

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Центр професійної та післядипломної освіти
Кафедра управління імені Олега Балацького

Шифр _____

Наказ ректора
про затвердження теми

«До захисту допускається»
завідувач кафедри
_____ І. І. Рекуненко

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА
на тему

“Управління діяльністю закладу охорони здоров'я в сучасних умовах (на прикладі КНП СОР “Сумська обласна клінічна лікарня”)”

за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування»
освітньо-професійна програма «Управління та адміністрування
в охороні здоров'я»

Студента групи УЗ.мз-01с

Христія Вадима Юрійовича

Подається на здобуття освітнього ступеня магістр.

Кваліфікаційна робота містить результати власних досліджень.
Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело _____ Христій В.Ю.

Науковий керівник: _____ к.е.н., доц. Кобушко Я.В.

Суми 2022 р.

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Центр професійної та післядипломної освіти
Кафедра управління імені Олега Балацького

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри _____

« ____ » _____ 20__ р.

ЗАВДАННЯ ДЛЯ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ МАГІСТРА
за спеціальністю

281 Публічне управління та адміністрування,
освітньо-професійна програма
«Управління та адміністрування в охороні здоров'я»
студенту групи УЗ.мз-01с

Христію Вадиму Юрійовичу

1. Тема роботи "Управління діяльністю закладу охорони здоров'я в сучасних умовах (на прикладі КНП СОР "Сумська обласна клінічна лікарня")" затверджена наказом по СумДУ № _____ від « ____ » _____ 20__ р.
2. Термін подання студентом закінченої роботи : « 10» 02. 2022 р.
3. Мета кваліфікаційної роботи: виявлення напрямків підвищення ефективності управління закладом охорони здоров'я.
4. Об'єкт дослідження: - система управління КНП СОР "Сумська обласна клінічна лікарня".
5. Предмет дослідження: система соціально-економічних відносин, що виникають в процесі управління закладом охорони здоров'я.
6. Кваліфікаційна робота виконується на матеріалах Законів України, Постановах та розпорядженнях Кабінету Міністрів України, Наказах Міністерства охорони здоров'я, методичних рекомендаціях, статтях, наукових видання, документації КНП СОР "СОКЛ" тощо.
7. Орієнтовний план кваліфікаційної роботи, терміни подання розділів керівникові та зміст завдань для виконання поставленої мети.

№ пор.	Назва розділу	Термін подання
I	АНАЛІЗ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ РИНКОВОЇ ЕКОНОМІКИ	
II	УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В СУЧАСНИХ УМОВАХ	
III	РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	

Зміст завдань для виконання поставленої мети кваліфікаційної роботи магістра:

У розділі 1 студент має проаналізувати діяльність закладів охорони здоров'я в умовах ринкової економіки.

У розділі 2 студент має розкрити особливості управління закладом охорони здоров'я в сучасних умовах.

У розділі 3 студент має запропонувати шляхи удосконалення системи управління закладом охорони здоров'я.

8. Консультації щодо виконання роботи:

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
1			
2			
3			

9. Дата видачі завдання _____

Керівник кваліфікаційної роботи _____

Кобушко Я.В.

Завдання до виконання одержав _____

Христій В.Ю.

АНОТАЦІЯ

У роботі досліджено організацію управління закладом охорони здоров'я на прикладі КНП СОР “Сумська обласна клінічна лікарня” в сучасних умовах. Розглянуто організаційно-економічні основи діяльності установи, визначено основні недоліки та проблеми в сучасних умовах та запропоновано оптимальні шляхи їх вирішення та вдосконалення організаційно-економічного механізму управління закладу охорони здоров'я. Для характеристики роботи закладу охорони здоров'я був проведений аналіз його діяльності та системи управління.

Ключові слова: заклад, медична послуга, охорона здоров'я, управління, реформа.

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота магістра містить вступ, три розділи, висновки, список використаної літератури, який містить 61 джерело. Загальний обсяг роботи становить 67 сторінок, а також 2 таблиці.

Мета даної роботи - виявлення напрямків підвищення ефективності управління закладом охорони здоров'я.

При виконанні кваліфікаційної роботи необхідно було вирішити такі основні завдання:

- провести порівняльний аналіз існуючих підходів до управління закладами охорони здоров'я;
- визначити особливості функціонування ринку медичних послуг і оцінити можливості підприємницької діяльності в медицині;
- виявити загальні принципи побудови організаційно-економічного механізму управління закладом охорони здоров'я ;
- проаналізувати показники діяльності КНП СОР “Сумська обласна клінічна лікарня”;
- виробити пропозиції щодо впровадження ефективної системи управління для закладу охорони здоров'я;
- оцінити економічну доцільність створення компенсаційного фонду, як джерела додаткового фінансування закладу охорони здоров'я.

Предмет дослідження - система соціально-економічних відносин, що виникають в процесі управління закладом охорони здоров'я.

Об'єкт дослідження - система управління КНП СОР “Сумська обласна клінічна лікарня”.

ЗМІСТ

	С.
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ	7
Вступ	8
Розділ 1. АНАЛІЗ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ РИНКОВОЇ ЕКОНОМІКИ	9
1.1 Особливості надання медичних послуг закладами охорони здоров'я в умовах ринкової економіки	9
1.2 Підприємництво в галузі охорони здоров'я	22
Розділ 2. УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В СУЧАСНИХ УМОВАХ	27
2.1 Адміністрування, менеджмент і маркетинг в сучасній галузі охорони здоров'я	27
2.2 Особливості управління закладом охорони здоров'я	31
2.3 Загальні принципи побудови організаційно-економічного механізму управління закладом охорони здоров'я	35
Розділ 3. РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	59
3.1 Аналіз організаційної структури і діяльності КНП СОР “Сумська обласна клінічна лікарня”	59
3.2 Упровадження принципів ефективного управління закладом охорони здоров'я	60
Висновки	65
Список використаних джерел	68

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

ВООЗ - Всесвітня організація охорони здоров'я

ДМС - денний медичний стаціонар

ЗЧМТ - закрита черепно-мозкова травма

ВМП - вироби медичного призначення

КТ - комп'ютерний томограф

ЛПЗ - лікувально-профілактичний заклад

ЛЗ - лікарські засоби

ЛТЕ - лікувально-трудова експертиза

МРТ - магнітно-резонансний томограф

НТП - науково-технічний прогрес

СМКЛ - Сумська міська клінічна лікарня

СОКЛ - Сумська обласна клінічна лікарня

УЗД - ультразвукове дослідження

ЦРЛ - Центральна районна лікарня

ВСТУП

Не секрет, що здоров'я людини є передумовою успішного розвитку особистості та фактором зростання суспільного виробництва. Саме тому в сфері охорони здоров'я потрібно впровадження нових форм господарювання, покликаних з максимальною ефективністю забезпечити процес відновлення і підтримки здоров'я. Останнім часом зріс інтерес до системи управління медичним закладом в умовах ринкових відносин, а також вироблення принципів щодо її удосконалення.

На користь актуальності даного дослідження говорить той факт, що в умовах ринкових реформ істотно змінюються взаємини між основними суб'єктами охорони здоров'я: пацієнтом та медичним закладом, коли і пацієнт, і медична організація стають учасниками ринку медичних послуг. У цих умовах зростає значення медичного менеджменту, як системи організації даного ринку.

Мета дослідження - виявлення напрямків підвищення ефективності управління закладом охорони здоров'я.

РОЗДІЛ І

АНАЛІЗ ДІЯЛЬНОСТІ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ РИНКОВОЇ ЕКОНОМІКИ

1.1 Особливості надання медичних послуг закладами охорони здоров'я в умовах ринкової економіки

Для того, щоб здійснити повний і комплексний аналіз тенденцій розвитку галузі охорони здоров'я, необхідно виділити і дати визначення основним ключовим поняттям, що стосуються галузі охорони здоров'я:

Охорона здоров'я - структурний підрозділ суспільного виробництва, функціональна роль якого полягає в наданні суспільству споживчої вартості у вигляді як індивідуального здоров'я, так і здоров'я суспільства в цілому.

Ринок - це інститут (або механізм), що зводить разом покупців (пред'явників попиту) і продавців (постачальників) товарів і послуг, це обмін, організований за законами товарно-грошового обігу.

Ринкові відносини висловлюють певну економічну відособленість виробників і споживачів продуктів і послуг, оплатну їх взаємодію. За своїм змістом вони включають широкий набір різних елементів. Сфера охоплення ринковими відносинами тих чи інших сторін життєдіяльності суспільства не є постійною величиною.

Ринковий механізм є процесом, за допомогою якого продавці і покупці взаємодіють, щоб визначити ціну і кількість вироблених благ, тим самим попит, пропозиція і ціна є головними його елементами.

Спільними умовами становлення ринкових відносин в охороні здоров'я є:

- наявність і різноманіття форм власності і видів господарювання в охороні здоров'я;
- необмежене число учасників конкуренції, рівний вільний доступ на ринок і вихід з нього;
- рівний допуск всіх ЛПЗ до наявних ресурсів;

- наявність у кожного учасника конкуренції повного обсягу ринкової інформації (про попит на медичні послуги, пропозиції на них і т.д.);
- можливість регулювання, управління ринковими процесами в охороні здоров'я.

Медична послуга - це благо, що надається у формі медичної допомоги певного виду та обсягу та існує в момент отримання. Це благо може виступати в формі товару, і специфіка медичної послуги як товару полягає в тому, що вона націлена на задоволення соціальних потреб, не існує окремо від виробника (медичного працівника), при цьому виробництво даної послуги і її споживання відбуваються одночасно. Крім того, медичні послуги можуть ставитися як до чистих громадських благ, так і до чистих приватних благ в залежності від форми медичної допомоги .

Держава повинна контролювати якість медичних послуг, фінансувати соціально значущі види медичної допомоги (лікування туберкульозу, інфекційних захворювань), згладжувати негативні ринкові наслідки в недержавному секторі охорони здоров'я.

Державне втручання в діяльність галузі охорони здоров'я обумовлено і існуванням так званих "зовнішніх ефектів". Наприклад, зовнішній ефект від якісної медичної допомоги проявляється в зниженні рівня захворюваності, збільшенні довгожителів, що позначається на багатьох галузях матеріального виробництва: запобігає економічному збитку, який може виникнути внаслідок неявки на роботу через хворобу, зменшуються витрати на медичне обслуговування населення і т. д. Це позитивний зовнішній ефект.

Але він також буває і незадовільний, коли відбувається, наприклад, забруднення навколишнього середовища, що вимагає санітарно-гігієнічних заходів. Використовуючи ринкові механізми не завжди вдається вирішити ці завади, необхідне втручання держави, в т.ч. і адміністративне.

Інакше кажучи, держава повинна стежити за епідеміологічною ситуацією, станом довкілля, потрібна санітарно-просвітницька освіта. Під державним контролем це виконує сектор "громадської охорони здоров'я", що включає державні і приватні некомерційні організації: Міністерство охорони здоров'я, асоціації лікарів і т. д.

У функції держави також входить :

- постійний контроль за якістю медичних послуг; формування культури медичного обслуговування; використання державної власності для надання гарантованої безоплатної медичної допомоги населенню;
- забезпечення прав як пацієнта, так і лікаря;
- визначення обсягів фінансування, відповідних потребам, обсягом і структурою медичної допомоги;
- укладення договорів на виконання державного замовлення і програм медичної допомоги населенню;
- здійснення моніторингу ефективності державних програм охорони здоров'я.

Отже, більшість медичних послуг мають властивості товару, тобто можуть купуватися і продаватися, мати ціну, їх може набувати пацієнт за рахунок особистих коштів, вони можуть оплачуватися страховою компанією або підприємством з фонду соціального розвитку колективу. Все це становить об'єктивну основу для формування ринку медичних послуг та існування ринкових відносин в охороні здоров'я.

Основним поняттям, яке виражає сутність ринкових відносин, є термін конкуренції. У загальному випадку конкуренцію визначають як взаємини між виробником з приводу призначення цін і обсягів пропозиції товарів і послуг, та між споживачем з приводу створення цін і обсягу попиту на ринку. З позиції структурної організації ринку вирішальне значення має кількість виробників (продавців) і кількість споживачів (покупців), що відіграють роль в процесі обміну.

В залежності від співвідношення між кількістю виробників і кількістю споживачів розрізняють наступні типи конкуруючих відділів: ринок досконалої конкуренції, олігополія, монополія, монопсонія, монополістична конкуренція. Будь-яка зі структур має свої особливості створення ціни, попиту та пропозиції. Таким чином ринок досконалої конкуренції передбачає наявність великої кількості самостійних виробників однорідного товару з однієї сторони, і багатьох відокремлених споживачів саме цього товару - з іншого. Схема зв'язку полягає в тому, що споживачі в принципі можуть купити продукт у будь-якого виробника, спираючись на власну оцінку корисності товару і ціну. Виробник може пропонувати свій продукт будь-якому споживачеві, виходячи з власною вигодою. Ніхто зі споживачів не придбаває істотну долю від загального об'єму пропозиції і ні одному з виробників не вдається задовольнити скільки-небудь істотної частини від загального попиту. Ринок досконалої конкуренції – найбільш ефективна структура, що дозволяє найкращим чином розподілити ресурси.

Коли ж виникають які-небудь об'єктивні перепони для продавців і покупців, тоді ринок має діло зі структурами недосконалої конкуренції, які вимагають додаткового коректування зі сторони держави. Аналізуючи з цих засад галузь охорони здоров'я в більшості економічно розвинених країнах, слід відзначити наявність деяких обмежень, які впливають в самих різних чинниках. Так, наприклад, важливу роль в неприродньому стримуванні пропозиції послуг в галузі медицини в США грає Американська медична асоціація, яка об'єднує близько половини всіх приватно практикуючих лікарів. Нею обмежуються набір до медичних факультетів, збільшується вартість навчання, контролюється кількість лікарів-емігрантів і їх допуск до занять медичною практикою. Без відома асоціації не схвалюються скільки-небудь значні ініціативи, що відносяться надання медичної допомоги.

