

ЧОРНОМОРСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ПЕТРА МОГИЛИ

Навчально-науковий інститут публічного управління та адміністрування
Кафедра публічного управління та адміністрування

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
ЗА ДРУГИМ РІВНЕМ ВИЩОЇ ОСВІТИ (МАГІСТР)
на тему: **МОДЕРНІЗАЦІЯ МЕНЕДЖМЕНТУ СИСТЕМИ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ПРОВЕДЕННЯ МЕДИЧНОЇ
РЕФОРМИ**

Виконав: студент 6 курсу 639-мз групи
галузі знань:
28 Публічне управління та адміністрування
спеціальності:
281 Публічне управління та адміністрування
Кот Євген Миколайович

Керівник: доцент б.в.з.
Верба Світлана Миколаївна

Рецензент: кандидат наук державного
управління, доцент
Шульга Анастасія Алімівна

м. Миколаїв – 2022 рік

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ МЕНЕДЖМЕНТУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	7
1.1. Система охорони здоров'я як об'єкт досліджень у публічному управлінні.....	7
1.2. Моделі організації системи охорони здоров'я.....	17
РОЗДІЛ 2. СУЧАСНИЙ СТАН МЕНЕДЖМЕНТУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ПРОВЕДЕННЯ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ.....	32
2.1. Механізм державного регулювання у сфері охорони здоров'я.....	32
2.2. Проблеми сучасного менеджменту системи охорони здоров'я.....	44
РОЗДІЛ 3. ПЕРСПЕКТИВИ МОДЕРНІЗАЦІЇ МЕНЕДЖМЕНТУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ.....	58
3.1. Удосконалення менеджменту системи охорони здоров'я на основі оцінка ефективності.....	58
3.2. Запровадження маркетингового менеджменту у системі охорони здоров'я.....	70
ВИСНОВКИ.....	84
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	90

ВСТУП

Актуальність теми. Здоров'я населення вважається одним із основних показників якості життя та рівня соціально-економічного розвитку та захищеності держави. Тому сфера охорони здоров'я тісно пов'язана з іншими стратегічно важливими галузями управління державою. У будь-якій країні світу збереження здоров'я нації є одним із пріоритетних питань національної безпеки.

Розвиток системи охорони здоров'я та зміцнення здоров'я населення України є найважливішим напрямом забезпечення національної безпеки, для реалізації якого проводиться довгострокова державна політика у сфері охорони здоров'я громадян.

Сучасному етапу реформування системи охорони здоров'я передував важкий перехідний період, виражений у трансформації колишньої моделі охорони здоров'я та погіршенні демографічної ситуації у країні. Ціле покоління громадян було виховано у ролі споживачів державних послуг, а відповідальність за стан здоров'я населення лежала на системі охорони здоров'я. На сьогоднішній день, заходи, що вживаються Урядом, спрямовані на попередження наслідків демографічної кризи, зокрема на розвиток охорони здоров'я.

Протягом тривалого часу об'єктивні економічні та соціально-політичні причини не дозволяли створити систему управління, яка б забезпечувала стабільний та повноцінний розвиток охорони здоров'я в Україні. Загалом система охорони здоров'я системно пов'язана з рівнем економічного розвитку та соціально-політичною ситуацією в країні, що негативно позначається на забезпеченні здоров'я населення.

За останні роки було розпочато реформування всієї системи охорони здоров'я, проте цей процес значною мірою супроводжується глибинними проблемами, пов'язаними із залишками старої системи управління та певним

консерватизмом фахівців, задіяних у цій галузі. В подібних умовах великого значення набуває удосконалення державного управління й менеджменту та регулювання організації функціонування всієї системи охорони здоров'я в Україні.

Актуальність модернізації менеджменту у зазначеній сфері зумовлена тим, що існуючий механізм, організаційні структури, форми управління та чинне законодавство значною мірою застаріли та не відповідають новим суспільно-політичним та економічним реаліям.

Стан розробленості проблеми. Дослідження та аналіз теоретичних засад, визначення та сутність державного управління та регулювання системи охорони здоров'я вивчали у своїх роботах такі науковці: Гладун З., Горачук В., Грузєва Т., Долот В., Жаліло Л., Загорський В., Зеленевиц В., Карамішев В., Карлаш В., Комарова І., Кравченко Ж., Лехан В., Нагорная А., Петрашик Ю., Радиш Я., Рожкова І., Савост'янова С., Фуртак І., Чехун О., Юсупов В. та ін.

Місце менеджменту та маркетингу у системі охорони здоров'я було розглянуто у роботах таких дослідників, як: Баєва О., Башинська І., Белянцева М., Войчак А., Гордієнко Л., Гут І., Камінська Т., Марчук О., Мельник А., Москаленко В., Пак С., Пушмак Г., Слабкий Г., Солоненко І., Фойгт Н. та ін.

Взаємодії системи охорони здоров'я із громадськістю та засобами масової інформації присвячено роботи Гладуна З., Гойди Н., Злепко С., Ларіної Р., Миронової Г. та ін.

Проте, комплексне дослідження менеджменту системи охорони здоров'я в сучасних умовах реформування на сьогодні є питанням актуальним для проведення досліджень. Крім того, актуальним напрямком є дослідження проблем модернізації менеджменту та впровадження нових технологій управління у сфері охорони здоров'я.

Мета дослідження полягає у систематизації сучасних поглядів на менеджмент системи охорони здоров'я в Україні в сучасних умовах

проведення реформ та визначення перспективних напрямків модернізації менеджменту системи охорони здоров'я.

Відповідно до поставленої мети визначено такі **завдання**:

- визначити особливості системи охорони здоров'я як об'єкту досліджень у публічному управлінні;
- провести аналіз моделей організації системи охорони здоров'я;
- дослідити функціонування механізму державного регулювання у сфері охорони здоров'я в сучасних умовах;
- встановити проблеми сучасного менеджменту системи охорони здоров'я;
- обґрунтування необхідності вдосконалення оцінки ефективності у менеджменті системи охорони здоров'я;
- доведення перспектив запровадження маркетингового менеджменту у системі охорони здоров'я.

Наукова новизна полягає у спробі проведення аналізу особливостей менеджменту системи охорони здоров'я в умовах сучасних перетворень та встановленні перспективних напрямків його модернізації на основі сучасного досвіду організації управлінської діяльності, забезпечення якості надання медичних послуг на основі оцінювання якості та запровадження маркетингового менеджменту у системі охорони здоров'я.

Практичне значення результатів полягає у можливості використання матеріалів кваліфікаційної роботи в діяльності органів публічної влади у сфері охорони здоров'я, державних, комунальних та приватних закладів охорони здоров'я. Окрім цього робота може бути корисною у навчальному процесі під час підготовки магістрів публічного управління та адміністрування.

Об'єкт дослідження – державне регулювання системи охорони здоров'я.

Предмет дослідження – менеджмент системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи в Україні.

Методи дослідження. Методологічною та теоретичною основою дослідження є фундаментальні положення теорії державного управління, інших гуманітарних та соціальних наук. У роботі застосовано системний підхід, згідно з яким всі явища та процеси державного регулювання розвитку у сфері охорони здоров'я України та за кордоном розглядаються в їх цілісності та взаємозалежності. Графічний метод використано для порівняння різних показників у сфері охорони здоров'я та їх графічного відображення. Метод порівняння було використано для співставлення українського практики та загальної теорії регулювання системи охорони здоров'я. Аналіз і синтез було використано для вивчення нормативно-правового забезпечення та практичної реалізації програмних документів.

Структура роботи. Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, шести підрозділів, висновків та списку використаних джерел кількістю 78. Загальний обсяг дослідження становить 98 сторінок, з яких обсяг основного тексту 77 сторінок.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ МЕНЕДЖМЕНТУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Система охорони здоров'я як об'єкт досліджень у публічному управлінні

Охорона здоров'я громадян – це першорядне завдання держави, обов'язкова умова нормальної життєдіяльності будь-якого суспільства та системи охорони здоров'я тут належить провідна та координуюча роль. Відповідно до чинного законодавства держава покладає на себе відповідальність за збереження та зміцнення здоров'я населення та гарантує охорону здоров'я кожного громадянина. Відповідно до положень, прописаних у Конституції та інших законодавчих актах, охорона здоров'я – це сукупність заходів політичного, економічного, правового, соціального, культурного, наукового, медичного, санітарно-гігієнічного, протиепідемічного характеру, спрямованих на збереження та зміцнення здоров'я кожної людини, сім'ї та суспільства загалом, підтримка активного багаторічного життя [21].

Охорона здоров'я визначається як система соціально-економічних та медичних заходів, які мають на меті зберегти та підвищити рівень здоров'я кожної окремої людини та населення в цілому [74].

В даний час охорона здоров'я має величезне соціальне значення, рівень його наукового розвитку не стоїть на місці. Це найбільший соціальний інститут, що займається стратегічно важливими завданнями. Сучасній науці та медицині делеговано такі важливі аспекти як громадське та індивідуальне здоров'я: його охорона та зміцнення, надання людям професійної науково-медичної та медико-соціальної допомоги. Системні заходи щодо зниження захворюваності, профілактика та боротьба з різними епідеміями, покращення якості життя, підтримка здорового способу життя населення, сприяння зміцненню здоров'я – все це є пріоритетно важливими напрямками сучасної

охорони здоров'я. Практична медична діяльність та наукова медицина, на сучасному етапі, зливаються воєдино та стають на шлях спільного розвитку. Прогресивні зміни у мисленні, як у медичних працівників, так і широких мас населення, мають визначати, що на сьогодні охорона здоров'я – це особлива сфера суспільного життя, культури, науки та освіти [52].

Для сфери охорони здоров'я як соціального інституту характерні такі ознаки:

- 1) суспільна потреба у діяльності даного інституту, цілі, сфера діяльності;
- 2) установи, у яких організується діяльність системи охорони здоров'я;
- 3) наявність ресурсів та коштів, для реалізації діяльності. У ролі матеріальних ресурсів виступають приміщення для реалізації діяльності, медичне устаткування, наявність висококваліфікованих кадрів;
- 4) наявність чітко розподілених функцій, прав та обов'язків учасників які взаємодіють;
- 5) розподіл праці та професійне виконання функцій, зумовлених виконанням певного кола обов'язків;
- 6) наявність регламентації особливого типу;
- 7) стійкість організації та здатність до саморозвитку;
- 8) власна символіка та імідж. Імідж створений білими халатами, особливими якостями медичного працівника, такими як готовність, прийти на допомогу будь-якої хвилини, особливим трепетним ставленням до людини, яка чекає на допомогу. Символіка охорони здоров'я незмінна протягом багатьох років і є загальноприйнятою у сфері охорони здоров'я у всіх країнах: посох Асклепія, чаша зі змією, кадуцей, червоний хрест на білому тлі та зірка життя [14].

У межах цього дослідження здоров'я слід розглядати як соціально-економічну категорію.

Здоров'я населення залежить від економічного стану суспільства і, своєю чергою, саме впливає на цей стан, а також служить індикатором соціально-економічної ситуації. Здоров'я громадян виступає одним із найважливіших економічних ресурсів розвитку країни, регіону, території. Якість населення (людський капітал), що характеризується, зокрема, показниками громадського здоров'я, є головним двигуном та обмежувачем розвитку будь-якої економіки. Сутність індивідуального здоров'я як соціально-економічної категорії проявляється в тому, що будь-яка втрата здоров'я призводить до неминучих витрат на його відновлення та економічних втрат, зумовлених зниженням можливостей здійснення суспільно корисної діяльності [9].

Ринок охорони здоров'я є сукупністю наявних і потенційних товарів та послуг, спрямованих на захист і відновлення здоров'я населення і включає:

- 1) ринок медичних послуг;
- 2) ринок лікарських засобів;
- 3) ринок предметів та послуг у галузі санітарії та гігієни;
- 4) ринок нетрадиційних методів лікування та оздоровлення;
- 5) ринок медичної техніки;
- 6) ринок медичних технологій;
- 7) ринок медичного страхування;
- 8) ринок наукових медичних ідей;
- 9) ринок праці медичного персоналу;
- 10) ринок освітніх послуг у галузі охорони здоров'я [5].

Охорона здоров'я – це особлива підсистема соціально-економічної системи країни, функціонування та розвитку якої покликане забезпечити життєдіяльність системи вищого рівня.

Серед функцій охорони здоров'я виділяють функції, які традиційно притаманні тільки цій галузі, а також функції, що виявляються у нових соціально-економічних умовах.

Серед функцій, що реалізуються системою охорони здоров'я, виділяють:

- 1) відтворювальну;
- 2) задоволення попиту населення на медичні послуги;
- 3) регулюючу;
- 4) забезпечення національної безпеки;
- 5) забезпечення доступності медичної допомоги всім категоріям населення;
- 6) ресурсну;
- 7) комунікативну;
- 8) господарську;
- 9) креативну;
- 10) інноваційну [3].

Розглянемо докладніше вказані функції.

Відтворювальна функція охорони здоров'я полягає у тому, що одним із завдань системи охорони здоров'я є відтворення населення країни. Крім того, ця галузь, як і будь-яка інша, відтворює певні види благ. Класифікація різноманітна, наприклад, характером надання, за змістом, за підсумками. Слід розрізняти:

- блага, замовник яких віддалений від безпосереднього споживача (безкоштовні медичні послуги) та фінансовані у приватному порядку (платна медична допомога);
- блага, які здатні дати економічний ефект (послуги, спрямовані на профілактику захворювань з метою зниження ризику тимчасової непрацездатності) та соціальний ефект (формування мислення про здоровий спосіб життя).

Функція задоволення попиту населення на медичні послуги є однією з основних та базових функцій системи охорони здоров'я. Ідеальний варіант виконання цієї функції полягав би в наступному: кожен житель нашої країни, окремого регіону, громади отримував би медичні послуги, оптимальні за

обсягом та структурою споживання, з використанням сучасних методів лікування, діагностики та профілактики. Проте нині існує низка чинників, які впливають цей параметр:

- обмежені можливості державного фінансування сфери охорони здоров'я;
- наявність ринку медичних послуг, що реагує на платоспроможний попит населення;
- значний прошарок населення, чиє фінансове становище залишається незадовільним.

Тому найважливішим завданням є забезпечення доступності медичних послуг, які здійснюються в рамках мінімального соціального стандарту будь-якому жителю країни, та забезпечення населення якісними медичними послугами у достатній кількості, за цінами, прийнятними для більшості тих, хто потребує медичної допомоги.

Регулююча функція проявляється у наступному: система охорони здоров'я здійснює послуги певного характеру, обсягу, структури та якості, поставляючи їх на ринок, тим самим беручи участь у регулюванні параметрів сукупної пропозиції. Для забезпечення життєдіяльності даної структури, збільшення масштабів, підвищення якості послуг їй, як будь-який інший, необхідні ресурси: управлінські, інвестиційні, інформаційні, кадрові та ін. Все це система охорони здоров'я набуває на ринку, беручи участь таким чином у регулюванні параметрів сукупного попиту.

Розглянемо функцію забезпечення національної безпеки. Згідно з Конституцією, Україна є соціальною державою, а головним орієнтиром вважається надання кожній людині гарантованого права на здоров'я протягом усього життя, створення умов, що забезпечують гідне життя та вільний розвиток людини. Відтворення населення має велике значення, його необхідна умова – здоров'я нації, де важливим компонентом є здоровий спосіб життя. Здоровий спосіб життя має бути особливою формою мислення

населення, яке спрямоване спочатку на профілактику або недопущення багатьох дій, що тягнуть за собою негативні наслідки [1].

Загалом, здоров'я населення – це ресурс, що складно поповнюється та відтворюється, який впливає в цілому на функціонування держави, а також на її життєздатність.

Функція забезпечення доступності медичної допомоги для всіх категорій населення має кілька проявів. По-перше, населення нашої країни досить різноманітне щодо своєї платоспроможності. Достатньо значна частка населення (працівники бюджетної сфери, пенсіонери, безробітні та інші категорії) немає можливості отримання платної і, найчастіше, якіснішої медичної допомоги вдається до послуг бюджетної організації. Однак, у зв'язку з обмеженістю фінансування, робота подібних організацій полягає у наданні медичних послуг у певних обсягах і найчастіше із завданням шкоди здоров'ю людини [43].

Як правило, на практиці робота з профілактики цієї шкоди проводиться не досить якісно через брак фінансового забезпечення, кваліфікованих кадрів та відсутність необхідного обладнання. Крім того, доступність медичних послуг сильно відрізняється і за територіальним розташуванням, що не дозволяє населенню отримувати медичні послуги в рівному обсязі, наприклад, жителі міст та сільської місцевості, мешканці віддалених районів та обласних центрів. У таких випадках йдеться просто про надання подібного виду послуг, не кажучи вже про те, що страждає їх якість.

Основне завдання ресурсної функції полягає у збереженні здоров'я як ресурсу. Під категорією здоров'я, як ресурсу мається на увазі фізична сила, витривалість, працездатність, імунітет до хвороб, що є необхідним для збільшення періоду продуктивного робочого віку. Захворювання, каліцтво, інвалідність, передчасна смертність скорочують середній термін життя. Ресурс здоров'я є невід'ємною частиною людського потенціалу, інвестиції в який призводять до:

- збереження працездатності за рахунок зменшення захворюваності та збільшення продуктивного періоду життя людини;
- скорочення втрат суспільства, що викликаються зупиненням або блокуванням економічного потенціалу людини при захворюванні та смерті;
- зниження витрат на відновлення економічного потенціалу людини;
- скорочення строків відновлення втраченого здоров'я;
- економії коштів у запобіганні випадків втрати працездатності [28].

Комунікативна функція сприяє підтримці зв'язків, комунікацій між усіма учасниками у сфері охорони здоров'я. Сама по собі комунікація є соціальним процесом, що відображає суспільну структуру, і виконує в ній сполучну роль, сукупність інформаційних зв'язків між внутрішнім і зовнішнім суспільним середовищем.

Вплив комунікативної функції на зовнішнє громадське середовище полягає у систематичному поширенні повідомлень серед великих, розосереджених аудиторій з метою утвердження духовних цінностей та надання ідеологічного, політичного, економічного чи організаційного впливу на оцінки, думки та поведінку людей. Наприклад, актуальна у будь-який час соціальна реклама про шкоду куріння, алкоголізму та водіння у стані сп'яніння.

Ця функція реалізується через різноманітні канали комунікацій, відіграє певну соціальну роль, модель поведінки, спрямовану на свідоме ставлення до даних проблем, усвідомлене ставлення до власного здоров'я, здоров'я близьких людей і тих, хто оточує нас у повсякденному житті. У внутрішньому середовищі прояв комунікативної функції полягає у наступності соціального досвіду, у вихованні та передачі новому поколінню медичних працівників навичок, традицій та накопичених віками наукових знань.

Господарська функція сприймається як економічна діяльність, що характеризується сукупністю заходів, дій, покликаних створити господарську основу, економічне забезпечення медичної діяльності, через залучення у

галузь необхідних для неї економічних ресурсів, зокрема кошти, і навіть організувати господарський оборот коштів, що використовуються у медицині. Надання медичних послуг неможливе без витрат праці медичних працівників, використання дорогого обладнання, застосування лікарських засобів. Все це треба створити, зробити, витратити, а за це потрібно комусь сплатити. Виробництво, праця, гроші – це суто економічні категорії, тож відокремити медицину від економіки неможливо.

Креативна функція системи охорони здоров'я передбачає здатність до продукування принципово нових ідей, підходів та продуктів у вирішенні відомих завдань, а також вибору вектора розвитку прикладних наук. Дана галузь має науково-дослідні організації, вищі навчальні заклади, клініки та інші спеціалізовані медичні бази, на основі яких проводяться різноманітні фундаментальні дослідження та різні прикладні розробки, які надалі впроваджуються у повсякденну практичну медичну діяльність. Найчастіше, креативна та інноваційна функції розглядаються спільно, оскільки є взаємозалежними. Новий продукт або нова технологія, крім створення, вимагає грамотного впровадження в область свого призначення, інакше інновація може залишитися незатребуваною у зв'язку з консерватизмом, що є властивим цій сфері [3].

Інновації розглядаються як нововведення у галузі техніки, технології, організації праці, менеджменту та управління, засновані на використанні досягнень науки та передового досвіду, а також впровадження цих нововведень у різних галузях та сферах галузі. Наукові та практичні інтереси охорони здоров'я спрямовані на розвиток актуальних напрямів діяльності, розробку та впровадження у клінічну практику новітніх біотехнологій, нанотехнологій, інформаційно-комунікаційних та соціальних технологій, подальший розвиток системи менеджменту якості та створення комплексних систем лікування із залученням інноваційних технологій для діагностики, лікування та організації процесу.

Інноваційна модель розвитку системи охорони здоров'я спирається на цільові міжвідомчі наукові програми. За відповідного матеріально-технічного та кадрового забезпечення реалізація науково-медичних програм дозволяє створити умови, що необхідні для подальшого ефективного розвитку системи охорони здоров'я та технологічного прориву [51].

Також слід розглядати значення діючої системи менеджменту у сфері охорони здоров'я:

Система охорони здоров'я України має складну структуру та, відповідно до чинного законодавства, організація охорони здоров'я громадян в Україні забезпечується державною, комунальною та приватною системами охорони здоров'я, розвиток яких гарантується Конституцією. Кожен елемент системи охорони здоров'я має структуру, закріплену відповідно до законодавства.

