
ТЕМА 8. АДМІНІСТРАТИВНИЙ МЕНЕДЖМЕНТ В СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

- 8.1. Міжнародні норми, стандарти та організації в сфері охорони здоров'я
- 8.2. Системи організації охорони здоров'я та моделі їх фінансування
- 8.3. Заклади охорони здоров'я як об'єкти управління в системі охорони здоров'я

***Ключові слова:** менеджмент, охорона здоров'я, заклади охорони здоров'я, системи охорони здоров'я, Семашко, Беверідж, Бісмарк, фінансування охорони здоров'я, ВООЗ, соціальні та економічні моделі організації охорони здоров'я*

8.1. Міжнародні норми, стандарти та організації в сфері охорони здоров'я

На сучасному етапі суспільного розвитку відбувається значний прогрес у поліпшенні стану здоров'я населення. Інноваційні та удосконалені системи діагностики та лікування дозволяють більш точно та якісно відслідковувати стани здоров'я та виявляти хвороби на ранніх етапах, завдяки цьому та науковим винаходам досягається мета щодо контролю більшості хвороб.

Якщо ще в недалекому минулому від більшості хвороб гинули тисячі людей, сьогодні вони достатньо добре лікуються завдяки зручним системам охорони здоров'я в різних країнах світу. Водночас, залишаються ще проблемні питання, пов'язані з пандеміями та новими видами хвороб. Тому й надалі перед урядами країн світу постають актуально питання розвитку якісної медичної допомоги та медичної системи, ці питання, як правило, зазначаються в концепціях національної безпеки країни.

Слід зазначити, що прогрес, якого досягнуто в різних країнах світу, є неоднаковим. Наприклад, дитина, яка народилася в Швеції, може прожити більше 80 років, а якщо вона народилася в Бразилії, то цей вік становитиме менше 72 років, і складатиме менше ніж 63 роки, якщо вона народилася в Індії. Наприклад, в Ірландії ризик смерті жінки під час вагітності або пологів становить від 1 до 47 600, а в Афганістані це – від 1 до 8.

Таким чином, тривалість життя і здоров'я значно відрізняється залежно від країни проживання, соціальних умов зростання та життя, різних систем охорони здоров'я та надання медичної допомоги, доступу до неї широких верст населення. Також існують певні нерівності щодо медичного обслуговування всередині деяких країн. Наприклад, дитина, що народилася в Калтоні (в районі шотландського міста Глазго) має можливість прожити на 28 років менше, ніж така ж дитина, яка народилася в Лензі (в шотландському селі на 13 кілометрів далі). Також відіграють роль й соціальні показники батьків. Наприклад, у Болівії діти, які народжені від жінок без освіти, мають 10% шансів померти у віці до 1 року. У той же час, якщо дитина народилася у жінки яка має середню освіту, шанси померти у віці до одного року скорочуються до 0,4%. У Великій Британії показники смертності серед дорослого населення в бідних кварталах в 2,5 рази вищі, ніж у більш благополучних районах.

Такі диспропорції, які відстежуються завдяки статистичним показникам та даним, не можуть бути пояснені лише з точки зору біологічних наук. Такі стани всередині країн та між країнами є наслідками соціально-економічних політик, які в них проводяться та систем охорони здоров'я, які там запроваджені. Що в цілому визначає умови народження, зростання та проживання населення країн.

Такі диспропорції говорять про певну несправедливість та про те, що в сучасному світі та в процесі глобалізації їх можна уникнути. Слід зазначити, що в першу чергу – це питання не економіки та економічного розвитку країн світу. Хоча без рівного розподілу ресурсів, зростання національної економіки може навіть поглибити нерівності стосовно охорони здоров'я. Такі країни, як Куба, Коста-Ріка, Шрі-Ланка, досягли значного прогресу в рівні здоров'я, незважаючи на в цілому відносно низьке національне економічне зростання.

Вочевидь, що процеси світової інтеграції та глобалізації позначилися на системі охорони здоров'я в кожній країні, інформаційні ресурси почали відігравати значну роль в системі розбудови, реформування та забезпечення охорони здоров'я: питання якості питної води та санітарії по-

сілі значне місце у світових форумах та комунікативних подій, було спрямовано спільні зусилля на вироблення уніфікованих норм та стандартів; знання та досвід в сфері охорони здоров'я збільшуються значними темпами, удосконалюються практично всі ресурси систем охорони здоров'я.

