. Основи економіки та фінансування охорони здоров'я. URL: <http://medbib.in.ua/osnovyiekonomiki-finansirovaniya.html>.
9. Котлер Ф. Основы маркетинга. Краткий курс / пер. с англ. Москва: Вильямс, 2007. 656 с.
10. Конфликты в стоматологической практике: подходы к их решению и профилактике: пособие для врачей / Л. И. Ларенцова, В. И. Полуев, Е. С. Тучик и др. Москва: Медицинская книга, 2005. 92 с.
11. Маркетинг в стоматологии: особенности, методы и советы. URL: <https://www.gd.ru/articles/9267-marketing-v-stomatologii>.

12. Марова С. Ф., Вовк С. М. Медична послуга як товар медичного ринку. *Державне управління: удосконалення та розвиток*. 2017. № 4. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=1056>.
13. Неспрядько В. П., Куц П. В. Дентальна імплантологія. Основи теорії та практики. Харків: Контраст, 2009. 300 с.
14. 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. URL: <http://repository.dnu.dp.ua:1100/upload/684dfManagement-KLD.PDF>.
15. Огляд ринку медичних послуг. URL: http://www.credit-rating.com.ua/ru/file_viewer.html?id=27ca24d08b3b9751cfa88075432e306a.
16. Основи стоматологічної діяльності (організаційно-правові, гігієнічні, деонтологічні) / під заг. редакцією В. Г. Бардова. Вінниця: Нова книга, 2011. 440 с.
17. Петруня Ю. Є. Маркетинг: навч. посіб. — 2-ге вид., перероб. і доп. К.: Знання, 2010. — 351 с.
18. Павлюк К. В. Удосконалення механізмів фінансування медичних послуг в Україні. *Фінанси України*. 2016. № 2. С. 64–82.
19. Рудінська О. В., Яроміч С. А. Корпоративний менеджмент: навчальний посібник. Київ: КНТ, Ельга-Н. 2008. 416 с.
20. Теоретико-методичні аспекти підвищення якості стоматологічної допомоги в Україні / А. В. Якобчук, О. В. Дементьєва, І. І. Цанько, О. О. Кокарь, О. В. Возний. *Таврический медико-биологический вестник*. 2012. Т. 15. № 2. Ч. 3 (58). С. 279–281.
21. Труш В. Системный маркетинг в медицине. РедМед Агентство Популярных Медицинских Изданий. 2017. 1540 с.
22. Труш В. Ценностное предложение в медицинской бизнес-модели. *Приватний лікар*. 2019. № 9 (402). С. 12.
23. Труш В. Пиар и реклама для личного бренда. *Приватний лікар*. 2019. № 7 (40). С. 31.
24. 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>.
25. Чорноротов О. Характеристика ринку приватної медицини України. URL: <http://www.creditrating.ua/ua/analytics/analytical-articles/12899/96>.
26. American Diabetes Association et al. Economic costs of diabetes in the US in 2012. *Diabetes care*. 2013. Vol. 36. № 4. P. 1033–1046.
27. Barrowman R., Grubor D., Chandu A. Dental implant tourism. *Australian Dental Journal*. 2010. № 55. P. 441–445.
28. Glick H. A. Economic evaluation in clinical trials. OUP Oxford, 2014.
29. Tarricone R. Improving the methods for the economic evaluation of medical devices. *Health Economics*. 2017. Vol. 26. № S1. P. 70–92.

Додаткова література

1. Білінська М. Пріоритети управління змінами в галузі охорони здоров'я України. Київ: Проект Європейського Союзу «Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я в Україні», 2006. 56 с.
2. Громовик Б. П., Гасюк Г. Д., Левицька О. Р. Менеджмент і маркетинг у фармації: підручник. Київ: Медицина, 2008. 752 с.
3. Журавель В. Основи менеджмента в системе здравоохранения. Киев: Деснянська правда, 1994. 335 с.
4. Зайцев М., Варюхин С. Методы оптимизации управления и принятия решений. Москва: Дело, 2008. 664 с.
5. Захаров С. В., Сербиновский Б. Ю. Маркетинг. Ростов-на-Дону: Феникс, 2009. 361 с.
6. Карпенко Н. В. Маркетинг. Харків: Студцентр, 2004. 208 с.
7. Мнушко З. М., Мусієнко Н. М., Ольховська А. Б. Практикум з менеджменту та маркетингу у фармації: навчальний посібник. Харків: Золоті сторінки, 2002. 144 с.
8. Осовська Г. В. Основи менеджменту. Київ: Кондор, 2003. 553 с.
9. Рожкова І. В. Державне регулювання розвитку механізмів фінансування системи охорони здоров'я на засадах суспільної справедливості. *Зб. наук. пр. НАДУ*. Київ: НАДУ, 2008. Вип. 2. С. 224–233.
10. Скібіцька Л. І., Скібіцький О. М. Менеджмент. Київ: Центр учбової літератури, 2007. 416 с.