Управління системою охорони здоров'я здійснюють Міністерство охорони здоров'я України [43] та інші центральні органи виконавчої влади, яким підпорядковані відомчі заклади охорони здоров'я, місцеві державні адміністрації та органи місцевого самоврядування, Академія медичних наук України. Крім органів публічної влади, які безпосередньо пов'язані зі сферою охорони здоров'я, ця система функціонує і завдяки контрольно-управлінським функціям інших державних інституцій, а саме Президента України (зокрема, крізь призму діяльності Офісу Президента України, Ради національної безпеки та оборони України), Верховної Ради України (зокрема, Комітет Верховної Ради України з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування), Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини, Кабінету Міністрів України (в тому числі через діяльність профільних міністерств та інших центральних органів виконавчої влади) тощо.

Завдання даних суб'єктів полягає в тому, що вони відповідно до своєї компетенції планують та здійснюють заходи щодо реалізації державної

політики у сфері охорони здоров'я, виконання програм у цій галузі та розвитку наукової діяльності цього напрямку.

Також до організацій, що перебувають у державній власності або є підконтрольними органам державної системи охорони здоров'я належать лікувально-профілактичні та науково-дослідні установи, освітні установи, фармацевтичні організації та підприємства, аптечні установи, санітарно-профілактичні установи, установи судово-медичної експертизи, служби матеріально-технічного забезпечення, підприємства з виробництва медичних препаратів та медичної техніки та інші підприємства, установи та організації [36].

До комунальної системи охорони здоров'я відносять наявні у органів місцевого самоврядування управління / відділи охорони здоров'я, а також лікувально-профілактичні та науково-дослідні установи, що знаходяться в комунальній власності, аптечні установи, установи судово-медичної експертизи, освітні установи. Самоврядні органи управління системою охорони здоров'я відповідальні за забезпечення доступності для населення гарантованого обсягу медико-соціальних послуг, розвиток на підвідомчій їм території сфери охорони здоров'я, здійснення контролю за якістю наданих послуг, а також за санітарно-гігієнічними знаннями населення.

До приватної системи охорони здоров'я відносять лікувально-профілактичні та аптечні установи, які перебувають у приватній власності, а також особи, які займаються приватною медичною практикою та приватною діяльністю, що пов'язана із забезпеченням поширення лікарських засобів, препаратів, обладнання тощо. Лікувально-профілактичні, аптечні, науково-дослідні та освітні установи створюються та фінансуються приватними підприємствами та організаціями, громадськими об'єднаннями та фізичними особами [55].

Виходячи з вищевикладеного слід зазначити, що значимість системи охорони здоров'я може бути охарактеризована з управлінської, правової, соціальної, економічної та гуманістичної позицій.

1. Управлінська складова системи охорони здоров'я полягає, по-перше, у тому, що управління у сфері охорони здоров'я є однією із значних галузей державного управління, оскільки якісне управління системою охорони здоров'я в державі може говорити про загальний рівень системи державного управління, по-друге, вкрай актуальним для життя країни є якісний менеджмент у сфері охорони здоров'я.

2. Правовий характер системи охорони здоров'я пов'язаний із верховенством Конституції та законів України, визнанням прийнятих норм міжнародного права;

3. Соціальний характер – із забезпеченням соціальних гарантій у сфері охорони здоров'я населення, державною підтримкою сім'ї, материнства та дитинства, інвалідів та літніх громадян;

4. Економічний характер системи пов'язані з роллю охорони здоров'я у суспільному відтворенні як із точки зору впливу на головну продуктивну силу, так і з погляду його ресурсного забезпечення;

5. Гуманістичний характер системи охорони здоров'я означає, що пацієнт та його права – є найвищою цінністю системи охорони здоров'я, а їх визнання, дотримання та захист є обов'язком для системи органів публічної влади та медичних закладів.

1.2. Моделі організації системи охорони здоров'я

У світі накопичено суттєвий досвід у галузі побудови та оптимізації моделей організації охорони здоров'я. Головна мета будь-якої системи охорони здоров'я – забезпечення здоров'я населення, його працездатності через доступність та якість медичної допомоги.

У більшості країн фундаментом державної політики в галузі охорони здоров'я є відповідна правова база, розроблена відповідно до міжнародних норм і стандартів, що викладені у правових документах Всесвітньої

організації охорони здоров'я, ООН, Ради Європи, Міжнародної організації праці тощо.

У сучасних умовах усі моделі охорони здоров'я можна умовно поділити на три типи:

1. Бюджетна (державна).
2. Страхова (соціально-страхова).
3. Приватна (недержавна або ринкова).

Відмінні ознаки організації управління охороною здоров'я у різних моделях:

- об'єм державного гарантування;
- джерело фінансування медичної допомоги;
- державне управління охороною здоров'я;
- замовник послуг та його статус;
- виконавець (надавач) медичних послуг та його статус;
- характер взаємовідносин між замовником та надавачем медичних послуг;
- схема фінансування галузі охорони здоров'я;
- структури, які забезпечують права пацієнтів;
- структури, що забезпечують права виробника медичних послуг [11].

Характерною рисою першої моделі, яка відома як модель Семашко-Беверіджа, є значна роль держави. Основним джерелом фінансування є податкові надходження. Медичні послуги для всього населення надаються на безоплатній основі. Частка сукупних витрат із громадських джерел у ВВП, як правило, становить 8-11%. Приватне страхування та супутні платежі відіграють додаткову роль.

Основний канал фінансування – державний бюджет. Провайдери медичних послуг одержують бюджетні кошти під контролем приватних керуючих компаній. Держава відіграє одночасно роль покупця та провайдера послуг, забезпечуючи покриття більшої частини (від 70% і вище) витрат на охорону здоров'я. Управління системою охорони здоров'я відрізняється

високим рівнем централізації. Більшість медичних послуг надається державними лікувально - профілактичними установами та приватнопрактикуючими лікарями, але ринку, як правило, відведено другорядну роль.

Держава жорстко контролює більшість аспектів ринку медичних товарів та послуг, встановлює правила допуску та доступу на ринок, формує переліки відшкодування, за допомогою тарифної політики та ціноутворення забезпечує контроль над обсягами медичних послуг. Контроль за якістю надання медичної допомоги здійснюється професійними медичними організаціями у формі акредитації закладів охорони здоров'я та ліцензування лікарів. Рівень сплат за такою системою незначний [54].

Бюджетна модель є моделлю надання медичних послуг, коли попит на послуги не є функцією ціни. Модель передбачає загальне охоплення населення послугами охорони здоров'я, фінансування із засобів загального оподаткування, контроль із боку парламенту та управління урядовими органами. Основним постачальником медичних послуг як суспільних благ є держава. Приходячи до медичного закладу, пацієнт не сплачує за надані йому послуги. В рамках безкоштовної моделі здійснюється пряме фінансування медичних організацій, минаючи при цьому державні страхові фонди [20].

Перевагою даної моделі є те, що вона характеризується досить високою економічністю, що знаходить свій прояв, перш за все, в низькому рівні адміністративних витрат. Крім того, держава має велику кількість можливостей щодо стримування витрат на медичне обслуговування за допомогою управління макроекономічними інструментами.

Тим не менш, до мінусів цієї моделі можна віднести відсутність конкуренції на ринку медичних послуг, що веде до недостатньої якості медичних послуг та уповільнення розвитку медичних технологій за рахунок більшої інертності до сприйняття інновацій. Також негативною рисою бюджетної моделі виступає менша відповідальність перед пацієнтом.

Крім цього, «залишковий» принцип фінансування, що застосовується у бюджетній моделі, як правило, характеризується виникненням дефіциту фінансових ресурсів, виділених на охорону здоров'я. Це призводить до того, що у медичних установ не вистачає коштів на обслуговування пацієнта, отже, його попит на високоякісні та дорогі послуги буде незадоволеним.

У таблиці 1.1 відображені сильні та слабкі сторони аналізованої - моделі охорони здоров'я.

Таблиця 1.1. Плюси та мінуси бюджетної моделі охорони здоров'я

	Сильні сторони	Слабкі сторони
Бюджетна модель	1. Високе охоплення населення безкоштовними медичними послугами. 2. Найменша витратність у порівнянні з двома іншими моделями. 3. Вища ефективність у вирішенні великих стратегічних проблем охорони здоров'я. 4. Велика стійкість системи охорони здоров'я внаслідок вищого рівня покриття витрат із громадських джерел.	1. Наявність черг на отримання медичних послуг як переважно одноканального фінансування з бюджету. 2. Монополізм державних лікувально-профілактичних установ та недостатня захищеність споживача від медичних послуг невисокої якості.

Другу модель, відому як модель Бісмарка, часто визначають як систему регульованого страхування здоров'я. Вона ґрунтується на принципах змішаної економіки, поєднуючи ринок медичних послуг із розвиненою системою державного регулювання та соціальних гарантій. Програми обов'язкового медичного страхування охоплюють усе або практично все населення за участю держави у фінансуванні страхових фондів.

Система обов'язкового соціального страхування є основою страхової моделі фінансування охорони здоров'я (Австрія, Бельгія, Німеччина, Голландія, Франція, Швейцарія, Японія та інших). Громадські фонди системи охорони здоров'я більшості цих країн формуються в основному за рахунок страхових внесків за відносно незначної фінансової участі держави. Державні

витрати в основному складаються з платежів на непрацююче населення, а також фінансування соціально значимих видів допомоги та цільових програм. Як правило, у більшості країн з цією моделлю фінансування, медичним страхуванням забезпечено більшість населення [31].

У країнах зі страховою моделлю фінансування існує два види медичного страхування: добровільне та обов'язкове.

Ця модель забезпечує всіх громадян можливістю отримання безкоштовної медичної допомоги, а діяльність страхових медичних організацій дозволяє забезпечити їй відповідну якість та частково подолати провали ринку, які були описані раніше. Більше того, страхова модель забезпечує стійкіший приплив коштів на охорону здоров'я порівняно з безкоштовною моделлю. В обов'язковому медичному страхуванні фінансовими джерелами медичної допомоги населенню є страхові внески, які обов'язково сплачують певні категорії страхувальників. У системі загального медичного страхування базові розміри внесків не пов'язані безпосередньо з оцінкою індивідуального ризику захворюваності та обсягом медичної допомоги, яку застрахований може отримати.

Як і в бюджетній моделі, держава покриває понад 70% витрат на медичні послуги, але сукупні державні витрати на охорону здоров'я, як правило, дещо вищі, ніж у бюджетній моделі, становлячи вже 9-13% від ВВП. Вирішальну роль у розподілі коштів відіграють приватні некомерційні або комерційні страхові фонди або компанії, роль ринку в задоволенні потреб населення в медичних послугах висока, а пацієнти мають істотну свободу у виборі страхових компаній та постачальників послуг.

Форму управління охороною здоров'я у соціально-страхової моделі можна охарактеризувати як децентралізовану через велику кількість гравців на страховому ринку. Більшість медичних послуг оплачується за обов'язковим переліком. Активно використовується система сплати. Медичні послуги надають установи різних форм власності, але переважають приватні некомерційні. Первинна медична допомога надається

приватнопрактикуючими сімейними лікарями. Ринок медичних послуг високорозвинений, а приватне страхування має додаткову роль. Роль держави у регулюванні ринку медичних послуг істотна, але менш значуща, ніж у бюджетних системах. Держава регулює діяльність страхових фондів, які разом із асоціаціями провайдерів медичних послуг у свою чергу визначають їх обсяги та якість. Більшу роль відіграють професійні організації та організації пацієнтів [10].

Системою загального медичного страхування забезпечується більш точна ув'язка гарантій медичного обслуговування застрахованих із розмірами фінансових надходжень. Але водночас у певних випадках це може стати недоліком. Оскільки загальне медичне страхування ґрунтується на страхових внесках, що залежать від фонду оплати праці найманих працівників, то існує ризик скорочення розмірів внесків, що збираються, в результаті чого і в системі загального медичного страхування буде акумулюватися недостатньо коштів для оплати медичної допомоги, що гарантується програмою загального медичного страхування. А збільшення тарифів страхових внесків чи скорочення програми загального медичного страхування може виявитися політично неприйнятним. Способами вирішення цієї проблеми можуть бути державні субсидії або раціонування споживання медичних послуг, що обмежить їх доступність.

Також до переваг цієї моделі можна віднести:

- існування можливості здійснення контролю за використанням страхових коштів;
- моніторинг якості медичної допомоги;
- надається свобода вибору страховика та медичної організації [49].

У таблиці 1.2 відображені сильні та слабкі сторони аналізованої моделі охорони здоров'я.

Таблиця 1.2. Плюси та мінуси страхової моделі охорони здоров'я

	Сильні сторони	Слабкі сторони
Страхова модель	<ol style="list-style-type: none"> 1. Високе охоплення населення безплатними медичними послугами, аналогічне охопленню у соціально-страховій моделі. 2. Гнучкість щодо акумулювання ресурсів і менша, ніж у бюджетній моделі, залежність від забезпеченості фінансовими ресурсами 3. Чіткий поділ функцій фінансування та надання медичних послуг 4. Вища порівняно з бюджетною моделлю роль конкурентних механізмів у підвищенні якості медичних послуг, що надаються приватними лікарями та установами різних форм власності 5. Дотримання принципу «гроші слідують за пацієнтом» 6. Більше структурований, ніж у бюджетній моделі, розподіл коштів 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Вища, ніж у бюджетній моделі, частка витрат на охорону здоров'я у ВВП 2. Наявність черг на отримання медичних послуг як наслідок переважно одноканального фінансування з державного фонду медичного страхування

Для третьої (приватної) моделі охорони здоров'я характерним є надання медичних послуг переважно на платній основі, за рахунок приватного страхування та власних коштів громадян. Єдина системи державного медичного страхування відсутня. Ринок відіграє ключову роль у задоволенні потреб у медичних послугах. Держава перебирає ті зобов'язання, які задовольняються ринком, тобто. покриває медичне обслуговування соціально вразливих категорій громадян: безробітних, незаможних та пенсіонерів.

На відміну від бюджетної моделі приватна модель ґрунтується на наявності конкуренції на ринку охорони здоров'я. Приватна модель базується на тому, що держава надає медичні послуги лише в обсязі, передбаченому державними програмами. У моделі приватного фінансування джерелами коштів на оплату медичної допомоги виступають індивідуальні доходи громадян та кошти роботодавців. Як правило, ці програми забезпечують

медичною допомогою незахищені верстви суспільства. Решта населення отримує медичну допомогу через систему добровільного медичного страхування.

У приватній моделі фінансування більш ніж на 50% здійснюється із приватних коштів. Кошти акумулюються у приватних комерційних страхових фондах (страхових компаніях), після чого надходять до лікувально-профілактичних установ. Управління наданням послуг децентралізоване та здійснюється великою кількістю організацій різних форм власності та рівнів. Для більшості відшкодовуваних медичних послуг та технологій надаються в рамках приватних страхових полісів. Держава визначає переліки відшкодування лише в рамках обмеженої кількості державних програм. Ринок медичних послуг та приватного медичного страхування відіграє домінуючу роль, а роль держави обмежена [70].

Більшість медичних послуг у третій моделі надається приватними лікувально-профілактичними установами та приватнопрактикуючими сімейними лікарями. Завдяки приватним страховим компаніям рівень конкуренції над ринком медичних послуг дуже високий, що позитивно позначається на їх якості, але тільки для матеріально забезпеченої частини населення. У цьому раціонального використання ресурсів не досягається.

Частка сукупних витрат на охорону здоров'я до ВВП вища, ніж у бюджетній та страховій моделях, але адекватного покращення ключових показників охорони здоров'я населення не відбувається. Роль держави у регулюванні ринку медичних товарів та послуг менш значна, ніж у бюджетній та соціально-страховій системах. Держава контролює допуск та доступ медичних технологій на ринок, діяльність страхових компаній, займається захистом конкуренції. Питання забезпечення якості медичних послуг вирішуються за допомогою ліцензування та акредитації медичних установ та лікарів, які знаходяться в руках професійних медичних організацій.

Плюси даної моделі полягають у тому, що постачальники медичних послуг мають можливість конкурувати між собою шляхом надання споживачам широкого вибору медичних послуг, а також завдяки пошуку нових інноваційних продуктів та технологій для підвищення якості медичних послуг.

З іншого боку, основними мінусами будуть:

- відсутність можливості забезпечити соціальними гарантіями отримання медичних послуг всього населення
- неможливість забезпечення контролю з боку держави;
- принцип соціальної справедливості недотримується – якість і кількість медичних послуг залежить від платоспроможності пацієнта.

Нині США є єдиною країною, де медичне обслуговування надається переважно на платній основі. Основою американської моделі фінансування охорони здоров'я є приватне страхування.

Основне обґрунтування необхідності державного забезпечення медичними послугами здійснюється не з позицій економічної ефективності, а з позицій соціальної справедливості. Це, перш за все, необхідність забезпечення послуг охорони здоров'я груп населення з низькими доходами, для людей похилого віку та інвалідів. З іншого боку, можливість отримання платної медичної допомоги надає населенню більше самостійності у виборі лікаря та лікувального закладу, що сприяє створенню конкуренції між виробниками медичних послуг та, зрештою, підвищує їхню якість.

У таблиці 1.3 відображені сильні та слабкі сторони аналізованої - моделі охорони здоров'я.

Незважаючи на те, що жодна з існуючих у світі моделей охорони здоров'я не може претендувати на універсальність, аналіз параметрів цих моделей, їх сильних та слабких сторін, а також узагальнення досвіду конкретних країн має значення при реформуванні та оптимізації діючої моделі охорони здоров'я в Україні.

Таблиця 1.3. Плюси та мінуси приватної моделі охорони здоров'я

	Сильні сторони	Слабкі сторони
Приватна модель	1. Широкий діапазон медичних установ. 2. Відсутність черг на медичне обслуговування. 3. Наголос на якості медичної допомоги та захист прав споживачів. 4. Високі доходи лікарів та інших медичних працівників.	1. Відсутність єдиної національної системи охорони здоров'я. 2. Фрагментарність медичних послуг 3. Домінуюча роль приватної медицини 4. Недостатньо високий рівень доступності медичних послуг для більшості населення, значна частина населення не охоплена жодними видами страхування.

На рис. 1.1 представлено класифікацію систем охорони здоров'я провідних країн відповідно до трьох основних моделей – бюджетної, страхової та приватної [33].

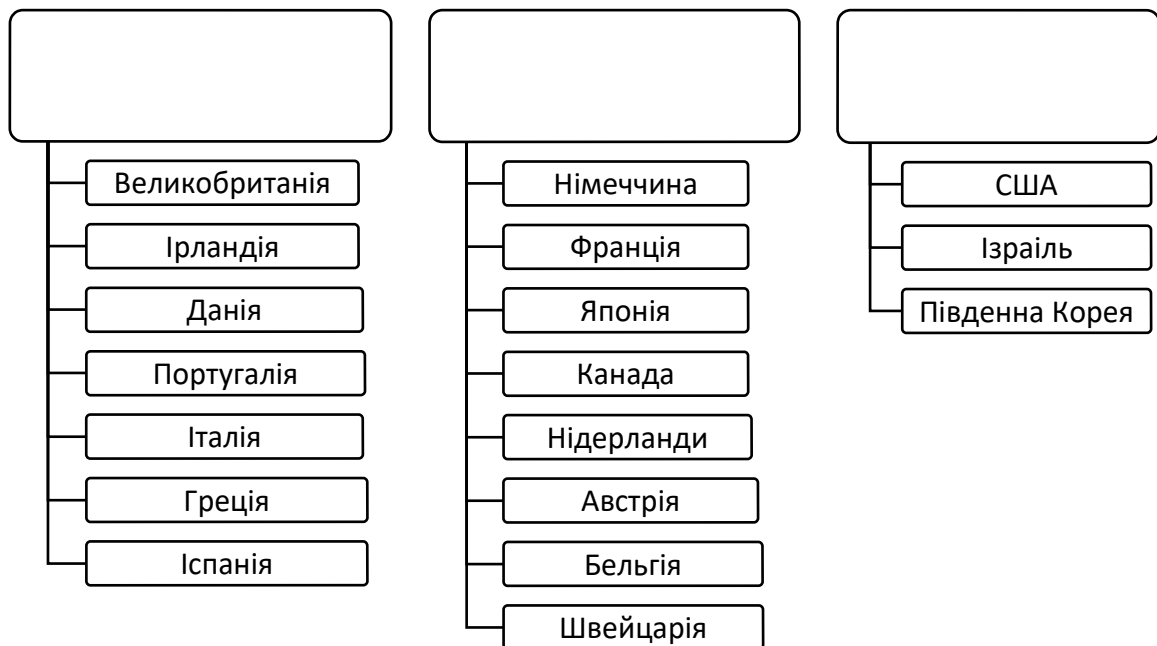


Рис. 1.1. Класифікація систем охорони здоров'я провідних країн згідно з трьома основними моделями

Характерною рисою більшості національних систем охорони здоров'я розвинених західних країн є поєднання державного регулювання діяльності

медичних організацій та страхових компаній із конкуренцією за споживача, що веде до зростання ефективності та рівності доступу до медичного обслуговування. По суті, в європейських країнах в останні два десятиліття робляться спроби активізації ринкових механізмів у охороні здоров'я зі збереженням держрегулювання, оскільки через специфіку цієї сфери та ступінь її соціальної значущості повністю ринкові відносини тут не допустимі.

Бюджетна модель поширена у значній кількості європейських країн, а також була представлена у СРСР. Тож у аналіз цієї моделі є актуальним для України, оскільки дає змогу порівняти історичну спадщину у сфері охорони здоров'я та сьогоdnішній провідний досвід. Яскравим представником бюджетної моделі можна назвати Великобританію.