Глобальні засади зобов'язань щодо забезпечення здоров'я для всіх проголошується у Декларації про цілі розвитку тисячоліття. Відповідно до цього документу уряди країн взяли на себе зобов'язання по досягненню визначених восьми цілей, спрямованих на зменшення бідності до 2015 року. Водночас, на практиці виявилось, що будь-які глобальні зусилля неможливі без активної участі громадянського суспільства та його підтримки. Більшість проблем тут постає через те, що люди не знають своїх прав і обов'язків урядів. Достатньо проблемним залишається питання напрямів соціально-економічної політики, які в результаті реформування повинні бути спрямовані на те, щоб долати диспропорції у стані здоров'я, оскільки здоров'я в демократичних високо розвинутих країнах – це не тільки прагнення до благополуччя, а право людини. І до цього мають йти всі країни світу.

Таким чином, гармонізація норм та стандартів у галузі охорони здоров'я стає ключовим напрямом реформування систем надання медичної допомоги і важливим завданням та метою діяльності більшості міжнародних організацій, які опікуються питаннями охорони здоров'я.

До міжнародних організацій в сфері охорони здоров'я належать такі організації, які займаються питаннями охорони здоров'я та медицини, а також спеціалізуються в питаннях охорони здоров'я.

У більш широкому розумінні – це міжнародні організації, які займаються питаннями дотримання та захисту прав на здоров'я, також сюди включають спеціалізовані міжнародні неурядові організації.

Додатково. Міжнародна організація у сфері охорони здоров'я – міжнародна міжурядова або неурядова організація або органи міжнародної організації, які володіють повною або частковою компетенцією з питань охорони здоров'я, медицини, лікарських засобів, професійного здоров'я.

Першими міжнародними організаціями з широкими повноваженнями в сфері охорони здоров'я були *Міжнародне санітарне бюро (1902), Міжнародне бюро громадської гігієни (1907), Організація охорони здоров'я Ліги Націй (1923), Міжнародне (Панамериканське) санітарне бюро (1902-1958 роки - Панамериканська організація охорони здоров'я (Pan-American Health Organization - PAHO))*.

Достатньо тривалий час однією з провідних та відомих міжнародних організацій стала Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ - World Health Organization).

Додатково. ВООЗ є основною універсальною організацією в сфері координації міжнародної співпраці в галузі охорони здоров'я в рамках системи ООН. Вона була створена в 1948 році, правовою основою її діяльності стали Статут (Конституція) ВООЗ 1946 року, який набрав чинності 7 квітня 1948 року, і Угода між ООН і ВООЗ 1948 року.

Як визначено в Статуті, метою її створення та діяльності є досягнення всіма народами можливо вищого рівня здоров'я. Основні функції цієї ВООЗ в статті 2 Статуту.

Головними органами ВООЗ є:

- > Всесвітня асамблея охорони здоров'я;
- > Виконавчий комітет;
- > Секретаріат.

Штаб-квартира ВООЗ знаходиться в Женеві.

Розглянемо функції цих структурних органів ВООЗ детальніше.

Всесвітня асамблея охорони здоров'я (далі - Асамблея) є вищим органом ВООЗ і складається з делегатів держав-учасниць ВООЗ. До складу делегації входять по три делегати, один з яких є

головним. Відповідно до регламенту Всесвітня асамблея охорони здоров'я може збиратися на чергові і спеціальні сесії.

Виконавчий комітет складається з 34 членів, які є кваліфікованими фахівцями в галузі охорони здоров'я, які обираються на три роки. Виконавчий комітет проводить не менше двох сесій щороку. Цей орган ВООЗ так само, як і Асамблея, може створювати комітети і підкомітети. Існують три постійно діючих комітети – Комітет з розробки програм, Комітет з адміністративних, бюджетних та фінансових питань, Комітет аудиту. У разі необхідності в рамках діяльності Виконавчого комітету можуть створюватися й інші допоміжні органи. Постійні комітети Виконавчого комітету є органами обмеженого складу, який визначається Виконавчим комітетом. Інші комітети є структурними органами відкритого складу, оскільки складаються з усіх зацікавлених країн-учасниць.