Інформаційні ресурси

1. Галузевий класифікатор «Довідник медичних процедур (послуг) та хірургічних операцій». URL: <http://www.garvis.com.ua/dovidnyk/hsi/help/ru.html>.
2. Дані Державної служби статистики України щодо імпорту виробів медичного призначення за 2015–2018 рр. / Державна служба статистики України, 2019. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua>.
3. КВЕД. URL: <https://kved.biz.ua>.

Тести для самостійної роботи за Розділом 2 «Основи маркетингу в медицині»

ТЕСТ «Маркетинг в охороні здоров'я»

1. У маркетингу медичних послуг при аналізі споживача необхідно аналізувати:
А. хворого, лікаря і провізора.
Б. тільки хворого.
В. тільки лікаря.
Г. тільки провізора.
Д. тільки хворого і лікаря.
2. Маркетинг медичних послуг передбачає наступні види діяльності:
А. просування медичної послуги на ринку медичних послуг.
Б. розробка медичної послуги.
В. обстеження пацієнта.
Г. установлення оптимальної якості медичної послуги при оптимальній ціні.
Д. лікування пацієнтів в стаціонарі.
3. При негативному попиті використовується:
А. стимулюючий маркетинг.
Б. розвиваючий маркетинг.
В. протидіючий маркетинг.
Г. конверсійний маркетинг.
Д. Немає вірної відповіді.
4. Прагнення маркетолога завжди мати актуальну інформацію — це:
А. потреба.
Б. запит.
В. професійна необхідність.
Г. мотивація.
Д. А та Б.
5. «Маркетингова короткозорість» є одним із недоліків:
А. концепції вдосконалення виробництва.
Б. концепції вдосконалення товару.
В. концепції інтенсифікації комерційних зусиль.

- Г. концепції маркетингу.
- Д. концепції менеджменту.

6. Медична організація виходить на ринок медичних послуг з новою пропозицією. Проведенню позиціонування медичної послуги на ринку медичних послуг обов'язково передуює:

- А. вибір цільового сегмента.
- Б. аналіз асортиментів.
- В. оцінка компетентності експертів.
- Г. оцінка конкурентоспроможності медичної послуги.
- Д. будова ранжируваного ряду.

7. Фахівець-маркетолог проводить дослідження ринку медичних діагностичних послуг. Використовуючи дані статистичних довідок з періодичної преси, він розрахував можливий обсяг ринку, визначив рівень потреби населення та можливий попит на конкретну діагностичну послугу. Який вид маркетингових досліджень використав у цьому випадку маркетолог?

- А. кабінетні дослідження.
- Б. панельні дослідження.
- В. польові дослідження.
- Г. спостереження.
- Д. опитування.

8. Знайдіть правильний вираз:

- А. маркетинг спрямований на досягнення триєдиної мети.
- Б. товар — це все, що задовольняє попит.
- В. маркетинг та концепція маркетингу — це по суті одне і те саме.
- Г. нужда — специфічна форма проявлення потреби.
- Д. ринок продавця — це такий ринок, на якому покупці мають більше влади і де найбільш активними «діячами ринку» змушені бути продавці.

9. До якого з цих товарів швидше за все може бути використаний протидіючий маркетинг?

- А. послуги косметолога.
- Б. коштовні ювелірні вироби.
- В. фальсифіковані лікарські засоби.
- Г. авіап перевезення.
- Д. всі вірні.