Необхідно відзначити наявність додаткових штучних бар'єрів для виробників медичної допомоги при їх виході на ринок: часті атестації, необхідність отримання нової ліцензії при переїзді лікаря зі штату в штат і т.д., це зв'язано з тим, що в чисто економічному плані для вже працюючого фахівця існує відносна легкість появи на ринку медичного обслуговування і виходу з нього, так як надається багато видів медичної послуг не пов'язаних з первинними витратами, значними стартовим капіталом (на відміну від діяльності в промисловості, торгівлі, і в більшості інших сфер). З іншої сторони, динамічний попит, нові потреби і "ніші" на ринку послуг в медичній галузі і супутніх товарів часто залучаються в даню галузь нові фахівці і псевдоспеціалісти. Отже цілком зрозуміле ціль усталеним контингентом виробників усіма ймовірними, і не тільки економічними, способами мінімізувати ймовірність появи на ринку потенційних конкурентів, знизити пропозицію, максимізувати ціни і доходи. Зазначені вищезгадані обмеження конкуренції та інформації дають змогу зрозуміти, що ринок медичного обслуговування буде істотно відрізнятися від ринку досконалої конкуренції. В умовах досконалої конкуренції, в випадках, якщо фірма відкриває кращий спосіб виготовлення будь-якого продукту, вони знижують ціни і отже відбирає покупців у інших виробників. Виробництво завжди ефективно, а ціни відображають затрати виробництва найбільш умілих виробників. Якщо ці умови не дотримуються, то можуть залишити і ті виробники, чиї ціни перевищать витрати виробництва. Якщо продукт неоднорідний і покупці не зовсім поінформовані, тоді їм важко визначитися, що саме означає більш менша ціна - попередження про можливість більш вигідної витрати або про низьку якість товару. А якщо покупці інформовані про ціни, то фірми вдаються до їх підвищення вище рівня цін рівноваги тільки при обмеженні числа продавців. Можна схематично (табл. 1.1) показати відмінності ринку досконалої

конкуренції від тієї ринкової структури, що характерна в цілому для ринку медичних послуг.

Таблиця 1.1 - Відмінності ринку медичних послуг

Ринок досконалої конкуренції	Ринок медичних послуг
Велика кількість продавців	Число продавців обмежена, існують обмеження входу на ринок, можливі навіть ситуації, близькі до природної монополії
Однорідність товару	Неоднорідність медичної послуги, її індивідуальність, унікальність
Хороша поінформованість покупців	недосконала інформація
Можливість зіставлення ціни товару і його якості	Неможливість або важко зіставлення ціни і якості
Виробники прагнуть до максимізації прибутку	Наявність великої кількості державних або приватних "збиткових" організацій
Реалізація продукції здійснюється, як правило, безпосередньо	У більшості випадків потрібна участь "третьої сторони" - компетентного посередника, який і оплачує значну частину медичних послуг

Ознайомившись з вище згаданого порівняння, можемо припустити, що ринок медичного обслуговування, якщо розглядати організаційну структуру, є представником недосконалої конкуренції. Причому за своїми критеріями він в більшій мірі наближається до структур, які в економічній теорії класифікуються як ринок монополістичної конкуренції і монополія. Ці факти накладають свій відбиток на поведінку виробників, зміна їх невідкладних цілей, порядок ціноутворення, що безумовно вимагає специфічного становлення процесів, що відбуваються в даних ринкових підрозділах зі сторони держави.

Якщо характеризувати структуру ринку послуг охорони здоров'я за дією механізму ринку, то потрібно виділити три головні елементи цього механізму: попит, пропозицію і ціну. Визначимо економічний зміст названих категорій стосовно ринку медичних послуг.

Попит - кількість медичних послуг, яке бажають і можуть придбати пацієнти за деякий період часу за визначеною ціною. Попит - це платоспроможна потреба в медичних послугах, він залежить від рівня доходів населення, змін в структурі населення, чисельності пацієнтів в країні, зміни смаків пацієнтів, від так званого "форсування попиту" на медичні послуги, коли лікарі своїми діагнозами і рекомендаціями здатні збільшити попит на свої послуги.

Пропозиція - це кількість медичних послуг, які лікарі можуть надати в певний період часу, але за певну ціну. На пропозицію впливають такі фактори, як кількість лікарів, вартість медичного обладнання, технологія лікування, податки, нові конкуренти.

Ми можемо виділити:

- особливості динаміки попиту на медичні послуги, піддаються значному впливу тимчасового чинника. Так, попит на медичні послуги закладів охорони здоров'я зменшується в літній період, а в осінньо-зимовий - збільшується;
- особливості територіальної сегментації ринку послуг охорони здоров'я, яка залежить від структури захворюваності населення даного регіону;
- відносно високу швидкість оборотності капіталу, оскільки виробництво медичних послуг, як правило, являє собою короткий цикл (менше року, а частіше – менше місяця);
- високу мінливість ринкової кон'юнктури, оскільки відбувається процес збігу виробництва і споживання медичних послуг в часі і просторі, а це обумовлює залежність стану ринку від попиту на медичні послуги, що склався на даний момент (епідемії, екологічні катастрофи, що викликають спалах захворюваності, реклама модних методик лікування і т.п.);
- особливості процесу надання медичної послуги, які обумовлені особистим контактом виробника (медичного працівника) і споживача

(пацієнта). Це, з одного боку, робить можливим "форсування попиту" на додаткові медичні послуги, а отже, підвищення їх пропозиції в цілому, а з іншого боку, загальне невдоволення пацієнта може зменшити попит, підірвати імідж установи охорони здоров'я та створити труднощі на ринку;

- складну структуру попиту на послуги охорони здоров'я, пов'язану з необхідністю їх персоніфікації та індивідуалізації;

- специфіку результату медичної діяльності, який може бути визначений лише після споживання послуги і який насилу виражається у вартісній формі (що може призвести до неефективності економічних відносин);

- "Асиметричність" інформації на ринку медичних послуг. Це особливо проявляється в системі медичного страхування. Пацієнт набагато краще знайомий зі своїм станом здоров'я, ніж будь-яка страхова компанія, навіть якщо вона проводить медичний огляд. Так само заклад охорони здоров'я, який надає медичні послуги, краще пацієнта знає про свої можливості. Крім того, недолік медичних знань робить пацієнта як споживача вразливим по відношенню до лікаря, і лікар може диктувати умови економічних взаємовідносин;

- необхідність стандартизації, тому що "асиметричність" інформації в свою чергу робить важливими підтримку репутації і стандартизацію на ринку медичних послуг ;

- фінансові та моральні втрати. Додаткове моральне навантаження на ринку з асиметричною інформацією, яким і є ринок послуг охорони здоров'я, веде до додаткових фінансових втрат, пов'язаних з реалізацією страхових випадків. Тому страхова компанія частіше зацікавлена мати справу з відносно здоровими людьми і не страхувати тяжкохворих людей, чие лікування вимагає багато витрат. Відбір "ризиків" з соціальної точки зору є

неприпустимим, знижує соціальну ефективність охорони здоров'я і вимагає втручання держави;

- можливості лікаря впливати і на попит, і на пропозицію. Для ринку послуг охорони здоров'я характерна "проблема замовника-агента", коли лікарі є агентами для лікувальних установ і, будучи агентами, можуть відбирати пацієнтів і робити процедури, відповідні їх власними уподобаннями, а не економічним і соціальним цілям лікувального закладу охорони здоров'я. Цікаво також, що лікар одночасно виступає як з боку попиту, так і з боку пропозиції медичних послуг, оскільки він ставить діагноз, а отже, визначає попит пацієнта на конкретну послугу і сам же готовий задовольняти цей попит. Це значно впливає на кон'юнктури ринку послуг охорони здоров'я;

- "Форсування" попиту пацієнтом. Для ринку послуг охорони здоров'я характерна нераціональна споживча поведінка. Це психологічний фактор, особливість якого полягає в тому, що пацієнт прагне отримати максимальний обсяг послуг (настояти на додаткових (насправді непотрібних) послугах, отриманні дорогих ліках і т. д.). Цей фактор збільшує попит на медичні послуги.

Говорячи про необхідність розвитку ринку послуг і планових засад в управлінні та організації охорони здоров'я, характеризуючи їх особливості, ми не повинні забувати про головні принципи: доступність і рівність в отриманні медичної допомоги. Це підсилює роль держави в регулюванні ринку медичних послуг.

Роль же ринкових механізмів в соціально орієнтованій системі охорони здоров'я залишається суперечливою. Використання ринкових механізмів в охороні здоров'я пов'язане з ризиком створити умови недоступності якісного медичного обслуговування. Тому ринок послуг охорони здоров'я повинен бути регульованим. Держава може використовувати фінансові, кредитно-грошові і

адміністративні методи регулювання ринку послуг охорони здоров'я, механізми планування та прогнозування.

Об'єктом регулювання можуть бути: структура лікувальної мережі, обсяги медичної допомоги, рух трудових, матеріальних і фінансових ресурсів, процес формування ринкового середовища, форми конкурентної боротьби, і т.д.

Наприклад, держава може затвердити принципи конкурентного розміщення замовлення на надання медичної допомоги, визначити правила проведення конкурсу на укладення договорів з лікувальними закладами. У цих договорах може бути відображено:

- вимога до застосування стандарту медичної допомоги, на основі якого перевіряється її якість;
- форми звітності, що роблять витрати лікувального закладу прозорими;
- обов'язкове регулювання процесу ціноутворення;
- порядок моніторингу ступеня виконання договірних зобов'язань;
- вимога до обмеження монополії медичних організацій.

Підтримка конкуренції між виробниками медичних послуг може бути виражена в наданні права окремим особам або групам населення вибирати лікаря, медичну організацію, страхову компанію.

У діяльності держави важливо стратегічне і поточне планування. Планування є механізмом утворення єдиної системи охорони здоров'я на всіх рівнях управління. Це не скасовує ринок, а створює умови для його більш раціонального функціонування.

В цілому, використання ринкових механізмів в охороні здоров'я вимагає від державних органів не меншої, а більшою компетентності. Це не відхід держави як регулюючого органу з ринку медичних послуг, а зміна функцій держави, перерозподіл обов'язків в рамках існуючої структури, децентралізація влади.

Регулювання ринку послуг охорони здоров'я з боку держави обов'язково, хоча методи цього регулювання залежать від економічної кон'юнктури.

Охорона здоров'я населення впершу чергу залежить не тільки від гарного функціонування ринку медичного обслуговування, але і від цілого ряду інших ринків, тісно зв'язаних між собою. Коли розглядати тільки функціонування медичних закладів, то вони, перш за все, являються на декількох основних ринках: ринку ресурсів і ринку надання послуг і медичній галузі.

Ринок ресурсів включає в себе ринок трудових ресурсів і ринок матеріальних ресурсів. Цей ринок постачає медичні заклади обладнанням, лікарськими препаратами, інструментами. Працюючи на данному ринку, медична установа закупають необхідні ресурси і здійснюють платежі, які являються у вигляді заробітної плати та доходів власників ресурсів. На ринку ресурсів медичні заклади виступають в ролі покупців, на ринку медичних послуг - продавцями.

В умовах розширеного користування медичним страхуванням ринку послуг може бути представлений наступними типами: страховим ринком, ринком медичного обслуговування за схемою страхування і вільним ринком медичних послуг. Що ж стосується ринку ресурсів, то він також може бути певним чином класифікований. Це ринок обладнання в медичній галузі, ринок лікарських препаратів, ринок праці. Ринок медичного обслуговування і ринок ресурсів зв'язані між собою дуже тісно.

З однієї сторони, попит на ринку ресурсів є похідним від попиту на медичні послуги, а з іншої сторони, рівень цін і в цілому структура на ринку ресурсів визначається потенційними можливостями і межами розвитку медичних закладів. Саме цьому рівень професійної підготовки медичних працівників, наявність лікарських препаратів, незадовільний рівень матеріально-технічної бази в галузі охорони здоров'я стали найбільш актуальною проблемою, що спостерігається в нашій країні у вигляді кризи в галузі охорони здоров'я. Панування довгі роки в цих сферах державного монополізму,

несуттєвий частина коштів, яка виділяється з бюджету, переважають екстенсивні методи розвитку є ключовими причинами труднощів, що виникли.

З'явилися в даних умовах перші медичні кооперативи, малі підприємства в більшості були успішними дякуючи вільному доступу до сучасного обладнання, дефіцитним лікам, залученню найбільш кваліфікованих фахівців. Отже данні фактори призвели до більшої диференціації якості медичного обслуговування, в результаті цього виникло посилення соціальної напруженості в суспільстві. Тому країна була вимушена піти на посилення контролю зі сторони держави у виробництві ліків і медичної техніки.

У будь-якому випадку більшість цих проблем можуть бути успішно вирішені лише з розширенням фінансової бази всієї системи охорони здоров'я в країні. Розвиток ринкових відносин сьогодні робить цю можливість реальною. Поряд з традиційним джерелом фінансових коштів, яким є державний бюджет, виникають нові.

Для того щоб ці джерела реально функціонували необхідні умови, що роблять фінансові інвестиції в охорону здоров'я населення досить привабливим напрямком. З цією метою, на наш погляд, необхідно диференціювати інструменти фінансового ринку і забезпечити їм відповідну державну підтримку. І хоча основну роль в цих процесах відіграватимуть державні і приватні страхові організації, все ж медичні установи і відповідні органи управління охороною здоров'я можуть привертати до себе додаткові вільні грошові кошти. Це може досягатися різними шляхами:

- випуск власних боргових зобов'язань
- участь в капіталі і прибутку медичного закладу, шляхом випуску акцій
- отримання позик в комерційному банку

Крім таких традиційних способів фінансування, можуть бути використані і інші способи фінансування установ охорони діяльності, які можуть виявитися помітно вигідніше банківського кредиту. Одним із способів такого

фінансування є лізинг. Лізинг - це операції з розміщення рухомого і нерухомого майна, яке спеціально закуповується лізинговою компанією, залишається її власністю, але віддається в оренду підприємцям. Зазвичай лізинг трактується як довгострокова оренда машин і устаткування. В даний час по лізингу можна отримати найрізноманітніші чинники виробництва і різне майно - від суперскладного до конторського обладнання. Лізингова фірма виступає своєрідним посередником між виробниками відповідного обладнання і його споживачами.