Секретаріат ВООЗ – це постійно діючий орган, який складається з керованого Генеральним директором технічного й адміністративного персоналу. Члени Секретаріату мають статус міжнародних посадових осіб.

Слід відзначити, що особливістю формування структури ВООЗ є регіоналізація. Діяльність ВООЗ здійснюється за допомогою центральних органів і шести регіональних організацій:

- >Регіональне бюро для країн Америки;
- >Європейське регіональне бюро;
- >Регіональне бюро для країн Південно-Східної Азії;
- >Регіональне бюро для країн Африки;
- >Регіональне бюро для країн Східного Середземномор'я;
- >Регіональне бюро для країн Західної частини Тихого океану.

Такий розподіл та формування структури управління дозволив досягти найбільшої та зручної адаптації до національних, економічних та екологічних, географічних, кліматичних особливостей різних територій і сприяв найкращому відображенню регіональних пріоритетів. Кожна регіональна організація складається з Регіонального комітету і Регіонального бюро.

>Регіональні комітети складаються з представників держав-членів ВООЗ та асоційованих членів певного регіону. Регіональні бюро працюють в складі та під загальним керівництвом Генерального директора ВООЗ і є адміністративними органами Регіональних комітетів. Очолюють Регіональні бюро регіональні директори, які призначаються Виконавчим комітетом ВООЗ та Регіональним комітетом.

Нормативно-правова діяльність ВООЗ визначена в статті 2 Статуту ВООЗ. Також в статті 19 цього документу встановлено, що Асамблея має право приймати конвенції та угоди з будь-якого питання, яке належить до компетенції ВООЗ.

Асамблея має право встановлювати правила, які стосуються:

- >Санітарних та карантинних вимог, а також інших заходів, які спрямовані проти міжнародного поширення хвороб;
- >Стандартів методів діагностичних досліджень з метою їх міжнародного використання;
- >Визначення номенклатури хвороб, причин смерті та практики охорони громадського здоров'я;
- >Вироблення стандартів щодо нешкідливості, чистоти та сили дії біологічних, фармацевтичних і подібних продуктів, що знаходяться в обігу міжнародної торгівлі, та реклами та ярликів біологічних, фармацевтичних і подібних продуктів тощо.

Особливістю засад нормотворчої діяльності ВООЗ також є прийняття спільних регламентів та рекомендацій, посібників, які не мають обов'язковою юридичну силу.

Наприклад, перший Регламент був прийнятий Асамблеєю в 1948 році і містив уніфіковані номенклатури захворювань і причин смертності.

Серед рекомендацій ВООЗ слід виділити наступні:

- 1.Спільні рекомендації ВООЗ, МОП (Міжнародна організація праці) для служб охорони здоров'я з проблеми ВІЛ / СНІДу 2005 року;
- 2.Рекомендації щодо застосування противірусних препаратів 2009 року;
- 3.Рекомендації щодо забезпечення інвалідними кріслами-колясками з ручним керуванням в умовах обмежених ресурсів 2010 року та інші.

Серед посібників можна згадати такі:

1. Керівництво з питань ВІЛ-тестування та консультування з ініціативи медичних працівників в лікувально-профілактичних установах 2007 року;
2. Практичний посібник з використання контрольного переліку ВООЗ з хірургічної безпеки 2009 року;
3. Посібник з невідкладної допомоги при травмах 2010 року та інші.

Важливе значення мають Міжнародні медико-санітарні правила (ММСП), які були прийняті ще в 1951 році. На сучасному етапі діє нова редакція, прийнята 58-ю сесією Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я 23 травня 2005 року, ці Правила набули чинності 15 червня 2007 року.

Додатково. Міжнародні медико-санітарні правила – визначаються як міжнародний договір, який є обов'язковим для всіх 194 держав. Ці правила спрямовані на запобігання найбільш серйозних ризиків у сфері охорони здоров'я та мають транскордонний характер. Перегляд ММСП в 2005 році сприяв уніфікації більшості міжнародних санітарних конвенцій.