10. Перспективні напрямки розвитку медичної галузі:

- А. невідкладна медицина.
- Б. різні хірургічні напрямки (травматологія, трансплантологія, кардіохірургія, нейрохірургія, онкологія), пластична хірургія.
- В. приватні лабораторії та реабілітаційні центри.
- Г. усі варіанти вірні.
- Д. тільки Б та В.

ТЕСТ «Ціноутворення у медичних закладах»**1. Структура ціни лікарського засобу має наступне співвідношення:**

- А. ціна виробника 65 % + торговельна надбавка оптової торгівлі 10 % + роздрібна торговельна надбавка 25 %.
- Б. ціна виробника 50 % + торговельна надбавка оптової торгівлі 30 % + роздрібна торговельна надбавка 20 %.
- В. ціна виробника 40 % + торговельна надбавка оптової торгівлі 30 % + роздрібна торговельна надбавка 30 %.
- Г. можливо будь-яке співвідношення.
- Д. немає вірних.

2. Торговельна надбавка оптової мережі складає 3 % в країні:

- А. Україна.
- Б. Росія.
- В. Китай.
- Г. Швеція.
- Д. в усіх.

3. Роздрібна торговельна надбавка на лікарські засоби в Україні законодавчо встановлена на рівні:

- А. до 10 %.
- Б. до 20 %.
- В. до 30 %.
- Г. до 40 %.
- Д. до 50 %.

4. При проведенні оцінки конкурентоспроможності медичних послуг, медичний заклад враховував:

- А. вартість медичних послуг.
- Б. співвідношення збуту й цін.

- В. загальні й відносні витрати.
- Г. імовірні стратегії конкурентів.
- Д. показники повторних покупок.

5. Який метод оплати стаціонарних послуг медичної сфери використовується в Україні?

- А. метод постатейного бюджету.
- Б. метод щодобової оплати.
- В. метод оплати за випадок.
- Г. метод глобального бюджету.
- Д. метод по особової оплати.

6. У медичному закладі був складений фінансовий документ, до якого увійшли три основні розділи: планово-виробничі показники, штати й контингенти, статті фінансових витрат і розрахунки до них. Який фінансовий документ був складений у даному медичному закладі?

- А. кошторис установи.
- Б. бюджет установи.
- В. фінансовий звіт.
- Г. фінансовий запит.
- Д. план інвестицій.

7. Потрібно розрахувати рентабельність лікувально-профілактичного закладу. Які дані для цього необхідні?

- А. економічний прибуток по закладу та собівартість виробничих фондів.
- Б. собівартість медичних послуг і загальні доходи.
- В. собівартість виробничих фондів і загальні витрати.
- Г. ціна та собівартість медичних послуг.
- Д. собівартість медичних послуг і сума витрат за видатковими статтями кошторису.

8. Потрібно розрахувати ціну курсу стаціонарного лікування одного хворого. Які дані для цього необхідні?

- А. середня тривалість лікування одного хворого, собівартість одного ліжко-дня та плановий прибуток по лікарні.
- Б. собівартість одного ліжко-дня та плановий прибуток по лікарні.
- В. кількість пролікованих за календарний рік хворих, середня тривалість перебування в стаціонарі та плановий прибуток по лікарні.

Г. собівартість одного ліжка-дня та кількість пролікованих за календарний рік хворих.

Д. сума витрат по утриманню стаціонару лікарні та загальна сума стаціонарних ліжка-днів.

9. Потрібно розрахувати собівартість одного поліклінічного випадку захворювання. Які дані для цього необхідні?

А. кількість поліклінічних хворих, пролікованих протягом року, і сумарні витрати на утримання поліклініки.

Б. кількість відвідувань поліклініки хворими протягом року та балансова собівартість медичних послуг.

В. ціна лікування одного хворого в поліклініці та нормативний прибуток.

Г. сума витрат на утримання поліклініки та сума поліклінічних відвідувань за календарний рік.

Д. балансова собівартість медичних послуг і ціна лікування одного хворого.

10. Який документ видається відповідальним особам для одержання товару матеріально?

А. доручення.

Б. рахунок-фактура.

В. накладна.

Г. квитанція.

Д. сертифікат якості.

ТЕСТ «Клінічний маркетинг в стоматологічному приватному закладі»

1. Моральна шкода — це:

А. фізичні або моральні страждання, яких зазнає громадянин в результаті дій, що порушують його особисті немайнові права або посягають на належні громадянину інші нематеріальні блага.