Відомо, що лізинг особливо привабливий при тимчасовій потребі в обладнанні. Підприємства вдаються до нього, якщо у них немає можливості використовувати кредит для закупівлі необхідного обладнання. А з урахуванням того, що лізингова угода не передбачає гарантійного та авансової застави, підприємства, застосовуючи один і той же капітал, надають руху більшу кількість ресурсів. Обладнання, отримане в лізинг, не фіксується на балансі підприємства, отже, не збільшує його заборгованості, не погіршує фінансове становище.

В даний час, коли йде процес формування багатоукладності в охороні здоров'я і існує гостра нестача фінансових коштів, створення лізингових фірм, на наш погляд, могло б помітно поліпшити матеріально-технічну базу медичних установ. На першому етапі це можуть бути державні лізингові фірми, які могли б виконувати своєрідну роль розподільника мізерних обсягів сучасного медичного обладнання, домагаючись, щоб воно потрапило в хороші руки. До того ж, як показує світовий досвід, застосовувати лізинг переважно там, де є особливо складне і рідкісне обладнання, яке обслуговується лізингодавцями краще, ніж це може зробити медичний заклад, що використовує його.

В економічній літературі зустрічаються пропозиції про використання в сфері послуг такої специфічної форми, як фекторінг. *Фекторінг* - це зазвичай здійснюється на договірній основі купівля вимог по товарних поставках

фекторінг-фірмою. В результаті подібної операції підприємець, який продає вимоги, протягом 2-3 днів отримує від 70-90% суми вимог у вигляді авансу. Залишаються 10-30% є для фекторінг-фірми свого роду гарантійною сумою. Фекторінг-фірма стягує з підприємця певні відсотки за негайне надання еквівалента боргових вимог, премію за ризик і відшкодування адміністративно-управлінських витрат. Фекторінг ефективний перш за все, на виробничих підприємствах і оптових фірмах, відповідно виробляють і збувають споживчі товари. Однак нам представляється можливим в умовах обов'язкового медичного страхування, коли багато підприємств не здійснюють вчасно платежі в територіальні фонди обов'язкового медичного страхування, а багато хто з них знаходяться на межі банкрутства, боргові зобов'язання підприємств фондам і страховим організаціям могли б бути продані фекторінг-фірмам. Це забезпечило б більшу рівномірність у фінансуванні медичних установ [43].

Таким чином, конкретна структура ринку формується під впливом різноманітних факторів, що відображають стан економіки країни в цілому, регіональні особливості, рівень розвитку відповідної інфраструктури. І чим точніше законодавча і виконавча влади будуть ці фактори, тим ефективніше і цивілізованіше будуть використовуватися ринкові механізми в охороні здоров'я населення.

1.2 Підприємництво в галузі охорони здоров'я

Особлива роль в процесі впровадження нових форм господарювання в охороні здоров'я належить розвитку підприємництва.

Специфіка розвитку підприємництва в охороні здоров'я обумовлена тим, що в даній галузі громадського господарства результат праці не приймає речової форми, а існує у вигляді самої діяльності. Формування нового підприємницького підходу в медицині тісно пов'язане з розвитком соціально-

економічного устрою суспільства, з можливістю максимально швидко сприймати результати розвитку науково-технічного прогресу .

Підприємництво в сфері медичних послуг має на меті перетворення якісних характеристик людей шляхом послідовного поліпшення їх властивостей, а так само створення частини фонду життєвих коштів членів суспільства для підтримки і відтворення їх життєдіяльності.

Перешкоди впровадження підприємницьких відносин в сферу медичних послуг України : слабка законодавча база; сильні позиції адміністративно-командних методів управління; непродумана політика оподаткування; відсутність дієвих стимулів; недосконалість фінансово-кредитного механізму; ресурсні обмеження; обмеження, обумовлені платоспроможним попитом.

Шляхи подолання перешкод у розвитку підприємництва в сфері медичних послуг: демонополізація існуючих структур державного управління; забезпечення правового захисту виробників і споживачів медичних послуг; сприяння формуванню відособлених товаровиробників, ринкових інститутів і структур; виключення можливостей недобросовісної конкуренції; активізація децентралізованого перерозподілу матеріальних і фінансових ресурсів.

Безумовно, розвиток підприємницьких структур взагалі і тим більше в охороні здоров'я (де роль державного регулювання залишається досить високою) вимагає створення чіткого та ефективного нормативно-правового механізму забезпечення медичного підприємництва. Нормативно-правова база діяльності (таб. 1.2) передбачає закріплення пріоритетності соціальних цілей держави і сприяння розвитку закладів охорони здоров'я різних форм власності [49].

Таблиця 1.2 - Нормативно-правова база функціонування

<i>Назва документу</i>	<i>Загальна характеристика</i>
Конституція України. Стаття 49.	"Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування"
Закон "Про підприємства в Україні".	Визначення ознак мед підприємства: найменування, місце знаходження, юридична адреса, предмет і цілі діяльності, організаційна система управління, визначення прав трудового колективу, орган самоврядування, фінанси і доходи (порядок їх формування та розподілу), відповідальність за невиконання договірних зобов'язань, порядок реалізації та ліквідації. Основний юридичний документ-Статут.
Закон України "Про власність".	<p>В охороні здоров'я можуть діяти оздоровчі підприємства наступних видів:</p> <p>Індивідуальне, засноване на особистій власності фізичної особи та виключно на її праці</p> <p>Сімейний, засноване на власності та праці громадян України - членів однієї сім'ї, які проживають разом</p> <p>Приватне, засноване на власності окремого громадянина України з правом найму робочої сили</p> <p>Державне комунальне, засноване на власності адміністративно-територіальних одиниць</p> <p>Спільне, засноване на об'єднанні майна різних власників</p> <p>Колективне, засноване на власності трудового колективу</p> <p>Державне, засноване на державній власності</p> <p>Підприємство, засноване на власності юридичних осіб і громадян інших держав.</p>
Закон України "Про господарські товариства".	<p>Господарські товариства в охороні здоров'я - організації, створені на умовах домовленості юридичними особами і громадянами шляхом об'єднання їх майна та підприємницької діяльності з метою отримання прибутку. До господарських товариств в охороні здоров'я відносяться:</p> <ul style="list-style-type: none"> - акціонерні товариства відкритого і закритого типу; - товариства з обмеженою відповідальністю; - повні і командитні товариства; - товариства з додатковою відповідальністю; - об'єднання підприємств (асоціації, корпорації, концерни).
Постанова Кабінету Міністрів України "Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних закладах охорони здоров'я та медичних ВУЗах".	Формування нового механізму управління економічними відносинами між суб'єктами підприємницької діяльності з охорони здоров'я населення
Верховна Рада України "Концепція соціального забезпечення населення України".	Радикальна реформа соціального страхування і впровадження страхової медицини.
<p>Проект Закону "Про медичне страхування населення".</p> <p>Проект "Основ законодавства України про соціальне страхування".</p> <p>Проект Закону України "Про державне соціальне медичне страхування"</p>	Визначення загальних засад правового, організаційного та фінансового забезпечення проведення соціального страхування громадян України.

Реалізація підприємницьких функцій в сфері надання медичних послуг повинна ґрунтуватися на безумовному дотриманні принципу охорони здоров'я. Даний принцип закріплює відповідальність органів державної влади, керівників, підприємців в галузі охорони здоров'я за збереження умов, що сприяють формуванню, розвитку і зміцненню здоров'я населення України.

Законодавчо закріплені такі права суб'єктів підприємницької діяльності в галузі охорони здоров'я:

починати і вести підприємницьку діяльність шляхом придбання, установи, перетворення мед. установ;

залучати на договірних засадах і використовувати фінансові кошти, об'єкти інтелектуальної власності, майно окремих громадян або юридичних осіб;

самостійно формувати виробничу і науково-дослідну програму, вибирати постачальників і споживачів своєї продукції;

здійснювати зовнішньоекономічну діяльність;

вести адміністративно-розпорядчу діяльність;

наймати і звільняти працівників відповідно до чинного законодавства;

користуватися послугами державного соціального забезпечення, медичного і соціального страхування;

оскаржувати в судових органах в установленому законом порядку дії громадян, юридичних осіб, органів державного управління.

Обов'язки суб'єктів підприємницької діяльності в галузі охорони здоров'я:

виконувати зобов'язання, що випливають з чинного законодавства та укладених договорів;

виконувати зобов'язання по наданню медичних послуг на виразно гарантований рівень;

укладати договори з працюючими по найму громадянами;

повністю оплачувати працю працівників згідно з укладеними контрактами та договорами;

здійснювати соціальне, медичне та інші види страхування громадян, які працюють за наймом;
забезпечувати умови праці відповідно до закону;
виконувати рішення органів державної влади щодо соціального захисту інвалідів та інших осіб з обмеженою працездатністю;
своєчасно надавати декларації про доходи та сплачувати податки в установленому порядку і розмірах, встановлених законодавчо;
заявляти про банкрутство підприємств в разі неможливості виконання зобов'язань перед кредиторами.

Обмеження сфери дії бізнесу в охороні здоров'я :

- a) Протиріччя між джерелами фінансування та свободою використання коштів організацій охорони здоров'я
- b) Труднощі визначення кінцевого результату в вартісних показниках
- c) Відсутність "ринкової самонастроювання" пацієнта
- d) "Коллективний характер" споживання деяких медичних послуг в умовах епідемій
- e) Низька купівельна спроможність населення (як обмеження попиту на медичні послуги)
- f) Соціальна значущість охорони здоров'я як галузі національного господарства вимагає втручання держави і робить неможливими виключно ринкові відносини
- g) Важка податкова система (обмеження пропозиції з боку організацій охорони здоров'я)
- h) Політична нестабільність і криза фінансової системи України
- i) Система бухгалтерської звітності, що не пристосована в достатній мірі до відбиття комерційної діяльності.

РОЗДІЛ 2. УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В СУЧАСНИХ УМОВАХ

2.1 Адміністрування, менеджмент і маркетинг в сучасній галузі охорони здоров'я

Менеджмент виникає коли є як мінімум дві людини - керуюча і керована. Суб'єкт управління - той, хто управляє, об'єкт управління - той, ким управляють. Суб'єкт управління - люди, в функції яких входять здійснення управління, зокрема в системі охорони здоров'я це начальники управлінь охорони здоров'я, головні лікарі, заступники головних лікарів, завідувачі відділеннями, директора та начальники клініки, керівник приватного підприємства. Об'єкти управління - працівники, колективи, що діють згідно з приписом і будь-які господарські та економічні об'єкти, що піддаються певної трансформації з волі об'єкта (розпоряджається цим об'єктом).

Маркетинг - це сума діяльності фахівців з організації виробництва, збуту продукції та реалізації послуг, орієнтована на задоволення необхідності населення з урахуванням виявленого раніше запиту і можливого прибутку . В охороні здоров'я ринок представлений державними та приватними (комерційними) установами охорони здоров'я. Крім того, існують: ринок пацієнтів; ринок ідей; ринок фармакологічної продукції; ринок медичної техніки; ринок предметів і послуг в області санітарії та гігієни; ринок послуг в галузі фізичної культури; ринок системи медичної освіти; ринок медичних послуг і нетрадиційних способів лікування і оздоровлення; ринок медичного страхування . Кожен з видів ринку підрозділяється на сегменти і види послуг, які реалізують менеджери і продавці. Сегменти визначаються споживачами з урахуванням медико-географічних особливостей, віково-статевих, клімато-географічних, психологічних та інших умов.

Головних правил маркетингової діяльності є багатоканальність збуту і реалізації товару (послуг). Наявність багатьох груп споживачів різного віку, статі, соціального стану, зацікавлених в даному виді послуг, може підтримуватися на основі постійного психологічного впливу на споживача (реклама).

Існують три типи маркетингового контролю: контроль прибутковості і контроль виконання стратегічних установок, контроль, виконання щорічного плану.

Медичні установи при маркетингу медичних послуг повинні враховувати: *можливості споживача* (кількість, концентрація, платоспроможність, структура захворюваності); *можливості лікувального закладу* (оснащеність, стан кадрів, ліцензування послуг, фондооснащення новою технікою, досвід комерційної діяльності); *якість, рівень і доступність медичних послуг* (набір послуг, їх кількість, бажані, додаткові і обов'язкові послуги, можливості вдосконалення і оновлення послуг, їх новизна, практичний і медичний ефект і ін.); *конкуренцію* (кількість аналогічних послуг, їх якість і ефективність, оснащеність новітньою технікою, професійний рівень фахівців і їх авторитет в інших установах).

Стратегія маркетингу (поведінка на медичному ринку) підрозділяється на стратегії щодо продукту (послуги) і стратегії щодо ринку. Напрямами стратегії маркетингу для медичних установ можуть бути наступні :

- Підвищення якості споживчих властивостей товару (послуги).
- Надійність оснащення, його гарантоване обслуговування та ремонт.
- Престижність фірми і закріплення її в якості лідера за цією послугою, виробництва.
- Продаж товару (послуг) з супутніми потрібними послугами.

- Наявність новизни, що підвищує впізнаваність продукту, поліпшує можливість використання і естетичне сприйняття, що підсилює ефективність і ін.

Одним з видів маркетингової стратегії в сучасній галузі охорони здоров'я стратегія *соціально-етичного маркетингу*, яка передбачає ведення лікувально-профілактичної діяльності, продажу товарів та послуг для окремих спеціальних груп населення (пенсіонерів, ветеранів війни і праці, блокадників, самотніх, малозабезпечених, багатодітних, осіб з соціально значущими захворюваннями та ін.). У комерційній діяльності повинна бути передбачена програма спонсорства, безкоштовності, зниження цін, добродійності, чесності, етичної спрямованості.

Успішному здійсненню реформ в охороні здоров'я може сприяти впровадження принципів менеджменту і маркетингу, економічних і соціально-психологічних методів в управлінні закладами охорони здоров'я.

Виділяють наступні *принципи управління*:

1. Організаційні, координаційні та оперативні, які спрямовані на активізацію і посилення мотивації діяльності кожного робітника і всього колективу. Серед них: влада і відповідальність; єдність керівництва; централізація; порядок; стабільність; ініціатива.