Великобританія надає безкоштовне медичне обслуговування всім, хто має право на проживання в країні, незалежно від рівня доходів та громадянства. В основі системи охорони здоров'я лежить концепція NPSM (New Public Sector Management), основним принципом якої є запровадження загальних засад управління державним та приватним секторами охорони здоров'я. Провідні положення організації галузі охорони здоров'я у Великобританії наступні:

- розподіл функцій менеджменту (окремо регулюючі установи, окремо ті, що безпосередньо задіяні у наданні медичної допомоги);
- наділення керівників установ широкими повноваженнями у використанні людських та матеріально-фінансових ресурсів;
- впровадження індивідуальних контрактів з медичними працівниками залежно від результатів їх діяльності;
- впровадження принципів підприємництва у діяльності державних лікувально-профілактичних установ;
- державне регулювання діяльності провайдерів медичних послуг;
- створення наглядових рад при закладах охорони здоров'я;
- вільний вибір провайдер медичних послуг пацієнтом [50].

У Великобританії функціонує специфічний механізм надання медичної допомоги, в основу якого покладено принцип організації охорони здоров'я державною. Кожний громадянин приписаний до відповідного медичного центру за місцем проживання. При виникненні проблем із здоров'ям пацієнт має записатись на прийом до свого лікаря. Тривалість очікувань становить від кількох днів до тижня. В разі необхідності термінової консультації пацієнт очікує, коли в лікаря звільниться час для незапланованого прийому. Терапевт установлює первинний діагноз, направляє пацієнтів на діагностичні обстеження та на консультації до вузьких спеціалістів.

Система охорони здоров'я Великобританії надає суттєві пільги на придбання лікарських засобів. Деяким категоріям громадян вони надаються безкоштовно:

- дітям та підліткам у віці до 16 років;
- студентам до 18 років;
- особам похилого віку, яким виповнилося 80 років [44].

Окрім того, для осіб пенсійного віку діє система знижок на фармацевтичні препарати, яка визначається розміром пенсії та рівнем добробуту.

Система Бісмарка, заснована на страховій моделі фінансування, поширена у багатьох країнах світу. У Європейському союзі вона представлена у Німеччині, Австрії, Бельгії, Нідерландах та Франції.

Для порівняння можна взяти приклад двох розвинених європейських країн із високим рівнем економіки та значно розвиненою системою соціального забезпечення, таких, як. Загальні риси організації систем охорони здоров'я Німеччини та Нідерландів наступні:

- розподіл системи охорони здоров'я поділяється на обов'язкове державне медичне страхування та додаткове медичне страхування;
- майже всі громадяни обох країн повинні мати обов'язкову медичну страховку;

- наявність страхових медичних організацій, у яких здійснюється акумулювання фінансових ресурсів, та які виконують роль посередника між застрахованими та постачальниками медичних послуг;
- існування квазіринкової моделі охорони здоров'я;
- лікарняні каси є фінансово незалежними, самоокупними та повністю самоврядними [18].

У Нідерландах національний уряд несе спільну відповідальність за встановлення пріоритетів у галузі охорони здоров'я та внесення, за потреби, законодавчих змін, а також контроль за доступом, якістю та витратами на охорону здоров'я. Він також частково фінансує соціальне медичне страхування (комплексна система із загальним охопленням) для базового пакету допомоги (за рахунок субсидій із загального оподаткування та перерозподілу зборів із заробітної плати між страховиками через систему коригування ризиків) та систему обов'язкового соціального медичного страхування для довгострокового забезпечення.

Профілактика та соціальна підтримка не є частиною соціального медичного страхування, а фінансуються за рахунок загального оподаткування. Місцева влада та страховики відповідають за надання більшості амбулаторних довгострокових послуг. Крім цього існують такі особливості:

- загальне обов'язкове медичне страхування, що ґрунтується на принципі взаємної солідарності – єдина вартість мінімального пакету медичних послуг для всіх застрахованих;
- конкуренція між лікарняними касами є основним пріоритетом розвитку охорони здоров'я;
- самостійний вибір та існування можливості зміни страховика 1 раз на рік;
- лікарняна каса самостійно визначає розмір страхового тарифу. При цьому єдиний розмір тарифу для всіх застрахованих категорій, які вибрали певну лікарняну касу;

- страхові компанії, що містять у своєму страховому портфелі велику частку застрахованих осіб з високим ступенем ризику, фінансуються вище (система оцінки ризиків недосконала та постійно доопрацьовується);

- лікарі загальної практики мають право виставляти рахунки до лікарняних кас за надані послуги їх застрахованим громадянам, навіть за відсутності договору між лікарем та лікарняною касою;

- на додаток до основного (єдиного) пакету медичних послуг, страховики можуть пропонувати додаткові;

- можливість вибору страховиком медичної організації та лікаря загальної практики (проте, громадяни не довіряють лікарняним касам, які направляють їх у певні медичні організації, через побоювання існування між ними взаємовигідного співробітництва з корисливою метою);

- можливість з допомогою інформування застрахованої особи направляти їх у певну медичну організацію, що відповідає інтересам споживача [11].

Обов'язковість медичного страхування в Німеччині передбачена законом, крім того, при обов'язковому страхуванні всі члени сім'ї застрахованого є спільно застрахованими без внесення додаткових внесків у разі, якщо дохід кожного не перевищує певного мінімуму.

Однак у країні встановлено верхню межу рівня заробітної плати, перевищення якого дає можливість індивіду не брати участь у програмах обов'язкового медичного страхування та застрахуватися у приватній компанії. Важливим джерелом фінансування системи обов'язкового медичного страхування Німеччини є обов'язкові доплати із боку застрахованих осіб. серед особливостей менеджменту системи охорони здоров'я у Німеччині слід виділити таке:

- 85% відсотків населення Німеччини застраховано у системі обов'язкового медичного страхування;

- якщо громадянин заробляє більш певної суми (понад 57 600 €) , то він може бути застрахований як у системі обов'язкового медичного

страхування, так і добровільно перейти до системи добровільного медичного страхування;

- на додаток до основного (єдиного) пакету медичних послуг, страховики можуть пропонувати додаткові послуги за додаткову плату;
- лікарняні каси мають можливість перевищувати визначений державою мінімум надання послуг - у разі підвищення обсягу надання медичних послуг вище за законодавчий мінімум каси вправі самостійно встановлювати розмір страхового внеску;
- лікарняні каси укладають договори на оплату медичних послуг безпосередньо з регіональними асоціаціями лікарів загальної практики, які, у свою чергу, здійснюють контроль за якістю та обсягом медичних послуг;
- лікарняні каси є некомерційними організаціями, контрольованими державою – не здійснюють контролю якості медичної допомоги [23].

Одними з основних особливостей країн, що розглядаються, є те, що страховик самостійно формулює суттєві умови страхування, наприклад, такі як види додаткової медичної допомоги та медичних послуг, витрати на них, а також встановлює річний ліміт відповідальності з розміщення витрат. Механізм співучасті населення у медичних витратах існує у більшості країн Європейського Союзу, і призначений насамперед для обмеження надмірного споживання медичних послуг та стримування зростання державних витрат на охорону здоров'я.

Крім того, необхідно зазначити, що всі країни з високою ефективністю страхової моделі, що входять до топ-30 рейтингу агентства Bloomberg, характеризуються цілим комплексом параметрів для розвитку ринкової конкуренції у сфері охорони здоров'я:

- висока щільність населення, з невеликою та досить рівномірно заселеною територією;
- країни мають ефективну транспортну систему та розвинену мережу міст;
- високий показник внутрішнього валового продукту.

РОЗДІЛ 2. СУЧАСНИЙ СТАН МЕНЕДЖМЕНТУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ПРОВЕДЕННЯ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ

2.1. Механізм державного регулювання у сфері охорони здоров'я

Для держави здоров'я населення є одним із найбільш цінних економічних ресурсів, тому ця сфера перебуває під пильною увагою держави та усіх органів публічного управління.

Державна політика – це цілеспрямовані дії, що розробляються і втілюються в життя органами публічної влади за участю інститутів громадянського суспільства. Завданнями державної політики є вирішення певних проблем, досягнення стратегічних цілей, що визначають розвиток держави та суспільства. За допомогою державної політики виконуються завдання в тій чи іншій галузі. При цьому держава спирається на доступні їй ресурси, методи впливу (адміністративні, нормативні, економічні тощо).

Основами державної політики у сфері охорони здоров'я є такі положення:

- по-перше, здоров'я населення – це фактор підвищення національної безпеки;
- по-друге, фінансування системи охорони здоров'я має пріоритетний характер;
- по-третє, громадянам гарантується надання медичної допомоги, яка відповідатиме встановленим стандартам якості надання медичних послуг;
- по-четверте, інтереси громадян і держави в галузі охорони здоров'я єдині і спрямовані на досягнення схожих цілей;
- по-п'яте, у разі часткової чи повної втрати здоров'я громадян їм гарантовано соціальну захищеність;

- по-шосте, заходи щодо профілактики захворювань та забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя населення є пріоритетними [60].

Суб'єкти публічного управління у сфері охорони здоров'я зображено на рис. 2.1.

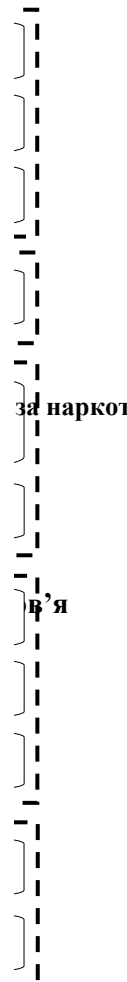


Рис. 2.1. Суб'єкти публічного управління у сфері охорони здоров'я в Україні

Кожен рівень суб'єктів має власні місце та роль у формуванні та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я та менеджменту системи охорони здоров'я. При цьому керуюча роль належить першим двом рівням.

Президент України виступає гарантом державного суверенитету, територіальної цілісності України, прав та свобод людини та громадянина. Серед повноважень Президента України щодо загального керівництва державою належить у тому числі й загальне керівництво в системі охорони

здоров'я, саме Президент несе особисту відповідальність за реалізацію державної політики, забезпечує виконання загальнодержавної політики через систему органів державної виконавчої влади та здійснює інші повноваження [32].

Верховна Рада України безпосередньо не займається менеджментом системи охорони здоров'я, а тільки впливає на неї шляхом прийняття законів з питань функціонування цієї сфери, затверджує загальнодержавні програми щодо охорони здоров'я населення, формує відповідні проекти засад державної політики, розглядає концепції реформування системи охорони здоров'я, проводить парламентські слухання щодо стану охорони здоров'я в Україні [21].

До основних завдань Кабінету Міністрів України, як вищого органу в системі органів виконавчої влади, належить завдання забезпечення охорони здоров'я. Загалом уряд забезпечує реалізацію державної політики у сферах охорони здоров'я, санітарно-епідемічного благополуччя, охорони материнства та дитинства, фізичної культури, а також доступність для громадян медичних послуг та фізкультурно-оздоровчих закладів [68].

Крім того, Кабмін:

- створює економічні, організаційні та правові механізми, що стимулюють ефективність функціонування системи охорони здоров'я;
- укладає міжнародні угоди та координує міжнародне співробітництво з питань охорони здоров'я;
- у межах власної компетенції здійснює інші повноваження, які відповідно до законодавства покладені на органи виконавчої влади [59].

Міністерство охорони здоров'я України є головним органом системи ЦОВВ, що забезпечує формування та реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я та захисту населення від інфекційних хвороб, протидії ВІЛ/СНІДу, а також іншим соціально небезпечним захворюванням, профілактики та попередження неінфекційних захворювань. Крім того, МОЗ загалом забезпечує формування та реалізацію державної політики у сферах:

- епідеміологічного нагляду;
- розвитку медичних послуг;
- технічного регулювання вироблення медичних препаратів та техніки;
- забезпечення контролю якості та реалізації лікарських засобів тощо [10].

Держава забезпечує інтереси економічного та соціального розвитку суспільства, концентруючи владу та санкціонуючи існування всіх недержавних інститутів. Існують різні позиції у питанні про необхідність втручання держави у соціально-економічне життя та про допустимі межі втручання. Переважна більшість фахівців схиляється до думки, що державний вплив у цій галузі неминучий, оскільки сфера охорони здоров'я потребує цілеспрямованих дій держави. Існуючі проблеми чітко дають зрозуміти, що їхнє рішення не можливе без участі держави, оскільки вони мають специфічні особливості (рис. 2.2).

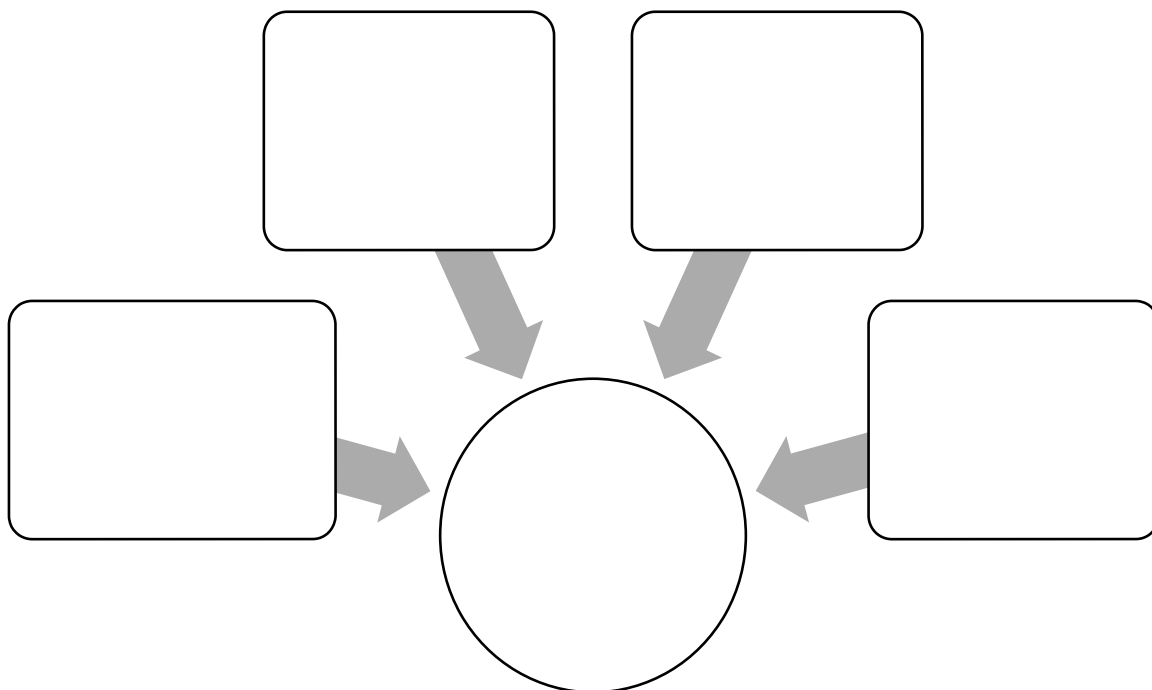


Рис. 2.2. Негативні фактори впливу на систему охорони здоров'я в Україні

Серед основних факторів впливу можна виділити наступні:

1. Недофінансування бюджетної системи охорони здоров'я.

Недофінансування галузі відображається у відсутності можливості гідної оплати праці медичного персоналу, у неможливості забезпечення населення достатньою кількістю ліків та дотримання сучасних стандартів лікування, у відсутності можливості забезпечити медичні установи розходними матеріалами та сучасним обладнанням у достатньому обсязі.

2. Дефіцит та неоптимальна структура медичних кадрів.

Одним із основних факторів є незадоволеність соціально-економічним становищем, а саме – низьким рівнем оплати праці, у зв'язку з чим виникає дефіцит фахівців. Більшість молодих фахівців йдуть із установ державного та комунального підпорядкування до приватних, оплата праці в яких дозволяє забезпечити більш прийнятний рівень життя медичних працівників. Молоді люди, які вирішили здобути вищу медичну освіту, найчастіше обирають напрямок, який дозволить отримати в майбутньому максимальний економічний ефект із обраної професії. Приклад: переважання фахівців у сфері стоматологічних послуг та нестача лікарів загальної практики.

3. Незадовільна кваліфікація медичних кадрів і, як наслідок, низький рівень якості медичної допомоги.

Невідповідність системи підвищення кваліфікації медичних кадрів потребам практичної реалізації системи охорони здоров'я та міжнародним стандартам.

4. Ринок медичних послуг. Його основна відмінна галузева особливість полягає в тому, що він функціонує в соціальній сфері, тому будь-які спроби його комерціалізації розглядаються громадянами як зазіхання на соціальне право, закріплене в Конституції. До інших відмінних рис ринку медичних послуг, прийнято відносити:

- невизначеність ризику;
- значна кількість зовнішніх факторів впливу;
- асиметрію інформації;
- низьку цінову еластичність попиту та переважно олігополістичну структуру ринку;

- значний вплив на кон'юнктуру ринку морально-етичних установок суспільства [42].

Враховуючи відсутність можливості для самостійного вирішення вищезазначених проблем безпосередніми учасниками процесу, лише держава має достатні адміністративні та інформаційні ресурси для ефективного впливу на всі елементи ринкової системи у межах сфери охорони здоров'я та забезпечення якісними медичними послугами [29].

Система державного управління сферою охорони здоров'я є надскладною, а тому під час дослідження її суб'єктів, об'єктів, механізмів, а також чинників впливу необхідно використовувати системний підхід. Саме його обґрунтовано вважають необхідною умовою для визначення засадних принципів побудови адаптивного менеджменту для державних медичних організацій і приватних медичних закладів. У загальному поданні системні механізми державного управління сферою охорони здоров'я слід розглядати в координатах розмежування сутності державного управління медичною галуззю та форм його реалізації в рамках суб'єктно-об'єктних відносин. Їх пріоритети та паритети виступають основою для визначення основних компонентів загального механізму державної та внутрішньої управлінської діяльності, структурну будову яких в узагальненому контексті подано на рис. 2.3.

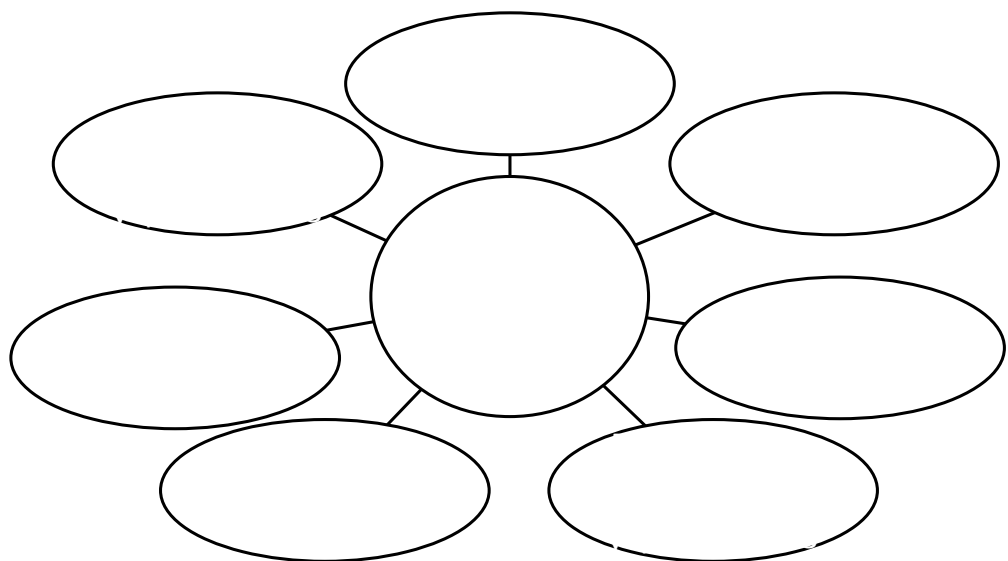


Рис. 2.3. Компоненти менеджменту системи охорони здоров'я

Методи, що використовуються державою для впливу на ринок медичних послуг поділяють на наступні групи:

1. Адміністративно-розпорядчі методи.

Ці методи виробляються вищими органами публічного управління та засновані на обов'язковому виконанні. У науковій літературі ці способи інакше називають організаційно-розпорядчими, цим підкреслюючи властиві цьому методу організаційні засади, які у відповідності протікання процесів й у досягненні координації дій учасників ринку медичних послуг, у формуванні та перетворенні організаційно-правових структур, зайнятих наданням медичних послуг. У той час як розпорядчим методам характерні регулюючі дії, що генеруються у формі законів, постанов, правил, норм, розпоряджень, стандартів, наказів, що йдуть зверху донизу. Таким чином, регулювання діяльності об'єктів і суб'єктів на ринок медичних послуг здійснюється за допомогою створення правової бази, відповідно до ситуації, що складається, в зовнішньому середовищі, а також в умовах економічних катастроф, епідемій та інших форс-мажорних обставин. Встановлені державою норми, стандарти, суворі заборони та обмеження, ліцензування, сертифікація та інші заходи є обов'язковими для виконання учасниками ринку медичних послуг незалежно від їхньої волі та бажань. У разі невиконання винні особи підлягають покаранню з боку держави.

2. Економічні методи.