Б. заподіяння псуванню, збитку чому або кому-небудь.

В. це матеріальні (економічні) наслідки правопорушення, що мають вартісну форму.

Г. вірно все.

Д. немає вірної відповіді.

2. До основних причин несприятливого результату зазвичай відносяться:

- А. дії або бездіяльність хворого.
- Б. дії або бездіяльність лікаря.
- В. дії або бездіяльності хворого.
- Г. дії або бездіяльності лікаря.
- Д. немає правильної відповіді.

3. Лікарю ставиться в обов'язок інформувати пацієнта про:

- А. вартість лікування.
- Б. характер і цілі пропонованого йому лікування, істотний ризик.
- В. фахівця, що виконує технічну роботу.
- Г. немає правильної відповіді.
- Д. вірно все.

4. Лікарська таємниця — це:

- А. обов'язок пацієнта не розголошувати відомості про методи лікування.
- Б. обов'язок лікаря не оголошувати відомості про хворого без його згоди, якщо мова йде про захворювання, пов'язане з інтимним життям хворого.
- В. обов'язок головного лікаря не оголошувати відомості про хворого і про його лікаря.
- Г. немає правильної відповіді.
- Д. вірно все.

5. Чи зобов'язаний пацієнт, за наявності у нього ВІЛ-інфекції, повідомити про це лікаря?

- А. зобов'язаний.
- Б. не зобов'язаний, це особиста інформація.
- В. пацієнт сам в праві вирішувати, повідомляти цю інформацію чи ні.
- Г. немає правильної відповіді.
- Д. вірно все.

6. Медична документація — це:

- А. відмітка в цивільному паспорті групи крові і резус-фактора.
- Б. затверджений на державному рівні перелік формулярів для заповнення даних конкретного пацієнта та медичних маніпуляціях.

- В. медична книжка для професійного допуску.
- Г. немає правильної відповіді.
- Д. вірно все.

7. Правоздатність фізичної особи може бути:

- А. одночасно з дієздатністю.
- Б. з моменту народження.
- В. після виникнення дієздатності.
- Г. немає правильної відповіді.
- Д. вірно все.

8. Типи ризиків в стоматологічній практиці:

- А. професійна некомпетентність.
- Б. складні питання клінічної стоматологічної практики.
- В. юридичний ризик.
- Г. фінансовий ризик.
- Д. вірно все.

9. Ознаки стоматологічної послуги:

- А. невідчутність, невіддільність від джерела послуги, мінливість якості, незбереженність.
- Б. невідчутність та незбереженність.
- В. невідчутність та мінливість.
- Г. невіддільність та мінливість.
- Д. немає вірної відповіді.

10. Цілі стоматологічної послуги:

- А. діагностична та реабілітаційна.
- Б. профілактична.
- В. діагностична, профілактична та реабілітаційна.
- Г. профілактична, терапевтична, лікувальна.
- Д. юридична, фінансова та професійна.

ТЕСТ «Маркетинг у фармації»

1. Хто приймає остаточне рішення про введення нового лікарського засобу в медичну практику?
 - А. міністр охорони здоров'я України.
 - Б. фармацевтичний комітет МОЗ України.
 - В. державна інспекція з контролю якості лікарських засобів.
 - Г. науково-дослідний інститут.
 - Д. Міністерство охорони здоров'я України.

2. Поділ споживачів на групи на основі різниці у потребах, характеристиках чи поведінці і розробці для кожної з них окремого комплексу маркетингу відноситься до:
 - А. аналізу маркетингових можливостей фармацевтичного підприємства.
 - Б. оцінці маркетингових можливостей фармацевтичного підприємства.
 - В. сегментації фармацевтичного ринку.
 - Г. позиціонуванню лікарського засобу на фармацевтичному ринку.
 - Д. маркетингового контролю.

3. Забезпечення лікарського засобу чітко відокремленого від інших препаратів місця на ринку і у свідомості цільових споживачів відноситься до:
 - А. аналізу маркетингових можливостей фармацевтичного підприємства.
 - Б. оцінці маркетингових можливостей фармацевтичного підприємства.
 - В. сегментації фармацевтичного ринку.
 - Г. позиціонуванню лікарського засобу на фармацевтичному ринку.
 - Д. маркетингового контролю.

