

Національний університет кораблебудування
імені адмірала Макарова

Кафедра менеджменту



Пояснювальна записка

до дипломної роботи

магістра

на тему: Вдосконалення діяльності приватних закладів
охорони здоров'я в Україні

Виконав: студент 6 курсу, групи 6435мз
спеціальність 073 «Менеджмент»

Кондратенков О. Ю.

(прізвище та ініціали)

Керівник Михайлов М.С.

(прізвище та ініціали)

Рецензент Запорожець І.М.

(прізвище та ініціали)

Миколаїв – 2020 року

Національний університет кораблебудування імені адмірала Макарова

Кафедра менеджменту

Освітньо-кваліфікаційний рівень – *магістр*

Галузь знань 07 «Управління та адміністрування»

Спеціальність 073 «Менеджмент»

Спеціалізація «Управління закладами охорони здоров'я»

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри менеджменту

д.е.н., проф. Іртищева І.О.

«___» _____ 20__ року

З А В Д А Н Н Я

Кондратенко Олег Юрійович

(прізвище, ім'я по батькові)

ПРОВЕСТИ ПІД КЕРІВНИЦТВОМ

к.е.н., доц. Сергійчука Сергія Ілліча

(науковий ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я по батькові)

НАУКОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ НА ТЕМУ

Вдосконалення діяльності приватних закладів охорони здоров'я в Україні

затверджену наказом ректора НУК від «___» «___» 20__ року № _____

2. Термін подачі роботи на попередній захист _____

3. Вихідні дані: спеціальні літературні джерела, методичні вказівки з питань управління закладами охорони здоров'я, нормативно-законодавчі документи, а також статистичні дані Головного управління статистики України.

4. Перелік питань, які підлягають вивченню: розглянути теоретичні основи діяльності приватних закладів охорони здоров'я в Україні; провести дослідження діяльності приватних закладів охорони здоров'я в Україні; розробити шляхи удосконалення діяльності приватних закладів охорони здоров'я в Україні

5. Перелік графічного матеріалу: Класифікація факторів конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я; ВВП України 2010-2018 в номінальному і реальному значенні; тривалість життя в Україні та країнах ЄС; динаміка видатки на охорону здоров'я в порівнянні з іншими сферами; механізм економічного управління закладами охорони здоров'я; шляхи покращення управління якістю в приватних закладах охорони здоров'я.

6. Консультанти спеціальних розділів:

Найменування	Прізвище, ініціали та посада	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
4. Охорона праці	Мозговий А. М., доцент		

7. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ГРАФІК
виконання кваліфікаційної роботи

№ п/п	Етапи виконання кваліфікаційної роботи магістранта	Термін
1	Визначення наукового керівника роботи	
2	Вибір теми роботи та її узгодження її з науковим керівником	
3	Складання попереднього плану роботи, узгодження його з науковим керівником	
4	Збір статистичної інформації в термін проходження практики на базовому підприємстві (установі, організації)	
5	Вивчення друкованих та електронних джерел, економічних реалій, методичних та наукових видань з теми роботи	
6	Систематизація інформації та складання розгорнутого плану роботи, затвердження його науковим керівником	
7	Розробка теоретичного розділу	
8	Розробка аналітичного розділу	
9	Розробка проектного розділу	
10	Розробка четвертого розділу	
11	Розробка вступу, висновків, списку використаної літератури та додатків	
12	Редагування рукопису роботи магістра та ознайомлення з ним наукового керівника	
13	Розробка проекту автореферату роботи	
14	Розробка проекту демонстраційного матеріалу та доповіді	
15	Усунення зауважень наукового керівника та завершення роботи	
16	Подання рукопису кваліфікаційної роботи, автореферату, демонстраційного матеріалу та доповіді на попередній захист	
17	Подання роботи і автореферату рецензенту та отримання рецензії	
18	Захист роботи перед ДЕК	

Науковий керівник _____ / _____ /

Магістрант _____ / _____ /

АНОТАЦІЯ

Кондратенко О. Ю. "Вдосконалення діяльності комерційних закладів охорони здоров'я в Україні"

Дипломна робота на здобуття кваліфікації магістра з менеджменту. Національний університет кораблебудування імені адмірала Макарова, Миколаїв, 2020.

Магістерська робота присвячена актуальним проблемам теоретичних, методичних і практичних аспектів вдосконалення діяльності приватних закладів охорони здоров'я в Україні. У роботі запропоновано Дослідження діяльності приватних закладів охорони здоров'я в Україні, яка включає аналіз фінансування системи охорони здоров'я приватних і державних закладів та аналіз зовнішнього середовища приватного закладу охорони здоров'я. Розроблено модель уніфікованого механізму управління закладами охорони здоров'я, розкрито основні його компоненти: місію, ієрархію цілей, систему загальнонаукових і специфічних принципів управління, елементний склад функціональної та забезпечувальної підсистем, економічні важелі та стимули, що дозволить вирішити проблему інтенсифікації розвитку системи охорони здоров'я на всіх рівнях. Удосконалено науково-методичний підхід щодо покращення управління якістю в приватних закладах охорони здоров'я, що дозволить вирішити внутрішні проблеми, поліпшити якість послуг, що надаються, передбачити очікування пацієнтів, зменшити витрати медичних закладів, в основному за рахунок упорядкування діяльності та усунення зайвих або неефективних процесів, зовнішніх і внутрішніх втрат, викликаних дефектами та невідповідностями.

Ключові слова: заклади охорони здоров'я, державна й приватна медицина, медична реформа, охорона здоров'я, управління якістю медичних послуг.

АННОТАЦИЯ

Кондратенко А. Ю. "Совершенствования деятельности коммерческих учреждений здравоохранения в Украине"

Магистерская работа посвящена актуальным проблемам теоретических, методических и практических аспектов совершенствования деятельности частных учреждений здравоохранения в Украине. В работе предложено Исследование деятельности частных учреждений здравоохранения в Украине, которая включает анализ финансирования системы здравоохранения частных и государственных учреждений и анализ внешней среды частного учреждения здравоохранения. Разработана модель унифицированного механизма управления учреждениями здравоохранения, раскрыты основные его компоненты: цель, иерархию целей, систему общенаучных и специфических принципов управления, элементный состав функциональной и обеспечивающей подсистем, экономические рычаги и стимулы, к позволит решить проблему интенсификации развития системы охраны здоровья я на всех уровнях. Усовершенствована научно-методический подход по улучшению управления качеством в частных учреждениях здравоохранения, что позволит решить внутренние проблемы, улучшить качество предоставляемых услуг, предусмотреть ожидания пациентов, уменьшить расходы медицинских учреждений, в основном за счет упорядочения деятельности и устранения излишних или неэффективных процессов, внешних и внутренних потерь, вызванных дефектами и несоответствиями.

Доказана необходимость перехода от административной к экономической модели управления учреждениями здравоохранения. Построена модель унифицированного механизма управления учреждениями здравоохранения и раскрыты основные его компоненты: цель, иерархию целей, систему общенаучных и специфических принципов управления, элементный состав функциональной и обеспечивающей подсистем, экономические рычаги и стимулы. Определена возможность и специфику применения научного, социально-экономического, процессуального, программно-целевого и системного подходов к экономическому управления учреждениями здравоохранения с учетом формы собственности и сферы деятельности.

Ключевые слова: учреждения здравоохранения, государственная и частная медицина, медицинская реформа, здравоохранение, управление качеством медицинских услуг.

ANNOTATION

Kondratenko O.Y. "Improving the activities of commercial health care institutions in Ukraine"

Master's work in master's degree in management. Admiral Makarov National University of Shipbuilding, Nikolaev, 2020.

The master's thesis is devoted to topical issues of theoretical, methodological and practical aspects of improving the activities of private health care institutions in Ukraine. The paper proposes a study of the activities of private health care institutions in Ukraine, which includes an analysis of the financing of the health care system of private and public institutions and an analysis of the external environment of a private health care institution. A model of a unified mechanism for managing health care facilities has been developed, its main components have been revealed: mission, hierarchy of goals, system of general scientific and specific management principles, elemental composition of functional and support subsystems, economic levers and incentives. I am at all levels. Improved scientific and methodological approach to improving quality management in private health care facilities, which will solve internal problems, improve the quality of services provided, anticipate patient expectations, reduce the cost of medical institutions, mainly by streamlining activities and eliminating unnecessary or inefficient processes, external and internal losses caused by defects and inconsistencies.

Keywords: health care facilities, public and private medicine, medical reform, health care, quality management of medical services.

ЗМІСТ

ВСТУП	8
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДІЯЛЬНОСТІ ПРИВАТНИХ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ.....	12
1.1. Сутність та основні риси діяльності закладів охорони здоров'я	12
1.2. Фактори конкурентоспроможності приватних закладів охорони здоров'я.....	18
1.3. Необхідність державної підтримки розвитку приватного сектора системи охорони здоров'я України.....	22
Висновок до першого розділу	26
РОЗДІЛ 2. ДОСЛІДЖЕННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ПРИВАТНИХ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ.....	28
2.1. Аналіз фінансування системи охорони здоров'я приватних і державних закладів	28
2.2 Аналіз зовнішнього середовища приватного закладу охорони здоров'я.....	33
Висновки до другого розділу.....	39
РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ПРИВАТНИХ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ.....	40
3.1. Вдосконалення механізму управління приватними закладами охорони здоров'я.....	40
3.2. Рекомендації щодо поліпшення системи управління якістю в приватних зкладах охорони здоров'я.....	45
Висновок до третього розділу	47
РОЗДІЛ 4. ОХОРОНА ПРАЦІ	48
4.1. Охорона праці як суспільно-економічний чинник	48
4.2. Шкідливі виробничі фактори на підприємстві	52
4.3. Розрахунок загального освітлення медичного приміщення	55
ВИСНОВКИ.....	58
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	60

ВСТУП

Актуальність теми. Останніми роками проблеми здоров'я стають дедалі гострішими в українському суспільстві. Основною проблемою є підвищення рівня невдоволення населення якістю послуг, що надаються закладами охорони здоров'я. На жаль, більшість медичних працівників досі не вважають себе залежними від споживача, як це повинно бути в умовах ринкової економіки. З іншого боку, держава не забезпечує належним чином медичні заклади, що ще більше ускладнює ситуацію. Україна витрачає на охорону здоров'я 3-4% ВВП, що вдвічі менше, ніж у розвинених країнах, а середня зарплата медичного працівника в кілька разів менша, ніж у промисловості. Враховуючи складне економічне становище економіки країни, не можна було сподіватися на збільшення бюджету. Одним із вирішень проблем недофінансування з державного бюджету та застарілих відносин між лікарями та пацієнтами є заміна державних закладів охорони здоров'я приватними. Вже близько 10 відсотків всього ринку охорони здоров'я займають приватні заклади охорони здоров'я. Неефективність управління державним охороною здоров'я також відображається на частці державних витрат на приватне медичне обслуговування. Хоча приватні медичні працівники надають 10 відсотків усіх медичних послуг, вони потребують лише 3-4 відсотків загальних витрат на охорону здоров'я. Іншими словами, інтенсивний витрат медичних послуг у кілька разів нижчий у приватному медичному обслуговуванні, ніж у державному. На сьогоднішній день в Україні існує понад 30 000 приватних закладів охорони здоров'я. Однак більшість із них представлені різноманітними стоматологічними та офтальмологічними клініками. Кількість приватних клінік з широким спектром медичних послуг в Україні все ще не велика - близько 50. Однак у великих містах з мільйонами людей довгий час існує конкуренція на ринку медичних послуг серед приватних клінік. Ось чому необхідність вирішення питань інтенсифікації охорони здоров'я на всіх рівнях, особливо на мікрорівні, вимагає активного застосування системи економічного управління, адаптованої до охорони здоров'я як об'єкта економічного регулювання.

Проблемам вдосконалення діяльності приватних закладів охорони здоров'я присвячені роботи вітчизняних та закордонних фахівців – Антонов С.В., Бедрик І.О., Буравльов Л.О., Гонтарева І. В., Грабовський В. А., Іртищева І.О., Клименко П. М., Кучеренко В. З., Лехан В. М., Майданик Р., Миронюк І. С., Новічкова О. М., Рябець Д.М., Салтман Р., Сергійчук С.І., Сміянов В. А., Фигейрас Дж., Удовиченко Н.М., Федак Н.М., Шевченко М. В., Щербина І. Ф. та ін., в яких основну увагу приділено проблемам фінансування медичної допомоги, адекватного рівню державних гарантій надання медичних послуг, проблемам становлення нових економічних відносин і ризик-менеджменту в умовах регульованого ринку охорони здоров'я, маркетингу та якості медичних послуг, медико-соціальним аспектам надання медичної допомоги.

Водночас недостатньо досліджені проблеми економічного управління приватними закладами охорони здоров'я на мікрорівні, що базується на застосуванні економічних методів, що свідчить про необхідність наукових досліджень саме у цьому напрямі.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Кваліфікаційна робота виконана за планами науково-дослідної роботи кафедри Менеджменту Факультету економіки моря НУК (тема: «Управління бізнес-процесами в умовах розвитку цифрової економіки та суспільства»).

Мета і задачі дослідження. Актуальність теми дозволила визначити мету дослідження: формування науково обґрунтованих рекомендацій та пропозицій щодо вдосконалення діяльності приватних закладів охорони здоров'я в Україні.

Для досягнення цієї мети були поставлені та розв'язані наступні завдання:

- розглянуто сутність та основні риси діяльності закладів охорони здоров'я;
- досліджено фактори конкурентоспроможності приватних закладів охорони здоров'я;
- визначена необхідність державної підтримки розвитку приватного сектора системи охорони здоров'я України;
- проведено аналіз фінансування системи охорони здоров'я приватних і державних закладів;
- проведено дослідження зовнішнього середовища приватного закладу охорони здоров'я;
- вдосконалено механізм управління приватними закладами охорони здоров'я;
- запропоновано рекомендації щодо поліпшення системи управління якістю в приватних закладах охорони здоров'я;

Об'єктом дослідження є процес розвитку діяльності приватних закладів охорони здоров'я в Україні.

Предмет дослідження є сукупність теоретичних, методичних та прикладних аспектів розвитку діяльності приватних закладів охорони здоров'я в Україні.

Теоретико-методологічною основою магістерської роботи є наукові праці вітчизняних і зарубіжних учених. Як науковий інструментарій при

проведенні дослідження використовувалися методи математичного, системного і статистичного аналізу, теорії оптимізації, економіко-математичного моделювання і абстрактно-логічного дослідження.

Методи дослідження. проведене дослідження в роботі спирається на наукові концепції та теоретичні досягнення вітчизняних вчених. У роботі застосовано цілий ряд спеціальних методів, які дозволяють одержати кількісну оцінку окремих аспектів системи медичного страхування та страхової медицини в Україні: діалектичний метод пізнання – при визначенні сутності та основних рис діяльності закладів охорони здоров'я; економіко-логічні методи пізнання – у процесі систематизації та узагальнення факторів конкурентоспроможності приватних закладів охорони здоров'я; метод аналізу і синтезу, порівняння, моделювання – в процесі аналізу фінансування системи охорони здоров'я приватних і державних закладів; метод факторного аналізу – під час дослідження зовнішнього середовища приватного закладу охорони здоров'я.

Наочне відображення динаміки показників розвитку об'єкта дослідження здійснювалось з використанням методу графічного зображення і табличного відображення результатів дослідження. Для проведення комплексного аналізу застосовувались методи комп'ютерної обробки, аналізу та відображення інформації за допомогою програм Microsoft Excel.

Інформаційною базою досліджень є законодавчі акти України, нормативно-правові акти, сучасні теорії управління підприємством, наукові концепції, періодичні публікації вітчизняних та зарубіжних вчених, спеціальна економічна література, періодичні видання, дані Державного комітету статистики, статистичні дані закладів охорони здоров'я, тощо.