Єдина конвенція, прийнята в рамках ВООЗ - Рамкова конвенція ВООЗ по боротьбі проти тютюну 2003 року. Ухвалення цієї Конвенції значно вплинуло на міжнародно-правове співробітництво в галузі охорони здоров'я і розвиток міжнародного права в цій царині. ВООЗ вперше скористалася своєю нормотворчою функцією і при прийнятті та підготовці Конвенції 2003 року були задіяні низка міжнародних урядових і неурядових організацій (СОТ, МОП, ФАО, Міжнародний союз проти раку, Міжнародний союз по боротьбі з туберкульозом і хворобами легень). На сучасному етапі відзначають високу ефективність Конвенції.

Метою Конвенції 2003 року і Протоколів до неї є "...захист нинішнього і майбутніх поколінь людей від негативних медичних, соціальних, екологічних, економічних наслідків споживання тютюну і тютюнового диму, від його руйнівного впливу на здоров'я людини за допомогою забезпечення відповідних рамок для заходів боротьби проти тютюну, що підлягають здійсненню на національному, регіональному та міжнародному рівнях з тим, щоб постійно і суттєво знижувати поширеність споживання тютюну і впливу тютюнового диму".

Результатом нормотворчої діяльності ВООЗ стало ухвалення таких глобальних стратегій, як:

- > Глобальна стратегія з харчування дітей грудного та раннього віку (2002);
- > Глобальна стратегія з харчування, фізичної активності та здоров'я (2004);
- > Глобальна стратегія сектора охорони здоров'я по ВІЛ / СНІДу (2003-2007);
- > Стратегія «Зупинити туберкульоз» (2006-2015);

Також приймалися Регіональні стратегії і плани:

План «Зупинити туберкульоз в 18 найбільш пріоритетних країнах Європейського регіону» (2007-2015);

Європейська базова стратегія зниження тягаря ТБ / ВІЛ (2003);

Стратегія попередження хронічних захворювань в Європі (2005).

У 1998 році ВООЗ було прийнято Стратегію «Здоров'я для всіх у XXI столітті», яка стала результатом глобального підходу до проблеми забезпечення та удосконалення систем охорони здоров'я в країнах світу. У цьому документі визначаються глобальні пріоритети та завдання, які покликані забезпечити можливості досягнення і підтримки якомога вищого рівня здоров'я у всесвітньому масштабі на перші два десятиліття XXI століття.

Також в глобальному контексті важливою є посада Спеціального доповідача з питання про право кожної людини на найвищий досяжний рівень фізичного і психічного здоров'я. Така посада була встановлена Резолюцією 2002/31 Комісії з прав людини у 2002 році в системі органів ООН в світлі регулювання прав людини ООН. Запровадження такої посади мало важливе значення для оцінки ефективності щодо дотримання права людини на найвищий досяжний рівень фізичного і психічного здоров'я.

Згідно Резолюції 2002/31 Спеціальний доповідач має такі права:

- > здійснювати співробітництво з урядами, органами державної влади, спеціалізованими установами та програмами ООН, зокрема з ВООЗ, а також з неурядовими організаціями та міжнародними фінансовими установами;

> збирати, запитувати та отримувати з усіх зазначених джерел інформацію, яка стосується права на здоров'я, і надавати таку інформацію;

> вносити рекомендації щодо відповідних заходів, спрямованих на заохочення і захист права на здоров'я;

> готувати доповіді про стан реалізації права на здоров'я в країнах, в тому числі – про прийняття відповідних внутрішньодержавних нормативно-правових актів, політичні заходи, практику реалізації та захист права внутрішньодержавними методами.

Спеціальний доповідач має здійснювати проведення державних місій і розслідувань з проблемних галузей охорони здоров'я; розглядати скарги від приватних осіб або груп людей щодо порушення права на здоров'я; а також щорічно подавати доповіді ООН про права людини.

Також слід зазначати про такі універсальні міжнародні організації, які відіграють важливу роль щодо реалізації міжнародного співробітництва в сфері охорони здоров'я та володіють частковою компетенцією в цій сфері – Міжнародна організація праці (МОП), Світова організація торгівлі (СОТ), Комітет з ліквідації дискримінації щодо жінок, Комітет з прав дитини.