Ці методи включають аналіз витрат на охорону здоров'я населення, вивчення сформованого попиту та пропозиції на медичні послуги, виявлення проблем захворюваності населення і тенденцій змін в конфігурації системи охорони здоров'я на всіх її рівнях, на основі дослідження даного ринку. Керуючі та регулюючий вплив здійснюється за допомогою угод, контрактів, договорів у вигляді зобов'язань, умов тощо. Ці методи мають високу гнучкість, можливість швидкої адаптації, встановлення прямого зв'язку між результатами діяльності і масштабами стимулювання або покарання. Дані

методи, властиві ринковому саморегулюванню, засновані на матеріальній зацікавленості учасників сфери охорони здоров'я у досягненні своїх цілей і більш характерні для недержавного сектора охорони здоров'я. Економічні методи передбачають використання прогнозування (моделювання) різних процесів у сфері охорони здоров'я, за допомогою подальшого втілення їх у проекти та програми розвитку даної галузі.

3. Методи морального стимулювання.

Вони характерні тим, що спираються на морально-етичні норми суспільства, взаєморозуміння, взаємоповаги, співробітництва, які застосовуються у державному та недержавному секторах охорони здоров'я. Мотивація полягає у підвищенні обсягів та покращенні якості медичних послуг, що задовольняють запити споживачів, та ослабленні несприятливого ефекту примусу, перетворюючи зовнішній вплив на акт власної волі виконавців [71].

У зв'язку з тим, що ринок медичних послуг має характерні особливості то й механізми його регулювання відрізняються від загальноприйнятих, вони повинні мати певну гнучкість і застосовуватися з урахуванням безлічі відмінностей (технічного, демографічного та географічного характеру).

Інструменти, що застосовуються для управління у сфері охорони здоров'я, включають:

- правові, економічні та адміністративні регулятори;
- оцінка регулюючого впливу, що підвищує якість регулювання у сфері медичних послуг;
- адміністративні регламенти надання послуг у сфері охорони здоров'я;
- державні соціальні стандарти у галузі охорони здоров'я;
- забезпечення державних гарантій надання громадянам безоплатної медичної допомоги;
- національні проекти;
- регіональні цільові програми охорони та зміцнення здоров'я;

- стандарти у галузі охорони здоров'я;
- ліцензування окремих видів діяльності у галузі охорони здоров'я;
- кваліфікаційні вимоги для працівників, що задіяні у сфері охорони здоров'я;
- сертифікація медичних послуг.

Функції та методи публічного та корпоративного управління у сфері охорони здоров'я:

- прогнозування та планування;
- субсидування на основі співфінансування;
- державне та комунальне фінансування, у тому числі й надання медичних послуг;
- розподіл бюджетних трансфертів;
- бюджетування, орієнтоване на результат;
- оподаткування;
- кредитування;
- амортизаційна політика;
- фінансовий контроль тощо [6].

«Фінансові ресурси медичних установ (організацій) складаються з грошових надходжень, отриманих у результаті перерозподілу, та доходів від діяльності, що приносить дохід, з надання платних медичних послуг, які перебувають у розпорядженні установи (організації) охорони здоров'я та призначені для виконання державних гарантій надання громадянам безкоштовної медичної допомоги» [59].

Принципи державного менеджменту у сфері охорони здоров'я можна поділити на загальні та конкретні.

До загальних принципів менеджменту у сфері охорони здоров'я належать:

- формування ефективної інституційної структури (у тому числі її нормативно-правового забезпечення), що підтримує перехід від керування витратами до керування результатами;

- забезпечення рівності прав громадян на отримання безпечної, ефективної та якісної медичної допомоги;
- забезпечення гарантованого обсягу безкоштовної медичної допомоги;
- доступність медичної допомоги та підвищення соціальної відповідальності суб'єктів системи охорони здоров'я;
- постійне підвищення якості медичної допомоги;
- пріоритетність профілактичної спрямованості у діяльності системи охорони здоров'я;
- забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя населення;
- спадкоємність діяльності організацій у сфері охорони здоров'я під час надання медичної допомоги;
- соціальна орієнтованість охорони здоров'я (задоволення потреб населення та покращення якості життя);
- віднесення здоров'я населення, безпеки, ефективності та якості лікарських засобів до факторів забезпечення національної безпеки.

Серед конкретних принципів управління у сфері охорони здоров'я виділяють:

- розроблення адміністративних регламентів для реалізації державних (комунальних) функцій та надання державних (комунальних) послуг у сфері охорони здоров'я;
- облік поточних та перспективних потреб сфери охорони здоров'я на основі аналізу соціальних, демографічних та економічних процесів;
- створення ефективної системи вирівнювання фінансового забезпечення територіальних програм державних гарантій надання громадянам безоплатної медичної допомоги на основі мінімального нормативу територіальної програми державних гарантій;
- підвищення відповідальності суб'єктів, що приймають участь у функціонуванні системі охорони здоров'я;
- створення системи управління якістю медичної допомоги;

- формування конкурентної моделі надання медичної допомоги зі створенням умов для вибору медичної організації та медичного персоналу, забезпечення доступності для населення інформації про діяльність страхових та медичних організацій, створення умов для участі медичних організацій різних організаційно-правових форм у формуванні державної політики охорони здоров'я [48].

У розвинених державах соціальна політика спрямована не на зменшення, а лише на зміну своєї діяльності з використанням певних орієнтирів, що стимулюють ефективніший розвиток систем державного менеджменту у сфері охорони здоров'я. Отже, система охорони здоров'я повинна мати компетенцію, здатну регулювати надання медичних послуг на договірній основі та інші механізми ринкового типу для досягнення соціальних цілей, забезпечення зміцнення здоров'я, якості та ефективності медико-санітарної допомоги й задоволення потреб населення у якісних медичних послугах [12].

Завданням регулювання є координація діяльності учасників для підтримки та зміцнення здоров'я населення та збільшення тривалості якісного життя. Винятково держава має достатні інформаційні та адміністративні ресурси для ефективного впливу на всі елементи ринкової структури:

1. Прогнозувати динаміку захворюваності, а отже, і рівень витрат, пов'язаних з наданням медичної допомоги, можливо лише на макроекономічному рівні. Фактично ці прогнози втілюються у державному замовленні на надання медичної допомоги певного виду та у певній кількості. З можливості прогнозування логічно випливає можливість мультиплікативного впливу на громадське здоров'я з допомогою вироблення напрямів профілактики, вакцинації, санітарної освіти та інших.

2. Недосконалість ринку, пов'язана з асиметрією інформації, можливо нівелювати за допомогою державних дозвільних та оціночних процедур, що сигналізують про якість товару та сумлінність виробника: сертифікацію,

ліцензування, акредитацію. При цьому державне замовлення розміщується виключно у ліцензованих підприємствах та організаціях.

3. Штучне завищення цін на окремі лікарські засоби, вироби медичного призначення та послуги внаслідок низької цінової еластичності попиту можна обмежити шляхом державних закупівель на основі тендерів, аукціонів.

4. Олігополістичну структуру ринку медичних послуг можна контролювати шляхом застосування всіх відомих заходів державного антимонопольного регулювання.

5. Конституційне право на охорону здоров'я не повинно перетворюватися на соціальне утриманство, держава має чітко лімітувати свої зобов'язання у сфері охорони здоров'я, виділяючи різні категорії громадян за ступенем свободи доступу до безкоштовної медичної допомоги. Для полегшення розуміння підходів, що склалися на сучасному етапі, до державного регулювання розвитку галузі необхідно розглянути трансформацію механізмів державного менеджменту у сфері охорони здоров'я в історичному аспекті [20].

Таким чином, охорона здоров'я є одним з основних та невід'ємних елементів структури соціальної сфери, яка завжди має перебувати в числі перших інтересів держави, оскільки недоліки у галузі відчуває на собі кожен громадянин. В Україні охорона здоров'я населення є справою державного значення відповідно до стратегії національної безпеки України, яка визначає здоров'я населення основою національної безпеки країни, передбачає розвиток людського капіталу України через модернізацію охорони здоров'я [37].

Головне завдання менеджменту у сфері охорони здоров'я полягає у збереженні та відновленні здоров'я людини – головної складової частини продуктивних сил суспільства, та реалізується заходами щодо зниження рівня захворюваності, смертності та інвалідності, що у свою чергу сприяє зростанню національного доходу країни та підвищенню добробуту народу. Якість і рівень громадського здоров'я безпосередньо залежить від

сформованих у країни соціально-економічних умов і вважається однією з явних і точним індикаторів соціально-економічної ситуації загалом. Тільки держава, маючи в наявності всі необхідні адміністративні, правові та економічні інструменти, здатна впливати на ситуацію, що склалася. Роль державного менеджменту нині є провідною у цій галузі.

2.2. Проблеми сучасного менеджменту системи охорони здоров'я

Головною метою державної політики у сфері охорони здоров'я є забезпечення доступності медичної допомоги та підвищення ефективності медичних послуг, обсяги, види та якість яких повинні відповідати рівню захворюваності та потреб населення, передовим досягненням медичної науки. Державна політика в галузі охорони здоров'я орієнтована на забезпечення необхідних критеріїв для системи заощадження здоров'я громадян, які допоможуть проводити санітарне навчання персоналу, профілактику хвороб, гарантувати надання медичної підтримки населенню, вести наукові вивчення в галузі охорони здоров'я та підготовку медичних та фармацевтичних працівників, удосконалювати матеріально системи охорони здоров'я [29, с. 12].

Ефективність системи охорони здоров'я громадян значною мірою визначається станом кадрового потенціалу галузі. У сучасних умовах потрібне покращення системи планування, прогнозування та моніторингу підготовки медичних співробітників, збільшення рівня їх підготовки з проблем управління та економіки охорони здоров'я.

Вирішення завдання підвищення ефективності охорони здоров'я визначає попит на нові методологічні розробки в галузі інноваційних підходів до управління та розвитку галузі охорони здоров'я, раціонального використання ресурсів, формування ринку медичних послуг.

Охорона здоров'я має свою специфіку, зумовлену певним видом

діяльності та соціальною спрямованістю. Результатом діяльності медичних закладів є надання населенню медичних послуг, споживачем яких, отже, і активним учасником процесу, виступає пацієнт. «Складність оцінки та визначення якості результатів роботи медичного персоналу, емоційна напруженість праці, надзвичайна відповідальність, необхідність постійного вдосконалення професійних знань, зміна економічної мотивації лікаря визначають особливості організації управління у сфері охорони здоров'я» [44].

Управління – це «складна, різноманітна, інтелектуальна та практична діяльність, що включає інформаційно-аналітичну, організаційну роботу, а найголовніше – роботу з людьми у процесі постановки та реалізації цілей» [39, с. 12].

Діяльність з менеджменту системи охорони здоров'я обов'язково включає цілі і завдання, функції, форми і методи їх здійснення.

Найважливіше значення системі управління мають його мети. Визначення цілей – першооснова, якій підпорядковане функціонування системи управління. Тому в галузі охорони здоров'я все ширше застосовується програмно-цільове управління, орієнтоване досягнення конкретних результатів. Будучи складною за своєю структурою, система управління охороною здоров'я має не одну, а багато взаємопов'язаних між собою цілей, які взаємно доповнюють одна одну, але водночас мають різну спрямованість. Проте вони підпорядковані і відбивають головну мету управління охороною здоров'я в Україні, якою виступає вироблення і застосування системи заходів, вкладених у зниження втрат суспільства від захворюваності, інвалідності і смертності населення за наявних ресурсів [52, с.44].

Найбільш важливими підцілями є профілактичні, реабілітаційні, лікувально-оздоровчі, діагностичні, демографічні, репродуктивні, правові. Для їх досягнення необхідно вирішити низку певних завдань, основними з яких є:

- «підвищення ефективності управління системою охорони здоров'я за мінімізації витрат;
- підвищення адресності у наданні медичних послуг;
- створення державно-громадської системи оцінки якості та контролю за діяльністю закладів охорони здоров'я;
- забезпечення єдиного соціально-правового та інформаційного простору» [57, с.96].

Функції пронизують і організацію, і управління, тому вони визначають основний зміст управлінської діяльності. Вся управлінська діяльність визначається трьома основними функціями, які замикають цілі управління:

- прийняття управлінського рішення, яке полягає в оцінці ситуації, плануванні та прогнозуванні основних показників діяльності системи охорони здоров'я у частині задоволення населення медичною допомогою;
- здійснення цього рішення, яке передбачає організацію діяльності, в тому числі формування системи управління, її функціонування, координація та регулювання діяльності всіх учасників процесу надання медичної допомоги;
- контроль та аналіз обсягу та якості наданих послуг, а також ефективності використання наявних ресурсів, облік та звітність. Результати контролю та аналізу призводять у результаті до аналітичних висновків та висновків, відповідно до яких приймається управлінське рішення [29, с.33].

Реалізація мети створення системи якісної та доступної охорони здоров'я ефективно досягається лише при застосуванні програмно-цільового підходу та впровадження системи збалансованих показників для оцінки ефективності процесо-орієнтованого управління організацією.

Сучасна охорона здоров'я характеризується вираженою тенденцією до централізації управління, як наслідок реформ суспільно-політичного ладу та економіки України. Більшість повноважень, ресурсів та відповідальність делегована вищим органам управління.

Посилення ролі державної ланки охорони здоров'я, набуття установами

статусу самостійної юридичної особи, розвиток недержавного сектора призвели до значного ускладнення процесу управління галуззю [27, с.33].

На етапі реформування посилюється роль ефективного управління на установчому рівні для вибору оптимальної організації роботи та отримання конкретних результатів.

Складові частини вдосконалення менеджменту це:

- 1) формування сучасної методології управлінських процесів;
- 2) раціональна побудова інформаційного забезпечення управління та застосування передових технологій інформатизації;
- 3) формування та планування фінансових потоків у нових економічних умовах;
- 4) підготовка керівника нової формації [31, с.54].

Системний підхід до управління у сучасній охороні здоров'я передбачає поєднання та єдність економічних, адміністративних, технологічних методів, спрямованих на досягнення головної мети охорони здоров'я – надання доступної, кваліфікованої та безкоштовної медичної допомоги. «В результаті застосування сучасних методів управління ми отримаємо оптимальне співвідношення таких показників, як обсяг, якість, собівартість та ефективність медичної допомоги» [27, с.12].

Ефективне управління також неможливе і без сучасного інформаційного забезпечення, використання інноваційних інформаційних технологій, створення єдиної інформаційної системи. Інформаційне поле має охоплювати всі аспекти системи охорони здоров'я: стан здоров'я населення, медичні технології, обсяг та якість надання допомоги, наявність та використання ресурсів.

Розробка інформаційних систем та системних рішень має виконувати поточні та довгострокові завдання управління системою охорони здоров'я. Передові технології інформатизації необхідні функціонування системи контролю та управління якістю медичної допомоги, оцінки ефективності програм, встановлення правових, організаційних, економічних,

інформаційних зв'язків, як усередині структури (системи), і з іншими організаціями.

За останні роки принципово змінилися підходи до фінансового забезпечення медичних установ. Введення в дію нових нормативно-правових актів, розвиток приватного сектору охорони здоров'я вимагають підвищення конкурентоспроможності державних медичних установ, гнучкості у фінансово-економічних підходах [16, с.34].

Планування та оцінка діяльності закладів охорони здоров'я в сучасних умовах вимагає, поряд із загальноприйнятими показниками (ліжко-місце, поліклінічне відвідування), використання якісних показників, що відображають динаміку стану здоров'я населення та задоволеності медичною допомогою.

Ефективність реалізації реформ, що плануються та проводяться в галузі, безпосередньо залежить від рівня підготовки керівного складу медичних та фармацевтичних організацій. Модернізація охорони здоров'я та раціональне розпорядження ресурсами неможливі без компетентних фахівців, які володіють сучасними технологіями управління та здатні вирішувати організаційні та економічні проблеми галузі [39, с.33].

Сучасному керівнику необхідно володіти питаннями ефективного управління, удосконалення механізмів фінансування медичних організацій, проведення фінансових розрахунків щодо виконання медичних робіт та послуг, ефективного використання фінансових засобів, адміністративних та мотиваційних форм управління.

Таким чином, кризові явища в економіці вплинули і на функціонування сфери охорони здоров'я. Специфіка сучасного етапу розвитку вітчизняної сфери охорони здоров'я полягає в тому, що при дотриманні єдиної стратегії досягнення планових показників розвитку галузі, як і раніше, залишаються невирішеними проблеми кадрового забезпечення, а також якості наданих медичних послуг, що за відсутності державного фінансування робить неефективними програми, що реалізуються на державному рівні. та проекти

[28, с.29].

Глобальний масштаб змін, що відбуваються в країні, вимагає розгляду охорони здоров'я як сфери послуг з пропозицією узагальнюючих методів її управління при врахуванні ринкових перетворень.

Сучасний етап формування системи охорони здоров'я в Україні характеризується специфікою економічних відносин у кризових умовах. В результаті політика у сфері охорони здоров'я, що проводиться державою, впливає на такі основні положення, як:

- 1) відносини власності;
- 2) джерела фінансування;
- 3) механізми стимулювання виробників та споживачів;
- 4) контроль якості.

Сучасний етап управління системою охорони здоров'я пов'язують із модернізацією охорони здоров'я, яка набула свого розвитку у реформі системи охорони здоров'я.

У рамках реалізованих оперативних заходів було виділено три основні завдання, спрямовані на модернізацію охорони здоров'я:

- зміцнення матеріально-технічної бази медичних організацій;
- впровадження сучасних інформаційних систем у систему охорони здоров'я загалом;
- впровадження стандартів медичної допомоги та підвищення доступності медичних послуг, що надаються амбулаторно.

Проблеми невизначеності сьогоденного стану внутрішнього середовища системи охорони здоров'я та численна кількість негативних факторів зовнішнього впливу в сьогоденних умовах є вкрай важливими. Сьогодні на рівні держави поставлені чіткі завдання щодо структурних змін у галузі охорони здоров'я України. Ці зміни були визначені як пріоритетні в діяльності органів публічної влади різних рівнів. Серед загальних цілей реформування медичної сфери було визначено наступне:

- створення умов для забезпечення надання громадянам доступних та

якісних медичних послуг;

- підвищення значущості та авторитету професії медичного працівника;
- створення сучасної інфраструктури у системі охорони здоров'я та покращення матеріально-технічної бази бюджетних медичних закладів;
- впровадження сучасної системи охорони здоров'я, націленої на організацію роботи центрів первинної медичної допомоги;
- підвищення фінансового забезпечення та процесу керованості розвитку первинної ланки медичної допомоги в межах усіх рівнів адміністративно-територіального поділу;
- проведення організаційних заходів з приводу перетворення закладів охорони здоров'я в сучасні некомерційні підприємства, які матимуть змогу взаємодіяти з Національною службою здоров'я України [14].

На сьогодні гостро назріла проблема того, що функціональна діяльність медичних закладів на ринку медичних послуг в Україні в сучасних умовах має враховувати виклики внутрішнього та зовнішнього характеру, пов'язані з проведенням медичної реформи та процесами децентралізації влади в Україні. До таких факторів варто віднести:

- підвищення рівня використання медичних послуг серед населення;
- формування ринку медичних послуг з врахуванням міжсекторного та міжгалузевого партнерства;
- забезпечення державних фінансових гарантій надання медичної допомоги населенню;
- диференціацію джерел матеріально-фінансового забезпечення надання медичних послуг населенню;
- вимоги додержання міжнародних стандартів якості надання медичних послуг;
- потреба здійснення контролю якості медичних послуг та постійного моніторингу конкурентоспроможності наданих послуг тощо [33].

Окрім цього, на постала проблема організації роботи над зростанням рівня задоволеності медичною допомогою населення, а також проблема професіоналізації кадрового забезпечення медичних закладів. Останнє можна визнати вкрай важливим, оскільки у сфері медицини питання збереження якісних кадрів стоїть найбільш гостро. Також наразі ще продовжується оновлення «інформаційно-аналітичного забезпечення в частині формування електронної системи охорони здоров'я (E-health), яка покликана фіксувати статистичні дані про лікування пацієнтів та надані їм послуги, вдосконалення форм планування та організації діяльності медичних установ» [15].

Відповідно до результатів численних досліджень у галузі охорони здоров'я встановлено, що у більшості закладів охорони здоров'я в недостатній мірі використовуються медико-технологічні стандарти та регламенти надання медичних послуг. Опитування працівників медичних закладів стосовно наявних їх ставлення до наявних проблем у системі охорони здоров'я в Україні (рис. 2.4) [55].

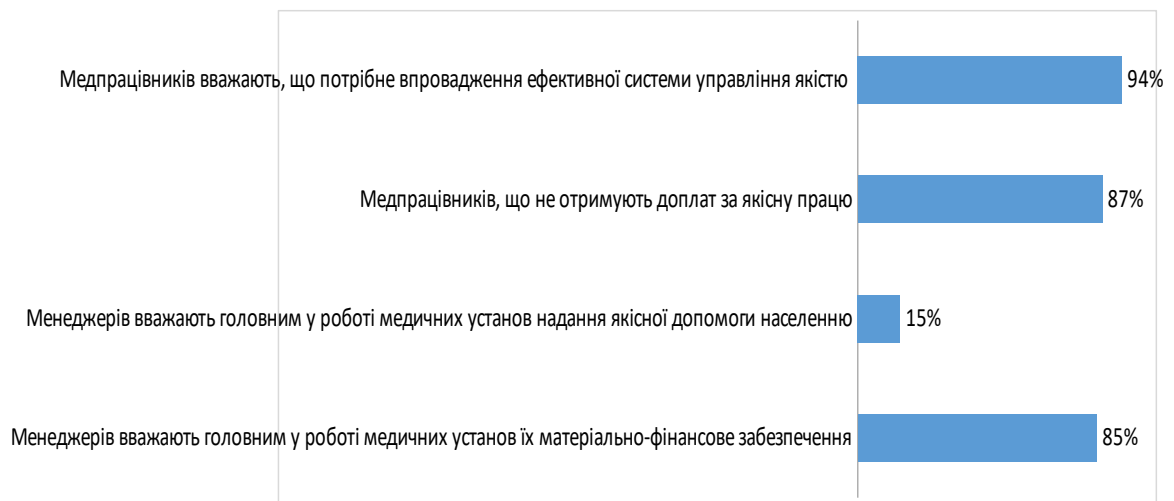


Рис. 2.4. Проблеми функціонування сучасної системи охорони здоров'я

Одним із потужних інструментів реформування сфери охорони здоров'я в Україні є ефективна кадрова політика. Вироблення національної кадрової політики у зазначеній сфері є нагальною необхідністю та умовою успішного продовження реформ з публічного управління у охороні здоров'я. Якість і доступність надання медичної допомоги населенню держави

залежать від рівня забезпеченості установ охорони здоров'я кваліфікованими працівниками та їхнього професійного рівня. При цьому реалізація ефективної кадрової політики в діючій системі охорони здоров'я є важливим інструментом менеджменту медичної сфери.