Наукова новизна одержаних результатів. Найважливішими результатами, що містять наукову новизну, є:

удосконалено:

– модель уніфікованого механізму управління закладами охорони здоров'я, розкрито основні його компоненти: місію, ієрархію цілей, систему

загальнонаукових і специфічних принципів управління, елементний склад функціональної та забезпечувальної підсистем, економічні важелі та стимули, що дозволить вирішити проблему інтенсифікації розвитку системи охорони здоров'я на всіх рівнях.

набули подальшого розвитку:

– науково-методичний підхід щодо покращення управління якістю в приватних закладах охорони здоров'я, що дозволить вирішити внутрішні проблеми, поліпшити якість послуг, що надаються, передбачити очікування пацієнтів, зменшити витрати медичних закладів, в основному за рахунок упорядкування діяльності та усунення зайвих або неефективних процесів, зовнішніх і внутрішніх втрат, викликаних дефектами та невідповідностями.

Практичне значення отриманих результатів. Основні результати наукового дослідження пропонується використати при удосконаленні організаційного та методичного забезпечення Вдосконалення діяльності приватних закладів охорони здоров'я в Україні. Найбільшу практичну цінність мають уніфікований механізм економічного управління закладами охорони здоров'я та шляхи покращення управління якістю в приватних закладах охорони здоров'я.

Особистий внесок здобувача. У магістерській роботі сформульовані та обґрунтовані наукові положення, розробки, висновки і рекомендації отримано самостійно на основі проведеного дослідження практичних аспектів розвитку діяльності приватних закладів охорони здоров'я в Україні. Аналітична частина роботи виконана на основі обробки статистичних даних діяльності закладів охорони здоров'я в Україні.

Обсяг та структура кваліфікаційної роботи. Кваліфікаційна робота викладена на 76 сторінках та складається зі вступу, чотирьох розділів, висновків, списку використаних джерел (34 найменування), 2 таблиць, 8 рисунків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДІЯЛЬНОСТІ ПРИВАТНИХ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

1.1. Сутність та основні риси діяльності закладів охорони здоров'я

У Законі України "Основи законодавства України про охорону здоров'я" визначено, що закладами охорони здоров'я є підприємства, установи та організації, завданням яких є забезпечення різноманітних потреб населення в галузі охорони здоров'я шляхом надання медико-санітарної допомоги, включаючи широкий спектр профілактичних і лікувальних заходів або послуг медичного характеру, а також виконання інших функцій на основі професійної діяльності медичних працівників.

Заклади охорони здоров'я є зареєстрованими та ліцензованими в установленому порядку суб'єкти господарської діяльності будь-якої організаційно-правової форми та форми власності.

Для всіх організацій притаманні загальні характеристики:

- наявність мети;
- кадри;
- наявність структури.

Місія закладу охорони здоров'я виокремлює його з інших закладів цієї галузі, тому має містити інформацію про чим є даний заклад, яким він прагне бути й чим керується в своїй діяльності. Місія впливає на імідж закладу й привертає увагу до нього пацієнтів, їх законних представників, інвесторів, страхових медичних організацій та інших учасників процесу охорони здоров'я.

Місія виступає інструментом стратегічного управління, що визначає цільові орієнтири організації, важливі з точки зору довготермінових конкурентних позицій. Тому формування місії закладу охорони здоров'я має бути спрямоване на майбутнє й не залежати від його сьогоdnішнього стану.

Місія не є догмою. Медицина є наукомісткою галуззю, технології розвиваються швидкими темпами, у зв'язку з чим у закладу з'являються нові можливості. В Україні відбувається реформування галузі охорони здоров'я, тому нові нормативно-законодавчі акти можуть теж надавати закладу нові можливості. За таких обставин місія може переглядатися.

Велику роль місія чинить на формування етико-деонтологічної культури закладу. Всі співробітники закладу охорони здоров'я мають поділяти головні цінності та принципи, які відобраються в місії.

Характер місії проявляється у стратегії та організаційній культурі закладу. Місію закладу охорони здоров'я визначають сукупність зовнішніх та внутрішніх чинників, до яких відносяться:

- споживачі медичних послуг (пацієнти) та їх законні представники (батьки малих дітей, діти осіб літнього віку тощо);

– кон'юктура ринку медичних послуг, товарів медичного призначення, медичної техніки та фармацевтичного ринку;

– керівники закладу, їх деонтологічні, біоетичні принципи та етико-моральні цінності;

– медичний та допоміжний персонал закладу;

– партнери (наприклад, фармацевтичні компанії, що постачають лікарські засоби та товари медичного призначення);

– органи державної влади та управління;

– суспільство в цілому.

Місія закладу охорони здоров'я знаходить конкретне втілення з таких ознак:

– потреби, які заклад має задовольнити;

– головна ціль, до якої він прагне;

– послуги (або продукція) які він надає (медичні, парамедичні, послуги медичного сервісу, лікарські засоби, товари медичного призначення, медична техніка тощо);

– лікувально-діагностичні, профілактичні, реабілітаційні технології, які використовує заклад;

– ринки, на яких заклад реалізує свої послуги або товари;

– цінності, що він сповідає;

– деонтологічні, біотичні та етико-моральні принципи діяльності.

На рівні великого закладу охорони здоров'я місія може бути сформульована досить широко. На рівні підрозділів або малих закладів охорони здоров'я (наприклад заклад, що надає діагностичні послуги за допомогою ультразвукового дослідження) місія формулюється більш конкретно й чітко, відображає галузь діяльності та окремі види послуг або робіт.

Загальний зміст місії закладу охорони здоров'я відображається в:

– рекламних повідомленнях;

– в бізнес-плані;

– річних звітах;

– статуті закладу;

– договірних угодах з діловими партнерами;

– документах, які відображають організаційну культуру закладу (етичному кодексі, правилах внутрішнього розпорядку, документі поінформованої згоди на медичне втручання тощо).

Мета організації тісно пов'язана з її місією. Існує декілька сфер, в яких організації охорони здоров'я встановлюють свою мету:

– соціальна відповідальність, яка проявляється в поліпшенні громадського здоров'я;

– медичне обслуговування населення;

– потреби та добробут співробітників;

– прибутки організації (для комерційних закладів охорони здоров'я).

Кадри – основа кожної організації, її головне багатство, необхідна умова надання медичних послуг або організації роботи аптеки. Хороший заклад намагається максимально використовувати потенціал своїх співробітників, сприяє підвищенню їх кваліфікації та кар'єрному росту, матеріальному благополуччю. Сучасне управління покликано забезпечити такі умови, при яких заклад охорони здоров'я та його співробітник були корисні один одному і відчували задоволення від взаємодії.

Всі організації охорони здоров'я мають спеціально розроблену структуру, яка є необхідною умовою виконання поставлених перед ними завдань – медичне обслуговування населення. Як правило, це традиційна структура з чітко та конкретно обумовленими інструкціями, функціональними обов'язками, положеннями про роботу кожного структурного підрозділу. Структура закладу охорони здоров'я та інші не врегульовані законом питання, пов'язані з його функціонуванням, визначаються статутом закладу. Організаційна і штатна структури, а також структура основних фондів закладів охорони здоров'я – державних (комунальних) підприємств визначаються виключно власником даного закладу або створеними ними органами управління відповідно статутних завдань та ліцензійних вимог.

Організаційна робота лікарні визначається такими документами та принципами:

- Схема організаційної структури лікарні є додатком до Статуту лікарні.
- Порядок внутрішньої організації та сфера діяльності структурних підрозділів лікарні затверджуються головним лікарем за погодженням з Наглядовою радою.
- Структурні підрозділи лікарні використовують надане їм майно на основі права оперативного використання майна в обсязі, що встановлюється керівником лікарні.
- Щоб забезпечити свою господарську діяльність, лікарня наймає працівників, які мають професійну підготовку та кваліфікацію, що відповідають вимогам чинного законодавства.
- Функціональні обов'язки та посадові інструкції працівників лікарні затверджує її головний лікар.

Специфічні особливості закладів охорони здоров'я:

- труднощі у визначенні якості роботи окремих медичних працівників і закладу охорони здоров'я в цілому;
- необхідність чіткої координації роботи: окремих медичних працівників (лікар-лікар, лікар-медична сестра, медична сестра-медична сестра); окремих підрозділів або служб (медико-інформаційна служба – управління закладом; діагностична служба – лікувальні відділення стаціонару, амбулаторно-поліклінічна допомога; метрологічне забезпечення – діагностична служба, лікувальні відділення; структури амбулаторно-клінічної допомоги – відділення стаціонару; – служба швидкої та невідкладної допомоги – відділення стаціонару; – служба крові – лікувальні відділення стаціонару; – патолого-анатомічна служба – лікувальні відділення стаціонару; – інші).
- необхідність високого ступеня спеціалізації;
- недопустимість толерантного відношення до помилок;

- терміновість і невідкладність роботи.

Класифікаційні ознаки закладів охорони здоров'я

Існують суттєві відмінності в різних видах закладів охорони здоров'я, що впливає на організацію управління ними. До основних класифікаційних ознак відносяться:

- сфера діяльності (заклади лікувально-профілактичні, аптеки, санітарно-профілактичні заклади, заклади санітарної просвіти, медико-соціального захисту, центри медичної статистики, молочні кухні, бюро судово-медичної експертизи тощо);
- організаційно-правова форма (державні, відомчі, приватні, господарчі товариства, об'єднання юридичних осіб);
- розмір;
- участь у науково-дослідній роботі (клініки при НДІ, клінічні заклади охорони здоров'я, науково-дослідні підрозділи фармацевтичних фірм);
- інші.

Функції лікувально-профілактичних закладів (за рекомендаціями ВООЗ):

- лікувально-відновлювальні (діагностика, лікування, медико-соціальна реабілітація, невідкладна медична допомога);
- профілактичні (профілактика інфекційних захворювань, запобігання переходу гострого стану в хронічний, зниження захворюваності з тимчасовою непрацездатністю, інвалідності);
- навчальні (підготовка лікарів та середніх медичних працівників, підвищення кваліфікації медичних працівників);
- науково-дослідницькі.

Заклад охорони здоров'я може бути окремою організаційною одиницею, частиною іншої організаційної одиниці або організаційною одиницею, підлеглою іншій організаційній одиниці. Заклади охорони здоров'я в Україні можуть перебувати в державній (тобто загальнодержавній або комунальній) і недержавній (комерційній) власності.

Учасниками відносин у сфері господарювання виступають:

- суб'єкти господарювання (управлінський, виробничий медичний та допоміжний бухгалтері, економісти, програмісти тощо персонал);
- споживачі (пацієнти);
- покупці (пацієнти, їх законні представники, страхові компанії, фірми, які купують медичні послуги для своїх співробітників);
- органи державної влади та органи місцевого самоврядування, наділені господарською компетенцією;
- громадяни, громадські та інші організації, які виступають засновниками закладів охорони здоров'я чи здійснюють щодо них організаційно-господарські повноваження на основі відносин власності.

Усі заклади охорони здоров'я здійснюють господарську діяльність, під якою розуміють діяльність суб'єктів господарювання у сфері суспільного виробництва, спрямовану на:

- виготовлення та реалізацію лікарських засобів, товарів медичного призначення, медичної техніки;
- виконання науково-дослідних та консультаційних робіт;
- надання медичних послуг.

Таким чином, предметом діяльності лікарні може бути:



Рис. 1.1. Види діяльності закладів охорони здоров'я

Господарська діяльність закладу охорони здоров'я, що здійснюється для досягнення економічних і соціальних результатів та з метою одержання прибутку, є підприємництвом, а суб'єкти підприємництва – підприємцями. Господарська діяльність може здійснюватись і без мети одержання прибутку (некомерційна господарська діяльність).

Сферу господарських відносин становлять такі відносини:

- господарсько-виробничі;
- організаційно-господарські;
- внутрішньогосподарські.

Господарсько-виробничими є майнові та інші відносини, що виникають між суб'єктами господарювання при безпосередньому здійсненні господарської діяльності.

Організаційно-господарські відносини – відносини, що складаються між суб'єктами господарювання та суб'єктами організаційно-господарських повноважень у процесі управління господарською діяльністю.

Внутрішньогосподарськими є відносини, що складаються між структурними підрозділами суб'єкта господарювання, та відносини суб'єкта господарювання з його структурними підрозділами.

Держава для реалізації соціальної й економічної політики, виконання цільових програм і програм економічного і соціального розвитку застосовує різноманітні засоби і механізми регулювання господарської діяльності закладів охорони здоров'я.

Основними засобами регулювального впливу держави на діяльність закладів охорони здоров'я є:

- державне замовлення, державне завдання;
- ліцензування, акредитація, патентування;
- сертифікація та стандартизація;
- застосування нормативів;
- надання інвестиційних, податкових та інших пільг;
- надання дотацій, компенсацій, цільових інновацій та субсидій.

Податкові пільги

Відповідно до Закону України "Про податок на додану вартість" та Постанови Кабінету Міністрів України від 17 грудня 2003 року № 1949, визначено Перелік лікарських засобів та виробів медичного призначення, операції з продажу яких звільняються від сплати податку на додану вартість. Постановою Кабміну від 30 грудня 2005 р. № 1303 перелік лікарських засобів та виробів медичного призначення, операції з продажу яких звільняються від обкладення податком на додану вартість було розширено.

Податкові пільги поширюються не тільки на виробників лікарських засобів та товарів медичного призначення, ними можна скористатися при ввезенні або вивезенні цих товарів з митної території України. Для користування такими податковими пільгами необхідно представити ряд документів, зазначених у Наказі Державної митної служби України від 22.06.2006 N 514 "Про затвердження Порядку подання документів, які підтверджують право суб'єктів підприємницької діяльності на користування встановленими законодавством податковими пільгами під час митного оформлення товарів, що ввозяться на митну територію України або вивозяться з митної території України.

Умови, обсяги, сфери та порядок застосування окремих видів засобів державного регулювання господарської діяльності визначаються Господарчим кодексом України, іншими законодавчими актами, а також програмами соціального розвитку й програмами подолання деяких видів хвороб.

1.2. Фактори конкурентоспроможності приватних закладів охорони здоров'я

Процес управління передбачає наявність суб'єкта й об'єкта управлінської діяльності. Суб'єктом управління конкурентоспроможністю закладів охорони здоров'я є їх керівництво, яке може бути представлено як медичними, так і суто адміністративними працівниками, які й відповідають за питання підвищення рівня конкурентоспроможності. Об'єктом управління виступає безпосередньо конкурентоспроможність закладу охорони здоров'я та всі її складові.

Як відомо, управління за своєю сутністю є діяльністю суб'єкта, яка полягає у цілеспрямованому, організуючому впливі на об'єкт управління, здійснюваному з метою приведення останнього у бажаний для суб'єкта стан. Таким чином, управління конкурентоспроможністю закладу охорони здоров'я є діяльністю керівництва та економічних відділів підприємства, яка полягає у цілеспрямованому, організуючому впливі на складові, фактори конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я, здійснюваному з метою підвищення конкурентоспроможності до бажаного, цільового рівня.

Перед тим як розглянути фактори конкурентоспроможності закладів охорони здоров'я розглянемо сутність факторів та конкурентоспроможності закладів охорони здоров'я окремо. Під конкурентоспроможністю підприємства розуміється наявність індивідуальних особливостей, конкурентних переваг підприємства та можливостей їх використання в боротьбі за найбільш вигідні умови виробництва та збуту продукції з метою досягнення поставлених цілей. Тобто, поняття конкурентоспроможності включає в себе всі особливості економічних, організаційних, правових характеристик, що визначають місце закладу охорони здоров'я на відповідному ринку медичних послуг [16, с.235]. Рівень конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я завжди залежить від впливу різних факторів. Під факторами розуміють умови, обставини, рушійні сили економічних явищ та процесів [17, с.90].

Таким чином, під фактором конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я пропонується розуміти умови, обставини, рушійні сили виникнення індивідуальних особливостей, конкурентних переваг закладу охорони здоров'я та можливостей їх використання в боротьбі на конкурентному ринку медичних послуг.