До спеціалізованих міжнародних організацій та інституцій в сфері охорони здоров'я належать:

1. Європейський комітет з питань охорони здоров'я;
2. Комісія Європейської фармакопеї;
3. Європейський директорат з якості лікарських засобів для охорони здоров'я;
4. Керівний комітет з біоетики;

Важливу роль в забезпеченні права на здоров'я відіграють також міжнародні неурядові інституції:

- > Всесвітня медична асоціація;
- > Лікарі без кордонів;
- > Міжнародний союз проти раку;
- > Міжнародний союз по боротьбі з туберкульозом і хворобами легень;
- > Міжнародна фармацевтична федерація;
- > Міжнародна федерація фармацевтичних виробників і асоціацій;
- > Міжнародна рада медичних сестер;
- > Європейське суспільство онкологічних медсестер;
- > Європейський альянс з громадської охорони здоров'я.

У більшості країн фундаментом національних політик в сфері охорони здоров'я є відповідна нормативно-правова база, яка розробляється відповідно до міжнародних норм і стандартів, що викладені у правових актах Організації Об'єднаних Націй (ООН), Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), Ради Європи (РЄ), Міжнародної організації праці (МОП).

Країни-члени Організації економічного співробітництва і розвитку (ОЕСР) при удосконаленні власних систем охорони здоров'я та їх фінансування, в основному, дотримуються трьох принципів:

- > висока якість медичної допомоги за оптимальних витрат;
- > забезпечення рівного доступу до медичного обслуговування для усіх громадян на основі солідарної участі бідних та багатих, хворих та здорових, молодих та осіб похилого віку, незалежно від місця проживання;

- > макроекономічна ефективність, яка говорить про те, що максимально допустима частка національних ресурсів має бути спрямована на задоволення потреб в галузі охорони здоров'я.

Мінімальний перелік медичної допомоги, який повинна гарантувати держава, визначено у таких міжнародних нормативно-правових актах, як:

1. Конвенція МОП «Про мінімальні норми соціального забезпечення» (№130 від 1952 року, стаття 10);

2. Конвенція МОП «Про медичну допомогу і допомогу у зв'язку із захворюванням» (№130 від 1969 року, стаття 13).

Остання з наведених конвенцій визначає мінімальний перелік медичних послуг, які мають забезпечуватися населенню:

-
- > загальна лікарняна допомога, зокрема, допомога на дому;
 - > допомога, яка надається спеціалістами стаціонарно або амбулаторно;
 - > госпіталізація за показаннями;
 - > допомога спеціалістів, яка може надаватися поза межами лікарні;
 - > забезпечення необхідними медикаментами за рецептом лікаря або іншого кваліфікованого спеціаліста;
 - > медична реабілітація, в тому числі надання, ремонт і заміна протезів або ортопедичних засобів, якщо це передбачено національним законодавством;
 - > стоматологічна допомога, якщо вона передбачена національним законодавством.

У кожній країні існують свої проблеми в галузі охорони здоров'я, які визначають формування національних політик та шляхи їх удосконалення, прийняття відповідних державних програм, концепції та ін.

Наприклад, програми допомоги матерям та дітям, у яких медична допомога доповнюється грошовою допомогою при народженні дитини. Додаткова медична допомога відрізняється від соціального страхування і передбачає встановлення конкретного розміру медичної допомоги. Достатність такої допомоги визначається відповідно до законодавства кожної країни.

Вибір моделі публічного управління та адміністрування в галузі охорони здоров'я в певній країні світу відбувається відповідно до соціально-економічної політики цієї держави та рівня її соціально-економічного розвитку.

8.2. Системи організації охорони здоров'я та моделі їх фінансування

Системи охорони здоров'я в різних країнах відрізняються за деякими показниками, які власне і визначають організацією та вибір моделі організації охорони здоров'я в країні:

- > джерела фінансування медичної допомоги;
- > обсяг державних гарантій;
- > схема фінансування охорони здоров'я;
- > роль держави та державне управління в галузі охорони здоров'я;
- > виконавці та замовники медичних послуг та їх статус;
- > тип взаємовідносин між замовником та надавачем медичних послуг;
- > забезпечення права пацієнтів;
- > забезпечення прав медичних працівників.

Проте попри таке різноманіття показників організації системи охорони здоров'я в різних країнах, в науці публічного управління та адміністрування виділяють низку економічних критеріїв, які є уніфікованими для визначення характеристики та аналізу системи охорони здоров'я в певній країні:

1. Способи фінансування галузі охорони здоров'я та отримання фінансових ресурсів;
2. Відносини власності, які сформовані в країні;
3. Механізми стимулювання виробників медичних послуг та споживачів послуг.