2. Принципи розвитку, спрямовані на оптимізацію взаємовідносин і підвищення ефективності колективної діяльності. Це - дисципліна, справедливість, підпорядкування індивідуальних інтересів загальним, кооперативний дух, сталість персоналу, винагороди та ін.

3. Принципи підвищення авторитету, управління установи.

Методи управління бувають організаційно-розпорядчі, економіко-господарські, правові та соціально-психологічні.

До методів управління відносять:

- методи підкріплення і стимулювання;

- методи регулювання поведінки;
- методи по оптимізації трудового процесу і зростання відповідальності співробітників;
- розвиток ініціативи співробітників і підвищення індивідуальної майстерності.

Функції управління визначаються рівнем системи управління. Система управління об'єкта має три рівні - стратегічний, тактичний і оперативний. На стратегічному рівні визначаються цілі та можливі результати в перспективі. Тактичний рівень дозволяє визначити конкретні завдання, організацію, поетапне виконання та контроль результатів. Оперативний рівень забезпечує ефективне виконання виробничих дій з оптимальним використанням даних ресурсів. До цього рівня можна віднести контроль і аналіз діяльності вже функціонуючих структур.

Серед *функцій управління* головними є наступні:

- Технічні операції - виробництво. Для медичних установ до виробничих функцій відносяться діагностика, експертиза, реабілітація, заходи профілактики .
- Комерційні - купівля, продаж, обмін; для медичних установ - це продаж медичних послуг.
- Фінансові операції - залучення коштів і розпорядження ними для здійснення діяльності.
- Страхові - страхування та охорона.
- Облікові - бухгалтерія, облік, статистика .
- Адміністративні - перспективне програмно-цільове планування, організація, координація, розпорядчі функції і контроль.

Цілями управління можуть бути: новаторські рішення проблем, реалізація конкретних обов'язків, самовдосконалення.

Цілям і функціям управління [51] відповідає певна установа (технічна, комерційна, адміністративна, фінансова, облікова, страхова). Кожна установа орієнтується на групу якостей і знань, які визначаються такими якостями, як фізичне здоров'я, розумові здібності (розважливість, гнучкість розуму, рівень кругозору), моральні якості (енергія, свідомість відповідальності, почуття обов'язку, почуття гідності, доброта, тактовність, чесність), спеціальні (професійні) знання і досвід роботи.

Процес управління включає: планування, організацію, розпорядливість, координацію, контроль, аналіз, оцінку ефективності, прийняття рішення, підбір персоналу, мотивацію і оптимізацію індивідуальної діяльності, представництво та ведення переговорів і угод.

Алгоритм (послідовність управлінських рішень):

- Постановка мети і завдання (програмно-цільове планування).
- Збір необхідної інформації.
- Моделювання і попередня експертиза можливих рішень;
- Ухвалення управлінського рішення;
- Організація виконання;
- Контроль виконання;
- Оцінка ефективності та коригування результатів.

Для управління важливі мотивація (зацікавлена діяльність і прихильність персоналу), виробничих, фізіологічних і психологічних орієнтирів. Серед способів впливу на колектив у менеджменті важливу роль відіграє лідерство (сукупність методів управління і психологія управління).

2.2 Особливості управління закладом охорони здоров'я

Процес широкого впровадження нових економічних методів (табл. 2.1) управління має досить тривалу історію і не обмежується тільки рамками побудови ринкової економіки. Удосконалення процесів управління в охороні

здоров'я до цього періоду здійснювалося за допомогою економічних експериментів, які дозволяли отримати соціально-економічний ефект за рахунок зміни в механізмі управління.

Таблиця 2.1 - Економічні експерименти в охороні здоров'я

Характеристика	Підсумок
Розширення прав керівників органів установ охорони здоров'я до застосування принципів економічного стимулювання.	Дозволено використовувати до 1 , 5% фонду заробітної плати на преміювання працівників (за рахунок економії фонду)
Бригадна форма організації та оплати праці молодшого медичного персоналу.	Поліпшення якості догляду за хворими, якості прибирання приміщень меншим числом працівників. Доплати в розмірі 75% від посадового окладу.
Інтенсифікація використання ліжкового фонду стаціонарів великих міських лікарень.	Скорочення тривалості госпітального лікування. Доплати до заробітної плати в найбільш ефективно працюючих відділеннях.
Розширення прав головних керівників щодо використання ресурсів (самостійно встановлюються: штатний розклад, надбавки, фонд заробітної плати, преміювання)	Поліпшення якості медичної допомоги та підвищення ефективності роботи
Комплексна перебудова системи економічних відносин в охороні здоров'я, впровадження нових форм управління, планування, фінансування. Децентралізація, застосування економічних методів управління, зміна системи показників діяльності і т.д.	Впровадження механізму економічної зацікавленості медичних працівників в поліпшенні здоров'я населення.

Впровадження нових прогресивних методів управління та сьогодні стикається з труднощами, зумовленими специфікою медичної діяльності :

- 1) має місце не матеріальне виробництво; процес виготовлення та споживання послуги збігається в часі і просторі, суспільству важко вести облік вкладу охорони здоров'я в зростання національного багатства країни;
- 2) предметом праці тут є пацієнт; витрати на охорону здоров'я часто перевищують фінансові спроможності хворого;
- 3) медична послуга виступає -це праця, що ускладнює визначення її ціни, а отже і доходи;
- 4) об'єкт привласнення - конкретна трудова діяльність медичного персоналу, яка часом оплачується не по ринковій ціні.

Проведення економічної оцінки управління вимагає врахування особливостей управлінської медичної роботи, її основного принципу балансу виробничо-організаційних і соціально-економічних відносин.

Оцінка управлінської діяльності визначається на зіставленні отриманих результатів із запланованими, тобто виявляється ступінь виконання конкретних завдань системи.

Успіх системи управління залежить від сформованої організаційно-економічної структури, особливостей її функціонування і намічених перспектив розвитку.

Основою для економічно ефективного управління на новітньому медичному підприємстві це процес постановки цілей, їх розподіл ресурсів для їх досягнення, здійснення контролю і коригування діяльності з ціллю забезпечення стратегічних, тактичних завдань.

Таким чином, стає очевидною необхідність застосування системи комплексного менеджменту, націленого на реалізацію ринкових принципів діяльності з урахуванням соціально-економічної ролі закладів охорони здоров'я в суспільстві.

Формування управлінської структури, здатної вирішувати поставлені завдання, визначається характером і особливостями створеної організаційної структури. Правильний вибір організаційної структури дозволяє оптимізувати склад і кількість управлінського персоналу, націлити організацію на більш ефективну діяльність, економити ресурси і час. Однак організаційна структура часто не може бути задана довільно, виходячи з суб'єктивних уявлень управлінців. Існує система факторів, які зумовлюють успіх чи невдачу впровадження тієї чи іншої структури. Ці чинники носять об'єктивний характер .

Можливим варіантом економічної оцінки управління є визначення ефективності основних функцій управління, шляхом відношення витрат на реалізацію функції і її результату.

Функції управління: стратегічна; експертно-інноваційна; адміністративна (контрольна, організаційна, напрямна, кадрова, стимулююча); комунікаційна; соціальна.

Для того, щоб формалізувати економічну оцінку управління лікувально-профілактичного закладу використовуються такі показники:

Показники, що характеризують виробничу структуру:

число підрозділів;

число працюючих за підрозділами;

питома вага і динаміка чисельності працівників, зайнятих основною і допоміжною діяльністю.

Показники для характеристики організації управління:

структура управлінського персоналу;

середнє число робітників, що припадають на одного управлінця;

рівень освіти управлінського персоналу;

технічна оснащеність управлінського персоналу (визначається діленням вартості технічних засобів на чисельність управлінського персоналу).

Узагальнюючими показниками ефективності управління є:

відношення обсягу реалізованої продукції (послуг) до чисельності управлінського персоналу;

відношення вартості основних фондів до чисельності управлінського персоналу;

відношення загальної чисельності працівників до чисельності управлінського персоналу.

2.3 Загальні принципи побудови організаційно-економічного механізму управління закладом охорони здоров'я

Управління - це складний вид людської діяльності, пов'язаний з виконанням *таких основних функцій*: організація і координація, контроль, фінансування, мотивації, представництво - і спрямований на досягнення поставленої мети. Управління в охороні здоров'я включає нормування праці медичних працівників, хронометраж їх роботи і матеріальне стимулювання; облік соціально-психологічних мотивів поведінки; інформаційні процеси, що дозволяють діагностувати, моделювати систему управління і прогнозувати її розвиток на базі аналізу інформації, що надходить; безперервне поліпшення якості, перш за все, послуг охорони здоров'я, які потребують стандартизації медичної допомоги. Ресурсами управління є правильно сформульована мета організації, трудові ресурси, час, матеріальні ресурси, влада, технічні засоби, інформаційні ресурси. Управління здійснюється, перш за все, через управління людьми .

Таким чином, *організаційно - економічний механізм управління* закладом охорони здоров'я - це взаємодія між учасниками лікувально-господарського процесу на основі структур управління, ефективного використання власності, підтримки відповідності обсягу реалізації медичних послуг обсягом фінансових ресурсів, правового, методичного, інформаційного, технічного забезпечення систем управління, безперервної освіти персоналу. *Механізм управління ресурсами* включає в себе застосування фінансових, кредитно-грошових, адміністративних важелів, прогнозування і програмування діяльності, використання результатів аналізу ефективності та пошук внутрішніх резервів економії .

Введення економічних важелів управління ресурсами пов'язане з реформуванням охорони здоров'я в цілому. Головними завданнями в цій галузі є: демонополізація державної охорони здоров'я; розвиток нових організаційно-

правових форм господарювання; децентралізація системи управління; створення механізму правового регулювання державної, муніципальної та приватної систем охорони здоров'я; безперервне поліпшення якості професійної підготовки кадрів.

Охорона здоров'я як галузь соціальної сфери завжди регулювалася з боку держави, проте в сучасних умовах, коли лікувально-профілактичного закладу надається статус самостійно господарюючого суб'єкта, держава не завжди може активно втручатися в діяльність організацій охорони здоров'я. У зв'язку з цим головний лікар як керівник лікувально-господарського процесу повинен володіти питаннями взаємин з кредитно-фінансовими організаціями, оплати медичної допомоги та формування цін на медичні послуги, аналізу лікувально-господарської діяльності на основі методів фінансового менеджменту. Керівники підрозділів повинні освоїти управління бюджетом лікарні, вміти аналізувати результати і витрати, розраховувати потреби в матеріальних і фінансових ресурсах, визначати економічну ефективність платної медичної діяльності. Сучасний керівник повинен також володіти елементами бізнес-планування .

Важливо підкреслити, що загальна ефективність діяльності оцінюється не за величиною отриманого прибутку (від платної діяльності, добровільного медичного страхування), а перш за все за ступенем соціальної захищеності пацієнта, доступності медичної допомоги. Такий підхід до оцінок результатів і повинен забезпечити керівник. Цілі і завдання управління ресурсами повинні бути адаптовані до постійно мінливих організаційно-економічних умов.

Економіка - це наука про функціонування закладу охорони здоров'я як суб'єкта економічних відносин, про соціальну відповідальність і економічної важливості в поведінці установи охорони здоров'я, яке полягає в доцільному використанні обмежених ресурсів для виробництва медичних послуг з метою охорони здоров'я людей.

Для того щоб найбільш повно задовольнити потреби необхідно найефективніше використовувати обмежені ресурси. *Економічна ефективність* означає економію всіх видів ресурсів при виробництві одиниці продукту, послуги. Інакше кажучи, чим більше результат і вище якість при найменших витратах, тим вище ефективність.

Виробництво товарів, робіт, послуг ведеться в межах виробничих можливостей, які визначаються застосовуваними ресурсами.

Управління матеріальними ресурсами

Матеріальні ресурси можна уявити як основні і оборотні кошти.

До основних засобів відносяться: будівлі, споруди, ліжковий фонд, виробнича інфраструктура, лабораторне обладнання, транспорт. Вони переносять свою вартість у вартість вироблених медичних послуг по частинах. Ця частина характеризується як фізична зносостійкість устаткування (будівлі), що дорівнює відсотку амортизаційних відрахувань за рік. Кількість медичного лабораторного обладнання, ліжковий фонд залежать від профілю і потужності установи охорони здоров'я.

Оборотні кошти є предметом одноразового користування, лікарські засоби, м'який інвентар; грошові ресурси, касові залишки, кошти в розрахунках та ін. і переносять свою вартість у вартість вироблених медичних послуг цілком за рік. Інакше кажучи, якщо предмети і матеріали мають термін придатності до року, то вони відносяться до оборотних засобів.

Раціональне використання матеріальних ресурсів виділяє кілька *основних проблем управління*:

1. Ефективність використання матеріальних ресурсів.
2. Переоцінка основних засобів та залишкова вартість основних засобів.
3. Лікарське забезпечення закладів охорони здоров'я.

4. Інформаційне забезпечення і комп'ютеризація лікувально-виробничого процесу.

5. Організація пошуку постачальників матеріально-технічних засобів.

Оцінка ефективності використання матеріальних ресурсів

Щоб оцінити ступінь ефективності використання основних і оборотних коштів, необхідно користуватися рядом розрахункових показників.

В економічному аналізі результатів діяльності використовується поняття "прибутковість капіталу". Під "капіталом" розуміється сума підсумків пасиву балансу на початок і кінець року (або іншого звітного періоду), поділена на 2.

Важливо також визначити ефективність використання ліжкового фонду. "Під економічною ефективністю використання ліжкового фонду розуміється ступінь його раціонального і цільового використання".

Переоцінка та оновлення основних засобів установи охорони здоров'я

В даний час особливо гостро стоїть питання оновлення медичного лікувального та діагностичного обладнання в медичних установах. Це пов'язано з комплексом проблем, що відображають сучасний стан української економіки :

- необхідністю коригування балансової вартості медичного обладнання лікувального підприємства на інфляційний коефіцієнт, що призводить до переоцінки основних засобів;
- в умовах існуючої раніше розподільчої системи часто закуповувалося застаріле обладнання, яке сьогодні потребує заміни, тому що підвищився рівень медичної науки і відповідно якість наданої допомоги. Виникає парадоксальна ситуація: наявність значних виробничих фондів і неможливість надання діагностичної та лікувальної допомоги на сучасному рівні;
- недостатнім бюджетним фінансуванням або повною його відсутністю в умовах переходу до ринкових відносин;

- наявністю в лікувальному закладі непрацездатного обладнання, ремонт якого недоцільний у зв'язку з тим, що ціна ремонту вище, ніж балансова вартість приладу, що вийшов з ладу.