Економічна наука приділяє багато уваги розгляду класифікаційних ознак та видів факторів конкурентоспроможності. Розглянемо основні із них. О. Циганок виділяє три групи факторів конкурентоспроможності:

- техніко-економічні;
- комерційні;
- нормативно-правові.

Техніко-економічні фактори включають в себе якість, витрати на експлуатацію або використання продукції чи послуг, витрати на виробництво, які залежать від наукомісткості виробництва, продуктивності та інтенсивності праці. Комерційні фактори визначаються умовами реалізації продукції на ринку та включають в себе: кон'юнктуру ринку (гострота конкуренції,

співвідношення між попитом та пропозицією товару, національними та релігійними складовими ринку); надання сервісу (наявність дистриб'юторської мережі, організацій технічного обслуговування та інших супутніх послуг); рекламу (наявність рекламних засобів впливу на споживача з метою формування попиту); імідж (популярність торгівельної марки, репутація підприємства). Нормативно-правові фактори відображають вимоги технічної, екологічної безпеки використання продукції, патентно – правові вимоги. У разі невідповідності товару діючим на даний момент нормам та вимогам стандартів, законодавства, продукція не може бути реалізована на даному ринку [32, с.157-158].

Якщо інтерпретувати цю класифікацію по відношенню до закладів охорони здоров'я, необхідно замінити техніко-економічні фактори на медичні, тобто ті, які відповідають за наявність медичних послуг певного спектру та якості. Медичні фактори конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я багато в чому залежать від рівня технічної оснащеності закладу. Сучасна медицина вимагає великих капітальних вкладень у закупівлю медичного обладнання. Також важливим медичним фактором конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я є необхідність постійного підвищення кваліфікаційного рівня працівників у відповідності із останніми досягненнями медичної науки.

Таким чином, до медичних факторів конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я пропонується віднести:

- асортимент та номенклатуру послуг, які надає заклад охорони здоров'я;
- якість надання медичних послуг закладу охорони здоров'я;
- технічне оснащення закладу охорони здоров'я;
- рівень кваліфікації медичних працівників закладу охорони здоров'я.

Другою групою факторів конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я є комерційні фактори. Приватні заклади охорони здоров'я здійснюють комерційну діяльність, надаючи медичні послуги населенню та підприємствам. Тому важливим для конкурентоспроможності окремого закладу є рівень конкуренції збоку інших закладів охорони здоров'я. Також важливими є характеристики попиту, рівень доходів населення, рівень захворюваності і т.д. Одним з найголовніших факторів конкурентоспроможності є вартість послуг закладу охорони здоров'я, особливо це стосується регіонів і ринків із високою еластичністю попиту на медичні послуги до ціни.

Ще однією важливою комерційною складовою конкурентоспроможності закладів охорони здоров'я є такі нематеріальні фактори, як імідж, гудвіл, репутація медичного закладу. Імідж і репутація є результатом передачі споживачу інформації про інші (медичні та комерційні) фактори конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я. Найкращий канал передачі такої інформації – це міжособистісне спілкування. Від однієї особи до іншої. По-перше, це не потребує додаткових фінансових вкладень. По-друге, це викликає найбільшу довіру у потенційного споживача медичних послуг. Нажаль часто необхідно використовувати зовнішні канали передачі інформації – різні види рекламної продукції. Загалом, в процесі загострення конкурентної боротьби,

нематеріальні фактори конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я постійно підвищують своє значення.

Таким чином, комерційні фактори конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я включають в себе:

- кон'юнктуру ринку медичних послуг;
- вартість послуг закладу охорони здоров'я;
- імідж закладу охорони здоров'я.

Третя група факторів – нормативно-правові фактори – розкриває відповідність діяльності закладу охорони здоров'я діючому законодавству. Оскільки державне регулювання і контроль закладів охорони здоров'я є досі жорстким, пропонуємо вважати, що всі медичні заклади відповідають встановленим нормативним вимогам і не виділяти їх в окрему групу факторів конкурентоспроможності.

Загальний вигляд класифікації факторів конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я наведено на рис. 1.2.

Ще однією класифікаційною ознакою є розподіл факторів конкурентоспроможності закладу охорони на зовнішні та внутрішні. Так, М.В. Шеремет до зовнішніх факторів відносить:

- фактори виробництва, що впливають на формування конкурентної переваги підприємства впродовж всього його виробничого процесу (наявність інвестиційних можливостей, інноваційної технології виробництва, сильної науково-дослідної бази, висококваліфікованих кадрів);
- активність конкурентів;
- фактори попиту, наприклад, еластичність попиту, вимоги споживачів до якості продукції, інше;
- наявність споріднених та підтримуючих галузей в економіці України;
- дії Уряду;
- ступінь приватизації підприємств даної галузі;
- випадкові події [32, с.135-141].

Загалом можна погодитись із автором щодо складу зовнішніх факторів, але першу групу факторів пропонуємо назвати не фактори виробництва, а ресурсні фактори. Ресурсами для закладу охорони здоров'я є персонал, наявність на ринку інноваційних медичних технологій, наявність лікарських засобів, можливість отримання додаткових фінансових ресурсів, можливість отримання результатів сучасних наукових досліджень у медицині. Інші зовнішні фактори є спільними для різних галузей економіки, тому їх можна залишити незмінними.



Рис. 1.2. Класифікація факторів конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я за сутністю та ознакою походження

Також М.В. Шеремет приводить класифікацію внутрішніх факторів конкурентоспроможності, яка передбачає виділення ринкової ефективності, екологічної ефективності, ефективності витрат та ефективності менеджменту. Під ринковою ефективністю автор має на увазі максимально можливе задоволення потреб споживача шляхом наближеності до нього, пошуку переваг, інформаційного забезпечення. Наближеність підприємства до споживача означає наявність особистих контактів під час продажу продукції та інтенсивність обслуговування після продажу товару. Під ефективністю витрат автор розуміє їх раціоналізацію, яка досягається під час оцінки вкладу кожної фази виробничого процесу у загальний процес створення продукції за допомогою суворого внутрішньовиробничого контролю та аналізу витрат. Під екологічною ефективністю автором розуміється не тільки мінімізація шкоди навколишньому середовищу, а й виробництво продукції з екологічно безпечної сировини, на що споживач сьогодні все частіше звертає свою увагу, зменшення заподіяної шкоди навколишньому середовищу, яка приходить на одиницю витрат підприємства на екологозахисні заходи.

Конкурентоспроможність підприємства також залежить від ефективності менеджменту, на рівень якого впливають особисті якості менеджерів: здатність розробляти та реалізовувати стратегію підприємства, пристосовуватись до змін зовнішнього середовища, інше. До цього фактору конкурентоспроможності слід відносити не лише вміння та успішність менеджменту, але і його структуру, склад [24, с.255-256]. При визначенні внутрішніх факторів конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я необхідно виділити медичну ефективність, тобто здатність якнайповніше задовольняти потреби споживачів за допомогою надання повного спектру високоякісних медичних послуг. Екологічну ефективність пропонується не враховувати, оскільки вона не є актуальною для закладів охорони здоров'я.

Пропонується окремо розглядати витратну ефективність, тобто здатність персоналу закладу охорони здоров'я забезпечувати медичну ефективність із найменшим обсягом витрат. Останньою складовою внутрішніх факторів конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я є ефективність менеджменту – те наскільки управлінський персонал закладу охорони здоров'я здатен виконувати функції менеджменту (організація, планування, контроль, мотивація, аналіз).

1.3. Необхідність державної підтримки розвитку приватного сектора системи охорони здоров'я України

На початку 90-х років у великих містах України з'явилися перші приватні клініки, які пропонували населенню платні медичні послуги. В цих умовах питання державного регулювання приватної медичної діяльності набули особливої актуальності, яка зберігається до сьогодні.

Основне, за що платить споживач медичних послуг в лікувально-профілактичних закладах приватної форми власності, – сервіс, який включає [29, с. 232]:

- оперативність (прийом за записом);
- достатній час прийому;
- відповідальність і більш організоване відношення до процесу лікування;

- можливість якіснішої діагностики і лікування за рахунок наявності в штаті і серед консультантів практично всіх необхідних лікарів, які працюють в команді;

- ввічливість і уважність персоналу;
- хороше устаткування;
- додаткові послуги;
- зручний і приємний інтер'єр в самому закладі.

Основними конкурентними перевагами приватної медицини перед державною є наступні: доступність, оснащеність, кваліфікація персоналу і зв'язок з потужними лікувальними установами, вартість, позиціювання на ринку.

Найголовнішою вигодою держави в підтримці розвитку приватного сектора системи охорони здоров'я України є вагомий внесок приватної медицини у фінансування галузі. Так, за даними окремих українських авторів, «тіньовий ринок» медичних послуг в Україні складає близько 2 млрд. дол. США на рік (16 млрд. грн.), що перевищує 1/3 бюджету охорони здоров'я.

У разі відсутності перешкод для розвитку приватної медицини, можна припустити, що ці кошти вийдуть з тіні і держава лише у вигляді податків зможе одержати майже 800 млн. грн. на рік.

Окрім цього, приватні лікувально-профілактичні заклади знімають навантаження з державних лікарень та поліклінік, адже на сьогоднішній день понад 10% населення України обслуговується у приватних медичних кабінетах або приватних медичних центрах.

Основним чинником, що визначає ефективність роботи комерційних закладів охорони здоров'я, виступає прибуток від надання медичних послуг.

В комерційних закладах охорони здоров'я розподілу підлягає чистий прибуток – прибуток, що залишився в розпорядженні закладу охорони здоров'я після сплати податків та інших обов'язкових платежів. Розподіл чистого прибутку закладу характеризує процес формування фондів і резервів закладу охорони здоров'я для реалізації потреб виробничої діяльності та розвитку соціальної сфери.

Комерційні заклади охорони здоров'я мають кошторис видатків, що фінансуються з прибутку. Цей документ має включати видатки, пов'язані з розвитком виробництва медичних послуг, реалізації соціальної програми закладу охорони здоров'я.

До видатків, пов'язаних із розвитком виробництва медичних послуг, відносяться витрати:

- на науково-дослідну діяльність;
- на розробку та впровадження нових методів діагностики, лікування, профілактики та реабілітації тощо;
- на реконструкцію та модернізацію.

Розподіл прибутку на соціальні програми включає витрати на утримання об'єктів соціальної сфери, проведення спортивно-культурних заходів тощо. Тобто видатки, пов'язані із розвитком виробництва медичних послуг, сприяють зростанню майна, процесу накопичення; друга складова – соціальна – характеризує частку прибутку, що спрямовується на споживання.

Характерною особливістю системи охорони здоров'я є і те, що існуючі там ринкові відносини не тільки мають свою специфіку, але й обмежені можливості. Тут завжди присутній значний неринковий сектор, у тому числі державні організації й установи. Більше того, саме вони займають в даній галузі домінуюче положення. Причини активного державного втручання в процес виробництва і споживання подібних послуг цілком об'єктивні. Світова економічна історія має чимало прикладів, що характеризують спроби забезпечити розвиток освіти, культури, охорони здоров'я винятково в рамках активних ринкових відносин.

Ринок медичних послуг помітно відрізняється від ринку товарів (табл. 1.1).

Переважає більшість приватних клінік побудовані на рівні найсучасніших стандартів з використанням нових будівельних матеріалів і з урахуванням усіх санітарних норм. Як правило, вони оснащені сучасним медичним устаткуванням, комп'ютерною технікою, лікувальні процеси виконуються за новітніми технологіями із застосуванням кращих матеріалів провідних світових виробників [3, 5, 28, 30, 33, 34].

Таблиця 1.1

Різниця між споживчим і медичним ринком послуг

Споживчий ринок	Медичний ринок
Ризик не є важливою характеристикою продукції	Ризик і невизначеність великі
Продавець виявляє ініціативу у виробництві продукції. Його рішення ґрунтується на аналізі потенційного ринку, однак у нього немає повної інформації про попит на його продукцію	Покупець встановлює вимоги до продукції, після чого постачальник починає її розробку і випуск.
Різниця в економічно доцільних обсягах партій у виробництві й у збуті змушує виробників працювати на склад.	Вироблена продукція негайно надходить замовнику. Медична послуга не накопичується.
Мається багато видів однорідної продукції; покупець має широкий вибір. Між видами продукції є фактичні чи уявлювані розходження.	Виробляється відносно мало різномірної продукції. Покупець має можливість вибору, однак заміна одного виду іншим вимагає стільки часу і витрат, що практично це нездійсненно.
Основним критерієм вибору є ціна вибору, оскільки часто є декілька рівноцінних конкуруючих варіантів.	Ціна є усього лише одним з багатьох факторів, поряд з якістю, термінами постачання і методами виробництва, необхідними для задоволення спеціальних медичних вимог.
Механізм ринку знеособлений; він враховує запити і потреби багатьох покупців і продавців, діючих незалежно.	Ринок індивідуальний; пацієнт чи його представник (страхова компанія) вступає в тісні зв'язки з організацією продавця послуг.
Виробник сам фінансує розробку і виробництво послуг.	Найчастіше замовник сам фінансує більшу частину розробки.
Для ринку характерні конкуренція і прагнення до його монополізації.	На ринку є, по суті, всього один тип замовника. Має місце двостороння монополія – «один покупець – один продавець».
Ціни здебільшого визначаються конкуренцією в звичайному економічному змісті цього слова.	Ціни визначаються за результатами оцінки передбачуваних і фактичних витрат. Дійсна конкуренція може виникнути між декількома виробниками до того, як зроблений остаточний вибір продавця.
Відносно нечутливий до змін у зовнішній і внутрішній політиці.	Дуже чутливий до коливань у зовнішній і внутрішній політиці.
Попит або відносно постійний (наприклад, на основні продукти), або залежить від доходів (наприклад, на другорядні продукти).	Попит визначається властивостями запропонованих послуг або існуючою оцінкою. Використання останніх наукових досягнень може бути однією з головних переваг.
Потреби в конкретній моделі відносно постійні. Модифікація моделі впливає на попит, але основна корисність продукту змінюється повільно.	Санітарно-епідеміологічна обстановка може викликати швидкі і сильні зміни потреб у медичних послугах.

Переговори про ціни ведуться рідко чи взагалі не ведуться. Продукція пропонується за твердою ціною, яка або влаштовує покупця, або змушує його шукати потрібний товар в іншому місці. При наявності багатьох альтернатив покупець прямо вибирає постачальника, а не веде переговори про ціну товару.	Ціна найчастіше встановлюється в результаті переговорів замовника з обраним ним самим постачальником. Замовник послуги, звичайно, обирає тільки тих виробників, що здатні її забезпечити.
--	---

Як відомо, за останні роки приватний сектор надання медичної допомоги розвивався без наявності загальнодержавної програми щодо його розбудови та удосконалення. В Україні йому скоріше продовжує відводитися другорядна роль у формуванні системи охорони здоров'я в нових ринкових відносинах, про що, зокрема, свідчить відсутність чіткої програми його подальшого розвитку у розробленій та затвердженій МОЗ України дорожній карті з розвитку галузі охорони здоров'я. Тому на сьогоднішній день так і немає не тільки єдиного загальнодержавного реєстру підприємств, установ і закладів приватного сектору галузі, а й відсутня чітка загальнодержавна системи приватної медицини з відпрацьованими принципами її функціонування, методологією розвитку, адекватною нормативно – правовою базою, інвестиційними програмами розвитку тощо.

У той же час, як було наголошено вище, основні напрями становлення і розвитку приватної медицини, дозволили їй зайняти належне місце в загальнодержавній системі охорони здоров'я та покращити фінансовий стан галузі за рахунок залучення альтернативних джерел.