Серед суттєвих недоліків кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я на сьогодні визначають наступне:

- недостатнє забезпечення медичними кадрами, а також низька ефективність використання наявного кадрового потенціалу;
- негативний віковий баланс кадрів (старіння працівників);
- низький рівень підготовки медичних працівників;
- недостатній приріст у медицині кваліфікованих молодих фахівців;
- галузева та регіональна диспропорція кадрового забезпечення;
- зниження загального рівня кваліфікації медичних кадрів;
- неспроможність механізмів державного регулювання кадрового забезпечення у сфері охорони здоров'я (фактично відсутня державна концепція кадрової політики у сфері охорони здоров'я);
- недосконалі програми контролю за працевлаштуванням молодих спеціалістів;
- недосконале планування кадрового складу у системі охорони здоров'я;
- низький рівень зацікавленості та мотивації у покращенні результатів діяльності працівників медичних закладів;
- невідповідність якості підготовки молодих спеціалістів сучасним вимогам та потребам медичної галузі, а також завданням реформування сфери охорони здоров'я;
- непрозорість, суб'єктивізм та формалізм механізмів ліцензування медичної діяльності, акредитації медичних закладів, атестації медичних кадрів у поєднанні з повільним впровадженням процесу стандартизації медичної практики [27].

Все вищезазначене призводить до поглиблення проблеми надання якісних медичних послуг та породжує ще більше проблем у сфері охорони здоров'я в Україні.

Із запровадженням страхової медицини та відкриттям значної кількості приватних медичних закладів виникла конкуренція на ринку медичних послуг та, відповідно, збільшилась увага до їх якості. Досягнення та утримання високого рівня конкурентоспроможності медичних установ – одне з найважливіших завдань менеджменту системи охорони здоров'я в Україні. Реалізація цього завдання можлива на засадах інноватизації управлінських процесів та їх впровадження у функціональну діяльність медичних закладів. При цьому доволі важливо утримувати акцент на посиленні вимог до кваліфікаційного, етичного та морально-психологічного рівня медичного персоналу, котрий дотримується норм лікарської етики та деонтології. Також це повинно реалізовуватись у поєднанні із дотриманням відповідного рівня фінансового, ресурсного та матеріально-технічного забезпечення діяльності закладів у системі охорони здоров'я.

На сьогодні доволі актуальним є спроможність медичних закладів та їх можливість виживати в умовах конкуренції та сучасного ринку. Серед основних чинників конкурентоспроможності закладу у сфері охорони здоров'я можна визначити наступне:

1) медична ефективність, тобто здатність якнайбільше задовольняти потреби споживачів послуг шляхом надання повного спектру високоякісних медичних послуг;

2) організаційна ефективність, насамперед ефективність кадрового, фінансового, адміністративного, комунікаційного та інформаційного менеджменту в управлінні медичними установами, їх підрозділами, а також наявними ресурсами [52].

Загалом, менеджмент сучасного медичного закладу має працювати на забезпечення максимального синергетичного ефекту від організації його функціональної організації.

Системні проблеми реформування менеджменту системи охорони здоров'я пов'язуються з особливостями функціонування медичних закладів та специфікою процесів надання медичних послуг. Це, насамперед, – висока спеціалізація основної діяльності, що часто має терміновий і невідкладний характер. Не менший вплив справляє складність при визначенні критеріїв якості в межах процесу надання допомоги на всіх її рівнях та етапах, а також складність вимірювання результатів діяльності. Частою є потреба в тісній комунікативній співпраці різних спеціалістів й структурних підрозділів та необхідний рівень кваліфікації медичних працівників для подібного виду діяльності. З цим пов'язують і труднощі координування діяльності, розподілу повноважень та відповідальності, що пов'язано із складним підпорядкуванням, котре існує в більшості медичних закладів. Для України також лишається доволі актуальним питання залежності результатів роботи від технічної оснащеності процесу лікування та реабілітації, а також якості лікарських препаратів.

Наразі одним з найважливіших напрямків реформування у сфері охорони здоров'я, а також наближення медичної послуги до людини й підвищення якості цих послуг є формування госпітальних округів. Забезпечення ефективності їх функціонування та управління ними можливе здебільшого на основі врахування таких відправних позицій:

- «по-перше, ефективність госпітальних округів визначається їх розвитком як динамічних адаптивних функціональних систем, зорієнтованих на виклики й вимоги середовища їх функціонування й об'єктивізацію мережі закладів охорони здоров'я та переліку медичних послуг, що вони надаватимуть;

- по-друге, широке коло учасників госпітальних округів зумовлює необхідність запровадження дієвих форм партнерської взаємодії при виробленні й прийнятті стратегічних рішень щодо їх розвитку;

- по-третє, управлінська й фінансова автономія закладів охорони здоров'я відкриває значні можливості підвищення якості медичного

обслуговування, які можуть бути реалізовані за умови запровадження прогресивних форм і методів надання медичних послуг та налагодження взаємодії з усіма стейкхолдерами» [40].

У менеджменті системи охорони здоров'я важливими є динамічний розвиток вітчизняного фармацевтичного ринку, стрімке розширення аптечних мереж суб'єктів фармацевтичної діяльності, котрі перебувають у недержавній власності, розширення арсеналу інноваційних лікарських засобів, багатоетапність процесу вироблення та постачання, загроза неякісних або навіть фальсифікованих препаратів зумовлює важливість питання забезпечення якості, а головне – безпеки лікарських засобів в Україні. Це, в свою чергу, актуалізує необхідність створення у суб'єктах фармацевтичної діяльності дієвої системи контролю якості. В сучасних умовах в Україні аптечні заклади залишаються перш за все установами охорони здоров'я, котрі працюють в умовах постійно зростаючої конкуренції, яка в свою чергу зумовлена кон'юнктурою аптечної мережі. Як правило, фіксується збільшення кількості аптек та мінімізується кількість аптечних кіосків. Не останнє місце у ескалації даної проблеми займає невисока купівельна спроможність населення, постійне зростання ціни на ліки, а також відсутність медичного страхування та іншими соціальними чинниками, які є характерними для сучасної соціально-економічної картини в Україні.

В контексті підвищення рівня ефективності управління фармацевтичними закладами доцільним має бути застосування новітніх управлінських технологій та загальновизнаних стандартів. Серед сучасних моделей менеджменту для закладів у аптечній сфері найбільш перспективними можуть бути:

- управління наявним асортиментом та товарними залишками, що зазвичай характерне для торгівлі харчовими продуктами;
- збалансована система показників;
- запровадження міжнародних стандартів;

- формування бази даних пацієнтів / клієнтів та координація закупівель відповідно до потреб;
- інноваційне управління кадровим потенціалом закладів;
- введення в постійну практику антикризового управління [38].

Головним у діяльності аптечних закладів повинно стати надання допомоги пацієнтам, зокрема у питаннях використання лікарських засобів. Основні функції стандартів в цьому напрямку за міжнародним досвідом включають продаж лікарських засобів та іншої медичної продукції із гарантованою якістю, обов'язкове надання відповідної інформації та консультування пацієнтів відносно способу застосування, наявних протипоказань, а також побічних ефектів лікарських засобів.

Забезпечення збалансованого розвитку медичних закладів залежить перш за все від впровадження в життя сучасних ефективних методів фінансового менеджменту. Особливо актуальним це є для обмежених у можливостях бюджетних установ. Основні джерела фінансування медичних установ (бюджетні асигнування та кошти державних і регіональних цільових програм) повинні доповнюватись додатковими джерелами фінансування, серед яких можуть бути такі:

- кошти грантів та благодійна допомога;
- кошти від добровільного медичного страхування, котре має пропагуватись на усіх рівнях;
- оплата наданих пацієнтам / клієнтам медичних закладом послуги за угодами;
- надходження за послуги, котрі медичний заклад надає понад нормативи надання безоплатної медичної допомоги населенню;
- оплата за послуги, котрі були надані пацієнтам за їх власної ініціативи;
- пожертви та добровільні внески;
- кошти, що зекономлені від функціональної діяльності через забезпечення оптимізації структури витрат, перегляду організаційної

складової та штатного розпису медичних закладів, утримання території;

- підписання договорів про комерціалізацію медичних послуг;
- інші джерела, що не заборонені діючим законодавством;

Окрім того, з метою економії коштів варто звертати увагу на впровадження технологій енергозбереження, аудиту якісного використання приміщень медичних закладів з метою встановлення площ, котрі неефективно використовуються або не використовуються взагалі для надання їх в оренду.

РОЗДІЛ 3. ПЕРСПЕКТИВИ МОДЕРНІЗАЦІЇ МЕНЕДЖМЕНТУ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

3.1. Удосконалення менеджменту системи охорони здоров'я на основі оцінка ефективності

Основне завдання державного менеджменту в Україні – формування ефективних регіональних систем управління різними сферами соціально-економічного життя населення, зокрема. сферою охорони здоров'я.

У механізмі управління закладами охорони здоров'я в сучасних умовах необхідним є посилення дії економічного управління з його функціональними різновидами, а також специфічними функціями, що конкретизують сферу управлінського впливу на економіку закладу охорони здоров'я. Безумовно в закладах цієї галузі економічні закони діють не так виразно, як в ринкових структурах, проте і нехтувати ними сучасні заклади галузі не можуть. Незважаючи на те, що вони і надалі дотримуються кошторису, однак використання фінансових планів або бюджетів як гнучких інструментів нового фінансового менеджменту є раціональним навіть з погляду змін до підходів й принципів фінансування закладів охорони здоров'я. До таких належать кошти накопичувальних фондів територіальних громад і благодійних фондів, пожертвувань юридичних і фізичних осіб та благодійних внесків. У медичних закладах виникає потреба постійного критичного аналізу обставин, що швидко змінюються, та своєчасне прийняття якісних управлінських рішень, а в деяких з них і введення антикризового менеджменту.

Ефективність діяльності органів виконавчої влади у охороні здоров'я оцінюється з урахуванням аналізу та зіставлення таких показників:

- кінцеві результати діяльності органів виконавчої влади – показники здоров'я населення (дитяча смертність, смертність населення працездатного

віку), рівень реалізації основних цілей діяльності місцевої влади (середньомісячна номінальна нарахована заробітна плата працюючих у державних (комунальних) закладах охорони здоров'я (співставлення до номінальної нарахованої середньомісячної) заробітну плату працівників, зайнятих в економіці регіону), задоволеність населення медичною допомогою;

- ефективність використання бюджетних ресурсів в сфері охорони здоров'я: обсяг неефективних видатків регіональних бюджетів визначається відповідно до нормативних або середньодержавних значень за показниками, що характеризує бюджетну мережу в регіоні та її використання, в частині управління кадровими ресурсами, обсягом стаціонарної медичної допомоги та швидкої медичної допомоги ;

- хід реалізації медичної реформ у сфері охорони здоров'я – впровадження нових механізмів управління та їх ефективність [30].

Перелічені показники мають аналізуватися на підставі досягнутого рівня та динаміки за кілька років, що передують звітному році.

Під поняттям «ефективність» розуміється рівень досягнення конкретних результатів. При цьому поняття ефективності в охороні здоров'я не може бути ототожнене із загальноекономічною категорією ефективності. У охороні здоров'я навіть за умови застосування найкваліфікованішої праці та використання сучасної медичної техніки може бути «нульовий» і навіть «негативний» результат.

Ефективність системи охорони здоров'я вимірюється сукупністю показників, кожен з яких характеризує будь-яку сторону процесу надання медичної допомоги та стану здоров'я населення як результату цієї допомоги (її якості, обсягу та доступності). Ефективність системи охорони здоров'я окреслюється сукупний параметр за трьома типами ефективності (рис. 3.1):

- соціальної;
- медичної;
- економічної [47].

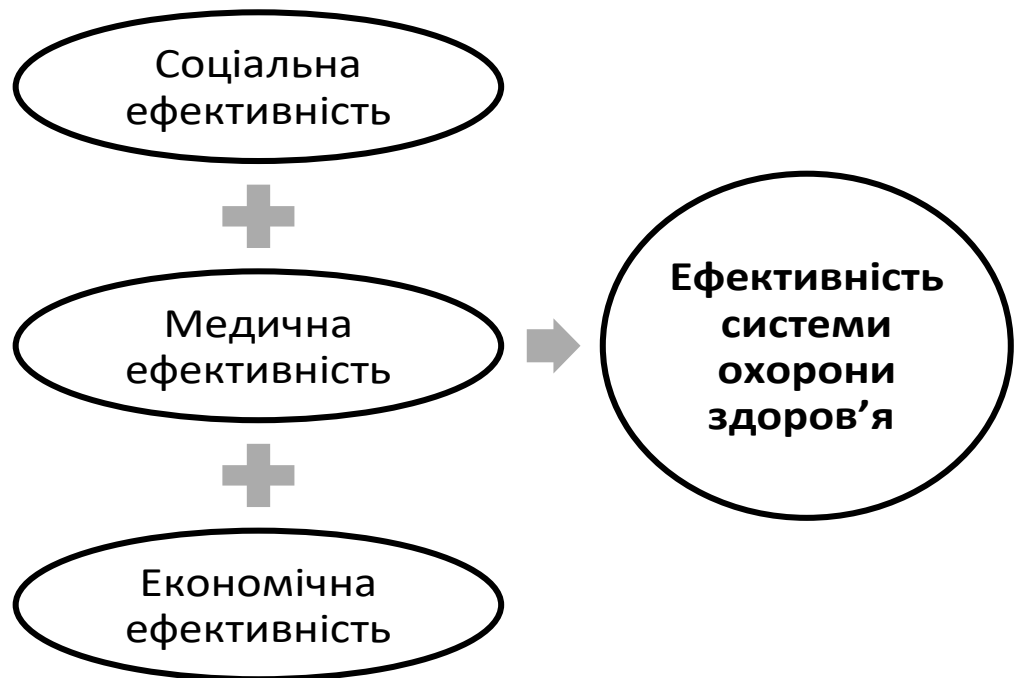


Рис. 3.1. Складові Ефективності системи охорони здоров'я

Пріоритетними напрямками оцінки ефективності системи охорони здоров'я є медична та соціальна ефективність (медико-соціальна). Всі три типи ефективності є взаємопов'язаними та взаємозумовленими.

Медична ефективність – це ступінь досягнення медичного результату (одужання чи поліпшення стану здоров'я, відновлення втрачених функцій окремих органів та систем). На рівні закладів охорони здоров'я та галузі в цілому медична ефективність вимірюється безліччю специфічних показників (рис. 3.2):

- питома вага вилікуваних хворих;
- зменшення випадків переходу захворювання на хронічну форму;
- зниження рівня захворюваності населення [29, с. 101].

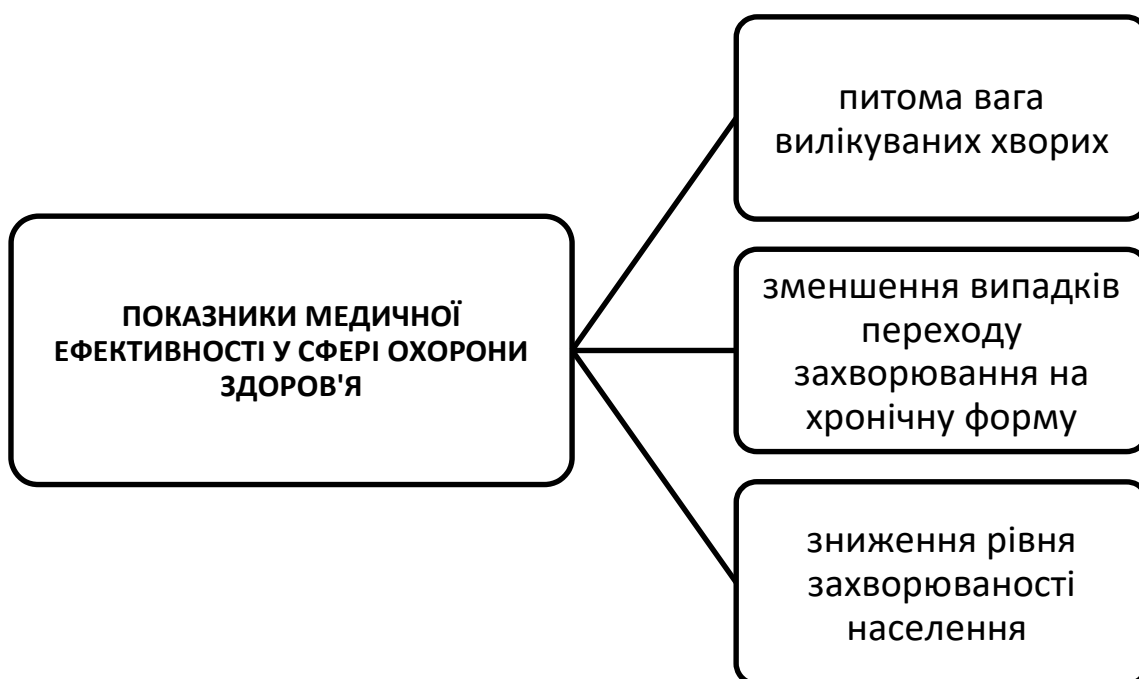


Рис. 3.2. Основні показники медичної ефективності у системі охорони здоров'я

Соціальна ефективність – це ступінь досягнення соціального результату (повернення пацієнта до праці та активного життя у суспільстві, задоволеність медичною допомогою). На рівні всієї галузі прикладами показників соціальної ефективності є (рис. 3.3):

- збільшення очікуваної тривалості життя населення;
- зниження рівня показників смертності та інвалідності;
- задоволеність суспільства загалом системою надання медичної допомоги [29, с. 104].

Економічна ефективність – це співвідношення одержаних результатів (показники медико-соціальної ефективності) та витрат на медичні процедури, обслуговування та загальне утримання системи закладів охорони здоров'я (бюджетні витрати на систему охорони здоров'я). Розрахунок економічної ефективності пов'язано з пошуком найекономічнішого використання наявних ресурсів. Показники економічної ефективності є необхідними при оцінці функціонування системи охорони здоров'я в цілому та окремих її підрозділів та структур, а також є економічним обґрунтуванням заходів щодо

підвищення показників здоров'я населення та профілактики захворюваності [65].

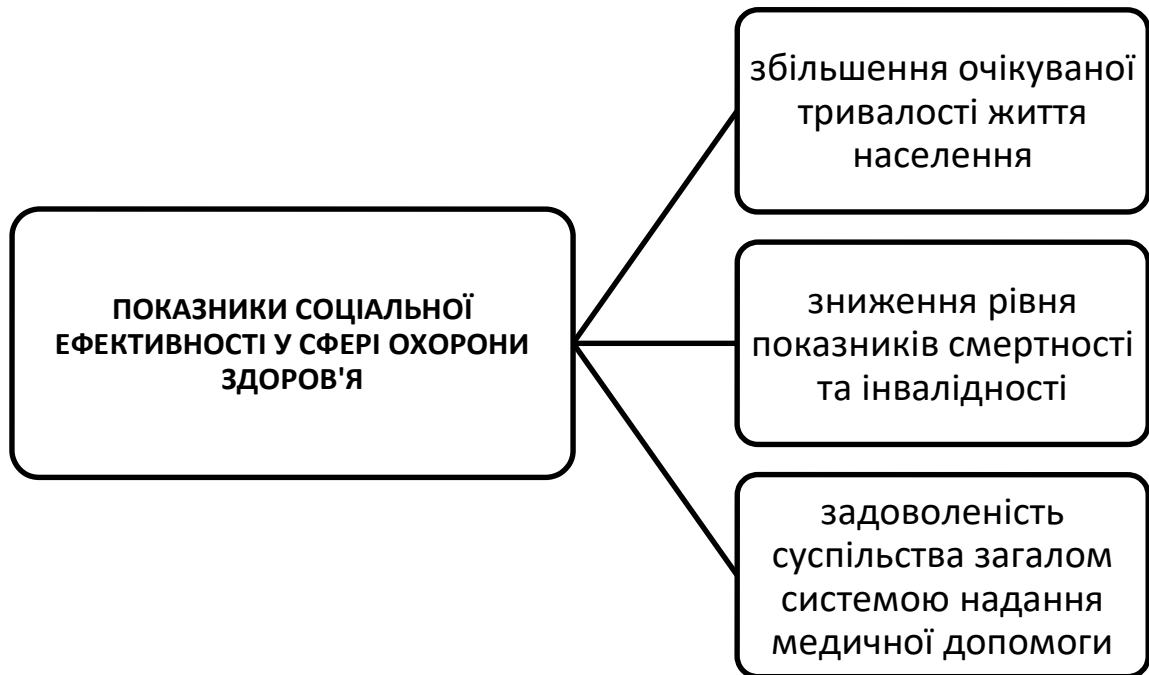


Рис. 3.3. Основні показники соціальної ефективності у системі охорони здоров'я

Головними критеріями оцінки ефективності системи охорони здоров'я є показники здоров'я населення у поступовій динаміці (зниження захворюваності, смертності, інвалідизації населення, збільшення тривалості періоду праці, підвищення середнього віку тощо). Поняття «критерій ефективності» державного управління має на увазі ознаку або сукупність ознак, на підставі яких оцінюється ефективність системи управління в цілому, а також окремих управлінських рішень. Ефективність управлінської діяльності будь-якій галузі в остаточному підсумку вимірюється тим, якою мірою досягається мета. У межах загального критерію, що виступає як орієнтир для визначення ефективності численних окремих рішень з поодиноких питань, застосовуються прагматичні критерії, розроблені в теорії соціального управління. Відома формула ефективності будь-якої діяльності виглядає в такий спосіб: $E = P/M$, де E – ефективність, P – результат, M – мета [5].