Переважно нормативні акти стосуються всіх галузей економіки. Якщо вести мову виключно про бюджетний лікувальний заклад, то виникає необхідність в адаптації загальногалузових документів.

Як правило, в бюджетному лікувальному закладі застосовується метод прямолінійного (рівномірного) списання зносу основних засобів. Погашення вартості відбувається щорічно рівними частинами протягом усього терміну служби приладу.

При нестабільній економічній ситуації в країні необхідна регулярна переоцінка і коригування балансової вартості обладнання медичного закладу на індекс зміни балансової вартості основних засобів. Однак при формальному використанні даних індексів залишкова вартість приладів постійно зростає, на папері основні засоби збільшуються, а реально обладнання може бути фізично і морально застарілим і вимагати заміни.

Таким чином, при розрахунку вартості основних засобів бюджетного лікувального закладу доцільніше використовувати метод прямої оцінки.

Якщо ж подивитися на проблему формування інвестиційних ресурсів для активного оновлення основних засобів лікувального закладу в перспективі, з точки зору сучасних вимог, то можна рекомендувати використання лізингу як нової форми кредитування лікувального закладу без додаткового фінансування. *Лізинг* вирішує проблеми організацій охорони здоров'я тоді, коли немає можливості придбати медичне обладнання через його високої ринкової ціни. У цьому випадку обладнання використовується на основі оренди, яку надають лізингова фірма або банк, який надає такі послуги. Ця звичайна фінансова операція західного зразка знаходить все більше застосування на ринку послуг охорони здоров'я.

Для підвищення ефективності використання матеріальних ресурсів необхідні нові технології бухгалтерського обліку, контролю і планування витрат господарських служб. Управління матеріальними ресурсами в цьому аспекті передбачає аналіз резервів підвищення ефективності діяльності господарських служб, паспортизацію обладнання та технологічних процесів. Повинна бути створена комплексна система обліку, контролю і планування витрат на утримання обладнання; система обґрунтування необхідних фінансових і матеріальних витрат на миючі та дезінфікуючі засоби, м'який інвентар. повинна мати документацію про місцезнаходження і кількості "елементів експлуатації", контрольованих господарськими службами, а також перелік неприпустимих порушень у використанні обладнання. Повинен проводитися постійний моніторинг дієвості нового механізму бухгалтерського обліку, контролю і планування витрат господарських служб.

Управління рухом лікарських засобів

Організація лікарського забезпечення є однією з найважливіших функцій управління охороною здоров'я, а будь-яка управлінська дія починається з визначення цілей.

Цілями організації лікарського забезпечення є :

- раціональне і ефективне використання грошових коштів на медикаменти та вироби медичного призначення;
- створення механізму лікарського забезпечення медичних установ і пільгових категорій громадян;
- усунення дефіциту лікарських засобів;
- забезпечення прав застрахованих на отримання лікарських засобів ;
- державна підтримка виробника ліків та державне регулювання цін на ліки, яке має на меті визначення цінових коридорів між мінімальною і

максимальною вартістю лікарських засобів і виробів медичного призначення (ВМП).

Щоб визначити ефективність прийнятих управлінських рішень по закупкам ЛЗ, потрібно мати стандарти медичної допомоги, дані медичної статистики про кількість випадків захворювань по всьому спектру нозологій в конкретному підрозділі лікарні. За допомогою стандартів медичної допомоги можна встановити, чи правильно здійснюється закупівля ЛЗ, чи відповідає вона потребам або обсягу виділених (як правило, невеликих) фінансових коштів. Звичайно, необхідно економно і раціонально використовувати ці матеріальні ресурси. Однак треба пам'ятати і про те, що формальний перехід на дешеві лікарські засоби може і не підвищити економічну ефективність лікувального процесу. Дешеві лікарські засоби часто дають низький лікувальний ефект, що збільшує дні перебування хворого в стаціонарі і призводить до подорожчання лікувального процесу, зниження ефективності, втрати економічної вигоди. Правильно налагоджений облік використання матеріалів і ліків і хороша організація праці медичного персоналу, навпаки, ведуть до підвищення ефективності використання оборотних коштів, до яких і відносяться ЛЗ, м'який інвентар, ВМП і ін.

Таким чином, організаційно-економічний механізм управління рухом ЛЗ включає: розробку стандартів лікарської допомоги для амбулаторного та стаціонарного лікування, проведення експертизи якості надання медичної допомоги з урахуванням лікарської допомоги; визначення персональної відповідальності працівників за призначення і порядок виписки безкоштовних і пільгових рецептів на медикаменти відповідно до нозологічної форми захворювання і пільговою категорією населення; введення в практику оптових закупівель на тендерній основі з подальшим укладенням тарифних угод і т.д. Важливою ланкою є формування страхового замовлення на ЛЗ та ВМП,

куди входить визначення асортименту та обсягу медикаментів, які забезпечують адекватну лікарську допомогу.

Лікарські засоби, вироби медичного призначення відносяться до оборотних засобів, тобто до тих, які використовуються за рік, а не як обладнання - протягом декількох років (обладнання довгострокового користування відноситься до основних засобів). Оборотні кошти - це вартісні розміри, які виражаються в гривнях. Однак ЛЗ та ВМП представлені не тільки в гривнях, а й перш за все в натуральній формі, тобто виступають як матеріали. Це дає нам підставу розрахувати показники матеріаломісткості та матеріаловіддачі. З точки зору ефективності використання коштів перший показник при інших рівних умовах повинен знижуватися, а другий - рости, що може свідчити про економне використання ЛЗ та ВМП.

Можна скоротити витрати в цілому по установі, якщо використовувати більш дешеві ЛС, але це, як ми вже говорили, часто призводить до подорожчання лікувального процесу і в підсумку - до зниження ефективності лікувально-виробничої діяльності в цілому. Тому показники матеріаломісткості та матеріаловіддачі треба розглядати в поєднанні з іншими показниками, тільки тоді можна зробити більш правильні висновки про ступінь ефективності використання лікарських засобів.

Економічний аналіз ефективності використання ЛЗ, ВМП і інших матеріалів, що відносяться до оборотних засобів, приводить нас до наступних висновків:

1. Матеріаловіддача повинна зростати.
2. Матеріаломісткість повинна знижуватися без зниження якості лікувального процесу.
3. Застосування дешевих ЛЗ не завжди дає економічну вигоду, тому що ці ЛЗ можуть не досягати медичної ефективності, що йде до подовження термінів і, як наслідок, до подорожчання лікувального процесу.

Управління трудовими ресурсами в установах охорони здоров'я

Найважливішим завданням головного лікаря, будь-якого керівника є ефективно управління людьми, або трудовими ресурсами організації. Для цього необхідне розуміння специфіки управління трудовими ресурсами, освоєння механізму такого управління.

Зазвичай виділяється дев'ять етапів управління трудовими ресурсами організації :

1. Планування трудових ресурсів.
2. Набір персоналу та створення резерву кадрів.
3. Відбір і оцінка кандидатів на робочі місця.
4. Визначення заробітної плати і пільг.
5. Профорієнтація і пристосування: вступ найнятих робітників в організацію, її підрозділи, розвиток у працівників розуміння того, що очікує від нього організація і яка праця в ній отримує заслужену оцінку.
6. Навчання.
7. Оцінка трудової діяльності: розробка методик оцінки трудової діяльності і доведення оцінки до працівника.
8. Підвищення, пониження, переведення, звільнення: розробка системи переміщення працівників за посадами.
9. Підготовка керівних кадрів, управління просуванням по службі.

Управління кадрами - частина менеджменту, яка може бути застосована до всіх сфер зайнятості, в т.ч. до охорони здоров'я, його метою є досягнення ефективності діяльності організації та встановлення справедливих умов найму. Перераховані вище дев'ять етапів управління трудовими ресурсами розглядаються як система, що має "вхід", "процеси" і "вихід", а сам процес управління проходить певні стадії: аналіз ситуації, постановка цілей, стратегічне і тактичне планування, організація, контроль. Важливо підкреслити, що управління трудовими ресурсами - це обов'язок керівника

будь-якого рівня: головного лікаря, завідувача відділенням, головної медсестри і т. д.

Формування трудових ресурсів починається з планування штатів і персоналу. Першим етапом є оцінка наявності трудових ресурсів. Керівництво повинно визначити, скільки людина виконує кожен вид діяльності. Одночасно потрібно оцінити якість праці своїх працівників, рівень їх професійної підготовки. Наступним етапом є прогнозування чисельності медичного та іншого персоналу, необхідного для реалізації короткострокових і перспективних цілей. Зміни у зовнішньому середовищі, особливо економічному, можуть зробити сильний вплив на перспективні потреби організації в трудових ресурсах. Останнім етапом планування потреби в трудових ресурсах є створення програми, яка повинна включати конкретний графік і заходи щодо залучення, найму, підготовки та просування працівників медичного закладу.

Для того щоб найняти працівників, необхідно провести аналіз змісту роботи. Теорія менеджменту пропонує кілька способів аналізу змісту роботи:

- спостереження за працівником і реєстрація всіх виконуваних ним дій;
- співбесіду з працівником або його безпосереднім керівником;
- заповнення анкети працівником, за допомогою чого досягається розуміння роботи і вимог до неї.

На основі аналізу розробляється посадова інструкція.

До процесу формування трудових ресурсів відноситься набір персоналу, що полягає в створенні необхідного резерву кандидатів на всі посади і спеціальності, із якого організація охорони здоров'я відбирає найбільш підходящих для неї робітників. Дана робота проводиться з усіх спеціальностей. Відділ кадрів повинен встановити контакти з різними організаціями, від яких відбувається надходження працівників, це: біржі праці, центри працевлаштування молоді, школи, коледжі та вищі медичні навчальні

заклади, приватні агентства з працевлаштування, профспілки . Відділ кадрів може дати рекламу про вакансії в газетах, журналах; використовувати зв'язки з колишніми працівниками медичної організації, неформальні контакти з керівниками інших організацій.

Однак більшість керівників вважають краще власних працівників обходиться дешевше і приносить вигоди, оскільки підвищується зацікавленість працівників в збереженні робочого місця саме в цьому, поліпшується моральний клімат колективі, підвищується продуктивність праці. Недостатком вирішення проблеми кадрів за рахунок внутрішніх резервів є те, що в організацію не приходять нові люди, а це шлях до застою.

Ще одним методом набору кадрів є звернення до своїх співробітників з проханням прийняти до роботи друзів або знайомих. Це сприятиме створенню обстановки доброзичливості і взаємодопомоги.

Однією з проблем при наборі персоналу є бажання головного лікаря вигідніше представити працю у своєму ЛПЗ. Від цього виникають необґрунтовані очікування медичного персоналу, що в подальшому веде до зростання незадоволеності працею і плинності кадрів. Керівник повинен окреслити позитивні і негативні сторони роботи, що відповідають дійсності, інакше співробітник прийме неправильне для себе рішення, буде відчувати себе обдуреним.

Відбір кадрів відбувається на основі випробувань та особистих співбесід. До випробувань відноситься: 1) визначення здібностей і 2) оцінку психологічних якостей, таких, як рівень інтелекту, зацікавленість, енергійність, відвертість, впевненість в собі, емоційна стійкість і увага до деталей. Про рівень кваліфікації можуть говорити зазначені в бланку заяви відомості про стаж попередньої роботи, зарплату, характер освіти і завершення навчального закладу Якщо на посаді визначальним фактором є медичні знання, то важливіше, мабуть, будуть освіта і попередня наукова діяльність.

Для керівних посад високого рівня необхідні навички налагодження міжрегіональних контактів, сумісність кандидата з вищезазначеними начальниками і підлеглими .

Важливе значення при виборі кандидатів надається охайному зовнішньому вигляду, мовній культурі і спеціальним знанням. Сьогодні більшість недержавних організацій охорони здоров'я, як правило, хочуть, щоб працівник мав вищу освіту, володів комп'ютером і іноземною мовою, частіше англійською.

Співбесіда може проводитися завідувачем відділення, начальником відділу кадрів, в присутності головного лікаря або без нього. Під час співбесіди переслідується чотири цілі: 1) зібрати докладну інформацію про кандидата; 2) дати йому інформацію про роботу; 3) вирішити, наскільки добре він вливається в колектив; 4) сформуванню у нього почуття правильного вибору. В ідеалі було б непогано організувати зустріч кандидата з людьми, з якими він буде працювати.

Відповідно до теорії управління трудовими ресурсами рекомендується при відборі кандидатів звертати увагу на наступне:

- фізичні характеристики: здоров'я, зовнішність, манери;
- освіту і досвід роботи;
- інтелект, здатність швидко схоплювати суть проблеми, вміння правильно висловлювати свої думки;
- здатність до фізичної праці;
- інтереси або те, що може характеризувати особистість кандидату;
- диспозиція - лідерство, почуття відповідальності, товариство;
- особисті обставини (як робота впливатиме на особисте життя).

Якщо використовується тестування, то воно повинно поєднуватися з іншими методами відбору кандидатів на посаду.

Здатність керівника до виконання пов'язаних з його роботою завдань може бути визначена методом моделювання.

1-я модель: керуючий гіпотетичним підрозділом, який протягом трьох годин повинен приймати рішення - відповідати на ділові листи, реагувати на різну інформацію;

2-я модель: імітація роботи організації без головуючого. Кандидатів оцінюють за такими характеристиками, як вміння виступати, наполегливість, навички міжособистісних відносин;

3-тя модель: усні доповіді, виконання заданої ролі, психологічні тести.

Метод моделювання застосовується в недержавному секторі української економіки, в бюджетних же лікувальних установах при відборі кадрів практично не застосовується, однак якісь елементи головний лікар може взяти на озброєння. Наприклад, поставивши перед собою завдання підвищення співробітника лікувального закладу на посаді, керівник може доручити йому провести нараду, попросити замінити себе на доповіді в вищезгаданій організації.