Висновок до першого розділу

Таким чином, на підставі розгляду поглядів сучасних науковців було зроблено наступні висновки. Управління конкурентоспроможністю закладу охорони здоров'я представляє собою діяльністю керівництва та економічних відділів підприємства, яка полягає у цілеспрямованому, організуючому впливі на складові, фактори конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я, здійснюваному з метою підвищення конкурентоспроможності до бажаного, цільового рівня.

Під фактором конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я запропоновано розуміти умови, обставини, рушійні сили виникнення індивідуальних особливостей, конкурентних переваг закладу охорони здоров'я та можливостей їх використання в боротьбі на конкурентному ринку медичних послуг. Фактори конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я згруповано за двома класифікаційними ознаками. За сутністю фактори розділені на медичні й комерційні, а за походженням: зовнішні і внутрішні. До медичних факторів конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я віднесено: асортимент та номенклатуру послуг, які надає заклад охорони здоров'я; якість надання медичних послуг закладу охорони здоров'я; технічне оснащення закладу охорони здоров'я; рівень кваліфікації медичних працівників закладу охорони здоров'я. Комерційні фактори конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я включають в себе: кон'юнктуру ринку медичних послуг; вартість послуг закладу охорони здоров'я; імідж закладу охорони здоров'я. До зовнішніх факторів віднесено ресурсні ринки, конкурентів, попит, дії Уряду. Внутрішніми факторами є медична, витратна ефективність та ефективність менеджменту.

Основними конкурентними перевагами приватної медицини перед державною є наступні: доступність, оснащеність, кваліфікація персоналу і зв'язок з потужними лікувальними установами, вартість, позиціювання на ринку.

Найголовнішими вигодами держави в підтримці розвитку приватного сектора системи охорони здоров'я України є, по-перше, вагомий внесок приватної медицини у фінансування галузі та, по-друге, приватні лікувально-профілактичні заклади знімають навантаження з державних лікарень та поліклінік, адже на сьогоднішній день понад 10% населення України обслуговується у приватних медичних кабінетах або приватних медичних центрах.

РОЗДІЛ 2

ДОСЛІДЖЕННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ПРИВАТНИХ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

2.1. Аналіз фінансування системи охорони здоров'я приватних і державних закладів

В середньому бюджет охорони здоров'я покривав 51 відсоток від загальної суми (близько 4 відсотків ВВП). Приватні витрати на охорону здоров'я в Україні по відношенню до державних витрат були одними з найвищих в ЄС та країнах Східної Європи. Переважна більшість цих видатків - 95 відсотків - оплачуються домашніми господарствами, лише 5 відсотків - страхуванням, донорами та міжнародною допомогою.

Витрати бюджету склалися в основному із зарплати та комунальних послуг, які виплачували заклади охорони здоров'я (близько 75 відсотків). За таких обставин дуже мало фінансових можливостей для фактичного надання послуг, тобто лікування, придбання ліків та витратних матеріалів, оновлення технологічних фондів тощо.

Більшість витрат домогосподарств на охорону здоров'я, які становили від 3% ВВП (близько 43 млрд. грн.) У 2012 р. До майже 4% ВВП (близько 95 млрд. грн.) У 2016 р. (Рис. 2.1), були сплачені безпосередньо постачальникам послуг. Цей рівень приватних витрат часто має згубні наслідки для бюджетів домогосподарств. Отже, більшість пацієнтів не можуть дозволити собі сучасну, дорогу медичну допомогу. Вони змушені відкласти або затримати продовження лікування, що призводить до високої смертності та втрати якості життя в Україні з хронічними захворюваннями (рис. 2.2). Це, у свою чергу, призводить до низького попиту на таку допомогу та унеможливорює розвиток системи охорони здоров'я.

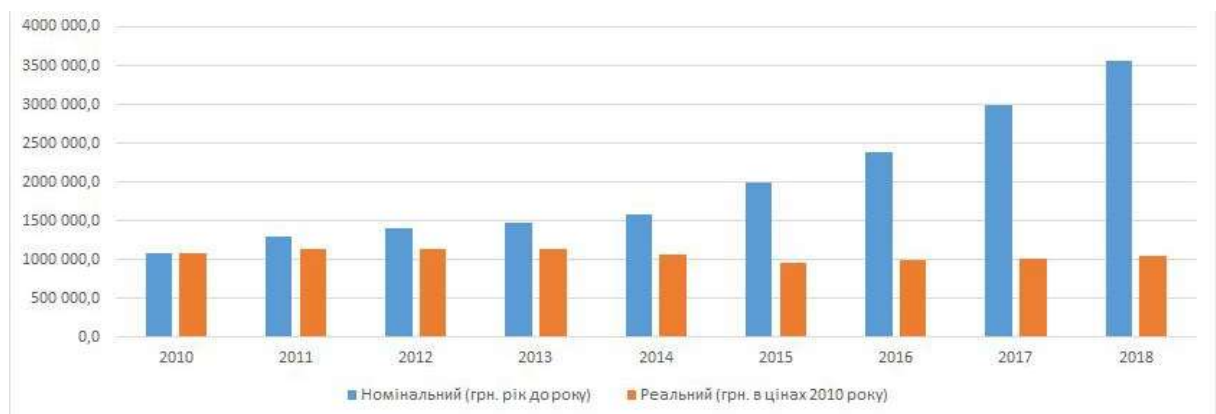


Рис. 2.1. ВВП України 2010-2018 в номінальному і реальному
(в цінах 2010 року) значенні

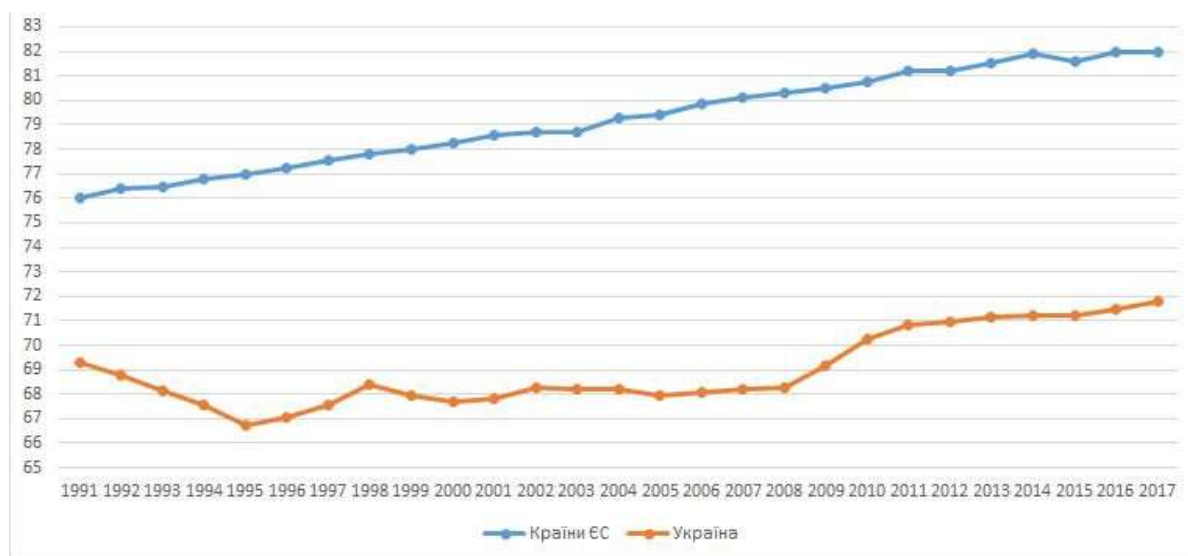


Рис. 2.2. Тривалість життя в Україні та країнах ЄС

Протягом 2012 - 2017 років загальні витрати на охорону здоров'я в Україні становили в середньому 7,7 відсотка ВВП на рік (близько 4,1 відсотка з державного бюджету та близько 3,6 відсотка з приватного сектору, переважно домогосподарств), що насправді мало чим відрізняється від загальносвітового та європейський тренд. У європейському регіоні загальні витрати на охорону здоров'я складають 8,9 відсотка, а в цілому у світі 8,6 відсотка. Але для низького рівня ВВП ці витрати на душу населення складають лише близько 200 доларів, що значно нижче середнього показника в ЄС, який складає 3340 доларів, включає також Польщу - 809 доларів, Болгарію - 612 доларів та Румунію - 476 доларів.





Рис. 2.3 Видатки на охорону здоров'я в номінальному і реальному (в цінах 2012 року) значенні

Бюджет на охорону здоров'я є найнижчим порівняно з іншими соціальними секторами.

Витрати Міністерства соціальної політики (МСНС) у два з половиною рази перевищують витрати Міністерства охорони здоров'я (МОЗ). Дві третини цих витрат складають пенсії (графік 2.1, рис. 2.4). Витрати Міністерства освіти і науки України (МОН) також вищі, ніж Міністерства охорони здоров'я. Тут варто окремо зазначити, що підготовка медичних працівників відповідає Міністерству охорони здоров'я і відповідно фінансується з його бюджету, тоді як інші спеціальності фінансуються з бюджету МОН.

Таблиця 2.1

Динаміка видатки на охорону здоров'я в порівнянні з іншими сферами

	2015 (млрд грн)	2016 (млрд грн)	2017 (млрд грн)	2018 (млрд грн)	2019 (млрд грн)
МОЗ	55,58	54,01	70,23	80,91	91,69
Міністерства освіти і науки України	66,29	62,39	76,06	85,82	101,85
Міністерства соціальної політики	105,78	151,95	145,22	162,86	234,40
Пенсійний фонд	94,81	143, 01	133, 69	149, 97	166,51



Рис. 2.4. Видатки на охорону здоров'я в розрізі інших соціальних сфер

Для вирішення цих проблем Україна запроваджує модель державного солідарного медичного страхування, яка враховує найкращі сучасні практики та досвід трансформації систем охорони здоров'я у світі, зокрема в Центральній та Східній Європі. Основним джерелом фінансування оновленої системи охорони здоров'я є Державний бюджет України, який отримується за рахунок національних податків. Виплати за лікування фізичної особи не пов'язані з їхніми внесками. Бюджет на охорону здоров'я розподіляється за допомогою нового сучасного механізму стратегічних закупівель медичних послуг.

Відбувається перехід від фінансування бюджетних ліній закладів охорони здоров'я до оплати результатів (тобто, відповідно до фактичних випадків, наданих послуг або кількості декларацій, підписаних із сімейним лікарем), до установ, які стають автономними, збитковими постачальниками цих послуг, а також аптекам як постачальникам лікарських засобів. Таким чином, вводиться принцип «гроші йдуть пацієнту».

З метою ефективного впровадження нової системи фінансування була створена платформа для збору та обміну електронною медичною та фінансовою інформацією - система eHealth. Така електронна система дозволить реалізувати принцип «гроші ходять за пацієнтом», а також аналізувати ситуацію зі станом здоров'я населення, щоб оперативно розробляти оптимальний план закупівлі медичних послуг і найбільш ефективно витратити кошти.

Модернізація існуючої системи фінансування медичної галузі є радикальним кроком, і передбачені нею зміни повинні впроваджуватися поступово. Прогресивність особливо важлива для забезпечення належного соціального захисту та перепідготовки медичних працівників в контексті фундаментальної реорганізації, а також для розвитку інформаційних систем. Ефективна консолідація ресурсів для інвестицій у розвиток перспективного медичного обслуговування закладів у нещодавно створених госпітальних округах, консолідація нових функцій громади та місцевого самоврядування в системі медичного страхування, забезпечення ефективного соціального спілкування та пояснення суті, механізмів та очікуваних результатів трансформації широкому загалу.

Нові госпітальні округи - це функціональні об'єднання закладів охорони здоров'я, розташованих на відповідній території, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу населенню території. Мета полягає в тому, щоб забезпечити пацієнтам своєчасний доступ до спеціалізованої медичної допомоги та забезпечити максимально високу якість медичної допомоги, раціонально та економічно використовуючи бюджет.

2.2 Аналіз зовнішнього середовища приватного закладу охорони здоров'я

Кожен заклад охорони здоров'я працює в певному зовнішньому середовищі. Інститути можуть існувати лише в стані постійного контакту та обміну з зовнішнім середовищем. Основні ресурси закладу охорони здоров'я походять із зовнішнього середовища, обмеження якого впливають не тільки на потенціал організації, а й можуть мати негативний вплив на її діяльність. Зовнішнє середовище організації потрібно враховувати при формулюванні стратегії, структури організації, позиції конкурентів (у випадку приватного закладу).

Аналіз зовнішнього середовища закладу охорони здоров'я, як і аналіз середовища інших організацій, визначає аналіз макронаправленості організації та аналіз безпосереднього оточення закладу.

2.2.1. Аналіз макрооточення закладу охорони здоров'я

Макрокласифікація становить загальні умови праці медичного закладу в зовнішньому середовищі. Вплив макрополітики на роботу медичних працівників різниться залежно від сфери втручання та типу фінансування.

Аналіз макрофакторів в організації проводиться за допомогою аналізу PEST (P – political and legal environment / політико-правове оточення, E – economic environment/ економічне середовище, S – socio cultural environment/ соціо-культурне середовище, T – technological environment/ технологічне оточення).

Аналіз політико-правового середовища

Нормативно-правова база організації є фактором, що дозволяє їй визначати норми та обсяг відносин та межі допустимих дій щодо інших суб'єктів права. Основним законом України є Конституція України. Проголошує "право кожного громадянина України на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Охорона здоров'я забезпечується державою за рахунок фінансування відповідних соціальних, економічних, медичних та медичних програм ... У державних та комунальних закладах охорони здоров'я" Я надаю медичну допомогу безкоштовно, існуюча мережа таких закладів не може бути зменшена ». Конституція України передбачає державну підтримку розвитку медичних закладів усіх форм власності.

При аналізі правового середовища закладів охорони здоров'я особливу увагу слід звертати на такі фактори, як динамічність правового середовища та рівень контролю за порушеннями правових норм. Охорона здоров'я в Україні перебуває у стані реформ. Лише за 12 років (1991-2003). Однак, незважаючи на велику кількість правових інструментів, існує постійна невизначеність щодо фінансування державних та комунальних закладів охорони здоров'я.

Наприклад, стаття 12 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» передбачає, що державна політика охорони здоров'я повинна забезпечуватися

бюджетними асигнуваннями, що відповідають її науковим та обґрунтованим потребам, але не менше десяти відсотків національного доходу. Міністерство охорони здоров'я не в змозі повністю спланувати роботу громадсько-комунальної мережі закладів охорони здоров'я на основі цієї суми. Наприклад, у 2002 та 2003 роках відповідні закони України щодо змін до цієї статті у напрямку зменшення асигнувань приймалися строком на один рік.

З іншого боку, коли Кабінет Міністрів України, щоб поліпшити фінансове становище державних та комунальних закладів охорони здоров'я, мусив вдатися до часткової системи оплати пацієнтів за медичну допомогу та прийняв рішення "Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я та вищих медичних закладах освіти" за конституційним поданням 66 народних депутатів України, Рішенням Конституційного Суду України, постанову Кабінету Міністрів було визнано не конституційною. Таким чином вона втратила свою чинність.

Фактори макрополітики враховуються при визначенні намірів державних органів щодо засобів реалізації їх політики. На політичне середовище більше впливають комерційні заклади охорони здоров'я, і це може бути джерелом нових можливостей або, навпаки, загрозам для організації. Тому для закладів охорони здоров'я важливо знати, які нові закони щодо правового регулювання діяльності закладів охорони здоров'я можуть бути прийняті; ставлення уряду до охорони здоров'я в різних регіонах Республіки; та цінова політика; Політика галузевої реструктуризації; юридичні та політичні дії щодо запровадження обов'язкового медичного страхування.

Аналіз економічного середовища

Аналіз економічного середовища допомагає зрозуміти, як генеруються та розподіляються ресурси охорони здоров'я. Доступ до ресурсів медичного закладу є важливою умовою його існування. Тому для об'єкта важливо:

- валовий національний продукт;
- витрати на охорону здоров'я у відсотках до ввп;
- рівень інфляції;
- рівень знедолених;
- співвідношення державної та приватної власності;
- інвестиційна діяльність;
- надання основних фондів охорони здоров'я, фізичного виховання та соціального забезпечення.