4. Якому елементу комплексу маркетингу відноситься наступне визначення «цей асортимент лікарських засобів фармацевтична організація 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.

5. Комплекс особливостей фармації — це підхід до обґрунтування права на самовизначення теорії фармацевтичного маркетингу, який спирається на наступні елементи:

А. особливість соціально-екологічна (Specificity of social and ecological).

Б. особливість здоров'я (Specificity of health).

В. особливість ліцензування (Specificity of licensing).

Г. особливість методів комунікації (Specificity of communications methods).

Д. всі зазначені елементи.

6. Маркетингова діяльність складається з трьох основних частин: комплексне дослідження фармацевтичного ринку, розробка комплексу маркетингу та функціональне забезпечення маркетингової діяльності. В розробку комплексу фармацевтичного маркетингу не входить:

А. розробка лікарського засобу.

Б. ціноутворення.

В. методи збуту.

Г. методи просування лікарських засобів.

Д. створення служби маркетингу.

7. При постачанні товарів аптечного асортименту основним юридичним документом, який визначає права і обов'язки, як фармацевтичній фірмі так і лікувальній установі є:

А. договір/контракт.

Б. сертифікат якості.

В. акти на списання.

Г. протокол розбіжностей.

Д. специфікація.

8. При прийманні вітчизняних товарів на склад, згідно приймальних актів, виявились кількісні розбіжності. В який термін необхідно виставити претензії стосовно розбіжностей?

А. не пізніше трьох днів.

Б. не пізніше семи днів.

В. не пізніше п'яти днів.

Г. не пізніше десяти днів.

Д. не пізніше двадцяти днів.

9. Кожний готовий лікарський засіб має затверджене зовнішнє оформлення: етикетки, наклеєні або нанесені безпосередньо на упаковку, вкладні аркуші, бандеролі, інструкції щодо застосування лікарських засобів. Їх графічне оформлення має відповідати:

- А. вимогам галузевої НТД і художньому оригіналові.
- Б. змісту інструкцій і вкладок.
- В. номеру серії і складу.
- Г. номеру реєстраційного посвідчення і номер серії.
- Д. змісту інструкцій і складу.

10. Що є метою маркетингової діяльності на фармацевтичному підприємстві?

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

Ситуаційні завдання**за Розділом 2 «Основи маркетингу в медицині»****Ситуаційні завдання
«МАРКЕТИНГ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я»****Ситуація 1.**

Використовуючи ієрархію потреб А. Маслоу, проаналізуйте, які потреби намагаються задовольнити виробники такої продукції:

- наручний годинник «Rolex»;
- зубна паста Colgate та ополіскувач для рота;
- йогурт «Actimel»;
- пральна машина «Ariston»;
- мобільний телефон Samsung Galaxy;
- лікарський засіб «Парацетамол»;
- відпочинок у санаторно-курортному комплексі «Шаян», профілактичне лікування за графіком, відповідно призначень лікаря;
- нелікарський гомеопатичний засіб «Чай Тибетський»;
- відпочинок на гірськолижному курорті «Буковель».

Зверніть увагу, що кожен із товарів може бути орієнтований одночасно на декілька рівнів піраміди.

Ситуація 2.

Складіть перелік маркетингових функцій, які мають виконуватись працівниками:

- міської лікарні;
- видавництва, що випускає навчальну літературу;
- фармацевтичного підприємства;
- автомобільної корпорації;
- туристичної фірми;
- приватної стоматологічної клініки.

Ситуація 3.

За допомогою моделі 7P визначте, в чому полягають особливості маркетингу послуг:

- клініки Медичний дім Odrex в Одесі;

- вищого навчального закладу Одеський медичний інститут МГУ;
- мережі аптек «Фармація».

Ситуація 4.

Проведіть порівняльний аналіз (спільні риси і відмінності) вказаних видів маркетингу:

- споживчий і промисловий маркетинг;
- внутрішній і міжнародний маркетинг;
- маркетинг матеріальних продуктів (лікарських засобів) і маркетинг послуг (медичних).

Порівняння необхідно провести окремо для кожної із маркетингових функцій: аналіз маркетингового середовища, розробка товарної політики, розробка цінової політики, розробка політики розподілу, розробка комунікативної політики.