Робота з кадрами полягає не тільки в заходах по набору та відбору працівників. Сучасні керівники, у яких добре поставлено управління працею, вважають, що набір придатних людей є усього лише початком, оскільки цінність людських ресурсів з роками може і повинна зростати. Це відбувається там, де виконується програма з розвитку кадрів, де головний лікар дбає про професійний ріст співробітників.

Можна виділити наступні методи, що використовуються для розвитку потенціалу працівників:

- посилення професійної орієнтації;
- адаптація в колективі як процес навчання, усвідомлення того, що є важливим в цій організації і її підрозділах;
- оцінка професійної діяльності;

- система винагород;
- професійна підготовка і навчання, підвищення кваліфікації та перекваліфікація;
- підвищення по службі.

Коли мова йде про оцінку результатів діяльності, важливо мати на увазі ефективність цієї оцінки. Робота співробітника оцінюється його безпосереднім начальником, але керівник відчуває іноді труднощі, якщо йому треба довести до відома підлеглого негативну оцінку роботи, тому він повинен володіти технікою спілкування. Необхідно пам'ятати, що критика не найефективніший спосіб інформування співробітників про недоліки в їх роботі. У цьому випадку вони більш стурбовані тим, щоб захистити себе, а не суттю проблеми і не способами поліпшення роботи. Треба створити умови, щоб працівники були готові до взаємного спілкування. Для цього керівник повинен вести розмову в спокійній обстановці, розуміючи відмінності між критикою та оцінкою роботи. Критика - це спілкування в одному напрямку, а для ефективної інформації та належної зворотного зв'язку керівнику потрібно провести двосторонній конструктивний діалог з конкретних питань поліпшення роботи.

Крім того, оцінювати роботу підлеглого потрібно не один раз на рік, а коли це необхідно, так часто, як цього вимагає ситуація.

Не слід обговорювати результати діяльності і зарплату одночасно. Оцінка діяльності працівника виражається і в його просуванні по службі.

Слід зауважити, що виконання функцій керівника вимагає підготовки. До методів підготовки управлінських кадрів відносяться: організація лекційних занять, дискусій у складі груп; розбір конкретних ситуацій; читання літератури; проведення ділових ігор. Вивчення питання показало, що ті особи, перед якими з самого початку ставилися більш важкі завдання, виробили в собі більш високі якості і виявилися краще підготовленими до майбутніх проблем, ніж ті, яким давалися менш складні завдання.

Одним із потужних методів управління трудовими ресурсами є контроль за дотриманням правил і стандартів роботи в лікувальному закладі, що забезпечує трудову дисципліну. Однак правила та інструкції повинні бути доречними і розумними, відомими всім, а кількість правил повинно бути зведене до мінімуму.

На дисципліну впливає і "рівень терпимості", тобто допустима ступінь відхилення від сформульованих вимог. Рівень толерантності дуже різниться в залежності від ситуації. Чим менше група співробітників, тим вище можливий рівень терпимості, однак при великій кількості співробітників терпимість до недотримання правил організації може викликати хаос в управлінні.

Для упорядкування трудової дисципліни і контролю за виконанням функціональних обов'язків медичних працівників необхідно вводити двосторонню систему оплати праці, яка передбачає не тільки заохочення і винагороду за певні досягнення, але і покарання за упушення і порушення: зниження КТУ, депреміювання і т. д.

Управління трудовими ресурсами будь-якої організації можна визнати успішним, якщо співробітники вважають свою роботу цікавою, одержують справедливу винагороду, відчують мінімальний нагляд з боку керівництва і підтримують самодисципліну, беруть участь в рішеннях адміністрації, забезпечені засобами побутового і медичного обслуговування, задоволені умовами праці. Але навіть такі ідеальні результати управління вимагають подальшого вдосконалення організації праці, головна мета цього процесу - розвиток особистості працівника.

Управління фінансовими ресурсами лікувально-профілактичного закладу

Фінансові ресурси - це грошові кошти, що знаходяться в розпорядженні установи. Існують довгострокові (в формі основних засобів - капіталу) і короткострокові (для поточної діяльності) фінансові кошти. Крім того, фінансові ресурси розрізняють за джерелами формування (внутрішнього або

зовнішнього); ступеня приналежності (власні або позикові). До власних фінансових коштів можна віднести нерозподілений прибуток, амортизаційні відрахування в умовах платності медичної допомоги. Позикові (залучені) кошти - це грошові кошти, які не належать, але тимчасово знаходяться в його розпорядженні поряд з власними. До них можна віднести боргові зобов'язання, кредити банків, акції (якщо, наприклад, це медсанчастина, що є структурою акціонерного підприємства).

Перед керівником в аспекті даного питання стоять два завдання: економії фінансових ресурсів і прибуткового їх використання.

Фінансове планування відіграє важливу роль в управлінні, воно охоплює комплекс заходів як з вироблення завдань, так і по втіленню їх у життя. Для того щоб конкретний план фінансових заходів був виконаний успішно, виробляється методологія і застосовуються певні методики розробки фінансових планів. Можна виділити три принципи фінансового планування :

- зневажливе використання коштів, отриманих з бюджету;
- можливий перерозподіл коштів доходів його керівниками для забезпечення стабільності функціонування і збереження досягнутого обсягу безкоштовної медичної допомоги;
- синхронність надходжень і витрачання коштів.

Методи фінансового планування - це конкретні способи і прийоми розрахунків показників.

В системі охорони здоров'я розрізняють наступні методи планування: нормативний; розрахунково-аналітичний; балансовий; оптимізації планових рішень.

Нормативний метод планування фінансових результатів полягає в тому, що на основі встановлених норм і техніко-економічних нормативів розраховується необхідність суб'єктів господарювання у фінансових ресурсах і їх джерелах. Такими нормативами є норми витрачання інвентарю середньодобового набору

продуктів (для стаціонарів), норми встановлюються законодавством, по оплаті службових відряджень, тарифних внесків і зборів, норми амортизаційних нарахувань.

Розрахунково-аналітичний метод фінансового планування полягає в тому, що на базі аналізу досягнутого значення показника, прийнятого за базовий, і індексів зміни у плановому періоді розраховується значення цього показника. Розрахунково-аналітичний метод широко застосовується при плануванні суми ймовірного прибутку, визначенні відрахувань від прибутку до фондів накопичення, споживання, резервний, по окремим видам використання фінансових ресурсів, особливо в умовах платної медицини.

При *балансовому методі* планування фінансових показників побудовою балансів забезпечується взаємозв'язок наявних фінансових ресурсів і фактичної потреби в них. Цей метод застосовується насамперед при плануванні розподілу прибутку та інших фінансових ресурсів, потреби надходжень коштів у фінансові фонди - фонд накопичення, фонд споживання.

Метод оптимізації планових рішень заснований на розробці декількох варіантів планових розрахунків, з тим щоб вибрати з них найбільш оптимальний. Можуть застосовуватися різні критерії вибору: мінімальні поточні витрати, максимальний дохід на 1 грн вкладених коштів в умовах платної медичної допомоги, максимальне збереження фінансових ресурсів, тобто мінімум фінансових втрат (фінансового ризику).

Мета складання фінансового плану – зв'язок доходів з необхідними витратами. При перевищенні доходів над витратами сума перевищення може бути направлена до резервного фонду. При перевищенні витрат над доходами визначається сума нестачі фінансових коштів, які можуть бути отримані за рахунок розширення платних медичних послуг, благодійних внесків. Якщо джерело додаткових фінансових коштів вже точно відомо, то ці

кошти включаються в дохідну частину фінансового плану, а їх повернення - в видаткову. Фінансовий план складається на рік з розбивкою по кварталах.

Етапи фінансового планування характеризуються наступним:

Перший етап - проводиться аналіз результатів роботи за попередній звітний період за джерелами надходження фінансів і понесених витрат.

Другий етап - оцінюється вплив підрозділів на загальні результати фінансово-господарської діяльності. В залежності від обраної розрахункової одиниці основними показниками є: 1) кількість послуг; 2) кількість пролікованих пацієнтів; 3) кількість відвідувань лікаря (для поліклініки); 4) кількість ліжко-днів (для стаціонарів); 5) структура медичної допомоги; 6) вартість одного ліжко-дня для лікарні; 7) понесені матеріальні збитки.

Третій етап - за результатами даного аналізу визначаються внутрішні резерви, виявляються причини виникнення недоліків в роботі і виробляється майбутня фінансова стратегія.

У державному секторі відповідно до затверджених планів розвитку охорони здоров'я по місту (району) фінансові органи можуть розглядати і затверджувати за кожною установою охорони здоров'я *кошторис* (фінансовий план) майбутніх доходів і витрат на рік. Фінансовий план установи охорони здоров'я розробляється на основі доходів і витрат, необхідних для нормального функціонування установи і виконання його оперативно-виробничого плану.

При складанні кошторису враховуються обсяг роботи, індивідуальні особливості та потреби установи, затверджені кошторисні асигнування на поточний рік і очікуване виконання їх. При розрахунках кошторисних асигнувань на планований рік використовують два методи: метод прямого рахунку і нормативний метод. Норми витрат можуть бути матеріальними і грошовими, прямими (обов'язковими: виплата заробітної плати, харчування, медичні вироби) і непрямими (необов'язковими: витрат на теплоносії, освітлення, прання тощо.). У розрахунок непрямих витрат і норм можуть

вноситися зміни в залежності від різновиду функціонування того чи іншого лікувального закладу.

Позитивна сторона фінансового планування - можливість уявити картину фінансування в цілому, регламентувати дії по фінансуванню і контролювати в даній області.

Негативна - нестача коштів, незважаючи на багатоканальність фінансування діяльності. Це змушує головного лікаря перекладати кошти з однієї статті витрат в іншу, займатися "затиканням дір". Затверджений фінансовий план вищі органи вимагають виконувати неухильно, проте на практиці це ніколи не вдається, і фінансовий план в таких умовах часто має формальний характер. За визнанням багатьох головних лікарів, вони рідко можуть працювати за фінансовим планом і всі наявні засоби представляють як консолідований бюджет, який розподіляється не за планом, а з нагальних потреб (на поточний день).

Для підвищення ефективності фінансового планування в першу чергу слід:

- складати план витрачання фінансів виходячи не з планових витрат попереднього року, а за фактичними витратами, тобто відображати в новому плані на наступний рік не ті дані, які були заплановані в минулому році, а ті, які відображають дані витрати відповідно до потреб;
- прогнозувати і враховувати рівень інфляційних змін;
- зменшити кількість державних програм з розвитку охорони здоров'я і забезпечити їх фінансування в повній мірі;
- розширити практику прийняття рішень про розподіл ресурсів на основі результатів економічних даних і вільного розподілу доходу від платної медичної діяльності.

Однак ефективність використання фінансових ресурсів в окремому залежить і від загальної стратегії фінансування галузі, і від пошуку внутрішніх резервів охорони здоров'я. Внутрішніми резервами фінансових ресурсів можуть бути:

- доходи від платних послуг, що розвиваються;
- формування цін;
- звільнення галузі охорони здоров'я, її установ від податку на прибуток, що отримується від платних медичних послуг, тому що комерціалізація медицини в сучасних умовах - явище вимушене і спосіб дофінансування поточних витрат, тому держава не повинна брати податки з галузі, яку воно не може фінансувати в повному обсязі;

- економія коштів всередині. Для цього необхідна велика самостійність керівника в розпорядженні цими коштами, самоврядування;

- більш широке впровадження і розвиток медичного лізингу як способу фінансування без кредитування. Створення та заохочення розвитку медичних лізингових компаній;

- розвиток медичного страхування як різновиду платної медичної допомоги і системи договірних відносин в охороні здоров'я;

- більш широке користування орендної плати, незважаючи на те, що в основному це відносини суборенди;

- накопичення і формування фонду амортизації.

При цьому у своїй фінансовій діяльності організації охорони здоров'я повинні прагнути до досягнення таких цілей, як:

- синхронізація грошових, товарно-матеріальних потоків з подальшою оптимізацією грошового обігу (забезпечення процесу виробництва медичних послуг необхідними фінансовими ресурсами, визначення необхідних грошових фондів і напрямків їх витрачання, встановлення фінансових відносин з бюджетом, постачальниками і споживачами);

- управлінський облік витрат виробництва медичних послуг з особливим акцентом на облік і оцінку втраченого прибутку;

- виявлення прихованих ресурсів в лікувальному закладі з метою підвищення ефективності їх використання;

- здійснення контролю за утворенням і витрачанням грошових коштів.

Слід зазначити, що вивчення фінансового становища медичних установ в цілому - це абсолютно новий напрямок економічного аналізу в охороні здоров'я. При традиційному кошторисному бюджетному фінансуванні, що формально гарантував надходження коштів, аналіз фінансового становища лікарні чи поліклініки не мав принципового значення. У ситуації, що ж склалась даний напрямок виходить на передній план, оскільки від цього залежить саме існування.

Ціноутворення в сучасній охороні здоров'я

Ціна послуги займає центральне місце в конкурентному обміні на ринку медичних послуг і є одним з інструментів регулювання цього ринку. Ціна медичної послуги, як уже говорилося, - це сума грошей, за яку пацієнт (платник) може купити, а лікар (медичний заклад) готовий продати цю медичну послугу. Ціна - це завжди компроміс економічних інтересів.

Ціноутворення є однією з найскладніших медико-економічних проблем охорони здоров'я. Це обумовлено цілим рядом причин:

- 1) практика ведення бухобліку багато в чому не відповідає вимогам ціноутворення, оскільки відсутній окремий облік багатьох видів витрат по службам, відділенням;
- 2) охорону здоров'я як галузь має складну структуру, тому неможливо використовувати одні і ті ж методики ціноутворення для стаціонарів, амбулаторних підрозділів, параклінічних служб і т. д. ;
- 3) витрати різноманітних лікувальних установ неоднаково впливають на кінцеву ціну медичних послуг.

Є загальні принципи і методологія ціноутворення, які передбачають, що ціна повинна відображати умови зовнішнього середовища, витрати лікувального закладу, включати прибуток (як джерело грошових коштів на майбутній розвиток), індексуватися в умовах інфляції.