Аналіз соціокультурного середовища

Соціокультурні фактори, такі як ставлення людей до свого здоров'я, можуть впливати на роботу закладів охорони здоров'я. За радянських часів був сформульований принцип, коли людині було "вигідно" хворіти: лікарняні, привілеї на роботу, санаторно-курортні поїздки та інше, що ніяк не впливало на її зарплату. При переході до ринку це вже не вигідно, оскільки в переважній більшості випадків заробітна плата (особливо їх варіативна частина) залежить від якості роботи. В

Україні поступово формується образ здорової людини. Жителі республіки воліють витратити більше грошей на профілактику захворювань. На додаток до загального ставлення до здоров'я, на функціонування закладів охорони здоров'я можуть впливати такі фактори:

- демографічна ситуація в країні (тенденції народжуваності / смертності, зміни вікової структури);
- рівень захворюваності;
- ступінь впливу чорнобильської аварії на регіон;
- шкідливі звички (пияцтво, наркотики, зловживання наркотиками, самолікування, шарлатанство)
- рівень життя та освіти.

Соціальний та культурний контекст іноді характеризується навколишнім середовищем, яке безпосередньо впливає на захворюваність та частоту відвідувань медичних закладів.

Аналіз технологічного оточення

Розвиток технологій, біотехнологій, генної інженерії та впровадження нових методів діагностики, профілактики та лікування, темпи розвитку нових фармацевтичних препаратів, сканерів, лінійних прискорювачів та комп'ютерних томографів - далеко не всі технологічні фактори, що впливають на роботу охорони здоров'я установ. Охорона здоров'я вимагає знань, тому дуже важливо, скільки держава витрачає на розвиток медичних технологій, фармацевтичного виробництва, досліджень та розробок у цій галузі. Комерційні постачальники медичних послуг в основному є посередниками у впровадженні нових технологій. На додаток до вищезазначеного, на заклади охорони здоров'я впливає стан патентування та ліцензійного захисту нових ліків, медичного обладнання та інструментів; нові тенденції в передачі технологій.

2.2.2. Аналіз безпосереднього оточення закладу охорони здоров'я

Найближче оточення закладу охорони здоров'я - це середовище, з яким заклад постійно контактує. Тобто не тільки безпосереднє оточення впливає на заклад охорони здоров'я, але й сам заклад впливає на характер втручання.

Фактори безпосереднього оточення закладів охорони здоров'я включають: споживачі; постачальники; конкуренти; регулятори.

Споживачі є чинником безпосереднього оточення закладу охорони здоров'я, тобто тих, хто купує медичну послугу, ліки, медичне обладнання чи інше. Тобто споживачами можуть бути:

- пацієнти або їх представники. Користувач медичної послуги, ліки та її покупець можуть бути різними. Тобто рішення про надання медичної допомоги дітям приймають їх батьки, які є їх законними представниками. Ситуація ускладнюється, якщо людина перебуває в положенні, коли вона не може прийняти або висловити своє рішення (недієздатна; пацієнти, які перебувають у нестабільному стані або іншим чином). У цьому випадку рішення може прийняти законний представник, але засоби пацієнта можуть бути використані за домовленістю або заповітом, складеним у разі критичного стану;

– держава через систему державних та комунальних закладів охорони здоров'я фінансує охорону здоров'я населення;

– лікувально-профілактичні установи можуть виступати не лише як постачальники послуг, але й як покупці. Наприклад, приватний лікувально-профілактичний заклад може не мати власного діагностичного закладу і може придбати свої послуги за допомогою трансакції. З іншого боку, заклади охорони здоров'я є споживачами ліків, медичного обладнання, інструментів.

У контексті страхової медицини споживач медичної послуги є багатофакторним. У більшості інших галузей споживач сам приймає рішення про закупівлю. У системі страхової медицини існує багаторівневий споживач:

– власники фірм роботодавців, застраховані особи, пенсійні фонди, органи місцевого самоврядування, фонд загальнообов'язкового державного соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань та інші відповідно до чинного законодавства; Хто купує медичне обслуговування своїх працівників;

– непрямі клієнти (страхові компанії), які збирають страхові внески та сплачують заклади охорони здоров'я;

– пацієнти, які отримують медичну допомогу.

Тобто рішення про придбання, оплату та споживання медичної послуги приймається різними категоріями споживачів, які керуються різними інтересами. Інтереси користувача медичних послуг суперечать інтересам постачальника медичних послуг (лікаря). Власник фірми зацікавлений у сплаті мінімальних страхових внесків за належне медичне обслуговування. Непрямий клієнт повинен витратити на лікування пацієнта менше грошей, ніж сплачується страховими внесками. Пацієнт, який був застрахований, зацікавлений у отриманні якісної медичної допомоги незалежно від вартості. Медичний працівник зацікавлений у тому, щоб пацієнти отримували найбільший обсяг медичної допомоги. У деяких випадках конфлікт інтересів між платниками та споживачами спонукає перших діяти як антагоніст пацієнту, якому потрібне дороге лікування.

Постачальники - це організації, які надають установам охорони здоров'я товари чи послуги, необхідні їм для надання медичних послуг, виробництва або посередницької діяльності. Для лікувально-профілактичних закладів постачальниками можуть бути аптечні бази, бази або обладнання компанії швидкої допомоги, молочна кухня тощо. Для фармацевтичних заводів - постачальники сировини, необхідної для виробництва лікарських засобів. Для аптек - фармацевтичні фірми, дистриб'ютори. Організація може опинитися у скрутному становищі, якщо пов'язала свою виробничу діяльність з єдиним постачальником, який може опинитися у ситуації форс-мажорних обставин. З досвіду японського менеджменту, необхідно мати принаймні двох постачальників на кожен позицію, такі дії збільшують торгову силу покупця.

Конкуренти - це організації або підприємці, з якими медичні працівники повинні конкурувати за покупця та ресурси. Тобто для комерційного лікувально-профілактичного закладу державна лікарня може бути конкурентом. З одного боку, згідно із законопроектом про

загальнообов'язкове медичне страхування, медичні працівники можуть бути установами охорони здоров'я, незалежно від форми власності, акредитованими та належним чином ліцензованими. Тобто, якщо такий закон буде прийнятий, державні та громадські заклади охорони здоров'я стануть рівноправними суб'єктами на ринку. Безкоштовне медичне обслуговування в державних та комунальних закладах охорони здоров'я, комерційні організації конкурують з державою за допомогою єдиного важеля - якості надання медичної допомоги.

Зклади охорони здоров'я всіх форм власності іноді конкурують із традиційними та нетрадиційними постачальниками медичних послуг. У цьому випадку нетрадиційна та традиційна медицина виступає як заміник.

Конкуренція у наданні медичних послуг є специфічною. Охорона здоров'я є високоінноваційною галуззю, але, незважаючи на успіх конкуренції у впровадженні нових медичних технологій, які значно покращують якість медичного обслуговування, їх вплив на зменшення витрат є мінімальним. Система стимулювання здоров'я суперечить основним законам про конкуренцію. На ринку медичних послуг ціни можуть залишатися високими, навіть якщо доступна надмірна пропозиція, а технологія дорога навіть при застосуванні скрізь. У закладах охорони здоров'я та лікарнях не бракує пацієнтів, навіть коли вони потребують непомірних цін і не підвищують і навіть не знижують якість медичної допомоги. Іншими словами, можна з упевненістю сказати, що існуючі системи охорони здоров'я самі по собі створюють умови для непродуктивної конкуренції.

Поширені проблеми на ринку охорони здоров'я за різних організацій охорони здоров'я та систем фінансування через специфічні конкурентні сили. Класична стратегія конкуренції М. Портера передбачає, що сили, що формують конкурентне середовище послуги та її конкурентні можливості, об'єднуються у п'ять груп: конкурентні сили виробників подібної продукції; постачальники матеріалів та комплектуючих; покупці товару або послуги; потенційні виробники подібної продукції; виробники товарів-замінників. На ринку медичних послуг постачальник послуг рідко є єдиною командою, і інтереси його членів можуть не збігатися.

На новоутвореному ринку охорони здоров'я в Україні державний та приватний сектори охорони здоров'я можуть бути конкурентами. Невеликий відсоток потенційних пацієнтів має фінансовий потенціал для доступу до приватної медичної допомоги, не має можливості знайти способи скоротити витрати на розширення сегмента ринку. Більшість приватних закладів охорони здоров'я орієнтовані на непомірне ціноутворення на послуги охорони здоров'я та повне „просування” своїх пацієнтів. Тому частка населення із середнім рівнем доходу орієнтована на охорону здоров'я в державній лікарні. Терапевтична допомога в державній лікарні безкоштовна, і пацієнт воліє звертатися безпосередньо до лікаря лише за підвищену увагу до свого стану. Крім того, лікар державного закладу охорони здоров'я не підпорядковується власнику, який зобов'язаний призначити комплекс дорожочінних діагностичних заходів. Ця система власної оплати медичних послуг перешкоджає розвитку ринку медичних послуг.

Іншим фактором, що перешкоджає розвитку конкуренції у сфері охорони здоров'я, є відсутність інформації про медичні послуги, що надаються закладами охорони здоров'я. У більшості інших галузей існують певні можливості для порівняння якісних характеристик та цін на продукцію різних виробників. При наданні медичних послуг результат залежить не тільки від проведеного лікування, але також від індивідуальних особливостей організму, історії хвороби, ступеня розвитку захворювання та багатьох інших факторів. Відсутність точних та значущих показників щодо якості медичної допомоги ускладнює прийняття рішень. Ситуація ускладнюється тим, що хвороби, за які кожен готовий заплатити останній долар, не є поширеними у житті. Більший відсоток пацієнтів має негативний прогноз, такий як рак або інсульт. Більшість людей просто не мають практичного досвіду у виборі якісної допомоги. Відсутність порівняльної інформації в системі охорони здоров'я створює стимули для конкуренції на поверхні: сучасне обладнання; високий рівень медичної допомоги; широкий спектр медичних послуг; залучення лікарів з науковими ступенями та званнями; високі ціни.

Лікарі в державних та приватних лікувально-профілактичних закладах піддаються системі зовнішньої мотивації для призначення діагностичних процедур своїм пацієнтам у приватних діагностичних центрах або платних медичних послуг, що надаються державним медичним закладом. Крім того, існує система стимулів для лікаря призначати певні ліки в певних аптеках. Виходом для української системи охорони здоров'я є підвищення заробітної плати в державних закладах охорони здоров'я, принаймні до середнього по країні рівня.

Є ще одна причина збільшення приватних витрат на охорону здоров'я. Загроза неправильного діагностування або лікування, індивідуальних особливостей пацієнта, що може призвести до появи радіогенного захворювання або просто медичної помилки, призвела до практики страхування медичної відповідальності. Страхування медичної відповідальності стало складовою частиною ціноутворення на медичні послуги. З іншого боку, можливість притягнення до кримінальної відповідальності за лікарські помилки призводить до «переформування» варіанту медицини, де занадто багато діагностичних процедур, консультацій фахівців, консультацій. На думку Р.А. Рейнольдс та ін. (1987), збільшення витрат на перестраховальну медицину перевищує 1% від загальної вартості медичного обслуговування.

Конкуренція, яка, як правило, є потужним механізмом підвищення якості та зменшення витрат в системі охорони здоров'я, може збільшити витрати. Однак основною проблемою є збочена система стимулів, яка дозволяє постачальникам, платникам та постачальникам лікарських засобів та медичного обладнання існувати, не будучи бідними в той час, коли крива витрат нестримно мчить вгору.

Регулятори - вони є частиною найближчого оточення, оскільки мають відповідний статус, відповідно до якого вони реалізують право контролюючого органу, впливає на практику роботи закладів охорони здоров'я. Регулятори охорони здоров'я встановлюються урядом загалом і спеціально. Загальні:

- Міністерство охорони здоров'я України;

- Міністерство охорони здоров'я республіки Крим, управління охорони здоров'я при обласних державних адміністраціях;
- головних лікарів центральних районних лікарень;
- управління міського державного управління та охорони здоров'я.

Конкретні регулюючі органи включають нагляд за охороною здоров'я, нагляд за пожежною безпекою тощо.

Висновки до другого розділу

Станом на 2019 рік українська система охорони здоров'я повинна мати такі характеристики:

- тривалість життя та смертність в Європі суттєво зменшились: у 2019 р. Різниця в тривалості життя в Україні та Європейському Союзі становила майже десять років, 71,7 та 81,9 відповідно.
- низький ВВП на душу населення, неадекватні витрати на охорону здоров'я та відсутність необхідних медичних послуг та ліків для пацієнтів;
- застарілість та неефективність системи охорони здоров'я з жорсткими централізованими процедурами управління та фінансування (модель Семашка), що призводить до високого рівня корупції у всіх сферах системи охорони здоров'я, включаючи закупівлі, освіту, сертифікацію та влаштування лікарів та надання медичної допомоги за відсутності прозорого, гарантованого державою пакету медичних послуг.

Поліпшення організації системи охорони здоров'я, що матиме потенціал для посилення конкуренції в галузі, повинно включати наявність інформації про варіанти лікування, Ширше впровадження в практичну медицину міжнародного права пацієнта за інформованою згодою, в яким пацієнту слід надати всю інформацію щодо діагностики та варіантів лікування. Впровадження нових технологій та інновацій гарантує динамізм системі охорони здоров'я, що також спроможне забезпечити діючу конкуренцію в галузі.

РОЗДІЛ 3

УДОСКОНАЛЕННЯ ДІЯЛЬНОСТІ ПРИВАТНИХ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

3.1. Вдосконалення механізму управління приватними закладами охорони здоров'я

У класичній економічній літературі виділяють дві моделі економічного механізму: перша - переважно адміністративна, а друга - система управління, заснована на економічних методах. Перші спроби впровадження другої моделі в галузі охорони здоров'я були зроблені наприкінці 1980-х з метою:

- стимулювання ініціативи трудових колективів за допомогою механізмів підвищення їх автономності;
- прискорення розвитку матеріально-технічної бази за рахунок власних ресурсів;
- орієнтація на якісні результати - покращення здоров'я населення країни;
- посилення зусиль самих громадян у формуванні та зміцненні свого здоров'я [12, с. 17–18].

Таким чином, перехід від першого до другого супроводжувався переходом від переважно адміністративного управління до управління економікою, управління персоналом через економічні інтереси, розвиток демократичного управління, що, в свою чергу, вимагає змін у плануванні, фінансуванні та стимулювання праці.

Це підтверджується аналізом Світового банку управління системою охорони здоров'я в Україні за 2015 р., Який показує, що основні проблеми сектора унеможливають для служби охорони здоров'я в більшості випадків забезпечення профілактики, виявлення та ефективного лікування хвороб, до яких:

- неможливість набору та утримання медичного персоналу та мотивації їх нести відповідальність за результати своєї роботи;
- відсутність добре функціонуючої системи управління інформацією, єдиного реєстру лікарень, лікарів, приватних лікувально-профілактичних служб і, нарешті, що не менш важливо, якісної статистичної інформації;
- існування жорсткої бюджетної системи, що призвело до багатьох неформальних виплат та корупційних схем [4, с. 4].

Ці виклики вимагають кардинальних та негайних змін у способі управління закладами охорони здоров'я, причому останні фокусуються на економічних інструментах та стимулах.

Основи економічного управління закладами охорони здоров'я розглядаються як система цілеспрямованої взаємодії між урядом (керівними органами установи, що мають повноваження щодо прийняття рішень щодо організації його діяльності та формування напрямків для подальшого розвитку) та суб'єктом управління ним (встановлення охорони здоров'я та системи економічних відносин у процесі її функціонування) через управлінські функції, засновані на

поєднанні підходів, методів, інструментів та економічних інструментів для дослідження та трансформації взаємопов'язаних процесів для ефективного функціонування охорони здоров'я. закладів опіки з урахуванням багатьох факторів зовнішнього та внутрішнього середовища.