У відповідності до зовнішніх та внутрішніх факторів впливу, рівня досягнутого соціально-економічного розвитку, традицій та ментальності в кожній країні запроваджується власний унікальний спосіб залучення економічних та фінансових ресурсів для організації медичної допомоги, забезпечення охорони здоров'я в цілому та забезпечення національної безпеки в цій сфері. Кількість та якість ресурсів, їх ефективність та раціональність використання в сфері охорони здоров'я визначаються сукупністю політичних, економічних, соціальних, морально-етичних та інших відносин, що склалися в країні.

Таким чином, система охорони здоров'я в кожній країні визначається багатьма факторами, але основним і ключовим показником в організації системи охорони здоров'я є роль та функції держави в економічних та соціальних процесах.

Відповідно до світового досвіду організації охорони здоров'я виділяються три основні економічні моделі, які визначаються способом фінансування цієї галузі:

1. Платна медицина, яка формується в країнах з розвинутими ринковими економічними відносинами і ґрунтується на засадах приватного медичного страхування;

2. Державна медицина, яка фінансується з державного бюджету;

3. Змішана система охорони здоров'я, яка ґрунтується на засадах соціального страхування та регулювання ринкових відносин на основі багатоканального фінансування.

Спосіб фінансування охорони здоров'я впливає на власне систему організації охорони здоров'я в країні. Слід відзначити, що моделі фінансування охорони здоров'я формувалися протягом тривалого часу і на них впливали певні фактори, основними з яких є історичні передумови розвитку країни. Тому системи фінансування охорони здоров'я не існують в якомусь уніфікованому вигляді, вони є динамічними та рухомими, постійно розвиваються та удосконалюються.

У розвинутих країнах при організації фінансування охорони здоров'я існує достатньо суворий контроль за фінансовими ресурсами та видатками на цю сферу, який визначається наступними заходами:

> загальним темпом зростання рівня витрат на рівні темпу інфляції в країні;

> стабілізацією витрат на охорону здоров'я у відсотковому відношенні щодо національного доходу або ВВП;

> заморожуванням фінансування галузі на певному етапі, завдяки чому досягається нульове зростання витрат;

> загальними витратами на охорону здоров'я, які можуть підвищуватися в обумовлених випадках або бути обмеженими;

> обсягами витрат на систему охорони здоров'я, які пов'язуються з обсягом надходження податків та внесків до страхових фондів.

Отже, на основі механізмів фінансування системи охорони здоров'я виділяються дві основні моделі – ринкова та соціальна.

Ринкова модель організації охорони здоров'я передбачає переважно приватне фінансування галузі, коли не використовується фінансування із суспільних фондів. При впровадженні такої моделі охорони здоров'я об'єм медичної допомоги визначається ринковими відносинами в країні, які саморегулюються. Такий стан характеризується тим, що малозабезпечені прошарки суспільства мають обмежений доступ до медичної допомоги.

Оскільки роль держави обмежена у регулюванні ринку, в тому числі і медичних послуг. Держава обмежується наступними чинниками:

> законодавчими актами, які регулюють відносини суб'єктів ринку медичних послуг;

> окремими програмами, реалізація яких фінансується з державного бюджету.

За ринкової моделі організації охорони здоров'я, фінансування галузі відбувається з таких джерел:

1. Внески з приватних джерел;

2. Приватні страхові фонди охорони здоров'я;

3. Прямі виплати виробникам медичних послуг;

4. Комбінації цих трьох джерел фінансування (змішані форми).

Медичне страхування здійснюється на приватній основі, хоча забезпечується за допомогою добровільного медичного страхування. Країни з ринковим типом економічних відносин разом з цією моделлю також можуть використовувати й інші типи фінансування або державного втручання і вдаються до комбінованого приватного та суспільного страхування.

Яскравим прикладом ринкової моделі є ринок медичних послуг в США. У цій країні галузь охорони здоров'я представлена розвинутою системою приватних медичних закладів та комерційним страхуванням. При такому типі страхування лікарі виступають виробниками медичних послуг, а пацієнти – покупцями. Тому ринок сфери медичних послуг виявляється найбільш наближеним до вільного ринку й має свої переваги та недоліки. До переваг ринкової моделі охорони здоров'я можна віднести:

> постійне зростання якості медичних послуг та їх удосконалення, що пов'язано з формуванням конкурентних відносин в ринковому середовищі;

-
- > стимуляцію розвитку нових медичних технологій та способів лікування;
 - > забезпечення інтенсивної діяльності та мотивації медичних працівників;
 - > відсіювання економічно нерентабельних та неефективних технологій та стратегій;
 - > мобільність фінансових та інших ресурсів.