Однак у більшості закладів охорони здоров'я існують певні проблеми при встановленні ціни:

- вона встановлюється виходячи з неправильного аналізу витрат;
 - змінюється недостатньо часто для обліку зовнішніх факторів (особливо інфляції);
 - недостатньо диференційована для різних умов функціонування;
 - не вирішує проблему фінансової стійкості.

Суть цінової політики медичних організацій повинна полягати в тому, щоб встановлювати такі ціни на медичні послуги і так змінювати їх залежно від зовнішніх і внутрішніх умов, щоб це допомагало вирішенню поставлених стратегічних і оперативних завдань.

Процес встановлення вартості на медичну послугу включає в себе ряд послідовних етапів :

- визначення цілей організації охорони здоров'я та у зв'язку з цим цілей цінової політики;
- постановку завдань ціноутворення;
 - визначення попиту на медичні послуги;
 - оцінку витрат (тобто витрат);
 - аналіз цін і послуг конкурентів;
 - вибір методу ціноутворення;
 - встановлення остаточної ціни на послугу (пристосування цін).

Метою утворення ціни є:

- покриття витрат, постійне їх зменшення;
- забезпечення вигідності виробництва, послуг;
- підвищення конкурентості надавачів послуг;
- вихід на потенційний ринок споживачів;
- формування потоку пхворих;

- забезпечення оптимального завантаження персоналу та медичного обладнання.

Завдання утворення ціни повинні збігатися з цілями, які ставить у своїй роботі; дані завдання входять до складу цільового блоку, реалізованого в рамках цінової політики, підкорюються впливу з боку єдиних цілей установи охорони здоров'я і розвивають цілі до етапу реалізації їх на практиці.

Тариф - ставка, по якій стягується плата за послуги. За економічною суттю ціна і тариф збігаються. Різноманіття цілей і завдань диктує різноманіття видів цін на медичні послуги.

Щоб включити економічні механізми управління галуззю, необхідно визначати форми оплати медичної допомоги, обсяги її фінансування, а отже, ціни медичних послуг.

Ціноутворення і служить одним з економічних методів управління в охороні здоров'я. Оплата медичної допомоги може проводитися за кошторисом витрат, за середньою вартістю послуги, розрахованої на одного пролікованого хворого, по закінченому випадку, за число ліжко-днів тощо.

У зв'язку з цим можна виділити на сьогоднішній день 10 методів ціноутворення, а саме ціна:

- розрахована на одну просту медичну послугу;
- розрахована на одного пролікованого хворого по даній нозологічній формі;
- одного відвідування;
- одного ліжко-дня;
- одного пацієнто-дня (за рекомендацією ВООЗ);
- одного виклику швидкої допомоги;
- одного дня перебування в денному стаціонарі;
- однієї умовної одиниці (в санепідслужбі);
- однієї умовної одиниці трудомісткості (у стоматології);

- однієї зубопротезної одиниці (в стоматології).

Тобто назва розрахункової одиниці ціни відображає як спосіб оплати медичної допомоги, так і профіль лікувального закладу. Таким чином, ми можемо визначити собівартість, яка відображатиме витрати даного лікувального закладу (або підрозділу), орієнтуючись на різноманітні розрахункові одиниці ціни. Такий розрахунок в значній мірі буде відображати ціну пропозиції медичної послуги і забезпечувати в результаті реалізації послуг самоокупність.

Зі сказаного можна зробити наступний висновок: з метою забезпечення фінансової стійкості розрахункова одиниця ціни повинна відображати всі елементи витрат відповідно до показників доходів і витрат звітної документації.

Таким чином може бути сформовано собівартість медичної послуги. Крім поточних витрат, виражених у грошовій формі в собівартості, в ціну медичної послуги необхідно включити розрахунковий прибуток, яка після реалізації послуги може бути перетворена в витрати на розвиток.

Емпіричний досвід показує, що, як правило, рівень рентабельності (або прибутковості) встановлюється рівним не більше 50%, в більшості випадків - 10-35% від вартості медичної послуги.

Як відомо, профінансувати "витрати на розвиток" лікувально-профілактичний заклад може лише в тому випадку, якщо воно має доходи або зекономлені кошти. Всі інші джерела фінансування в умовах дефіциту фінансових ресурсів охорони здоров'я не є економічно обґрунтованими.

РОЗДІЛ 3. РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1 Аналіз організаційної структури і діяльності КНП СОР «Сумська обласна клінічна лікарня»

Сумська обласна лікарня була заснована в 1948 р. Зараз КНП «Сумська обласна клінічна лікарня» - це багатопрофільний медичний заклад з 645 ліжками і розвиненими параклінічними службами, що дозволяє надавати висококваліфіковану спеціалізовану медичну допомогу населенню Сумської області та міста Сум.

У лікарні працює 1103 осіб, з них 153 лікаря, три професори, доктори мед. наук, 6 доцентів, кандидатів мед. наук, один заслужений лікар України.

У складі СОКЛ виділяють наступні 15 стаціонарних відділення: гастроентерологічне (45 ліжок), гематологічне (40), неврологічне (60), нейрохірургічне (60), нефрологічне (40), оториноларингологічне (30), опікове (40), щелепно-лицьове (35), ревматологічне (40), урологічне (40), хірургічне (60), ендокринологічне (45), пульмонологічне (50), мікрохірургії ока (60), реанімаційно-анестезіологічне (7 ліжок).

Діють пункти надання невідкладної допомоги хворим з нейротравмою, патологією ЛОР-органів, чергують лікарі-окулісти, щелепно-лицьові хірурги, лікарі урологи, хірурги.

Допоміжні підрозділи СОКЛ: клініко-діагностична лабораторія (з баквідділом), приймальне відділення, амбулаторно-поліклінічна служба, відділення функціональної діагностики, ендоскопічне відділення, радіологічне відділення (МРТ, КТ, УЗД, рентгенологічні кабінети), відділення хронічного гемодіалізу (5 штучних нирок), відділення фізіотерапії, операційний блок,

оргметодвідділу (з кабінетом обліку і медичної статистики), відділення стерилізації, харчоблок, пральня.

Господарська служба (господарчообслуговуючий персонал).

Адміністративно-управлінський персонал: бухгалтерія, планово-економічний відділ, медчастина, відділ кадрів, юрисконсульт.

Головний лікар, замісник головного лікаря по медичній частині (начмед), замісник головного лікаря по амбулаторно-поліклінічній роботі, зам. головного лікаря з організаційно-методичної роботи, зам. головного лікаря по лікувально-трудої експертизі, зам. головного лікаря з економічних питань, заступник головного лікаря з медсестринства.

3.2 Упровадження принципів ефективного управління закладом охорони здоров'я

З 1 квітня 2020 року започала працювати «Програма медичних гарантій» на рівні вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. Заклади охорони здоров'я, які забезпечують населення вторинною (спеціалізованою) медичною допомогою, розпочали роботу за договорами з НСЗУ [62].

Станом на вересень 2020 року з НСЗУ законтрактовано 3095 надавачів медичних послуг населенню, яким виплачено 51,6 млрд. грн. за надання послуг пацієнтам за державною Програмою медичних гарантій. З них: 13,3 млрд. грн. виплачено закладам первинної ланки; 29,7 млрд. грн. - закладам, що надають вторинну (спеціалізовану) допомогу; 3,7 млрд. грн. - закладам екстреної медичної допомоги. Також 4,9 млрд. грн. виплачено медичним закладам, що надають допомогу пацієнтам хворим на Ковід -19, або з підозрою на дане захворювання.

З січня по вересень 2020 року чисельність українців, які підписали декларації з лікарями зросла на 1,5 млн., 30 млн. 610 тис. українців вже уклали декларації з лікарями первинної ланки.

На сьогодні без пристойної заробітної плати під постійним тиском чиновників, органів влади та пацієнтів, роботу медиків можна назвати героїчною. Не буде перебільшенням назвати нинішню зарплату медика абсурдною.

Зросла чисельність лікарів, які надають пацієнтам первинну допомогу, з початку року їх стало більше ніж 800 осіб.

Первинна ланка медичної допомоги відіграє важливу роль у боротьбі з пандемією. Значно зросла завантаженість на лікарів, адже до них в першу чергу звертаються пацієнти з підозрою на захворювання Ковід. В майже 600 закладах первинної медичної допомоги було сформовано 1051 мобільну бригаду.

Спеціалізовану медичну допомогу отримали понад 290 тисяч хворих за пріоритетними послугами у квітні-серпні 2020 року. У Програмі медичних гарантій цього року визначено 5 пріоритетних медичних послуг:

- лікування гострого мозкового інсульту;
- лікування гострого інфаркту міокарда;
- допомога при пологах;
- допомога у складних неонатальних випадках;
- інструментальні обстеження для ранньої діагностики онкологічних захворювань.

На сьогодні медичними закладами отримано 2,7 млрд. грн. за надання пріоритетних послуг пацієнтам. [63]

З огляду на структуру стаціонарного сектора лікувально-профілактичних установ міста найбільш перспективним напрямком структурної реорганізації є диференціація діючих установ (ліжкового фонду) за рівнями інтенсивності.

Перш за все слід створити лікарню для переважно інтенсивного нетривалого лікування і догляду за хворими з гострими захворюваннями і розладами. Для цього доцільно реорганізувати міську клінічну лікарню № 1, до складу якої буде входити станція швидкої медичної допомоги, яка розташована поблизу. Це

дасть можливість розмістити відділення судинної хірургії, центр судинної неврології, відділення політравми, в якому будуть лікуватися хворі з політравмою і буде організовано цілодобовий пункт ургентної нейрохірургічної допомоги.

Одну з міських клінічних лікарень необхідно реорганізувати в установу для лікування хронічних хворих - лікарні терапевтичного профілю, де буде надаватися медична допомога хворим соматичного профілю. В одному з лікувальних установ міста необхідно організувати хоспісне відділення для онкологічних хворих у термінальній стадії, міську патронажну службу для надання медичної допомоги онкохворим на дому.

Одну з міських клінічних лікарень слід реорганізувати в лікарню невідкладної хірургічної допомоги, яка дасть можливість сконцентрувати всі види спеціалізованої хірургічної допомоги і поліпшити своєчасність надання медичної допомоги хворим хірургічного профілю в разі труднощів зі встановленням хірургічного діагнозу, заощадивши час на перевезення хворих і консультуванні в інших лікувально-профілактичних установах.

З метою впровадження профілактичної медицини, спрямованої на запобігання та своєчасне виявлення захворювань і відмежування хворих від здорових осіб, необхідно відкрити госпрозрахункову консультативно-профілактичну поліклініку на базі міської поліклініки.

Доцільним є створення терапевтичного та хірургічного госпрозрахункових відділень на базі міської стоматологічної поліклініки, що дасть можливість без збільшення загального фонду бюджету поступово підвищити частину спеціальних надходжень шляхом переведення персоналу поліклініки на нову форму господарювання. Це зменшить навантаження на міський бюджет і поліпшить якість надання стоматологічної допомоги населенню міста, збереже наявні робочі місця і переорієнтує вивільнені кошти на поліпшення якості

надання стоматологічної допомоги пільговим та малозабезпеченим контингентам населення.

Поряд з недостатнім фінансуванням системи охорони здоров'я спостерігається вкрай неефективне і нераціональне використання бюджетних ресурсів. Близько 80% всіх коштів витрачається на утримання і обслуговування дорогої спеціалізованої допомоги і лише 5% - на первинну допомогу. Також слід переглянути фінансування спеціалізованих установ і скоротити їх кількість, так як головними недоліками цих служб є відсутність тісного взаємозв'язку між фахівцями, фактична безвідповідальність за здоров'я пацієнта і дублювання в роботі. Доцільним може бути відкриття в лікарнях загального профілю для хворих з гострими захворюваннями психоневрологічних, геріатричних, фтизіатричних відділень за рахунок повернення посад лікарів-фахівців в медичну мережу міста. Завдяки цьому зменшиться навантаження на бюджет, а вивільнені кошти будуть спрямовані на розвиток первинної ланки.

Реформування економічних засад галузі неможливо без істотних змін в бюджетному кодексі: в разі їх прийняття буде врегульовано ряд гострих проблем фінансування медичної допомоги та вирішено основну з них - можливість трансфертів з бюджету нижчого рівня на вищий. Лише такі зміни дадуть можливість спрямовувати кошти, розраховані на одного пацієнта. .

Крім того, необхідно залучати населення до фінансування медицини у вигляді фіксованих «соціальних внесків». За кожен візит до лікаря, за кожен день перебування в стаціонарі пацієнти повинні платити фіксовану суму, розмір якої будуть встановлювати місцеві органи влади з урахуванням соціально-економічного статусу хворого. Порядок сплати повинен бути чітко визначеним і прозорим.

Ще однією складовою фінансування медицини є добровільне і обов'язкове медичне страхування (проект Закону України «Про фінансування охорони здоров'я та медичне страхування» представлено на розгляд у Верховній

Раді). Цей Закон дасть можливість забезпечити однакові права громадян на отримання безоплатної медичної допомоги, сприятиме розвитку системи охорони здоров'я і створення умов для її належного та ефективного фінансування.

ВИСНОВКИ

1. Національна система надання медичної допомоги потребує адаптації до сучасних технологічних та економічних змін, при цьому важливо не спровокувати непереборну протидію населення і співробітників (особливо адміністративно-управлінського апарату) в настільки консервативній галузі. Доведено життєздатність соціально-орієнтованої моделі в вітчизняних умовах, але для її впровадження та функціонування необхідні кардинальні перетворення в галузі охорони здоров'я та тривалий час.

2. У дослідженні ідентифіковані характеристики ринку медичних послуг (як ринку недосконалої конкуренції). Виявлення специфічних рис ринку і державного регулювання в сфері охорони здоров'я дозволило виявити перешкоди і передумови впровадження підприємницьких відносин в медицині. На даний момент проходить тотальна реформа медичної галузі, в зв'язку з тим що остання застаріла. Алена перехід до нової потрібен час та значні фінансові кошти, яких як ми знаємо в Україні завжди бракувало. Для проведення тотальної реновації відповідно до сучасних стандартів без втрати контролю над вартістю надання послуг. Останнє має здійснюватися шляхом підвищення ефективності розподілу ресурсів в рамках встановлених капіталовкладень (з державного бюджету і позабюджетних).