Схема уніфікованого механізму економічного управління закладами охорони здоров'я, незалежно від форми власності та сфери діяльності, наведено на рис. 3.1. Розрізняє такі елементи: місія, ієрархія цілей, система загальнонаукових та конкретні принципи управління, підсистеми функціонування та обслуговування, економічні інструменти та стимули.

З огляду на соціальний тиск на заклади охорони здоров'я, навіть для приватного сектору, система націлювання не може бути орієнтована на прибуток, і в цьому випадку вона не є самоціллю, як засіб створення фінансової бази для розвитку установи та джерело фінансової безпеки для реалізації інших цілей, зокрема, розбудови спроможності установи за допомогою відкритих інновацій. Слід зазначити, що цілі закладу охорони здоров'я можуть залишатися незмінними протягом тривалого часу через специфічний характер сектору та його соціальну важливість. Це певною мірою спрощує процес управління порівняно з суб'єктами сектору матеріального виробництва.

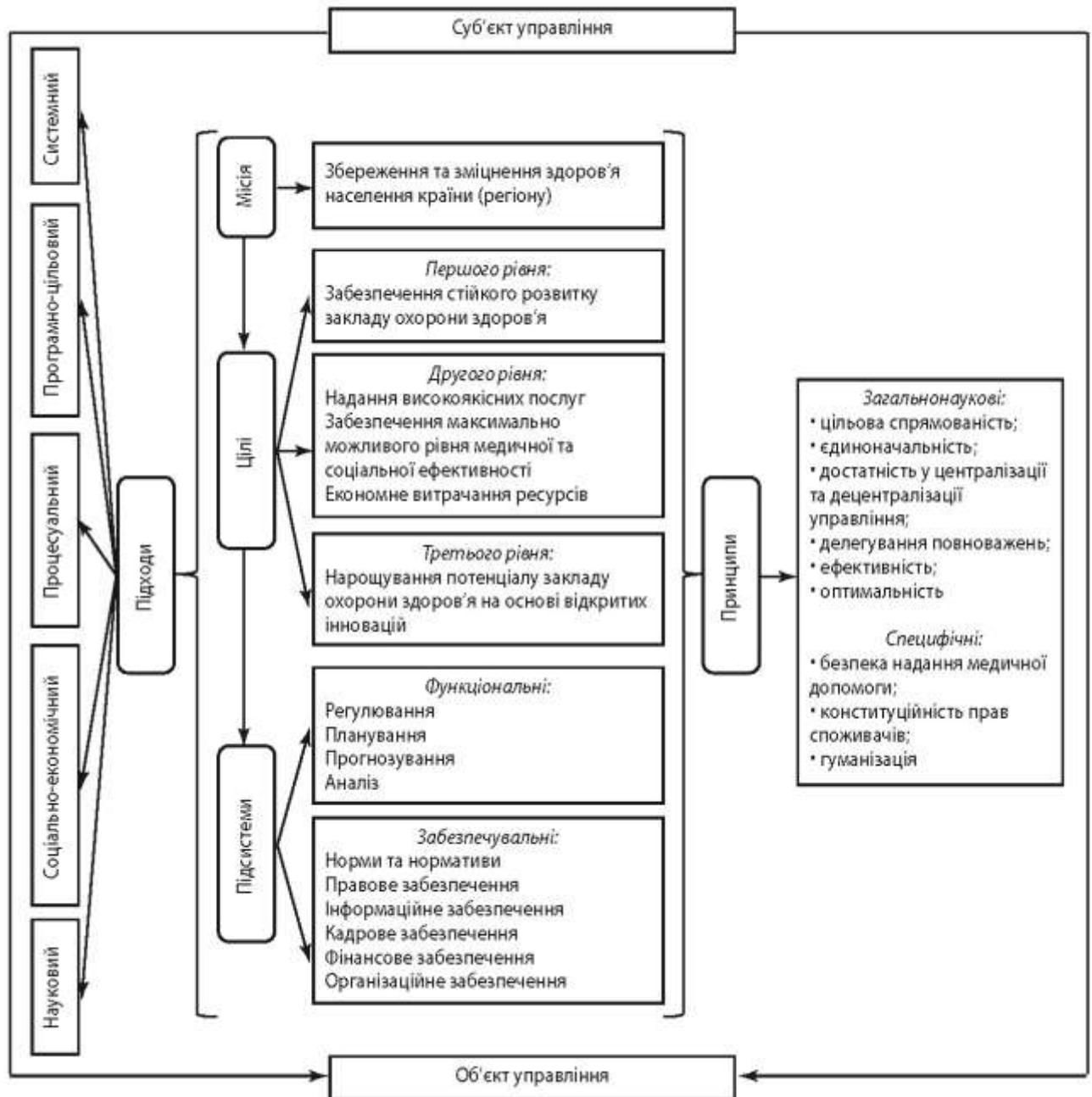


Рис. 3.1. Механізм економічного управління закладами охорони здоров'я

Управління установами безпеки повинно базуватися на системі принципів, які поділяються на дві групи: загальнонаукові та специфічні.

Серед перших - принцип націленості, який акумулює всі складові процесу управління. Специфіка його впровадження в закладах охорони здоров'я полягає у необхідності розподілу цілей медико-організаційного, медико-технологічного та фінансово-економічного забезпечення на перші дві.

Централізація управління може гнучко поєднуватися з децентралізацією та створювати необхідні умови для ефективного виконання обов'язків, покладених на нижчі ешелони управління

охороною здоров'я (Цей принцип особливо діє для державних, комунальних та відомчих закладів охорони здоров'я).

Принципи єдності командування та делегування повноважень є класичними принципами управління і не мають особливих особливостей щодо закладів охорони здоров'я, на відміну від принципу ефективності, який у закладах охорони здоров'я передбачає управління за критерієм максимізації, насамперед медичного та соціальної ефективності. Економічна ефективність управління не є однозначною, оскільки вона традиційно визначається для установ приватного сектору та визначається для державних та громадських закладів охорони здоров'я в мезопластичній макросистемі.

Конкретні принципи притаманні керівництву закладів охорони здоров'я і враховують: по-перше, безпеку, яка є основним принципом надання медичних послуг населенню та пріоритетним критерієм забезпечення та оцінки якості таких послуг. Втілення цього принципу, на думку В. С. Кучеренка та Н. В. Еккерт, вимагає комплексних системних зусиль, що включають широкий спектр професійних, організаційних, правових та психологічних заходів для вдосконалення лікувально-діагностичного процесу, забезпечення реалістичного середовища управління ризиками (включаючи безпечне вживання наркотиків та медичного обладнання), санітарно-епідеміологічний нагляд, клінічна безпека та безпечне середовище у закладах охорони здоров'я [14]. По-друге, конституційність прав споживачів, яка зумовлена Конституцією. 49 Конституції України і фактично вимагає орієнтації на якнайвищу якість та повне задоволення потреб користувача медичних послуг незалежно від фінансово-економічних відносин з ним. По-третє, принцип гуманізації вимагає врахування особистості, її потреб, інтересів та цінностей на всіх етапах управління.

Економічне управління закладами охорони здоров'я складається з двох підсистем: функціональної та захисної. На наш погляд, регулювання займає перше місце серед перших, оскільки надання медичних послуг не тільки підлягає примусовому ліцензуванню, але й технологічна складова регулюється уніфікованими клінічними протоколами медичної допомоги за спеціальністю, на основі які місцеві протоколи з внутрішніми інструкціями для медичного персоналу складаються у закладі охорони здоров'я з урахуванням його власних можливостей.

Незалежно від форми власності (приватної, комунальної, державної, відомчої) заклади охорони здоров'я повинні узгоджувати свої місцеві протоколи в підрозділах охорони здоров'я державних адміністрацій з метою координації діяльності установ в регіоні.

Разом з місцевими протоколами у закладах охорони здоров'я обов'язковою є розробка клінічного маршруту пацієнта: алгоритм руху пацієнта структурними підрозділами установи та точками контакту з медичним персоналом з урахуванням взаємодії між закладами охорони здоров'я. Він чітко визначає, беручи до уваги можливості закладу охорони здоров'я, як пацієнт може отримувати якісну допомогу відповідно до уніфікованих клінічних протоколів та стандартів надання допомоги [31, с. 11-13].

Планування, прогнозування та аналіз закладів охорони здоров'я здійснюються відповідно до чинних норм. В останньому слід виділити окремо систему внутрішнього аудиту з трьох блоків: структурний (фінансово-економічний, кадровий, матеріальне забезпечення, медична документація), процесний (Аудит клінічної, технологічної, організаційної, методичної, ефективності впровадження медичного технології), початковий (Аудит задоволеності пацієнтів та медичних працівників, здоров'я пацієнтів, охорони здоров'я) [27].

Підсистема включає наступні компоненти: правила та норми (медико-економічні стандарти та розрахунки, стандарти надання медичного персоналу та обладнання для закладів охорони здоров'я, що визначають мінімальний перелік необхідного обладнання, пристроїв та обладнання, медичні процедури вимагається відповідно до відповідних стандартів медичної допомоги та клінічних протоколів тощо); юридичний супровід; інформація; кадрове забезпечення; фінансова підтримка; організаційне забезпечення.

Ці підсистеми можуть бути організовані та функціоналізовані з використанням наукового, соціально-економічного, процедурного, програмно-орієнтованого та систематизованого підходів.

Науковий підхід до управління закладами охорони здоров'я базується на вивченні структури, функцій, професійної діяльності та процесу управління з точки зору методології (система методів пізнання, дослідження), теорії (структури, функції, управлінські рішення, інформація тощо), методи (дослідницькі, діагностичні тощо) та мистецтво практичної діяльності (мистецтво управління, управління людьми, колективом).

Соціально-економічний підхід передбачає соціальну відповідальність управління, включаючи захист та сприяння добробуту суспільства. У свою чергу, стан охорони здоров'я як фактор зовнішнього середовища має значний вплив на специфіку, характеристики та напрямки розвитку системи охорони здоров'я. Ось чому це відповідає сучасній ситуації у державному та комунальному господарстві охорони здоров'я.

Процедурний підхід полягає у визначенні управління процесом, в якому діяльність закладу охорони здоров'я розглядається як сума взаємопов'язаних дій - функцій управління, кожна з яких являє собою сукупність однорідних (елементарних) дій, дій, операцій, процедур.

Суть програмно-специфічного підходу полягає у використанні схеми «проблема - мета - рішення - програма - бюджет - контроль», тобто існуючі управлінські проблеми визначають цілі їх вирішення, для досягнення яких потрібен певний план діяльності, Підготовка та оптимізація бюджету та моніторинг його виконання. Для його реалізації потрібна відповідна методологічна база, кваліфіковані спеціалісти та програмні бази, що ускладнює її впровадження в приватних медичних закладах, але за певних умов.

Системний підхід в управлінні закладами охорони здоров'я розглядає їх як сукупність взаємопов'язаних елементів, має вхід (ресурси та інформація), результат (надання медичних послуг), зв'язок із зовнішнім середовищем (з урахуванням політичних, економічних, соціально-демографічна, культурна та спеціальна інфраструктура) та зворотній зв'язок (у разі зміни вимог користувачів до медичних послуг, ринкових параметрів, нових технологій система повинна

реагувати на ці зміни та вносити відповідні зміни у параметри ефективності). Особливістю системного підходу до управління закладами охорони здоров'я є відсутність виробництва в технічному сенсі цього терміна, оскільки надання медичних послуг є поєднанням роботи медичного персоналу та медичного обладнання, надають цю послугу [12, с. 138]. На наш погляд, цей підхід є найперспективнішим у сучасний час і дає можливість застосовувати на практиці елементи економічного управління закладами охорони здоров'я не лише на мікрорівні, а й у контексті реформування вітчизняного система догляду.

3.2. Рекомендації щодо поліпшення системи управління якістю в приватних закладах охорони здоров'я

В Україні впроваджується медична реформа, оновлюється завдання забезпечення якісних медичних послуг громадянам на рівні кожного конкретного закладу охорони здоров'я та впроваджуються механізми її постійного вдосконалення. Згідно з Концепцією управління якістю медичних послуг в Україні на період до 2020 року [13], постійне вдосконалення якості означає прийняття комплексних заходів, спрямованих на підвищення ефективності роботи системи охорони здоров'я в цілому, Постійне модифікування та вдосконалення системи, впровадження практики, заснованої на обґрунтованих потребах та очікуваннях громадян, та запровадження світових стандартів медичної допомоги.

Як частина механізмів управління якістю, що діють у закладах охорони здоров'я, важливо покращити якість медичної допомоги. Складовими цього процесу є [21]:

Якість допомоги - це складне та багатогранне поняття. Він поєднує два виміри: об'єктивний (технічна якість) та суб'єктивний (якість, як сприймається пацієнтом).

Складовими технічної якості є: структура закладу охорони здоров'я, тобто всі наявні ресурси, включаючи базу медичних технологій (будівлі, споруди, обладнання) Медичний процес та протоколи медичного та управлінського персоналу.

Суб'єктивна оцінка якості медичної допомоги пацієнтами значною мірою залежить від рівня підготовки медичних працівників та медсестер, регулярності оновлення отриманих ними знань, підтримки необхідних навичок на належному рівні. Наявність достатнього та кваліфікованого медичного персоналу у закладі охорони здоров'я є вирішальним фактором забезпечення якості медичної допомоги.

Міжнародний досвід показав, що управління якістю медичної допомоги здійснюється шляхом планування, вдосконалення, забезпечення та контролю якості. Комплексне управління якістю медичної допомоги базується на принципах орієнтації на якість, залучення всього персоналу, довгострокову орієнтацію на успіх, задоволеність споживачів, політику якості, піклування про переваги для всього персоналу та переваги для суспільства.