До недоліків ринкової моделі охорони здоров'я можна віднести:

- > відсутність рівного доступу до медичних послуг у різних соціальних груп населення;
- > високі витрати та висока вартість медичної послуги, високі ціни на медичні послуги;
- > високі суспільні витрати на медичні послуги;
- > слабкість державного втручання у визначення та формування пріоритетних напрямів розвитку охорони здоров'я;
- > недобросовісна конкуренція між надавачами медичних послуг;
- > неконтрольований державою вплив реклами та модних тенденцій в цій сфері.

Таким чином, ця модель має дві сторони однієї медалі: з одного боку, вона характеризується високою якістю медичних послуг та розвитком медицини, з іншого – є однією з найбільш високвитратних і не завжди справедливою. Наприклад, в США витрати на обслуговування галузі охорони здоров'я складають 14% ВВП. У ринкових умовах громадяни як споживачі медичних послуг постійно вимушені обирати – куди краще вкласти власні фінансові ресурси: фінансовий чи страховий ринок. Також зазначена система не надає соціальних гарантій населенню щодо отримання медичної допомоги і фактично не є доступною для всіх верств населення.

Наступна модель – соціальна. Така модель охорони здоров'я покладена в основу трьох систем організації охорони здоров'я, які відомі як Беверіджа, Бісмарка, Семашко (за авторами цих систем).

Особливістю соціальної моделі організації охорони здоров'я є організація фінансування, яке ґрунтується на залученні коштів у спільний фонд медичного забезпечення. Для цього використовуються такі основні джерела фінансування:

1. Податки у суспільні фонди;
2. Внески у суспільні фонди медичного страхування;
3. Змішані джерела фінансування.

Суспільні фонди охорони здоров'я формуються в залежності від розмірів доходів. Оподаткування часто не залежить від розміру доходів громадян. Система фінансування суспільних фондів може бути змішаною і поєднувати податки та страхові внески. За рахунок податків здійснюється фінансування галузі охорони здоров'я в таких країнах, як, наприклад, Ірландія, Велика Британія, Швеція, Фінляндія, Канада, Іспанія. Навпаки, в Бельгії, Франції, Німеччині, Люксембурзі, Нідерландах, Японії фінансування охорони здоров'я здійснюється за рахунок суспільного страхування.

Надходження коштів у суспільні фонди здійснюється за рахунок:

1. Загальнодержавної (федеральної) системи оподаткування;
2. Регіональної (провінційної) системи оподаткування;
3. Місцевої системи оподаткування;
4. Змішаної форми, яка містить елементи усіх трьох вище зазначених джерел.

До соціальної моделі фінансування системи охорони здоров'я належать загальновідомі системи організації охорони здоров'я: Бісмарка, Беверіджа, Семашко, які розглянемо детальніше.

Система організації охорони здоров'я Бісмарка.

Ця система організації охорони здоров'я ґрунтується на фінансуванні галузі переважно за рахунок обов'язкового соціального страхування на випадок хвороби. Вона була вперше запроваджена в Німеччині в національному масштабі Отто фон Бісмарком у 1881 році. В історичному контексті це була перша державна система охорони здоров'я. Ця модель слугувала зміцненню здоров'я простих робітників, яких розглядали як потенційних військовослужбовців. Фонди соціального страхування сплачували видатки на лікування, видавали допомогу по безробіттю, пенсії тощо. Поступово виділились так звані «лікарняні каси». Цю систему охорони здоров'я ще називають німецькою моделлю або континентальною моделлю.

Модель Бісмарка передбачає фінансування сфери охорони здоров'я не менше, ніж 60% усіх витрат за рахунок фонду чи фондів обов'язкового медичного страхування. Решта витрат, які скла-

дають до 40%, фінансуються за рахунок коштів державного бюджету, добровільного медичного страхування, коштів, отриманих від надання платних медичних послуг, благодійних організацій та спонсорської допомоги, а також – міжнародних програм охорони здоров'я. Згідно даної моделі обов'язковому медичному страхуванню підлягає майже все населення країни.