Особливістю системи охорони здоров'я є не обов'язкове виконання умови економічної ефективності, оскільки медичні заходи лікувального та профілактичного характеру можуть бути економічно не вигідними, але медичний та соціальний ефекти вимагають їх проведення. Прикладом може служити медичне обслуговування людей похилого віку з хронічними захворюваннями, хворих з розумовою відсталістю: медико-соціальна ефективність у цьому випадку явно присутня, але економічний ефект буде негативним (внаслідок неможливості прилучення або повернення такої категорії людей до праці чи активного повноцінного життя, неможливості повного одужання та відновлення втрачених функцій цієї частини населення). При використанні сучасних медичних препаратів, інтенсивної терапії та реанімації досягається медичний та соціальний ефект – зберігається життя людини, але при цьому можуть зростати показники інвалідизації населення.

Таким чином, економічна ефективність не може бути визначальним критерієм при оцінці ефективності всієї системи охорони здоров'я, але поряд із медичною та соціальною ефективністю може і повинна використовуватися як один із критеріїв прийняття рішень в умовах обмежених фінансових ресурсів [58].

Крім того, у медичній практиці немає чіткого взаємозв'язку між кількістю витрат (бюджетних, витраченого лікарем часу) та кінцевим результатом (показниками медико-соціальної ефективності). Витрати відновлення здоров'я населення мають істотну диференціацію за категоріями пацієнтів. Так, при однаковій патології на літню людину буде витрачено більше ресурсів, ніж на молодого пацієнта, більше того – результати можуть істотно відрізнятись (одужання молодого пацієнта настане з високим ступенем ймовірності і в короткі терміни, одужання літнього – може не наступити зовсім або в обмеженому ступені, терміни реабілітації – суттєво подовжуються).

Методичні підходи до визначення економічної ефективності системи

охорони здоров'я ґрунтуються на визначенні вартості окремих видів медичних заходів, а також величини збитків, які завдають ті чи інші захворювання. Вартісні показники лежать в основі визначення економічної ефективності системи охорони здоров'я. У конкретних розрахунках ця ефективність може вимірюватися частковим від поділу суми, що відображає вигоду (економічний ефект або медико-соціальний ефект) від даного заходу, на суму витрат на нього (бюджетних, витрат праці лікаря та іншого медичного персоналу) [17].

Під економічним ефектом можна мати на увазі запобігання економічних збитків – збитків, які вдалося запобігти в результаті застосування комплексу медичних заходів. Визначається як різниця між економічними збитками внаслідок захворювання або смертності до та після застосування лікувально-профілактичних заходів.

Для цілей оцінки ефективності системи охорони здоров'я окремі показники ефективності повинні відповідати вимогам: мати кількісну оцінку, бути доступними для простих обчислень, мати доступну та надійну інформаційну базу.

Економічну ефективність пропонується розрахувати за такою формулою:

$$Ee = \frac{\text{Економічний ефект}}{\text{Витрати на надання медичної допомоги}}$$

Економічний ефект – сукупність показників медико-соціальної ефективності як результат надання медичної допомоги, інтегрована в один показник (індекс) [37].

Витрати на надання медичної допомоги – витрати бюджету на програми медичної допомоги, витрати лікарів та іншого медичного персоналу, виражені в грошах.

Медична ефективність розраховується за такою формулою:

$$Em = \frac{\text{Число випадків досягнутих медичних результатів}}{\text{Загальна к – ть випадків необхідності надання медичної допомоги}}$$

Число випадків досягнутих медичних результатів пропонується оцінювати через показники «Кількість випадків повного одужання при наданні медичної допомоги», «Питома вага жителів (%), санованих з числа тих, хто потребує санації» та ін.

Загальна кількість випадків необхідності надання медичної допомоги оцінюється через показники «Кількість осіб, яким надано медичну допомогу на 1000 населення», «Кількість пролікованих хворих».

Соціальна ефективність може розраховуватися за такою формулою:

$$E_c = \frac{\text{Рівень } \frac{\text{здоров'я}}{\text{захворюваності}} \text{ населення}}{\text{Витрати на надання медичної допомоги}}$$

Рівень здоров'я населення оцінюється через «негативно спрямовані» показники захворюваності дорослого населення, дітей, показники репродуктивного здоров'я жінок, показники смертності населення з причин захворюваності (за класами хвороб). Тому для переведення показника в «позитивно спрямований» необхідно показники захворюваності та смертності населення перетворити як відношення 1/у.

Витрати на надання медичної допомоги оцінюється аналогічно відповідному показнику в оцінці економічної ефективності.

Для оцінювання отриманих показників ефективності пропонується виходити з таких критеріїв:

1. Еталон показника, якого повинні прагнути працівники системи охорони здоров'я: для економічної ефективності ($E_e > 1$ і чим більше 1, тим краще); для медичної ефективності ($E_m = 1$); для соціальної ефективності ($E_c > 1$ і чим більше 1, тим краще).

2. Середній показник ефективності для лікувально-профілактичного закладу, відділення, регіону загалом.

3. Динаміка цього показника для конкретного закладу охорони здоров'я, територіальної громади, регіону.

Важливу роль в оцінці ефективності системи охорони здоров'я грає інформаційна база органів управління охороною здоров'я та медична статистика. Низка необхідних показників ефективності медичних послуг не представлена в рамках системи державної статистики. Це стосується насамперед медико-соціальної ефективності послуг охорони здоров'я, показники якої відображають якість медичної допомоги [49].

У зв'язку з чим було зроблено висновок, що потрібна розробка системи індикаторів ефективності системи охорони здоров'я, що характеризують ступінь досягнення поставленої мети (результатів).

При розробці методики моніторингу та оцінки ефективності системи охорони здоров'я пропонується визначити індекси як агрегати сукупності статистичних показників, що використовуються для оцінки витрат системи та досягнення результатів.

Показники, що використовуються, повинні відображати діяльність медичного закладу з надання медичних послуг (кількісно та якісно), вимірювати результат діяльності з надання послуг (показники одужання – для надання медичної допомоги та зниження захворюваності – для профілактичних процедур), бути вимірюваними з точки зору проведення оцінки. Використання індексів-агрегатів ефективності дозволяє враховувати безліч чинників, які впливають кінцевий результат ефективності системи охорони здоров'я.

На виконання постанови Кабінету Міністрів України «Про моніторинг стану здоров'я населення, діяльності та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я» з метою вдосконалення рейтингової оцінки діяльності закладів охорони здоров'я з урахуванням пропозицій Українського інституту громадського здоров'я та згідно з наказом МОЗ України «Про рейтингову оцінку стану здоров'я населення, діяльності та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я» було затверджено перелік основних інтегральних показників стану здоров'я населення, діяльності та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я. Проте ряд показників ефективності медичних

послуг не представлений в рамках системи державної статистики. Такі показники відносяться перш за все до медико-соціальної ефективності послуг охорони здоров'я, а також відображають якість медичної допомоги [19].

Наразі нормативно-правові документи не містять точних вказівок, виходячи з яких індикатори ефективності. Тим не менш, незважаючи на труднощі в розробці єдиної системи індикаторів ефективності, комплексне використання інформації в системі охорони здоров'я в контексті підвищення економічної та соціальної ефективності медичної допомоги є дуже важливим.

Потрібна розробка методики оцінки ефективності системи охорони здоров'я, заснованої на медико-соціальних показниках та показниках економічної ефективності медичної допомоги із застосуванням простих та доступних методів оцінки для аналізу цієї ефективності (методи стандартизації показників, середніх величин тощо).

В останні кілька років, враховуючи рекомендації центральних органів влади, фахівцями в галузі теорії та практики було розроблено низку методик оцінки ефективності регіональної охорони здоров'я. Проте всі вони мають серйозні недоліки, що не дозволяють достовірно, об'єктивно та всебічно провести оцінку ефективності системи охорони здоров'я на рівні області/району.

Порівняльний кількісний аналіз індексів ефективності діяльності різних лікувально-профілактичних установ та сукупності лікувально-профілактичних установ територій (територіальних громад, районів, областей) за підсумками конкретного року дозволяє відповісти на багато управлінських питань. Найбільш цінна інформація може бути отримана під час проведення моніторингу показників протягом кількох років. При розрахунках агрегованих показників як нормативне значення можуть використовуватися нормативи значень або середні значення показників для досліджуваної групи об'єктів (якщо вони можуть бути метою підвищення ефективності системи) (табл. 3.1).

Таблиця 3.1. Методи, рівні та завдання аналізу ефективності системи

Методи аналізу ефективності системи охорони здоров'я	Завдання аналізу	Оцінювані ефекти	Показники для порівняння варіантів
Аналіз ефективності витрат	Визначення пріоритетних заходів щодо економії витрат, підвищення продуктивності праці медичного персоналу; визначення пріоритетних методів надання медичної допомоги	Корисні ефекти чи мед. послуги (ліжко-день, випадок госпіталізації тощо). Зміна стану здоров'я або результати (врятовані життя, втрати років життя тощо)	Коефіцієнт ефективності (собівартість од. послуги), витрат (витрати/результати)
Аналіз корисності (результативності) витрат	Визначення пріоритетів системи охорони здоров'я	Зміна здоров'я у вартісному вираженні (збитки від захворюваності, смертності тощо)	Коефіцієнт соціальної корисності витрат (витрати/користь)

Важливою особливістю категорії ефективності системи охорони здоров'я є те, що оцінювати її доводиться у трьох аспектах: соціальному, медичному та економічному.

При цьому соціальна та медична ефективність є визначальними при виборі управлінського рішення в системі охорони здоров'я. Показники економічної ефективності, необхідні для вибору найбільш оптимальних варіантів фінансування чи організаційних процедур, можуть допомогти у встановленні черговості проведення тих чи інших заходів за умов обмежених фінансових ресурсів.

Таким чином, ефективність розглядається з позицій отримання максимального соціального та медичного ефекту за мінімальних фінансових витрат. Загалом вона відображає зусилля органів управління системою охорони здоров'я щодо перетворення витрат (фінансових, бюджетних та трудових) на якість та обсяг медичної допомоги, що впливає на стан здоров'я населення.

Методологія порівняльної оцінки ефективності системи охорони здоров'я дозволяє відображати результати роботи на рівні лікувально-профілактичних установ та окремих територій шляхом розрахунку кількісних індикаторів, що характеризують ефективність медичної допомоги.

Ключовими показниками результативності (діяльності) лікувально-профілактичних установ, згідно з підходами деяких авторів, є показники, орієнтовані на надання медичної допомоги та результат.

1. Процесні показники:

- робота ліжка (діб в році);
- лікарська активність (частка часу, витрачена безпосередньо на надання медичної допомоги пацієнту, проведення маніпуляцій тощо);
- використання ліжка (кількість осіб);
- середня кількість ліжко-днів, проведених у стаціонарі пацієнтами (діб).

2. Показники результату надання медичної допомоги:

- загальна летальність (кількість випадків до загального числа пацієнтів);
- післяопераційна летальність (випадки до загальної кількості пацієнтів);
- післяопераційні ускладнення (кількість випадків і частка пролікованих пацієнтів, у яких виникли ускладнення);
- відсоток хворих, переведених на інвалідність;
- питома вага ефективно закінчених випадків (у %);
- відповідність клінічного та патологоанатомічного діагнозів (у %);
- відсутність обґрунтованих скарг пацієнтів [44].

Порівняльна оцінка індексів соціальної, медичної та економічної ефективності з використанням статистичної інформації є основою для прийняття ефективних управлінських рішень тактичного та стратегічного характеру: щодо ефективності використання трудових та матеріальних ресурсів, витрачання бюджетних коштів, ділової активності на ринку

медичних послуг. Можливість використання уніфікованих індикаторів у системі медичних установ та порівняння їх із нормативними значеннями (стандартами) або середніми показниками (за групою об'єктів, якщо вони демонструють кращі результати) дозволяє в динаміці проводити моніторинг ефективності системи охорони здоров'я на різних рівнях, у тому числі на рівні окремих установ, що дає можливість оперативно та обґрунтовано здійснювати управлінські впливи [38].

Таким чином, можна говорити про необхідність розробки на рівні державного менеджменту системи індексів (індикаторів) оцінки ефективності управління системою охорони здоров'я територій та формування на цій основі диференційованого підходу до управління місцевими установами системи охорони здоров'я.

3.2. Запровадження маркетингового менеджменту у системі охорони здоров'я

Останнім часом в Україні було зроблено безліч ринкових перетворень, які стали причиною появи, розвитку та посилення конкуренції серед різноманітних суб'єктів, що беруть участь у медико-виробничій та лікувально-профілактичній діяльності. З метою забезпечення ефективного менеджменту, успішного застосування існуючих ресурсів, зростання прибутку та максимального задоволення зростаючих запитів споживачів дані суб'єкти господарювання змушені вивчати нові методи роботи на ринку медичних товарів та послуг.

Оцінюючи останні зміни, можна стверджувати, що ситуація загострилася. Фахівцям та споживачам все складніше орієнтуватися на ринку медичних та фармацевтичних послуг через зростання кількості найменувань товарів.

І державні, і комерційні медичні організації переорієнтовані на

застосування концепції маркетингу як системної філософії управління сукупністю чинників ринкової діяльності через необхідність безперервного аналізу стану ринку медичної продукції, верифікації тенденцій у співвідношенні попиту й пропозиції, і навіть контролю над їх динамікою.

Основною діяльністю некомерційних установ системи охорони здоров'я є надання медичної допомоги населенню згідно з програмою обов'язкового медичного страхування, проте вони можуть займатися і підприємницькою діяльністю. Наприклад, «надання медичних послуг із підвищеним рівнем комфорту, надання медичних послуг іногороднім мешканцям та громадянам іноземних держав. Тому важливо розглянути використання концепції маркетингового комплексу» [50].

Позиціонування платних послуг необхідно оцінювати не лише з професійних, а й із споживчих позицій. Велику роль відіграють важливі чинники: своєчасність медичної допомоги, що надається, уважність і ввічливість медичних працівників. Для пацієнтів важливо, щоб ознаки захворювання були усунені, а саме захворювання запобігли або були припинені його негативні наслідки.

На відміну від професіоналів, споживачі дають оцінку ефективності якості послуги, порівнюючи очікуваний та отриманий результати, їхня розбіжність носить поняття «розрив у якості». Насправді цей спосіб означає похвалити супротивника публічно, але те щоб результатом цієї дії стало негативне ставлення громадськості до конкурента. Це досягається шляхом перехвалення. При використанні методу поганої похвали використовується надмірне вживання епітетів. Головне завдання маркетингу та PR у процесі управління якістю: зменшення цього розриву [22].

Фактичний аналіз підсумків роботи лікарських співробітників виявляється відштовхуючись від деяких даних високоякісних характеристик їх майстерності та успішності діяльності:

- компетентні повноваження – відображає присутність знань та вмінь персоналу. Обумовлюється відповідним виконанням незаперечних медичних

посібників, протоколів і стереотипів, дотриманням зразків у частині виконання запобіжної діяльності, постановки діагнозу та лікування пацієнта;

- імідж – позитивна соціальна позиція про установу;
- рівень доступності – можливість отримання хворим високоякісної лікарської підтримки з громадських, цивілізованих, географічних, фінансових, координаційних чи мовних бар'єрів;

- ефективність – одна з головних утворюючих властивості лікарської підтримки.

- міжособистісні стосунки – взаємини серед лікарським персоналом та хворими, серед співробітників системи охорони здоров'я, медичними установами, органами управління охороною здоров'я та громадськістю. Позитивні взаємини призводять до атмосфери чуйності, довіри, поваги та позитивного настрою;

- ефективність – це співвідношення досягнутих результатів та витрачених ресурсів;

- безперервність – отримання необхідної медичної допомоги без затримок та перерв відповідно до стандартів діагностики та лікування. Зниження безперервності негативно впливає міжособистісні взаємини;

- безпека – зниження ризику небажаних наслідків, таких як заподіяння шкоди здоров'ю пацієнта чи співробітнику медичної організації;

- зручність – відчуття комфорту у пацієнта незалежно від тяжкості його лікування [39].

Створення медичної послуги формується за безпосередньої взаємодії пацієнта та лікаря. Споживачі часто виграють від цієї інформаційної боротьби. Наприклад, якщо якась компанія розміщує в рекламі помилкові факти, її конкуренти відразу ж оприлюднять помилковість цих фактів. Наприклад, престижність може бути підтверджена ціною товару, використанням недешевих матеріалів, популярністю товару у пересічних громадян. А «якщо фірма дає споживачеві неправдиву інформацію у рекламі, то варто покладатися на високу якість її продукту. У споживача виникають

сумніви і в товару або послуги такої компанії падає попит. Усе це спонукає компанії контролювати як якість своєї продукції, і чесність своєї реклами. З цього випливає, що маркетинг послуг потребує як внутрішнього, і двостороннього маркетингу» [10].

Внутрішній маркетинг має на увазі ефективну мотивацію та навчання співробітників, що безпосередньо контактують з пацієнтами. З метою надання найвищої якості медична організація зобов'язана на необхідному рівні мотивувати лікаря, орієнтувати його на пацієнта. Один із найефективніших важелів впливу в концепції мотивації – матеріальне стимулювання. Враховуючи місце української охорони здоров'я у питанні адекватної оплати праці медичних співробітників, даний важіль має найбільш істотну значущість.

Двосторонній маркетинг має на увазі, що якість сервісу на значному рівні залежить від якості взаємодії лікаря і хворого. Допускається виражати вплив на партнерів та постачальників. Партнери і постачальники зможуть виконувати умови контракту, але зможуть виконувати не правильно або не виконувати абсолютно. Допускається впливати на обставини шляхом судження, проте допускається використовувати і PR технологічні процеси [43].

Центр первинної медичної допомоги, надаючи платний медичний сервіс, також може рекомендувати пацієнтам додатковий сервіс: візит лікаря додому, повідомлення про необхідність відвідування тощо. Послуга з підкріпленням у більшості ситуацій може бути досить популярною серед населення.

Методи поширення медичної послуги обмежені збігом часу на надання та споживання. Ця властивість означає наявність лише одного каналу поширення – прямий продаж.

Фахівцям маркетингової стратегії у сфері охорони здоров'я важливо враховувати й інші особливості:

1. У більшості випадків ті, хто платить за послуги охорони здоров'я

(наприклад, страхові фірми), мають обмежений контроль над придбанням або вартістю послуг (вони можуть визначити межу компенсаційних виплат за медичний сервіс, або усунути або знизити використання деяких типів послуг);

2. Вибір лікарні та рішення про призначення процедур здійснюється не клієнтом, а постачальником послуг – найчастіше лікарем;

3. Часто медичні послуги виявляються болючими та неприємними процедурами.

4. Потенційних клієнтів не варто переконувати у необхідності певних лікарень, лікарів та медичних сестер. Споживачам важливо лише мати гарантію отримання цього у необхідній ситуації, оскільки найбільше їх цікавить фінансова сторона питання задоволення потреб [25].

Однак для ефективної системи просування медичного продукту на ринок та успішного продажу навіть конкурентоспроможної продукції недостатньо лише пропозиції прийнятної для споживачів ціни. Необхідно підібрати для кожного конкретного випадку виняткові засоби у вигляді засобів масової інформації, громадських зв'язків, реклами та стимулювання збуту та домогтися розголосу та доведення до цільової аудиторії найважливіших відмінних особливостей цього продукту [12].

Для залучення до себе максимальної кількості платоспроможних пацієнтів медичні установи повинні дбати про підтримку свого стилю. Регулювання зв'язків медичної установи з громадськістю здійснюється шляхом цілеспрямованого інформаційного впливу на різні аудиторії. Для створення атмосфери взаєморозуміння та збільшення ступеня довіри споживачів до діяльності компанії медичні установи використовують телебачення, пресу та інші засоби на свідомість споживачів.

Слід відмітити колосальне збільшення реформаторського впливу на сферу просування медичних послуг та товарів медичного призначення за допомогою всесвітньої комп'ютерної мережі Інтернет. В реальності можлива негативна дія абсолютно будь-якої з перерахованих вище аудиторій або всіх

аудиторій разом, за умови, що метою стане вкрай деструктивний вплив на бізнес конкурента – руйнування бізнесу [62].

Комунікація – один з найважливіших напрямків, що розробляється в менеджменті системи охорони здоров'я. Можливості використання комунікації досить широкі та змінюються, враховуючи наступне:

- зростання попиту на послуги охорони здоров'я та збільшення поінформованості індивіда про проблеми здоров'я та методи їх вирішення;
- вплив на переконання людей, зміцнення їх позитивних дій, вкладених у підтримку і збереження здоров'я.