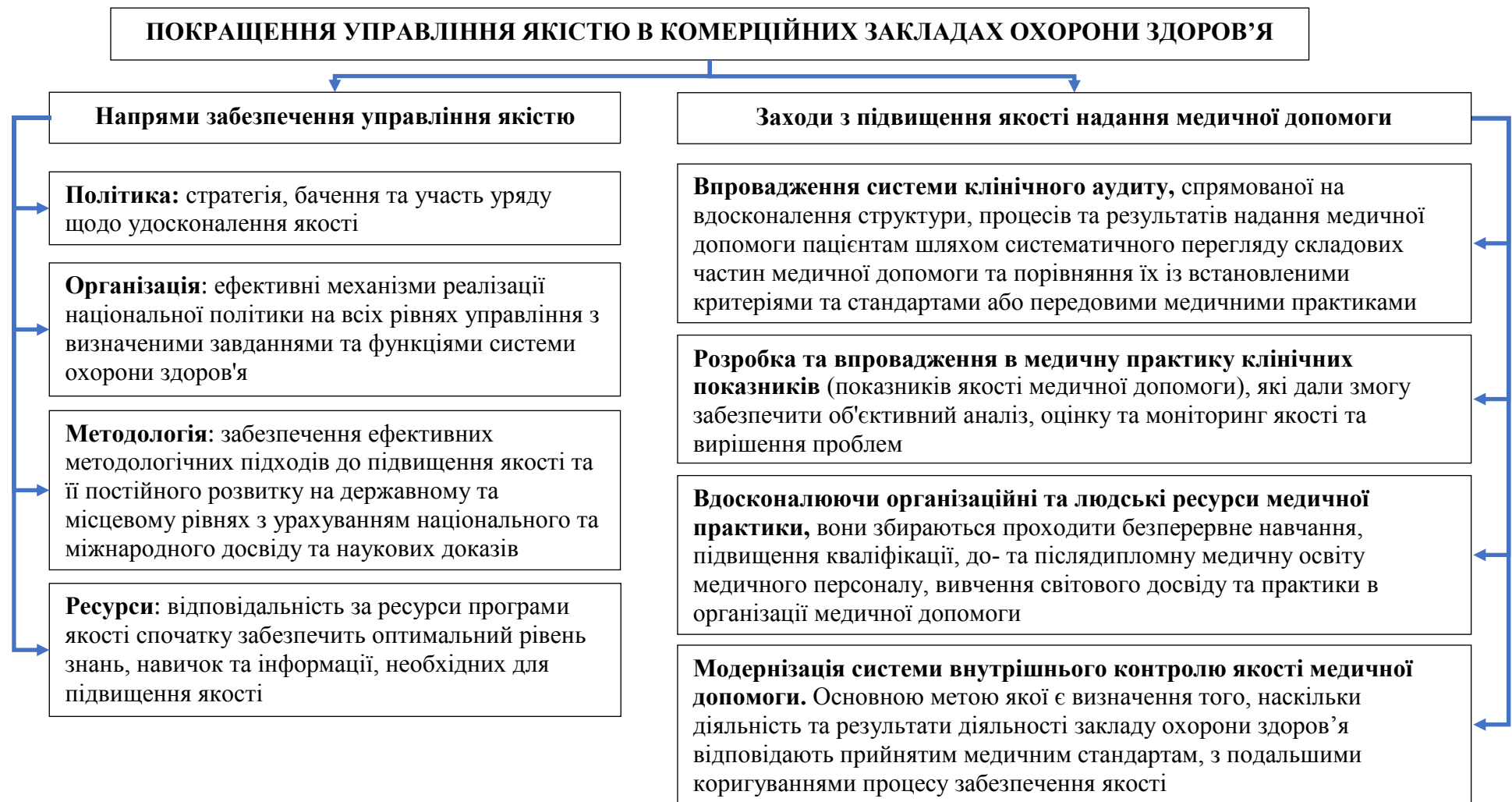


Рис. 3.2. Шляхи вдосконалення управління якістю в приватних закладах охорони здоров'я

Відповідно до вимог Міжнародного стандарту управління якістю охорони здоров'я, це скоординовані зусилля щодо керівництва та управління якісною організацією, що включає: контроль та забезпечення якості, планування та вдосконалення. Забезпечення якості охорони здоров'я - це сукупність дій та систем, що забезпечують лікувальному закладу та керівництву, що вимоги до якості виконуються. Контроль якості охорони здоров'я - це аудит, який проводиться для забезпечення відповідності процесів, процедур та послуг (продуктів) вимогам якості.

Сучасна система якості медичної допомоги в Україні має такі аспекти:

- політична, пов'язана із встановленням пріоритетів для реформування охорони здоров'я та прийняття рішень у сферах нормативно-правового регулювання, ресурсної (особливо фінансової) підтримки та державного управління;
- соціальні, пов'язані із задоволенням очікувань населення та прагнень медичних працівників;
- організаційні, пов'язані з удосконаленням управління в медичних закладах, розробкою систем якості, стандартизацією, метрологічним забезпеченням.

Рішення про впровадження систем управління якістю в управління закладами охорони здоров'я на основі вимог та рекомендацій міжнародних стандартів якості ISO 9000.

Висновок до третього розділу

Доведено необхідність переходу від адміністративної до економічної моделі управління закладами охорони здоров'я. Створено модель уніфікованого механізму управління закладами охорони здоров'я та розкрито її основні компоненти: ціль, ієрархію цілей, систему загальнонаукових та специфічних принципів управління, елементний склад функціональної та підтримуючі підсистеми, економічні інструменти та стимули. Визначено можливість та специфіку застосування наукового, соціально-економічного, процедурного, програмно-орієнтованого та системного підходів до економічного управління закладами охорони здоров'я з урахуванням форми власності та сфери діяльності.

В контексті реформування вітчизняної системи охорони здоров'я існує потреба зосередитись на економічному управлінні її установами, незалежно від форми власності та сфери діяльності. У той же час ми окреслюємо загальну структуру економічного управління закладами охорони здоров'я, виділяючи її ключові елементи. Змістовний зміст цих елементів, враховуючи розподіл закладів охорони здоров'я на різні типи, залежно від конкретного характеру їх функціонування, вимагає подальшого вдосконалення та систематизації.

РОЗДІЛ 4

ОХОРОНА ПРАЦІ

4.1. Охорона праці як суспільно-економічний чинник

Охорона праці має, безперечно, важливе економічне значення – це і висока продуктивність праці, зниження виплат на оплату лікарняних, компенсацій за важкі та шкідливі умови праці тощо. За розрахунками Німецької ради підприємців наслідки нещасних випадків коштують у 10 разів дорожче, ніж вартість заходів щодо їх попередження. В Україні враховуючи мізерні витрати на заходи з охорони праці ця різниця ще більша. Фахівці Міжнародної організації праці (МОП) підраховали, що економічні витрати, пов'язані з нещасними випадками, складають 1% світового валового національного продукту. На ці кошти орієнтовно, можна забезпечити харчування протягом року близько 75 млн. людей.

Впродовж багатовікової історії людства проблеми здоров'я та безпеки праці завжди посідали чільне місце в соціальному та економічному житті суспільства і були пов'язані з розвитком суспільного виробництва та формуванням суспільного буття. Цілком зрозуміло, що вивченню питань охорони праці приділялась серйозна увага. Вчені, інженери, лікарі, психологи, представники інших наук та фахів вивчали проблеми створення безпечних та нешкідливих умов та засобів праці. Адже саме за таких обставин людина здатна працювати високопродуктивно, створювати необхідний матеріальний потенціал суспільства, добробут усіх громадян. Тому історично склалось, що охорона праці як галузь науки виникла на перетині соціально-правових, технічних і медичних наук, науки про людину. Головними об'єктами її досліджень є людина в процесі праці, виробниче середовище, організація праці та виробництва. На підставі здоров'я і працездатності людини в процесі праці.

Необхідність забезпечення здорових і безпечних умов праці, формування ціннісних орієнтацій пріоритетності життя і здоров'я людей по відношенню до результатів виробничої діяльності, зумовлює потребу належної підготовки

фахівців усіх освітньо-кваліфікаційних рівнів з питань охорони праці. "Основи охорони праці" – це комплексна дисципліна, яка базується як на загальноосвітніх дисциплінах (фізика, хімія, математика), так і на загальнотехнічних та спеціальних дисциплінах (опір матеріалів, електротехніка, технологія і устаткування виробництва)

Особливо тісно дисципліна "Основи охорони праці" пов'язана з безпекою життєдіяльності, науковою організацією праці, ергономікою, інженерною психологією та технічною естетикою. Всі вищезазначені дисципліни належать до комплексу наук, що вивчають людину в процесі праці. В цих дисциплін єдина мета – сприяти підвищенню продуктивності праці, збереженню здоров'я, зменшенню впливу несприятливих факторів. В той же час всі вони підходять до цієї мети з різних сторін і на різних рівнях.

Безпека життєдіяльності це дисципліна, що вивчає загальні закономірності виникнення небезпек, їх властивості наслідки впливу на організм людини, способи та засоби захисту здоров'я та життя людини і середовища її проживання від небезпек.

Розвиток науки і техніки, підвищуючи в цілому безпеку життєдіяльності людини, привів до появи цілого ряду нових проблем У відносинах між людиною, середовищем мешкання, машиною. Найбільш змістовно цю проблему освітили українські учені М.В. Захарченко, В.М. Орлів, А.Д. Голубов, В.Ф. Титенко з Української Державної академії зв'язку ним. 0.3. Попова. Вони указують на такі основні причини виникнення названих проблем.

Надзвичайне зростання ступеня ризику травматизму і загибелі людей при взаємодії з складними технічними системами на виробництві, транспорті, в побуті. Техніка так владно увійшла до життя, що люди часто забувають про її небезпеку для життя і здоров'я, порушують правила техніки безпеки як на виробництві, так і в побуті. Сучасне виробництво вимагає перегляду поглядів на роль і місце людини.

Комп'ютеризація і роботизація виробництва, використання нових технологій і матеріалів значно змінили виробничу діяльність людини.

Замінюється примітивна робота, яка включає виконання монотонних фізичних операцій, шаблонну розумову діяльність. Зростає потреба в творчій висококваліфікованій роботі, яка має інженерно-технічний характер. Сьогодні від технічно грамотної експлуатації, своєчасно прийнятого, часто єдино правильного рішення, залежить безпека, здоров'я і навіть життя великої кількості людей, стан навколишнього середовища.

Проблема безпеки людини на виробництві розглядається в дисципліні "Охорона праці". Охорона праці – це система правових, соціально-економічних, організаційно-технічних, санітарно-гігієнічних і лікувально-профілактичних заходів і засобів, направлених на збереження здоров'я і працездатності людини в процесі роботи.

Повністю безпечних і нешкідливих виробництв не існує. Задача охорони праці – звести до мінімуму вірогідність нещасних випадків, професійних захворювань і аварій на виробництві при максимальній продуктивності. Реальні виробничі умови характеризуються наявністю безпечних і шкідливих виробничих чинників.

Нещасний випадок на виробництві – це випадок дії на робочого небезпечного виробничого чинника при виконанні роботи на підприємстві. Следством нещасного випадку є травма. Травмою вважаються раптові пошкодження організму.

Тривала дія на людину шкідливого виробничого чинника може привести до професійного захворювання.

Дисципліна "Охорона праці" – це комплексна соціально-технічна дисципліна. Вона складається з таких частин: виробнича санітарія, техніка безпеки, пожежна і вибухова безпека, законодавство по охороні праці.

Виробнича санітарія – це система організаційних і технічних заходів, які зменшують або запобігають діям на працівників шкідливих виробничих чинників. До виробничої санітарії відносяться: гігієна роботи і санітарна

техніка. Гігієна роботи вивчає вплив трудової діяльності і виробничого середовища на здоров'я і працездатність людини і розробляє санітарно-гігієнічні заходи, направлені на створення здорових умов роботи і підвищення її продуктивності. Санітарна техніка розробляє технічні заходи і оснащення, які мають відношення до виробничої санітарії, системи і оснащення вентиляції, опалюванню, кондиціонуванню повітря, теплопостачанню, газопостачанню, водопостачанню, каналізації, очищення і нейтралізації шкідливих викидів в атмосферу і водосховища, освітлення, захисту людини від вібрації, шуму, дії шкідливих випромінювань і т.п. Техніка безпеки – це система організаційних і технічних заходів, які зменшують або запобігають діям на працівників небезпечних виробничих чинників. Пожежна і вибухова безпека – це система організаційних і технічних засобів, направлених на запобігання і ліквідацію пожеж і вибухів з мінімальними збитками.

Законодавство про охорону праці складається із Закону України "Про охорону праці". Кодексу законів про працю України і різних нормативних актів.

Законодавство України про охорону праці передбачає права громадян на охорону праці при укладенні трудового договору, під час роботи на підприємстві, соціальне страхування від нещасних випадків, професійних захворювань, а також право працівників на пільги і компенсації за важкі і шкідливі умови роботи. Законодавство встановлює основні заходи щодо охорони і оздоровлення спеціальні вимоги щодо охорони роботи жінок, підлітків і інвалідів.

Закони України зобов'язують власників підприємств на роботах з шкідливими і небезпечними умовами роботи, а також роботах, пов'язаних із забрудненням або виконуваних в несприятливих температурних умовах, видавати працівникам безкоштовно за встановленими нормами спеціальний одяг, спеціальне взуття і інші засоби індивідуального захисту, а також мийні і знешкоджуючі засоби.

Закон України про працю встановлює розмір відшкодування працівникам у разі пошкодження їх здоров'я.

Ряд положень Закону про працю, а також Кодексу законів про працю визначають вимоги до власника підприємств по забезпеченню гігієнічних умов роботи персоналу. З іншого боку, закони ставлять в обов'язок працівників виконувати вимоги нормативних актів про охорону праці.

4.2. Шкідливі виробничі фактори на підприємстві

Шкідливий виробничий фактор – виробничий фактор, вплив якого може призвести до погіршення стану здоров'я людини, зниження її працездатності, а за тривалої дії може призвести до професійного захворювання.

Небезпечний виробничий фактор – виробничий фактор, дія якого за певних умов може призвести до травм або іншого раптового погіршення здоров'я працівника.

До основних шкідливих виробничих факторів відноситься:

дія виробничого шуму;

мікроклімат виробничих приміщень;

електричний струм;

електромагнітні, електричні та магнітні поля;

природне та штучне освітлення;

Дія виробничого шуму. Інтенсивна шумова дія на організм людини несприятливо впливає на протікання нервових процесів, сприяє розвитку стомлення, змінам в серцево-судинній системі і появі шумової патології, серед багатоманітних проявів якої провідною клінічною ознакою є поволі прогресуюче зниження слуху по типу кохлеарного невриту.

На підприємстві джерелами шуму можуть бути обладнання, допоміжне устаткування (вентиляційні установки, кондиціонери) та ЕОМ.

По характеру спектру шуми підрозділяються на широкосмугові і тональні. По тимчасових характеристиках шуми підрозділяються на постійні і

непостійні. У свою чергу непостійні шуми підрозділяються на ті, що коливаються в часі, переривисті і імпульсні.

Основні заходи щодо боротьби з шумом – це технічні заходи, які проводяться по трьох головних напрямках:

- усунення причин виникнення шуму або зниження його в джерелі;
- ослаблення шуму на шляхах передачі;
- безпосередній захист працюючих.

Найефективнішим засобом зниження шуму є заміна шумних технологічних операцій на мало шумні або повністю безшумні, проте цей шлях боротьби не завжди можливий, тому велике значення має зниження його в джерелі. Зниження шуму в джерелі досягається шляхом вдосконалення конструкції або схеми тієї частини устаткування, яка чинить шум, використання в конструкції матеріалів із зниженими акустичними властивостями, устаткування на джерелі шуму додаткового звукоізолюючого пристрою або огорожі, розташованої по можливості ближче до джерела.

Мікроклімат виробничих приміщень визначається поєднанням температури, вологості, рухливості повітря, температури навколишніх поверхонь і їх тепловим випромінюванням. Параметри мікроклімату визначають теплообмін організму людини і роблять істотний вплив на функціональний стан різних систем організму, самопочуття, працездатність і здоров'я.

Температура у виробничих приміщеннях є однією з провідних чинників, що визначають метеорологічні умови виробничого середовища.

Високі температури надають негативну дію на здоров'я людини. Робота в умовах високої температури супроводиться інтенсивним випотом, що приводить до обезводнення організму, втраті мінеральних солей і водорозчинних вітамінів, викликає серйозні і стійкі зміни в діяльності серцево-судинної системи, збільшує частоту дихання, а також робить вплив на функціонування інших органів і систем – ослабляється увага, погіршується координація рухів, сповільнюються реакції.

Тривала дія високої температури, особливо в поєднанні з підвищеною вогкістю, може привести до значного накопичення тепла в організмі (гіпертермії). При гіпертермії спостерігається головний біль, нудота, блювота, часом судоми, падіння артеріального тиску, втрата свідомості.

Боротьба з несприятливим впливом виробничого мікроклімату здійснюється з використанням технологічних, санітарно-технічних і медико-профілактичних заходів.

Електричний струм є прихованим типом небезпеки, оскільки його важко визначити в струмо – і неструмоведучих частинах устаткування, які є добрими провідниками електрики. Смертельно небезпечним для життя людини рахують струм, величина якого перевищує 0,05А, струм менше 0,05А безпечний (до 1000 В). З метою попередження поразок електричним струмом до роботи повинні допускатися тільки особи, що добре вивчили основні правила по техніці безпеки.

Відповідно до правил електробезпеки в службовому приміщенні повинен здійснюватися постійний контроль стану електропроводки, запобіжних щитів, шнурів, за допомогою яких включаються в електромережу комп'ютери, освітлювальні прилади, інші електроприлади.

Залежно від категорії приміщення необхідно вжити певних заходів, що забезпечують достатню електробезпеку при експлуатації і ремонті електроустаткування.