Ситуація 5.

Проаналізуйте публікації електронних та друкованих ЗМІ та знайдіть приклади акцій із захисту навколишнього середовища, які були проведені українськими та закордонними підприємствами медичної галузі (лікарні, поліклініки, приватні медичні клініки, фармацевтичні підприємства, аптечні мережі) протягом останніх трьох років.

Ситуаційні завдання «ЦІНОУТВОРЕННЯ У МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДАХ»

Ситуація 1.

1. Собівартість медичної послуги.
2. Інформаційне забезпечення маркетингової діяльності у сфері охорони здоров'я.

Задача. Фірма надала медичні послуги 1000 особам. Вартість однієї послуги – 20 грн. Собівартість однієї послуги – 5 грн. Визначити прибуток медичної клініки.

Ситуація 2.

1. Аналіз перспективи розвитку (стратегії) медичного закладу.
2. Особливості сприйняття реклами з надання медичних послуг.

Задача. Визначити ціну товару. Собівартість товару – 10 грн. Надбавка – 30 %. Податок 18 %.

Ситуація 3.

1. Конкурентоспроможність і конкуренція у сфері надання медичних послуг.
2. Стратегія диференціації ринку послуг.

Задача. Визначити, що краще: їздити на консультацію в обласну лікарню за 100 км чи оплачувати виїзд лікаря-консультанта до місцеперебування хворого (класифікуйте та визначте відповідні витрати).

**Ситуаційні завдання
«КЛІНІЧНИЙ МАРКЕТИНГ
В СТОМАТОЛОГІЧНОМУ ПРИВАТНОМУ ЗАКЛАДІ»**

Ситуація 1.

Лікар стоматолог відмовив пацієнту Х., 45 років в допомозі при гострому зубному болю, пояснивши причину відмови неохайним зовнішнім виглядом пацієнта.

Як Ви охарактеризуєте дії лікаря з позицій лікарської етики:

- А. неетичними;
- Б. законними;
- В. морально-обґрунтованими;
- Г. вмотивовані.

Ситуація 2.

Лікар стоматолог відмовив пацієнту І., 38 років в операції видалення зуба з діагнозом гострий гнійний періодонтит через супутню патологію (інсулін-залежна форма цукрового діабету), та не призначив симптоматичного лікування і відправив за довідкою до ендокринолога про можливість подібної маніпуляції в амбулаторних умовах.

Пацієнт не знайшов можливості відвідати ендокринолога по причині поганого самопочуття і через 3 дня помер від ускладнення – медіастеніта.

Хто буде нести відповідальність за смертельний результат:

- А. лікар-стоматолог;
- Б. лікар-ендокринолог;
- В. родичі пацієнта;
- Г. ніхто.

Ситуація 3.

Штатний розклад стоматологічної поліклініки було затверджено МОЗ України. Однак головний лікар поліклініки Степанов І. ввів своїм розпорядженням в нього посади заступників головного лікаря з експертизи та маркетингу.

Чи правомірно його рішення?

А. тільки в форматі заміни посад;

Б. неправомірно.

**Ситуаційні завдання
«МАРКЕТИНГ У ФАРМАЦІЇ»**

Ситуація 1.

1. Сегментування ринку медичних послуг. Територіальні особливості розвитку ринку медичних послуг. Методи прогнозування і вимірювання попиту на медичні послуги.
2. Функціональне забезпечення маркетингової діяльності фармацевтичних фірм.

Задача.

Визначити квартальну потребу в етиловому спирті за умови, що аптека обслуговує такі відділення: терапевтичне — на 150 ліжок, загально хірургічне — 125 ліжок, гінекологічне — 80 ліжок.

Ситуація 2.

1. Особливості здійснення маркетингової діяльності на ринку медичних послуг.
2. Принципи маркетингового дослідження фармацевтичного ринку та вивчення поведінки споживачів лікарських засобів.

Задача.

Виробнича фірма з метою проведення рекламної кампанії, спрямованої на аптекних фахівців, вирішила вивчити інформаційну цінність періодичних фахових джерел. Розробити анкету, яке можна було б запропонувати фірмам для опитування працівників аптекних закладів.

Ситуація 3.

1. Ціноутворення на медичні послуги, фармацевтичні препарати та засоби медичного призначення.