Однак комунікація не компенсує нестачу послуг охорони здоров'я, не змінює поведінку людей за відсутності відповідних державних програм. Комунікація ніяк не покликана з однаковою ефективністю опрацьовувати всі питання або розповсюджувати всі повідомлення.

У галузі охорони здоров'я розробляються різні типи модифікацій комунікативних програм. Даний метод як компромат має на увазі не реальний факт, а думки або бажання будь-кого. Для використання віртуального компромату потрібно припустити, що думає атакована група людей. Вибір модифікації залежить від необхідної інформації, характеру проблеми, особливості та кількості цільових аудиторій, каналів комунікації та термінів їхньої дії. Незважаючи на це, метою всіх моделей комунікативних програм є вирішення тих чи інших проблем у сфері здоров'я та охорони здоров'я [40].

Всесвітньою організацією охорони здоров'я було створено та рекомендовано власний варіант комунікативної програми, який складається з кількох етапів (рис. 3.4):

1. Визначення завдань (основна вимога – їх реалістичність та реалізованість);
2. Вихідна оцінка (ситуаційний аналіз, який дає можливість розставити пріоритети, виявити групи ризику, збір даних про цільові аудиторії та методи спілкування з ними);

3. Виявлення цільових аудиторій;
4. Постановка проміжних та кінцевих цілей;
5. Розробка стратегій (формування повідомлень та матеріалів, добір певних каналів комунікації, інститутів та заходів з метою доведення повідомлень до цільових аудиторій);
6. Служби підтримки (у разі потреби додатково підготувати медичний персонал, соціальних працівників, викладачів медичних закладів освіти);
7. Моніторинг та оцінка (надає можливість дати оцінку результативності програми та інвестування);
8. Формування графіку та бюджету;
9. Вторинна оцінка (проводиться експертами, які розробляли та керували комунікативною програмою) [33].

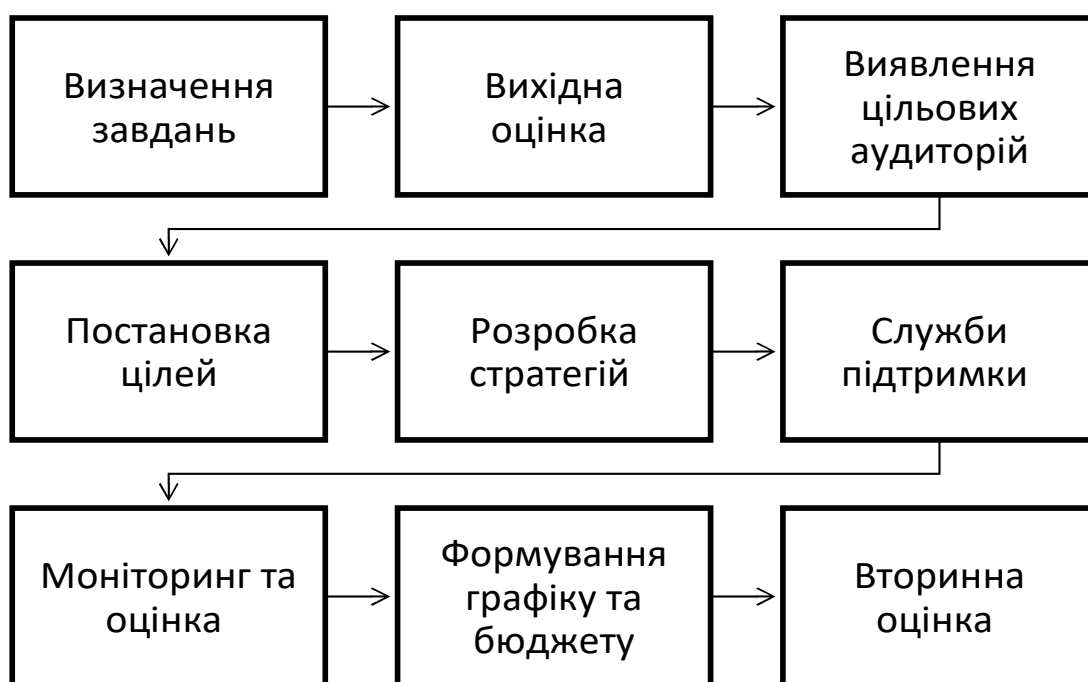


Рис. 3.4. Етапи комунікаційної програми для медичних закладів

Основними цілями при розробці комунікативних програм є:

- формування довірчих міжособистісних взаємин між установами охорони здоров'я та населенням;
- пропагування здорового способу життя;
- допомога та надання підтримки людям, які страждають на важкі та

важковиліковні захворювання.

У цьому інформаційна культура ставить собі такі задачі:

1. Формування інформаційних мереж і порталів, які дозволяють зробити інтерактивний зв'язок (отримати консультацію, обмінятися досвідом, сформувати локальні групи з розробки тощо), легко та швидко вийти на потрібні електронні ресурси. Сюди належить:

- створення сайтів (надання інформації, різноманітних консультацій, а також психологічної допомоги населенню);
- створення телефонних каналів зв'язку;
- видання друкованої продукції;
- проведення маркетингових заходів;

2. Розробка та проведення виставок та конференцій:

- розробка та проведення виставки, в рамках якої спеціалісти та потенційні споживачі мали можливість вивчити сучасні технології в галузі охорони здоров'я, широкий асортимент товарів та послуг, презентованих на ринку медичного обслуговування;

- розробка та проведення електронних та відеоконференцій, телемістів, конференцій у режимі он-лайн та офф-лайн, які необхідні для зміцнення зусиль лікарів та агентів, пов'язаних з соціопсихологічною профілактикою захворювань у боротьбі з широким поширенням будь-якого захворювання, спочатку інфекційного (епідемія) та поширенням нового захворювання на світових масштабах (пандемія) [21].

Ускладненим видом конференцій в Інтернеті є проведення відеоконференцій. Особливості відеоконференції дають можливість співучасникам конференції контактувати в порядку он-лайн шляхом дисплея безпосередньо з людиною, посилати непрості графіки, малюнки, фотографії тощо.

Існує три області використання відеоконференцій у сфері охорони здоров'я, котрі у лікарській практиці визнаються як телемедицина:

1) міжнародні конференції;

- 2) телеконсультації;
- 3) дистанційне навчання.

Загалом у сфері вітчизняної охорони здоров'я відеоконференції ведуться дуже не так часто, оскільки з метою їх виконання потрібне забезпечення передовими технологіями основи, а вітчизняні соціальні установи, що не мають стійкого фінансового фундаменту, не можуть придбати або орендувати подібну базу [39].

3. Застосування інформаційних технологій, пов'язаних із соціальним моніторингом захворювань, виявлених за допомогою будь-яких тестів та диспансерного спостереження, що дозволяють збільшити швидкість процесу обробки та аналізу даних. У більшості випадків інформацію про своїх конкурентів та їх взаємодії з навколишніми цільовими аудиторіями можна знайти в Інтернеті. Також про ці дані можна дізнатися у газетах, на форумах, у журналах тощо. До того ж існують численні бази даних та періодичні довідники. Багато корисної, своєчасної інформації можна знайти за допомогою моніторингу реклами конкурента та його білого PR (сам конкурент дуже часто та дуже багато розповідає про себе). Інформація у відкритих джерелах може вистачити для ефективної PR-кампанії.

У сфері обстеження пацієнта із передбаченням можливих форм захворювання на найближчі кілька років інформаційні технології вибороли високе становище. Громадяни та громадські організації найчастіше мають справу лише з остаточними результатами використання таких технологій: статистикою, прогнозами тощо.

Безумовно, найефективнішими методами донесення інформації до цільової аудиторії залишаються особисті контакти та розповсюдження друкованих матеріалів серед пацієнтів та потенційних клієнтів, на той момент з інших закладів охорони здоров'я. Тим не менш, засоби масової інформації суттєво значущі і в пропаганді програм охорони здоров'я, є головними розповсюджувачами інформації як про окремі лікувальні заклади, так і всю систему охорони здоров'я в цілому.

Ключем до довірчих відносин із засобами масової інформації тут, як і в інших сферах, є правдивість, доступність та оперативність. «Найчастіше у медичних установах призначають відповідальну особу, свого роду уповноваженого представника, який має взаємодіяти з представниками засобів масової інформації у будь-який. Лікарні та органи публічної влади у сфері охорони здоров'я, керівництво яких приділяє увагу підтримці дружніх взаємин із пресою, частіше звертаються до громадськості та, відповідно, частіше впливають на неї через ЗМІ» [10].

До завдань PR-фахівця входить навчання медичного персоналу (як правильно відповідати на запитання інтерв'ю, як поводитись у тих чи інших ситуаціях тощо) та забезпечення репортерів адекватною базовою інформацією. А якщо організація дає споживачеві неправдиву інформацію у рекламі, то варто покладатися на високу якість її продукту. У споживача виникають сумніви і в товару або послуг такої компанії падає попит. Усе це спонукає медичні установи контролювати як якість своїх послуг та продукції, і чесність своєї реклами.

Охорона здоров'я – це складна в технічному плані сфера діяльності. Для привернення уваги до неї ЗМІ та громадськості, необхідно поглянути на неї з погляду потреб людини. Час, витрачений на визначення успішної стратегії, підготовку репортерів, вибір медичних працівників і пацієнтів для інтерв'ю, завжди окупається. Запуск певної інформації, що викликає сумніви у цільовій аудиторії частіш за все відноситься до сфери PR-діяльності конкурента. Проте дуже важливо, використовуючи цей метод, викликати сумніви у компетентності саме супротивника, а чи не сумніви у компетентності обвинувачень. Якщо журналіст досить поінформований, у процесі громадського обговорення він зможе вичерпно і грамотно висвітлювати проблеми охорони здоров'я, що розглядаються [26].

Особливу увагу необхідно приділити такому виду повідомлень у ЗМІ, як інформація від пацієнтів. Найчастіше відомості, які прагне розмістити преса про захворювання або травми пацієнтів, розходиться з інформацією,

яку повідомляють про своїх пацієнтів лікарі-професіонали. Потреба преси в інформації та її негласний принцип «народ має право знати» викликають розбіжності із законом про недоторканність приватного життя, з принципами лікарської етики та міжособистісними взаєминами між лікарем і хворим. На нормативному рівні це питання розглядається у законі «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [41]. Коли йдеться про конфіденційну інформацію або інформацію про пацієнтів, мас-медіа та персонал лікувальних закладів повинні керуватися такими інструкціями:

1. Захищати особисті права громадян з метою відсутності виникнення скрутної чи незручної для пацієнтів лікарні ситуації жодна людина не повинна ставати об'єктом зневаги чи глузувань.

2. Сприяти популяризації чіткої, надійної та актуальної інформації.

3. Взаємодіяти чесно та відкрито у всіх аспектах діяльності [31].

Правила внутрішнього розпорядку лікарень не забороняють оприлюднення імені, статі, віку, призначеного лікування, короткого діагнозу та даних про загальний стан пацієнта. Винятком є випадки, коли пацієнт письмово просить не розповсюджувати ці відомості. Щодо інформації, яка захищена законодавством, до них відносять історію хвороби, психічне чи фізичне становище пацієнта, характерні риси лікування. Діючі норми рекомендують наявність у кожному лікувальному закладі спеціального співробітника для постійної роботи зі ЗМІ.

В епоху розквіту жовтої преси, недоброчесної журналістики та збільшення кількості судових позовів медичні установи та організації охорони здоров'я можуть стати об'єктами судового переслідування з боку пацієнтів навіть за дотримання всіх існуючих рекомендацій та правил. Законні та моральні міркування обмежують можливості організацій охорони здоров'я відповідати на звинувачення, що їм пред'являються, за допомогою взаємодії зі ЗМІ. У разі звернення пацієнта до суду ЗМІ мають адекватно та безпомилково передавати новини, пов'язані із питаннями медицини. У свою чергу організації охорони здоров'я мають взаємодіяти зі ЗМІ як добровільне

джерело даних, водночас оберігаючи право на приватне життя та професійну репутацію людей як усередині установи, так і за її межами.

Метою управлінських рішень, що приймаються на рівні держави і регіональних структур охорони здоров'я, є оптимізація їх функціонування в умовах якісних змін в середині соціально-економічної сфери, особливо в розбалансованих соціальних системах та частозмінній ситуації. Ці процеси вимагають адекватних форм та способів своєчасного отримання даних. «Для адекватної та оперативної оцінки умов, що утворилися у свідомості споживачів послуг охорони здоров'я, як комерційним, так і державним установам різних рівнів потрібні фахівці з проведення досліджень громадської думки» [19].

Дослідження у охороні здоров'я мають стратегічну важливість у розвитку відносин із суспільством, надаючи можливість впливати на цільові групи за допомогою отриманої інформації.

Більшість досліджень в галузі охорони здоров'я ЗМІ оприлюднюються з метою висвітлення поточних даних про стан будь-якого сектора охорони здоров'я. В Україні за всі роки незалежності деякі перетворення розвивалися в екстремальних умовах. Наприклад, чесна конкуренція змінювалася кримінальними подіями. А для розвитку виробництва потрібно було лише швидко зреагувати, приватизувавши колишні державні підприємства [35].

Виділяють низку основних напрямів, згідно з якими проводяться соціологічні дослідження (рис. 3.5).

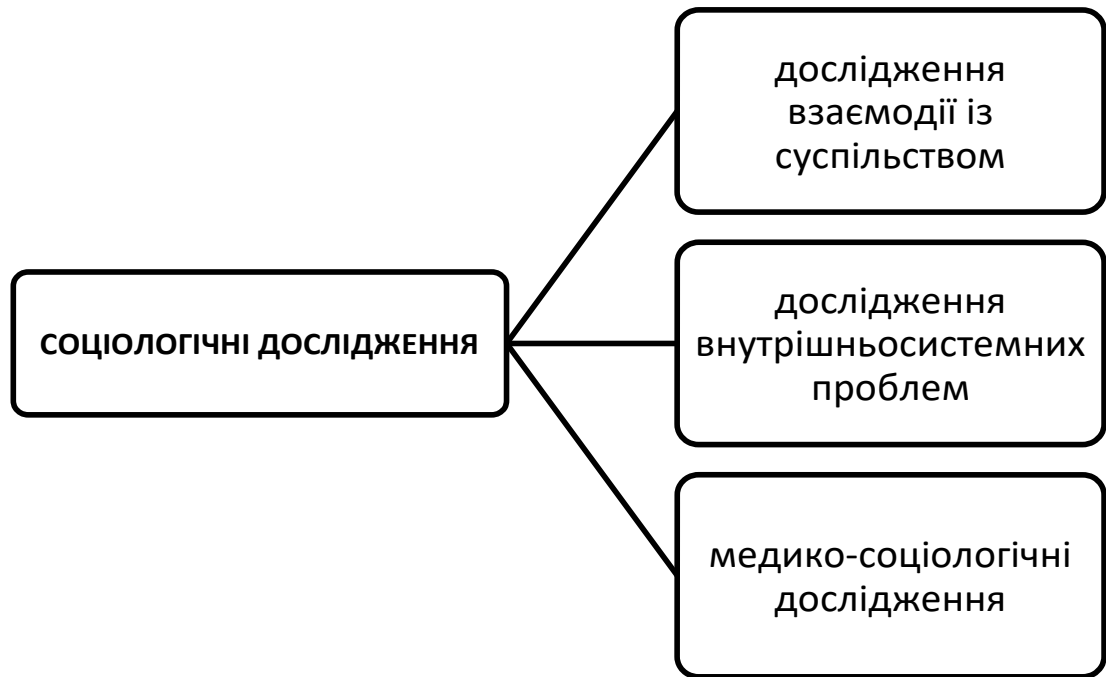


Рис. 3.5. Напрями соціологічних досліджень у системі охорони здоров'я

Перший напрямок пов'язаний із дослідженням взаємодії організації охорони здоров'я та суспільства. Воно дає можливість отримувати дані від населення про продуктивність роботи організації охорони здоров'я, вивчати інформаційні вимоги цільових груп, мотивацію на зміну ставлення до власного здоров'я.

Другий напрямок соціологічних досліджень вивчає внутрішньосистемні проблеми охорони здоров'я. Цей напрямок досліджує проблеми медичних співробітників, які пов'язані з їхньою висококласною діяльністю та соціальним статусом у суспільстві, взаємодію системи охорони здоров'я з іншими соціальними інститутами та державними органами.

Третій напрямок – медико-соціологічні вивчення. Воно пов'язане з дослідженням соціально-психологічних аспектів перебігу захворювань та надає можливості у перспективі давати прогноз категорії ризику згідно з певними захворюваннями [44].

Цей метод означає послідовний вплив на кілька цільових аудиторій. При цьому створюється певний ланцюг: перші аудиторії використовуються для акцій, які, своєю чергою, орієнтовані на другі аудиторії. Наприклад,

спочатку відбувається взаємодія із населенням, потім із засобами масової інформації, а потім із владою. Слід уточнити, що послідовність ланцюжка завжди визначається при врахуванні самої ситуації (в усіх випадках різна). Але кінцевою інстанцією всієї PR-кампанії стає саме влада. Однак ця послідовність ефективніше впливає, коли люди безпосередньо звертаються до органів влади.

Використання підсумків різних досліджень громадської думки з метою проектування комунікаційних стратегій властиво насамперед для компаній-виробників фармацевтичної продукції або їх агентів у нашій країні. Профілактичні установи у сфері охорони здоров'я також можуть вільно використовувати у роботі підсумки соціологічних досліджень. Ґрунтуючись на результатах отриманих даних, вони мають можливість розробляти різноманітні стратегії з профілактики захворювань, поліпшення здоров'я людей та стимулювання здорового способу життя.

Аналіз громадської думки дає можливість сформулювати комунікаційну стратегію, внаслідок якої у різних верств населення будуть створюватись ціннісні відносини до здоров'я, медицини та організації охорони здоров'я.

ВИСНОВКИ

У магістерській роботі проведено систематизацію сучасних поглядів на менеджмент системи охорони здоров'я в Україні в сучасних умовах проведення реформ та визначено перспективні напрямків модернізації менеджменту системи охорони здоров'я.

Результати дослідження дають підстави сформулювати наступні висновки.

1. Визначено, що в даний час охорона здоров'я має величезне соціальне значення, рівень його наукового розвитку не стоїть на місці. Це найбільший соціальний інститут, що займається стратегічно важливими завданнями. Сучасній науці та медицині делеговано такі важливі аспекти як громадське та індивідуальне здоров'я: його охорона та зміцнення, надання людям професійної науково-медичної та медико-соціальної допомоги. Системні заходи щодо зниження захворюваності, профілактика та боротьба з різними епідеміями, покращення якості життя, підтримка здорового способу життя населення, сприяння зміцненню здоров'я – все це є пріоритетно важливими напрямками сучасної охорони здоров'я.

Здоров'я населення залежить від економічного стану суспільства і, своєю чергою, саме впливає на цей стан, а також служить індикатором соціально-економічної ситуації. Здоров'я громадян виступає одним із найважливіших економічних ресурсів розвитку країни, регіону, території. Якість населення (людський капітал), що характеризується, зокрема, показниками громадського здоров'я, є головним двигуном та обмежувачем розвитку будь-якої економіки.

Слід зазначити, що значимість системи охорони здоров'я може бути охарактеризована з управлінської, правової, соціальної, економічної та гуманістичної позицій.

2. На основі проведеного аналізу встановлено, що у сучасних умовах всі моделі охорони здоров'я можна умовно поділити на три типи: бюджетна (або державна), страхова (або соціально-страхова) та приватна (недержавна або ринкова). Відмінними ознаками організації управління охороною здоров'я у різних моделях є: об'єм державного гарантування; джерело фінансування медичної допомоги; державне управління охороною здоров'я; замовник послуг та його статус; виконавець (надавач) медичних послуг та його статус; характер взаємовідносин між замовником та надавачем медичних послуг; схема фінансування галузі охорони здоров'я; структури, які забезпечують права пацієнтів; структури, що забезпечують права виробника медичних послуг.

Кожна із зазначених моделей має свої сильні та слабкі сторони, а їх поширення є нерівномірним. Характерною рисою більшості національних систем охорони здоров'я розвинених західних країн є поєднання державного регулювання діяльності медичних організацій та страхових компаній із конкуренцією за споживача, що веде до зростання ефективності та рівності доступу до медичного обслуговування. По суті, в європейських країнах в останні два десятиліття робляться спроби активізації ринкових механізмів у охороні здоров'я зі збереженням держрегулювання, оскільки через специфіку цієї сфери та ступінь її соціальної значущості повністю ринкові відносини тут не допустимі.

3. Дослідження механізму державного регулювання у сфері охорони здоров'я дозволяє говорити про те, що суб'єкти публічного управління у сфері охорони здоров'я умовно можна поділити на п'ять рівнів:

- 1) вищі органи державної влади (Президент, ВРУ, Кабмін);
- 2) спеціальний центральний орган виконавчої влади (МОЗ України);
- 3) інші центральні органи виконавчої влади у сфері охорони здоров'я (Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками, Національна служба здоров'я України тощо);

4) центральні органи виконавчої влади, яким підпорядковано заклади охорони здоров'я (Міноборони, МВС, СБУ);

5) місцеві органи публічної влади.