Небезпечну дію на працюючих можуть надавати *електромагнітні поля* радіочастот (60 кГц-300 гГц) і *електричні поля* промислової частоти (50 Гц).

Тривала дія електричного поля на організм людини може викликати порушення функціонального стану нервової і серцево-судинної систем. Це виражається в підвищеній стомлюваності, зниженні якості виконання робочих операцій, болях в області серця, зміні кров'яного тиску і пульсу.

Природне та штучне освітлення. Світло є природною умовою життя людини, необхідним для збереження здоров'я і високої продуктивності праці, і

заснованим на роботі зорового аналізатора, найтоншого і універсального органу чуття.

Світло є видимі оком електромагнітними хвилями оптичного діапазону завдовжки 380-760 нм, сприймані сітчастою оболонкою зорового аналізатора.

У виробничих приміщеннях використовується 3 види освітлення: природне (джерелом його є сонце), штучне (коли використовуються тільки штучні джерела світла); суміщене або змішане (характеризується одночасним поєднанням природного і штучного освітлення).

Суміщене освітлення застосовується у тому випадку, коли тільки природне освітлення не може забезпечити необхідні умови для виконання виробничих операцій.

Діючими будівельними нормами і правилами передбачено дві системи штучного освітлення: система загального освітлення і комбінованого освітлення.

Природне освітлення створюється природними джерелами світла прямим солідним промінням і дифузним світлом небозводу (від сонячного проміння, розсіяного атмосферою). Природне освітлення є біологічно найціннішим видом освітлення, до якого максимально пристосовано око людини.

Рівномірний розподіл яскравості в полі зору має важливе значення для підтримки працездатності людини. Якщо в полі зору постійно знаходяться поверхні, значно відмінні по яскравості (освітленості), то при перекладі погляду з ярко – на слабоосвітлену поверхню очей вимушений переадаптуватися. Часта переадаптація веде до розвитку стомлення зору і утрудняє виконання виробничих операцій.

4.3. Розрахунок загального освітлення медичного приміщення

Довжина $A = 60$ м, ширина $B = 18$ м, висота $H = 4$ м. Висота робочої поверхні $h = 1$ м. Для освітлення приймаємо світильники типу УПМ – 15. Мінімальна освітленість лампами розжарювання за нормами $E = 100$ лк.

Коефіцієнт відображення стелі $p_n = 70 \%$, стін $p_c = 50 \%$, робочої поверхні $p_p = 10 \%$. Напруга мережі 220 В.

Рішення:

Відстань від стелі до робочої поверхні:

$$H_0 = H - h_p = 4 - 1 = 3 \text{ м.}$$

Відстань від стелі до світильника:

$$h_c = 0,2 * H_0 = 0,2 * 3 = 0,6 \text{ м.}$$

Висота підвішування світильника, над освітлюваною поверхнею:

$$h = H_0 - h_c = 3 - 0,6 = 2,4 \text{ м.}$$

Висота підвішування світильника над підлогою:

$$H_p = h + h_p = 2,4 + 1 = 3,4 \text{ м (величина, що знаходиться в межах норм).}$$

Для досягнення найбільшої рівномірності освітлення приймаємо відношення:

$$L/h = 1,5,$$

тоді відстань між центром світильників:

$$L = 1,5 * H_p = 1,5 * 2,4 = 3,6 \text{ м.}$$

Необхідна кількість світильників:

$$N = S / L = 60 * 18 / 3,62;$$

$$N = 84.$$

Отже, для нормального освітлення приміщення буде потрібно 84 світильники. Дана кількість відповідатиме нормативу. Приймаємо 84 світильники (чотири ряди по 21 світильнику).

Індекс приміщення:

$$i = AB / h * (A+B) = 60 * 18 / 2,4 (60 + 18) = 5,2.$$

При $i = 5,2$; $p_n = 70 \%$; $p_c = 50 \%$; $p_p = 10 \%$ для світильника типу УПМ – 15 коефіцієнт використання світлового потоку $\eta = 0,73$. Світловий потік однієї лампи:

$$\Phi = E_{\min} SK_3 Z / N_n = 100 * 1080 * 1,3 * 1,15 / 84 * 0,73 = 2647 \text{ лм., де } K_3 = 1,3.$$

За знайденим світловим потоком вибираємо лампу потужністю 200 Вт, що має світловий потік 2920 лм., найбільш близький до розрахункового.

При цьому фактична освітленість:

$$E_{\phi} = E_n \Phi_{\text{л}} / \Phi_{\text{р}} = 100 * 2920 / 2647 = 100 \text{ лк.}$$

Загальна потужність освітлювальної установки:

$$P_{\Sigma} = P_{\text{л}} N = 200 * 8 = 16800 \text{ Вт} = 16,8 \text{ кВт.}$$

ВИСНОВКИ

У дипломній роботі здійснено теоретичне узагальнення вдосконалення діяльності приватних закладів охорони здоров'я в Україні. Результати проведеного дослідження дозволили зробити наступні висновки теоретичного і практичного спрямування:

1. Розглядаючи сутність та основні особливості діяльності закладів охорони здоров'я, було показано, що всі заклади охорони здоров'я здійснюють господарську діяльність, під якою розуміють діяльність суб'єктів господарювання у сфері державного виробництва, виробництва продаж лікарських засобів, виробів медичного призначення та обладнання; виконання науково-дослідної та консультативної роботи; та надання медичних послуг.

2. Дослідження конкурентних факторів приватних закладів охорони здоров'я показує, що цей термін пропонує зрозуміти умови, обставини, чинники індивідуальних особливостей, конкурентну перевагу закладу охорони здоров'я та його потенціал конкурувати на конкурентному ринку охорони здоров'я. Класифікація конкурентних факторів закладу охорони здоров'я за суттю та походженням на: медичні фактори (асортимент та номенклатура послуг, якість надання медичної допомоги, технічне оснащення, рівень кваліфікації медичних працівників) Комерційні фактори (кон'юнктура ринку) для медичних послуг, вартість послуг, імідж), зовнішні фактори (ринки ресурсів, конкуренти, попит, дії уряду), внутрішній фактор (медична ефективність, економічна ефективність, ефективність управління).

3. На основі оцінки розвитку приватного сектору охорони здоров'я в Україні визначено необхідність державної підтримки цього сектора економіки. Основними конкурентними перевагами приватної медицини перед державною є: доступність, обладнання, кваліфікація персоналу та підключення до потужних медичних установ, вартість, позиціонування на ринку. Головною перевагою держави у підтримці розвитку приватного сектору охорони здоров'я в Україні є значний внесок приватної медицини у фінансування цього сектору.

4. Аналіз фінансування системи охорони здоров'я приватних та державних установ показав, що загальні витрати на охорону здоров'я в Україні склали в середньому 7,7 відсотка ВВП на рік, що насправді мало чим відрізняється від світової та європейської тенденції. У європейському регіоні загальні витрати на охорону здоров'я складають 8,9 відсотка, а в цілому у світі 8,6 відсотка. Однак через низький рівень ВВП ці витрати на душу населення складають лише близько 200 доларів, що значно нижче середнього показника в ЄС, який складає 3340 доларів, включає також Польщу - 809 доларів, Болгарію - 612 доларів та Румунію - 476 доларів.

5. Оцінка зовнішнього середовища приватного закладу охорони здоров'я показала, що основні ресурси закладу охорони здоров'я походять із зовнішнього середовища, обмеження якого впливають не тільки на спроможність організації, а й можуть мати негативні наслідки для його діяльності. Зовнішнє середовище організації потрібно враховувати при формулюванні стратегії, структуруванні організації, визначенні позиції щодо конкурентів (у випадку приватного закладу).

7. Дослідження пропонує вдосконалення в управлінні приватними закладами охорони здоров'я як систему цілеспрямованої взаємодії між державним органом (керівні органи установи, що мають повноваження щодо прийняття рішень щодо організації його діяльності та формування

напрямків для подальшого розвитку) та суб'єкт управління (встановлення охорони здоров'я та системи економічних відносин у процесі її функціонування) через функції управління, що базуються на поєднанні підходів, методів, інструментів та економічних інструментів для дослідження та трансформації взаємопов'язаних процесів для ефективного функціонування закладів охорони здоров'я з урахуванням багатьох факторів зовнішнього та внутрішнього середовища.

8. Таким чином, магістерське дослідження дало рекомендації щодо вдосконалення управління якістю у приватних закладах. Постійне поліпшення якості відноситься до комплексних заходів, спрямованих на підвищення ефективності роботи системи охорони здоров'я в цілому, постійні модифікації та вдосконалення системи, впровадження практики, заснованої на обґрунтованих потребах та очікуваннях громадян, та запровадження світових стандартів надання медичної допомоги.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Антонов С.В. Договір про надання платних медичних послуг: від укладення до виконання // Управління закладом охорони здоров'я. – 2017. – № 3. – С. 18 – 23.
2. Бедрик І.О. Договір про надання платних медичних послуг та інформована згода пацієнта на медичне втручання: реалії у приватній стоматологічній практиці (за матеріалами українських дослідників) // Економіка та держава. – 2017. – № 11. – С. 92 – 94.
3. Бедрик І.О., Буравльов Л.О. Державне регулювання приватної медичної діяльності: організаційно-правові засади // Економіка та держава. – 2018. – № 6. – С. 94 – 96.
4. Беллі П., Джигир Ю., Майнзюк К., Мірошніченко А., Горошко А. Як працює система? Новий підхід до аналізу і оцінки процесів управління в системі охорони здоров'я в Україні. Вашингтон: Світовий банк, 2015. 60 с.
5. Буравльов Л.О. Правове регулювання державного управління у сфері приватної медичної діяльності (теоретико-методологічні засади) // Україна. Здоров'я нації. – 2018. – № 1 (5). – С. 62 – 64.
6. Гонтарева И. В. Семантический анализ факторов повышения эффективности развития предприятия / И.В. Гонтарева // Економіка розвитку. – 2014. – №1. – С. 71 – 75.
7. Горовий Д. А. Основні фактори, що впливають на настання ризику рейдерського захоплення підприємства / Д. А. Горовий, В. Ю. Нестеренко // Вісник Дніпропетровської державної фінансової академії. Науково – теоретичний журнал.–Дніпропетровськ: ДДФА. – 2017. – №. 2. – С. 18.
8. Державна політика у сфері охорони здоров'я: кол. моногр.: у 2 ч. Ч. 1/заг. ред. М. М. Білинської, Я. Ф. Радиша. Київ: НАДУ, 2018. 396 с.
9. Іртищева І.О., Рябець Д.М. Забезпечення доступності медичної допомоги як базової основи формування міцного здоров'я і благополуччя населення. Економічний аналіз. 2020. Том 30. № 1. Частина 2. С. 60-65. (0,75 д.а.). (Index Copernicus).
10. Іртищева І.О., Рябець Д.М., Трушлякова А.Б. Демографічна ситуація України в системі виміру людського капіталу та охорони здоров'я. Вісник Сумського національного аграрного університету. Серія «Економіка менеджмент». 2019. Вип.4 (81). С. 138-145. (Index Copernicus)
11. Іртищева І.О., Сергійчук С.І., Рябець Д.М. Стан і перспективи цифрової трансформації індустрії охорони здоров'я в Україні. Збірник наукових праць Таврійського державного агротехнологічного університету імені Дмитра Моторного (економічні науки)». 2020. № 1. С. 76-83. (0,63 д.а.). (Index Copernicus).
12. Клименко П. М., Грабовський В. А. Системний підхід до управління закладами охорони здоров'я. Вісник НАДУ. 2016. № 3. С. 136–141.
13. Концепція управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року. Наказ МОЗ України від 01.08.2011 № 454
14. Кучеренко В. З., Эккерт Н. В. Организационно-управленческие проблемы рисков в здравоохранении и безопасности медицинской практики. Вестник РАМН. 2012. № 3. С. 4–9.

15. Лехан В. М., Слабкий Г. О., Шевченко М. В. Стратегія розвитку охорони здоров'я: український вимір. Київ: Цифра, 2012. 50 с.
16. Литвинова В. А. Методы оценки конкурентоспособности: проблемы классификации / В. О. Літвінова // Вісник Дніпропетровського університету. Серія «Економіка». – 2012. – Т. 6. – № 2. – С. 235-240.
17. Літвінов О. С. Фактори енергоємності продукції промислового підприємства: монографія / О. С. Літвінов. – Одеса: ОНЕУ, 2016. – 242 с.
18. Майданик Р. Договір про надання медичних послуг // Медичне право. – 2015. – № 5. – С.52 – 66.
19. Миронюк І. С., Новічкова О. М. Застосування моделі поліпшення якості надання послуг у закладах охорони здоров'я: навчальний посібник. К. : Друкарський двір Олега Федорова, 2017. 156 с.
20. Парсяк В. Н. Наукове дослідження магістранта : у 6 ч. Ч. 1. Методика проведення, формалізації і публічного захисту результатів : навч. посіб. / В. Н. Парсяк, Н. Є. Терьошкіна, І. А. Воробйова ; за ред. проф. В. Н. Парсяка. – Миколаїв : НУК, 2013. – 202 с.
21. Попович Т.М. Управління якістю : навч. посібник. Тернопіль, КРОК, 2013. 320с.
22. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення. Закон України зі змінами від 04.03.2020р. № 524-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>
23. Про затвердження індикаторів якості медичної допомоги. Наказ МОЗ України від 02.11.2011 №743.
24. Радулов Д. Д. Вплив органів державної влади на діяльність промислових підприємств як один із зовнішніх факторів їх конкурентоспроможності / О. С. Літвінов, Д. Д. Радулов // Конкурентоспроможність підприємства: оцінка рівня та напрями підвищення: монографія / за заг. ред. О. Г. Янкового. – Одеса: Атлант, 2013. – С. 250-269.
25. Репіна І. М. Визначення конкурентоспроможності потенціалу підприємства, – К.: КНЕУ. – 2015. – С. 114-117.
26. Салтман Р., Фигейрас Дж. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий/пер. с англ. М.: ГЭОТАР Медицина, 2015. 423 с.
27. Сміянов В. А. Особливості застосування внутрішнього аудиту в закладах охорони здоров'я. Україна. Здоров'я нації. 2018. № 2 (26). С. 113–117.
28. Удовиченко Н.М. Ефективність як складова об'єктивізації державного регулювання розвитку системи охорони здоров'я / Д.В. Карамишев, Н.М. Удовиченко // Теорія та практика державного управління. – Х.: Вид-во ХарПІ НАДУ «Магістр», 2018. – Вип.. 1 (20). – С. 236 – 245.
29. Урсол Г.М., Скрипник О.А., Бугро В.І. Стратегія реформ. Регулювання фінансових ресурсів галузі охорони здоров'я: від державного до приватного сектору. – Кіровоград: ТОВ «Імекс_ЛТД», 2019. – 404 с.
30. Федак Н.М. Механізми державного регулювання стоматологічної допомоги населенню України: Автореф. дис. ... канд. держ. упр.: 25.00.02. – К., 2015. – 20 с.

31. Худошина О. Порядок здійснення контролю якості надання медичної допомоги у закладах охорони здоров'я. Управління закладом охорони здоров'я. 2015. № 1. С. 9–14.
32. Циганок О. О. Аналіз позиції підприємства в конкурентній боротьбі за методом конкурентних переваг / О. О. Циганок // Актуальні проблеми економіки. – 2019. – № 9(99). – С. 155–161.
33. Шевченко М. В. Сучасні розробки щодо запровадження програмно-цільового методу управління видатками на охорону здоров'я з місцевих бюджетів / М. В. Шевченко // Главный врач. – 2017. – № 9. – С. 65.
34. Щербина І. Ф. Бюджетні аспекти реформування системи охорони здоров'я в Україні / І. Ф. Щербина. – Режим доступу : [http:// www.minfin.gov.ua](http://www.minfin.gov.ua).