2. Моделювання закономірностей фармацевтичного ринку і дослідження маркетингових можливостей фармацевтичних підприємств.

Задача.

На регіональному фармацевтичному ринку були присутні 5 препаратів-аналогів для лікування виразки шлунку. Обсяг їх реалізації становив:

- а) вітчизняні лікарські засоби: препарат А — 130 тис. уп.; препарат Б — 66 тис. уп.;
- б) імпорتنі лікарські засоби: препарат В — 113 тис. уп.; препарат Г — 105 тис. уп.; препарат Д — 94 тис. уп.

Розрахувати показники конкурентоспроможності вказаних препаратів, а також вітчизняних та імпорتنих препаратів зокрема. Відповідь обґрунтувати.

Ситуація 4.

1. Маркетинговий інструментарій в сфері медичних послуг.
2. Асортиментна політика фармацевтичного підприємства.

Задача.

Оптова фармацевтична фірма закуповує лікарський засіб за ціною 195 грн за упаковку і реалізує в кількості 1700 упаковок цього препарату щотижнево за ціною 235 грн за упаковку. Маркетинговий відділ за результатами дослідження ринку рекомендує знизити на один тиждень ціну на 5%. Розрахувати, скільки упаковок препарату потрібно реалізувати фірмі, щоб зберегти свій дохід на попередньому рівні.

Ситуація 5.

1. Особливості та тенденції розвитку сучасного ринку медичних послуг.
2. Цінова політика фармацевтичних підприємств.

Задача.

Обґрунтувати концепції фармацевтичного маркетингу, застосовані підприємствами-виробниками в наведених нижче ситуаціях:

- фармацевтична фірма FTUYR на 10 % зменшила собівартість виробництва широко розповсюджених галунових препаратів, що уможливило зниження відпускних цін на них;
- фармацевтична фірма Latru, що реалізовувала лікарські засоби за річними угодами через 10 місцевих і регіональних оптових фармацевтичних підприємств, утворила з національним оптовим посередником, збутові структурні підрозділи

якого охоплюють усі регіони країни, договірне об'єднання з метою постійної координації господарської діяльності.

Ситуація 6.

1. Фактори зовнішнього середовища маркетингу в медицині.
2. Збутова політика фармацевтичних фірм.

Задача.

Впродовж 5 днів заплановано комплексне обстеження 1000 працівників підприємства. 45 хвилин — час, необхідний на обстеження 1 пацієнта. 6,5 годин — тривалість робочого дня лікаря. Скільки лікарів необхідно задіяти для обстеження.

Ситуація 7.

1. Суб'єкти маркетингової діяльності у сфері охорони здоров'я.
2. Чинники впливу на збут фармацевтичного препарату.

Задача.

Чистий прибуток фармацевтичної фірми — 2000 грн. Обсяг продажу — 16000 грн. Сума капіталовкладень — 16100 грн. Визначити норму прибутку на вкладений капітал.

Контрольні питання за Розділом 2 «Основи маркетингу в медицині»

Контрольні питання «МАРКЕТИНГ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я»

1. Сутність маркетингу. Основні поняття маркетингу.
2. Етапи розвитку маркетингу.
3. Принципи та функції медичного маркетингу.
4. Маркетинг і сфера медичних послуг.
5. Ринок медичних послуг і рівень доходів населення. Специфічні особливості медичного маркетингу.
6. Суб'єкти маркетингової діяльності у сфері охорони здоров'я.
7. Фактори, що впливають на формування потреб у медичних послугах.
8. Медична послуга.
9. Відмінність медичної послуги від інших видів послуг.
10. Види медичних послуг.
11. Макро- і мікро- рівень маркетингових досліджень.
12. Канали руху медичних послуг від медичного закладу до споживача.
13. Стадії життєвого циклу медичної послуги.
14. Складові маркетингу — MIX 4P, 5P, 7P.
15. Перспективи медичного маркетингу в умовах реформи.

Контрольні питання «ЦІНОУТВОРЕННЯ У МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДАХ»

1. Цілі процесу ціноутворення сучасного медичного закладу.
2. Етапи стратегії ціноутворення.
3. Класифікація медичних послуг.
4. Які послуги включає медична практика відповідно КВЕД «Охорона здоров'я і соціальна допомога»?
5. Класифікаційні ознаки медичної послуги за видами, місцем надання, складністю, часом, кількістю учасників, характером економічних відносин?
6. Ціна медичної послуги: внутрішні та зовнішні чинники впливу.