Кожен рівень суб'єктів має власні місце та роль у формуванні та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я та менеджменту системи охорони здоров'я. При цьому керуюча роль належить першим двом рівням. Серед негативних факторів впливу на діючий механізм державного регулювання у сфері охорони здоров'я можна виділити наступні: недофінансування державної системи охорони здоров'я; дефіцит та неоптимальна структура медичних кадрів; особливості ринку медичних послуг. Особливо значущим можна відмітити останній фактор, оскільки основна відмінна особливість ринку медичних послуг полягає в тому, що він функціонує в соціальній сфері, тому будь-які спроби його комерціалізації розглядаються громадянами як зазіхання на соціальне право, закріплене в Конституції.

4. Встановлено, що ефективність системи охорони здоров'я громадян значною мірою визначається станом кадрового потенціалу галузі. У сучасних умовах потрібне покращення системи планування, прогнозування та моніторингу підготовки медичних співробітників, збільшення рівня їх підготовки з проблем управління та економіки охорони здоров'я. Вирішення завдання підвищення ефективності охорони здоров'я визначає попит на нові методологічні розробки в галузі інноваційних підходів до управління та розвитку галузі охорони здоров'я, раціонального використання ресурсів, формування ринку медичних послуг.

Доведено, що на етапі реформування посилюється роль ефективного управління на установчому рівні для вибору оптимальної організації роботи та отримання конкретних результатів. Серед проблемних питань вдосконалення менеджменту системи охорони здоров'я варто виділити наступне:

- складнощі формування сучасної методології управлінських

процесів;

- раціональна побудова інформаційного забезпечення управління та застосування передових технологій інформатизації;
- формування та планування фінансових потоків у нових економічних умовах;
- підготовка керівника нової формації.

Системний підхід до менеджменту у сучасній охороні здоров'я має передбачати поєднання та єдність економічних, адміністративних, технологічних методів, спрямованих на досягнення головної мети охорони здоров'я – надання доступної та кваліфікованої медичної допомоги.

5. Обґрунтовано, що у механізмі управління закладами охорони здоров'я в сучасних умовах необхідним є посилення дії економічного управління з його функціональними різновидами, а також специфічними функціями, що конкретизують сферу управлінського впливу на економіку закладу охорони здоров'я. Безумовно в закладах цієї галузі економічні закони діють не так виразно, як в ринкових структурах, проте і нехтувати ними сучасні заклади галузі не можуть. Незважаючи на те, що вони і надалі дотримуються кошторису, однак використання фінансових планів або бюджетів як гнучких інструментів нового фінансового менеджменту є раціональним навіть з погляду змін до підходів й принципів фінансування закладів охорони здоров'я.

Оцінювання ефективності системи охорони здоров'я вимірюється сукупністю показників, кожен з яких характеризує будь-яку сторону процесу надання медичної допомоги та стану здоров'я населення як результату цієї допомоги (її якості, обсягу та доступності). Ефективність системи охорони здоров'я окреслюється сукупний параметр за трьома типами ефективності: соціальної; медичної; економічної. Пріоритетними напрямками оцінки ефективності системи охорони здоров'я є медична та соціальна ефективність (медико-соціальна). Всі три типи ефективності є взаємопов'язаними та взаємозумовленими.

Особливістю системи охорони здоров'я є обов'язкове виконання умови економічної ефективності, оскільки медичні заходи лікувального та профілактичного характеру можуть бути економічно не вигідними, але медичний та соціальний ефекти вимагають їх проведення. У зв'язку з чим було зроблено висновок, що потрібна розробка системи індикаторів ефективності системи охорони здоров'я, що характеризують ступінь досягнення поставленої мети. При розробці методики моніторингу та оцінки ефективності системи охорони здоров'я пропонується визначити індекси як сукупності статистичних показників, що використовуються для оцінки витрат системи та досягнення медико-соціальних результатів.

6. Доведено, що позиціонування платних медичних послуг необхідно оцінювати не лише з професійних, а й із споживчих позицій. Велику роль відіграють важливі чинники: своєчасність медичної допомоги, уважність і ввічливість медичних працівників. Для пацієнтів важливо, щоб ознаки захворювання були усунені, а саме захворювання запобігли або були припинені його негативні наслідки. На відміну від професіоналів, споживачі дають оцінку ефективності якості послуги, порівнюючи очікуваний та отриманий результати.

Для ефективної системи просування медичного продукту на ринок та успішного продажу навіть конкурентоспроможної продукції недостатньо лише пропозиції прийнятної для споживачів ціни. Необхідно підібрати для кожного конкретного випадку виняткові засоби у вигляді засобів масової інформації, громадських зв'язків, реклами та стимулювання збуту та домогтися розголосу та доведення до цільової аудиторії найважливіших відмінних особливостей цього продукту. Охорона здоров'я – це складна в технічному плані сфера діяльності. Для привернення уваги до неї ЗМІ та громадськості, необхідно поглянути на неї з погляду потреб людини. Час, витрачений на визначення успішної стратегії, підготовку репортерів, вибір медичних працівників і пацієнтів для інтерв'ю може окупатись в плані налагодження взаємодії між закладами охорони здоров'я та громадськістю.

Не менш важливою є робота із дослідження громадської думки щодо питань медичного характеру. Аналіз громадської думки дасть можливість сформулювати комунікаційну стратегію, внаслідок якої у різних верств населення будуть створюватись ціннісні відносини до здоров'я, медицини та закладів охорони здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Баєва О. В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я : навчальний посібник / О. В. Баєва. – К. : Центр учбової літератури, 2008. – 640 с.
2. Башинська І.О. Характеристика новітніх маркетингових комунікацій з позиції використання їх для промислових підприємств / І. О. Башинська // Проблеми науки. – 2019. – №6. – С.31-37.
3. Белянцева М.І. Маркетинговий менеджмент: Навчальний посібник / М.І. Белянцева, В.Н. Воробйова. - К.: Центр учбової літератури, 2016.- 407 с.
4. Войчак А. Дослідження сучасних концепцій маркетингу та маркетингового менеджменту / А. Войчак, В. Шумейко // Маркетинг в Україні. – 2019. – №4. – С.52-55.
5. Гладун З. С. Адміністративно–правове регулювання охорони здоров'я населення в Україні : монографія / З. С. Гладун. – К. : Юрінком Інтер, 2007. – 720 с.
6. Гойда Н. Г. Медикосоціологічна інформація як інструмент управління якістю медичної допомоги / Н. Г. Гойда, В. В. Горачук // Матеріали конф. з між нар. уч. «Медична та біологічна інформатика та кібернетика: віхи розвитку». — К., 2011. — С. 27
7. Гойда Н. Г. Роль громадських організацій у становленні сімейної медицини в Україні / Н. Г. Гойда // Участие общественности в принятии решений, влияющих на работу системы здравоохранения: состояние, позиции, идеи / под ред. В. В. Глуховского. – К. : Изд–во ООО “Дизайн и полиграфия”, 2017. – 100 с.
8. Горачук В.В. Медико-соціальне обґрунтування моделі системи управління якістю медичної допомоги [Електронний ресурс] Режим доступу: <http://nmapo.edu.ua/zagruzka/DrAr/DrGorahuk.pdf>
9. Горачук В.В. Методичні підходи до визначення задоволеності

пацієнтів (їхніх представників) медичною допомогою у закладі охорони здоров'я [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://www.nbu.gov.ua/old_jrn/chem_biol/sped/2012_1/015-18.pdf

10. Гордієнко Л.Ю. Менеджмент державної установи: навч. посіб. / Л.Ю.Гордієнко. — Х. : Вид-во ХДЕУ, 2021. — 152 с.

11. Грузева Т. С. Соціальний градієнт у доступності послуг охорони здоров'я / Т. С. Грузева // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я : матеріали міжнар. наук.–практ. конф., присвяченої Всесвітньому дню здоров'я, 7 квіт. 2011 р. : тези доп. — 2021. — № 1 (13). — С. 104–105.

12. Гут І. О. Основні проблеми використання сучасних маркетингових стратегій та програм стимулювання збуту в умовах розвитку українського ринку / І. О. Гут // Академічний огляд. Економіка та підприємництво. — 2014. — № 1. — С. 80–85.

13. Деякі питання удосконалення системи охорони здоров'я : Постанова Кабінету Міністрів України від 17 лют. 2010 р. № 208. [Електронний ресурс]. — Режим доступу : zakon.rada.gov.ua.

14. Долот В. Д. Здоров'я як економічна категорія: фактори, що впливають на рівень здоров'я населення та охорону здоров'я [Електронний ресурс] / В. Д. Долот // Інвестиції: практика та досвід. — 2016. — № 1. — С. 74–76.

15. Долот В. Д. Поняття менеджменту й маркетингу в системі охорони здоров'я / В. Д. Долот, В. В. Лещенко // Держава та регіони. Сер. : Державне управління. — 2014. — № 1. — С. 8–13.

16. Долот В. Д. Система охорони здоров'я в Україні: вибір національної моделі розвитку [Електронний ресурс] / В. Д. Долот // Електронне наукове фахове видання «Державне управління: удосконалення та розвиток». — 2013. — № 2. — Режим доступу : <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=658>

17. Долот В. Д. Система охорони здоров'я в Україні: шляхи виходу з кризи / В. Д. Долот // Ефективність державного управління. — 2014. — Вип. 38.

– С. 184–190.

18. Етичний кодекс лікаря [Електронний ресурс] Режим доступу: http://meduniv.lviv.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=197&Itemid=206&lang=uk.

19. Жаліло Л. Охорона громадського здоров'я як соціальна інституція / Жаліло Л., Солоненко І., Скуратівський В. // Вісн. УАДУ. - 2003. - № 2. - С.72-77.

20. Загорський В. С. Управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я : монографія / В. С. Загорський, З. М. Лободіна, Г. С. Лопушняк. – Львів : ЛРІДУ НАДУ, 2020. – 276 с.

21. Заколюдяжна М. В. Програмно-цільовий підхід у державному управлінні системою охорони здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу : www.nbuv.gov.ua/portal/Soc_Gum/Dtr_du/...1/.../DU111_43.pdf.

22. Зеленевиц В. О. Шляхи вдосконалення фінансування охорони здоров'я в Україні / В. О. Зеленевиц [Електронний ресурс]. Режим доступу : <http://intkonf.org/zelenevich>.

23. Злепко С.М. Огляд медичних інформаційних систем // Системи обробки інформації. — 2017. — № 3(93). – С. 189-192.

24. Камінська Т. М. Про розвиток квазіринкових відносин в охороні здоров'я [Електронний ресурс] / Т. М. Камінська. – Режим доступу: http://www.ief.org.ua/Arjiv_ET/Kaminska206.pdf

25. Кармишев В. Д. Стратегічне планування інноваційними процесами в системі охорони здоров'я: державні механізми : монографія. – Х. : Вид-во ХАРІ НАДУ “Магістр”, 2016. – 302 с.

26. Карлаш В. В. Державне регулювання реформуванням системи охорони здоров'я України. / В. В. Карлаш // Інвестиції : практика та досвід. – 2019. – № 15. – С. 121–124

27. Карлаш В. В. Державне регулювання сучасним станом охорони здоров'я України / В. В. Карлаш // Інвестиції: практика та досвід. – 2020. – № 1. – С. 101–104.

28. Комарова І. В. Бюджетне фінансування охорони здоров'я громадян України як складової людського капіталу [Електронний ресурс] / І. В. Комарова. – Режим доступу : http://www.nbuu.gov.ua/portal/Soc_Gum/Vbumb/2010_3/19.pdf

29. Концепція нової системи охорони здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://moz.gov.ua/docfiles/Pro_20140527_0_dod.pdf. – Назва з екрана.

30. Кравченко Ж. Д. Державне регулювання системи первинної медико-санітарної допомоги при вищих навчальних закладах (на прикладі м. Харкова) / Ж. Д. Кравченко // Актуальні проблеми державного управління. – 2021. – № 2. – С. 195–202

31. Кравченко Ж. Д. Порівняльний аналіз структурно-функціонального забезпечення національних систем охорони здоров'я / Ж. Д. Кравченко // Теорія та практика державного управління. – 2020. – Вип. 3. – С. 82–88

32. Ларіна Р. Р. Державний механізм забезпечення інформатизації системи охорони здоров'я : монографія / Р. Р. Ларіна, А. В. Владзимирський, О. В. Балуєва ; за заг. ред. проф. В. В. Дорофійенко. – Донецьк : ТОВ “Цифрова типографія”, 2018. – 252 с.

33. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. — К. : Укр. Інститут стратегічних досліджень МОЗ України, 2019. — 34 с.

34. Марчук О.В. Сутність та характеристики медичних послуг у маркетинговій товарній політиці медичних закладів [Електронний ресурс] Режим доступу: <http://ena.lp.edu.ua:8080/bitstream/ntb/16807/1/165-Marchuk-269-271.pdf>

35. Мельник А. Національний та регіональні ринки послуг України: чи наближаємось ми до Європи? / А.Мельник, Ю.Мельник // Журнал європейської економіки. – 2015. – Том 14. – (№ 4). – с. 456-476.

36. Мельник А. Ф. Менеджмент державних установ і організацій :

навч. посіб. / [А. Ф. Мельник, А. Ю. Васіна, Н. М. Кривокульська] / За ред. А. Ф. Мельник. – Київ : ВД “Професіонал”, 2016 р. – 464 с.

37. Миронова Г. Право пацієнта на вибір методів лікування: «білі плями» українського законодавства / Г. Миронова // Право України. – 2015. – № 3. – С. 59–64.

38. Москаленко В. Ф. Принципи організації оптимальної моделі системи охорони здоров'я : український контекст : монографія / В. Ф. Москаленко. – К. : «Книга плюс», 2008. – 320 с.

39. Нагорная А.М. Проблема якості в охороні здоров'я / Нагорная А.М., Степаненко А.В., Морозов А.Н. -Подільській: Абетка-НОВА, 2002. – 384с.

40. Науковий менеджмент в медицині [Електронний ресурс] Режим доступу: <http://angio-veritas.com/innovatsiji/naukovo-innovatsijnyj-menedzhment/naukovyj-menedzhment-v-medytsyni/>

41. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19 листоп. 1992 р. № 2801–XII // Відом. Верхов. Ради України. – 1993. – № 4. – С. 19.

42. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні / за заг. ред. В. М. Лехан, В. В. Рудого. – К. : Вид-во Раєвського, 2015. – 168 с.

43. Офіційна веб-сторінка Міністерства охорони здоров'я України. – Режим доступу: <https://moz.gov.ua>.

44. Пак С. Я. Внутрішньоорганізаційна структура державного управління охороною здоров'я на регіональному та місцевому рівнях в Україні: сучасний стан та перспективи. [Електронний ресурс] / С. Я. Пак // Держ. упр. : теорія та практика. – 2021. – № 1. – Режим доступу : <http://www.academy.gov.ua/ej/ej13/txts/Pak.pdf>.

45. Пак С. Я. Розвиток державної політики з функціональної та структурної перебудови системи охорони здоров'я на місцевому рівні в Україні / С. Я. Пак // Актуальні проблеми державного управління на

сучасному етапі державотворення : матеріали V наук.–практ. конф., 27 жовт. 2011 р. : тези доп. – Луцьк, 2011. – С. 68–70.

46. Петрашик Ю.М. Якість медичних послуг: особливості, роль, фактори [Електронний ресурс] Режим доступу: irbis-nbuv.gov.ua/

47. Права людини у сфері охорони здоров'я : практ. посіб. / І. Берн, Т. Езер, Дж. Коен та ін. ; за наук. ред. І. Сенюти. – Львів : Вид-во ЛОБФ “Медицина і право”, 2020. – 552 с.

48. Права пацієнтів у міжнародних документах [Електронний ресурс] – Режим доступу: irbis-nbuv.gov.ua

49. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19.10.17 р № 2168–VIII [Електронний ресурс] – Режим доступу : https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168_19

50. Про деякі питання електронної системи охорони здоров'я : Постанова Кабінету Міністрів України від 25.04.18 р № 411 [Електронний ресурс] – Режим доступу : https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411_2018_%D0%BF

51. Про затвердження Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я : Розпорядження Кабінету міністрів України 30.11.16 р № 1013–р. [Електронний ресурс] – Режим доступу : <https://www.kmu.gov.ua/npas/250432586>

52. Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року : Наказ МОЗ України від 1 серп. 2011 р. № 454. [Електронний ресурс] – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110801_454.html.

53. Про затвердження нормативних документів щодо застосування телемедицини в сфері охорони здоров'я : Наказ МОЗ України від 19 жовтня 2015 року № 681. [Електронний ресурс] – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1400-15>

54. Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, і форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну

медичну допомогу : Наказ МОЗ України від 19.03.18 р № 503. [Електронний ресурс] – Режим доступу : https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0347_18

55. Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги : Наказ МОЗ України від 19.03.18 р № 504. [Електронний ресурс] – Режим доступу : https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348_18

56. Про лікарське самоврядування : проект Закону України від 23 груд. 2008 р. № 3539. [Електронний ресурс] – Режим доступу : http://gska2.rada.gov.ua/pls/zweb_n/webproc4_1?id=&pf3511=34025.

57. Про Порядок контролю та управління якістю медичної допомоги Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 189 від 26.03.2009р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20090326_189.html

58. Про проведення інвентаризації матеріально-технічного забезпечення закладів охорони здоров'я: Наказ МОЗ України від 10 берез. 2011 р. № 140. [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110310_140.html.

59. Про результати проведення контрольного визначення рівня знань і практичних навичок середнього медичного персоналу: інформаційний документ. [Електронний ресурс] Режим доступу: rivneosvita.org.ua/method_kabinet/biblioteka.php/Книги%20/.../nw14.pdf

60. Пушмак Г. Маркетингові шляхи реформування медицини в Україні / Г. Пушмак // Маркетинг в Україні. – 2018. – № 3. – С. 28–32.

61. Радиш Я.Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування. – К.: Видавництво УАДУ, 2017. – 360 с.

62. Реформування системи охорони здоров'я на муніципальному рівні : навч. посіб. / І. М. Солоненко, О. П. Попов, Л. І. Жаліло, К. О. Надутий. – К. : Вид-во НАДУ, 2017. – 211 с.

63. Рожкова І. В. Децентралізація управління у сфері охорони здоров'я на місцевому рівні : монографія / І. В. Рожкова, І. М. Солоненко. –

К. : Фенікс, 2008. – 160 с.

64. Роль управління кадровими ресурсами у покращенні результатів діяльності системи охорони здоров'я України. – К., 2009. – С. 113.

65. Рубцов В. П. Державне управління та державні установи: Навч. посіб. для дистанційного навчання / В. П. Рубцов, Н. І. Перинська; За ред. д-а соціол. наук, проф. Ю. П. Сурміна.— К.: Університет «Україна», 2008.— 440 с.

66. Савост'янова С. Л. Особливості державного регулювання механізмів суспільного розвитку у сфері забезпечення населення України послугами з охорони здоров'я / С. Л. Савост'янова // Проблеми управління соціальним і гуманітарним розвитком: IV регіон. 236 наук.–практ. конф. за міжнар. участю, 26 листоп. 2020 р. : тези доп. – Дніпропетровськ : ДРІДУ НАДУ, 2020. – С. 271–274.

67. Слабкий Г. О. Сучасні підходи до фінансування системи охорони здоров'я / Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко, О. О. Заглада. – К., 2018. – 345 с.

68. Слабкий Г.О. Загальна характеристика законодавства України з питань організації охорони здоров'я / Г.О. Слабкий, В.А. Русняк, С. В. Істомин // Сучасні медичні технології. – 2018. – № 2. – С. 109-112. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Smt_2018_2_32

69. Солоненко І. М. Управління організаційними змінами у сфері охорони здоров'я : монографія / І. М. Солоненко, І. В. Рожкова. – К. : Фенікс, 2018. – 276 с.

70. Солоненко Н. Д. Економіка охорони здоров'я : навч. посіб. / Н. Д. Солоненко. – К. : Вид-во НАДУ, 2015. – 416 с.

71. Стеценко С. Г. Медичне право України : підручник / С. Г. Стеценко, В. Ю. Стеценко, І. Я. Сенюта ; за заг. ред. д-ра юрид. наук, проф. С. Г. Стеценка. – К. : Всеукр. асоціація видавців “Правова єдність”, 2018. – 507 с.

72. Туленков М. В. Організаційна взаємодія в демократичній системі соціального управління / М. В. Туленков. – К. : ІПК ДС ЗДУ, 2017. – 102 с.

73. Україна – донор медичних кадрів для багатьох країн. [Електронний ресурс] – Режим доступу : <http://health.unian.net/ukr/detail/223513>.

74. Фойгт Н. Роль планування в системі державного управління охороною здоров'я [Електронний ресурс] / Н. Фойгт. – Режим доступу : www.nbuv.gov.ua/portal/soc_gum/Dums/2011_3/11fnauoz.pdf.

75. Фуртак І. Правове забезпечення раціоналізації державного управління системи охорони здоров'я України [Електронний ресурс] / І. Фуртак, А. Варава // Науковий вісник. – 2010. – Вип. 6 «Демократичне врядування». – Режим доступу : <http://www.lvivacademy.com/visnik6/fail/Furtak.pdf>.

76. Чехун О.В. Надання платних медичних послуг: цивільно-правові аспекти [Електронний ресурс] / О.В.Чехун // Часопис Київського ун-ту права – 2019. – № 2. Режим доступу: kul.kiev.ua/images/chasop/2010_2/213.pdf

77. Шевчук П. І. Соціальна політика / П. І. Шевчук. – Львів : Світ, 2003. – 400 с.

78. Юсупов В. Удосконалення правового забезпечення функціонування державної політики у сфері охорони здоров'я // Підприємництво, господарство і право. – 2018. – № 10 – С. 18–21.