3. Система державного регулювання галузі охорони здоров'я проходить реформування. Реформи передбачають зміцнення централізованого державного контролю, що передбачає використання адміністративних та інформаційних технологій в охороні здоров'я та розробку ініціативних програм для підвищення якості функціонування кожного рівня системи надання медичної допомоги.

4. Удосконалення системи управління передбачає суворий контроль за витратами в кожному ЛПЗ, децентралізацію системи управління в галузі охорони здоров'я, підготовку і введення в наглядові ради медичних менеджерів, з передачею останнім частини повноважень головного лікаря.

Особливості визначення мети в системі управління обумовлює впровадження специфічних підходів до оцінки ефективності роботи установ. Вміле поєднання видів аналізу, підпорядкування їх цілям управління дозволяють значно підвищити ефективність роботи установи. У роботі узагальнені підходи щодо оцінки ефективності діяльності, а саме: "витрати-вигода", "витрати-корисність", "витрати-ефективність", "витрати-результат", виявлено їх застосовність безпосередньо до об'єкта дослідження.

5. У роботі узагальнені принципи побудови ефективного організаційно-економічного механізму управління, в рамках даного завдання були проаналізовані: структура витрат, особливості управління матеріальними, фінансовими і трудовими ресурсами, методи ціноутворення в сучасних охороні здоров'я і можливі напрямки їх подальшого розвитку.

6. На підставі розрахунків основних показників діяльності Сумської обласної клінічної лікарні виявлені основні недоліки функціонування системи управління. Одним з найбільш перспективних напрямків вдосконалення системи управління є структурна реорганізація на регіональному рівні, а саме диференціація діючих установ (ліжкового фонду) за рівнями інтенсивності. Але головною проблемою для більшості в Україні є недостатнє фінансування. При такому фінансуванні складно впроваджувати високі технології для підвищення якості медичних послуг.

7. На підставі експертних оцінок і проведених розрахунків різниці між існуючим і необхідним обсягом фінансування в Сумській області зроблено висновок про доцільність пошуку додаткових джерел фінансування. Це відбувається переважно засобами фондів медичного страхування, із залученням додаткових коштів (платні послуги, компенсації, спонсорська допомога), які визначалися б за даними за попередній рік. Обов'язковою, на наш погляд, є створення єдиної медичної інформаційної системи, яка дозволила б враховувати точні дані про загальну навантаженість на конкретну клініку, відносно

продуктивність підрозділів і, керуючись цією інформацією, дозволила б вносити зміни в обсяг фінансування. Визначення вартості послуг і розподіл бюджету повинні здійснюватися спеціальним лікарняним комітетом (наглядова рада) відповідно до макроекономічних факторів (інфляція, зростання економіки), політичною ситуацією (дані про соціальні тенденції) і можливістю фінансування впровадження нових технологій.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Акулов В.М. Соціальний захист громадян в умовах обов'язкового медичного страхування. Світ медицини, № 6 за 1997 р, стор. 21-23.
2. Азаров А.В. Деякі аспекти економічної ефективності використання ліжкового фонду лікувально-профілактичних установ // Економіка охорони здоров'я. 1999. № 2-3. С. 29.
3. Балабанов І.Т. Основи фінансового менеджменту. - М.: Фінанси і статистика, 1997. - 478 с.
4. Бойков В.Е., Шеймст І.М., Шишкін С.В. Участь населення у фінансуванні охорони здоров'я // Охорона здоров'я. 2000. № 3. С. 37-38.
5. Бюджетний кодекс України від 21 червня 2001 р. № 2542-III.
6. Введення в економіку охорони здоров'я / За ред. С. Віттср і Т. Енсор Чічетер і ін. Изд. "Джон Вілі і сини", 1997. - 203 с.
7. Вялков А.І. Управління охороною здоров'я на рівні регіону в умовах ринкових відносин // Охорона здоров'я Рос. Федерації. - 1999. - М5. - С. 3-4.
8. Гайдаров Г.М., Смирнов С.М., Кіул І.С. та ін. Диференційована оплата праці медичних працівників стаціонарів в залежності від обсягу і якості роботи. М.: МЦФЕР, 2000. - 160 с.
9. Гришин В.В. та ін. Контроль якості надання медичної допомоги в умовах медичного страхування в провідних країнах світу. М.: ФФОМС, 2008. - 140 с.
10. Дутченко О.М., Резнік Н.М. Фінансово-економічний Механізм страхування травматизму. - Суми: ВВП "Мрія-1" ЛТД, 1999. - 56 с.
11. Житников Ю.М., Власенко Т.Я., Глущенко І.Я. Робочий час, оплата трупа, відпустки і пільги в охороні здоров'я. М.: МЦФЕР, 2007. - 542 с.
12. Житников Ю.М., Власенко Т.Я. Оплата праці в охороні здоров'я. М.: Книжковий світ, 2008. - 437с.

13. Закон України «Про Державний бюджет України на 2008 рік та про внесення змін до деяки законодавчо АКТИВ України» від 28 грудня 2007 р. № 107- VI.
14. Захаревич О.А., Леонов М.В., Белоусов Ю.Б. Аналіз мінімізації витрат і «витрати-ефективність» // Проблеми стандартизації в охороні здоров'я. - 2001. - № 2.
15. Інструкція з розрахунку вартості медичних послуг (тимчасова). М .: МОЗ Росії і РАМН, 1999. - 36 с.
16. Кадиров Ф.Н. Платні медичні послуги: Нормативні документи. Коментарі. М .: Грант, 2000. - 493 с.
17. Кадиров Ф.Н. Порядок укладення договорів на надання платних медичних послуг населенню // Охорона здоров'я. 1999. № 3. С. 36-49.
18. Кадиров Ф.Н. Стимулюючі системи оплати праці в охороні здоров'я. М .: Грант, 1998. С. 212-223.
19. Кадиров Ф.Н. Економічний аналіз і планування діяльності медичних установ // Додаток до журналу "Охорона здоров'я". М .: МЦФЕР, 1999. - 195с.
20. Клименко Г., Захаров В., Мухін Г. Досвід організації медичної допомоги населенню за системою добровільного медичного страхування в умовах міської поліклініки // Охорона здоров'я. 1998. № 2. С. 71-74.
21. Комаров Ю.М. Концептуальні засади оцінки якості та ефективності в охороні здоров'я // Казан. мед. журнал. 1998. № 6. С. 458-460.
22. Корчагін В.П. Стан фінансування охорони здоров'я // Економіка охорони здоров'я. 2005. № 1. С. 10--19.
23. Корчагін В.П. Фінансове забезпечення охорони здоров'я. М .: ЗАТ Вид. "Епідавр", 2007. 272 с.
24. Кравченко Н.А. Регіональні фінансові моделі розвитку системи ОМС в Росії // Охорона здоров'я. 2008. № 2. С. 43-45.

25. Кравченко Н.А., Поляков І.В. Наукове обґрунтування методології прогнозування ресурсного забезпечення охорони здоров'я (історія і сучасність). М.: ФФОМС, 2008. 392 с.
26. Кузин В.Ф. Деякі аспекти вдосконалення організації платних медичних послуг населенню // Охорона здоров'я. 2000. № 4. С.36-43.
27. Кузьменко М.М., Баранов В.В. Фінансовий менеджмент в охороні здоров'я Росії. М.: Медицина, 2005. - 272 с.
28. Кузьменко М.М., Баранов В.В., Шиленко Ю.В. Охорона здоров'я в умовах ринкової економіки / За ред. Е.А. Нечаєва, Е.Н. Жильцова. М.: Медицина, 2004. - 304 с.
29. Кучеренко В.З., Вялков А.І., Денисов І.М., Таранов А.М., Шамшуріна Н.Г. та ін. Організація і аналіз діяльності лікувально-профілактичних установ в умовах обов'язкового медичного страхування: Уч. посіб. М.: ФФОМС, 2000. - 263 с.
30. Кучеренко В.З., Гришин В.В., Семенов В.Ю., Кравченко Н.А., Алексєєва В.М., Шамшуріна Н.Г. і ін. Фінансування охорони здоров'я в умовах обов'язкового медичного страхування: Уч. посіб. М.: ФФОМС, 2002. - 142 с.
31. Кучеренко В.З., Гришин В.В., Шамшуріна Н.Г. та ін. Економіка охорони здоров'я: Уч. посіб. М.: ФФОМС, 2006. - 137 с.
32. Кучеренко В.З., Корюкіна О.Т., Морозов В.П. Організаційно-правові форми економічної діяльності закладів охорони здоров'я. СПб.: "Дельфа Р.А.", 2004. - 256 с.
33. Лучкевич В.С. Основи соціальної медицини та управління охороною здоров'я, Санкт-Петербург, 1997 г. - 78 с.
34. Малахова Н.Г. Маркетинг медичних послуг. М.: МЦФЕР, 2005. - 159 с.
35. Методичні вказівки з державної атестації студентів за спеціальністю «Менеджмент організацій» освітньо-кваліфікаційних рівнів - спеціаліст та магістр денної та заочної форм навчання / Укладачі: О.Ф. Балацький,

- О.М. Теліженко, В.М. Кислий, О.А. Лук'яніхіна, Є.В. Кірсанова. - Суми: Вид-во СумДУ, 2005. - 102 с.
36. Методи економічної оцінки програм і проектів у сфері охорони здоров'я / За ред. Н.Б. Окушко. Кемерово: СібформС, 2000. - 160 с.
37. Наказ Державного казначейства України «Про затвердження Роз'яснення Застосування економічної класифікації видатків бюджету та Роз'яснення Застосування класифікації кредитування бюджету» від 4 листопада 2004 р. № 194, зі змінами та доповненнями.
38. Наказ Міністерства фінансів України «Про затвердження документів, що застосовуються в процесі Виконання бюджету» від 28 січня 2002 р. № 57.
39. Орлов В.А., Гілярвській С.Р. Проблеми вивчення якості життя в сучасній медицині. , 2002.
40. Паламарчук В.А. Еколого-економічні проблеми відтворювального функціонування охорони здоров'я (теорія, методологія, практика). Дис. на соіск. наукового ступеня доктора економ. наук, - Київ, 1991. - 470 с.
41. Поляков І.В., Зеленська Т.М., Ромашов П.Г., Півоварова Н.А. Економіка охорони здоров'я в системі ринкових відносин. Навчальний посібник. Санкт-Петербург, 1997. - 126 с.
42. Постанова Кабінету міністрів України «Про затвердження Переліку груп Власний надходження бюджетних установ, вимог относительно їх Утворення та направлений использование» від 17 травня 2002 р. № 659.
43. Постанова Кабінету міністрів України «Про затвердження Порядку складання, розгляду, затвердження та основних вимог до Виконання кошторисів бюджетних установ» від 28 лютого 2002 р. № 228.
44. Преображенська ВС, Васюкова ВС Структура і функції органів охорони здоров'я в умовах переходу на бюджетно-страхову фінансування // Бюлл. НДІ ім. Н.А.Семашко. - М .: 1998. - М1. - С. 23-28.

45. Шляхи реформування системи охорони здоров'я в Україні: проблеми вибору / Пульс України № 2, жовтень 2000, С. 7 - 8.
46. Саліман Р.Б., Фігейрас Дж. Реформи системи охорони здоров'я в Європі. М., 2000. - 256 с.
47. Селезньов В.Д., Поляков І.В. Економічні основи відтворення здоров'я населення в умовах перехідної економіки. Санкт-Петербург, 1996 г. - 28 с.
48. Скакун М.П. Основи доказової медицини: Тернопіль: Укрмедкнига, 2005. - 244 с.
49. Соколов Н.А. Удосконалення системи фінансування лікувальних установ // Вісник СумДУ, 1999. - №3 (14). - С.150-155.
50. Ціни і ціноутворення: Підручник для вузів / Під ред. В.Є. Єсипова. СПб .: Пітер, 2001. - 464 с.
51. Шамшуріна Н.Г. Економіка лікувально-профілактичного закладу: М .: МЦФЕР, 2001. - 271 с.
52. Шевельов І.І. Економічні методи компенсації впливу забруднення навколишнього середовища на здоров'я населення. - Суми: Видавництво "Козацький Вал", 1997. - 46 с.
53. Шейман І.М. Бюджетно-страхова система охорони здоров'я: Основні характеристики та методи побудови. - Можайськ, 2003. - 128 с.
54. Шеремет А.Д., Сайфулін Р.С. Методика фінансового аналізу. - М .: Изд-во "Інфра-М.", 1996. - 172 с.
55. Щепин О.П. та ін. Організація і технологія взаємодії закладів охорони здоров'я та обов'язкового медичного страхування // Проблеми соціальної гігієни та історії медицини. - М .: 2005. - N3, С. 44-48.
56. Економіка і інноваційні процеси в охороні здоров'я / За ред. проф. В.З. Кучеренко. Авт. колл .: В.З. Кучеренко, В.М. Алексєєва, А.М. Москвичов, С.Є. Сирцова, Н.Г. Шамшуріна і ін. М .: ММА, 2004. - 294 с.

57. Економіка і організація медичного страхування / Авт. колл .: Н.А. Левант, Е.Т. Кагаловський, Т.Є. Гварліані, А.І. Вялков і ін. Хабаровськ: Хабаровськ, держ. акад. економіки і права, 2005. - 275 с.
58. Економіка і управління охороною здоров'я / За ред. дійств, чл. РАМН Ю.П. Лісіцина. Можайськ: Можайськ, поліграф, комб., 2003. - 288 с.
59. Економічна оцінка ефективності лікарської терапії (фармако-економічний аналіз). М .: Ньюдісмед, 2000. С. 44-46.
60. Cozier B., Outin J.-L., Audier F. L'economie sociale. Formes d'organisation et institutions. V. 1, 2 / P .: L'Harmattan, 1999. VI, p. 445; V. 2, p. 402.
61. Global public goods. New York Oxford: Oxford University Press, 1999. 527 p.
62. Медична реформа. <https://www.kmu.gov.ua/diyalnist/reformi/rozvitok-lyudskogo-kapitalu/reforma-sistemi-ohoroni-zdorovya>
63. Медична реформа. Офіс реформ. <http://surl.li/bjsfh>