7. Законодавчі, нормативні акти щодо регулювання цін на медичні послуги.
8. Види цін на медичні послуги.
9. Ціноутворення у медицині та його задачі.
10. Схема покрокового розподілу витрат «зверху донизу» за визначенням Міністерства охорони здоров'я України.
11. Структура ціни медичної послуги.
12. Статті прямих витрат в структурі ціни медичної послуги.
13. Статті непрямих витрат в структурі ціни медичної послуги.
14. Розрахунок витрат на основну заробітну плату медперсоналу в залежності від кваліфікації.
15. Державне регулювання ціноутворення: функції, методи, законодавча база.

Контрольні питання «КЛІНІЧНИЙ МАРКЕТИНГ В СТОМАТОЛОГІЧНОМУ ПРИВАТНОМУ ЗАКЛАДІ»

1. Маркетинг в стоматології: визначення, задачі та напрями.
2. Методи маркетингового дослідження в стоматологічній практиці.
3. Ринок стоматологічних послуг та його сегменти.
4. Клінічні ризики в стоматологічній практиці.
5. Типи ризиків в стоматологічній практиці.
6. Принципи запобігання виникнення ризиків.
7. Стратегія управління ризиками.
8. Які фактори мають бути присутні, щоб недбалість лікаря – стоматолога була зафіксована?
9. Структура форми зі згодою на лікування пацієнта.
10. Наслідки недостатньої діагностики та комплексного обстеження.
11. Правила невідкладної допомоги в стоматологічній клініці.
12. Кваліфікаційні умови досвідченого лікаря-стоматолога.
13. Документація та управління ризиками у клінічній стоматологічній практиці.
14. Основні помилки при веденні медичної документації
15. Аналіз та перспективи маркетингу приватної стоматології в Україні.

Контрольні питання «МАРКЕТИНГ У ФАРМАЦІЇ»

1. Структура фармацевтичної галузі та фармацевтичного ринку.
2. Особливості маркетингу у фармацевтичній галузі.
3. Які організації утворюють фармацевтичну галузь?
4. Охарактеризуйте фармацевтичну галузь України за виробниками, експортом та імпортом, інвестиційною привабливістю.
5. Елементи маркетингу у фармацевтичній галузі.
6. Схема взаємодії основних учасників фармацевтичного маркетингу.
7. Типологія фармацевтичної продукції.
8. Особливості фармацевтичної продукції на фармацевтичному ринку.
9. Показники, які визначають споживацькі переваги на фармацевтичній продукції.
10. Система забезпечення якості та цінової конкурентоспроможності лікарських засобів.
11. Актуальні напрями державного регулювання фармацевтичної галузі.
12. Елементи забезпечення якості лікарських засобів.
13. Охарактеризуйте п'ять особливих відмінностей фармацевтичного маркетингу.
14. Охарактеризуйте чотири елемента системи маркетингових комунікацій (СМК) фармацевтичного підприємства.
15. Роль реклами у фармацевтичному маркетингу.

Навчальне видання

**Шутурмінський Віталій Григорович
Кусик Наталія Львівна
Рудінська Олена Володимирівна**

ОСНОВИ МЕНЕДЖМЕНТУ ТА МАРКЕТИНГУ В МЕДИЦИНІ

Навчальний посібник

Верстка — Данильченко О. С.

Підписано до друку 08.10.2020 р. Формат 60х90/16.
Папір офсетний. Гарнітура NewtonU. Цифровий друк.
Ум. друк. арк. 11,00. Наклад 300. Замовлення № 0620-156.
Ціна договірна. Віддруковано з готового оригінал-макета.

Видавництво і друкарня — Видавничий дім «Гельветика»
65101, Україна, м. Одеса, вул. Інглезі, 6/1
Тел.: +38 (048) 709 38 69,
+38 (095) 934 48 28, +38 (097) 723 06 08
E-mail: mailbox@helvetica.com.ua
Свідectво суб'єкта видавничої справи
ДК № 6424 від 04.10.2018 р.