Громадяни, які прагнуть отримувати більше медичних послуг окрім тих, що входять в перелік обов'язкового медичного страхування, мають право на добровільне медичне страхування.

Перевагами такої моделі фінансування сфери охорони здоров'я є:

рівний доступ кожного громадянина до медичної допомоги, незалежно від його фінансового стану («багатий платить за бідного»);

> ефективний перерозподіл фінансових ресурсів та направлення їх, де вони необхідні;

> неможливість зловживання ресурсами з метою отримання обсягу медичної допомоги понад потребу;

> висока якість медичних послуг.

Ця модель характеризується певними недоліками, а саме:

> неможливість повністю охопити все населення країни;

> невиправдане збільшення вартості медичних послуг;

> відсутність профілактики захворювань.

Модель Бісмарка використовується в Австрії, Бельгії, Німеччині, Нідерландах, Люксембурзі, Франції, Швейцарії.

Модель Беверіджа.

Англійський економіст У.Беверідж запропонував так звану «трансфертну систему», яка побудована на звичних принципах страхування. Відповідно до цієї системи державі слід поширювати трансфертні виплати тільки на людей, які дійсно не можуть забезпечити собі медичне страхування (зокрема, на дітей).

Модель Беверіджа передбачає, що фінансування сфери охорони здоров'я здійснюється в обсязі до 90% усіх витрат за рахунок бюджету, в основі якого покладено податкові надходження. Решта – 10% фінансування складаються з коштів, які накопичуються за рахунок добровільного медичного страхування, за рахунок коштів від платних медичних послуг (як правило, це стоматологічні та інші послуги, що не входять в перелік оплачуваних державою), кошти благодійних організацій, і різноманітна спонсорська допомога.

Зважаючи, що основна частина видатків здійснюється з бюджету, цю модель ще називають бюджетною або державною.

Основними перевагами цієї моделі є те, що:

> кошти чітко контролюються державою і направляються безпосередньо на найбільш важливі напрямки системи охорони здоров'я;

> ціни на медичні послуги залишаються стабільними і практично не змінюються, оскільки їх формує держава.

Існують також недоліки цієї моделі:

> оскільки ціни на медичні послуги фіксовані, не піддаються законам ринку, то тут має місце і зниження їх якості;

> формуються великі черги на отримання медичної допомоги різних видів.

Модель Беверіджа використовується в таких країнах, як Велика Британія, Данія, Ісландія, Ірландія, Норвегія, Фінляндія, Швеція.

Важливу роль в зазначених моделях відіграє добровільне медичне страхування (ДМС). Досвід європейських країн свідчить про те, що цей вид страхування може певною мірою забезпечувати фінансування охорони здоров'я, особливо це актуально для країн із постійним недофінансуванням медичної галузі. У рамках моделі Беверіджа роль добровільного медичного страхування незначна, наприклад, у Великій Британії поліси ДМС мають близько 11 % населення, і то переважно з тієї причини, що громадяни бажають покращити якість медичних послуг, які гарантовані державою. У моделі Бісмарка існують більші можливості для ДМС, оскільки населення з більш високими доходами апріорі готове платити більше задля отримання медичної допомоги вищої якості, розширення спектра послуг, які покриваються медичною страховкою,

отримання права вибору лікаря, окремої палати тощо. Саме тому європейський ринок ДМС є достатньо розвинутим.

Модель Семашко.

В усі попередні роки незалежності України вітчизняна система була продовженням радянської, яку ще називали «системою Семашка». Вона носила ім'я відомого на той час лікаря і державного діяча Миколи Семашка, який організував систему охорони здоров'я СРСР, і передбачала фінансування закладів охорони здоров'я за кількістю ліжко-місць.

У часи, коли у селах мешкало багато людей, а в містах не було приватних медичних закладів, які створювали конкуренцію державним, ця система була виправданою та зрозумілою для адміністративно-командного типу економічних відносин.

Однією з головних ідей «системи Семашка» було проголошення рівних прав громадян на отримання медичної допомоги незалежно від майнового статусу, що й було записано в радянській конституції, і відповідно до цієї ідеї було побудовано модель охорони здоров'я.

Водночас на реалізацію «системи Семашко» постійно не вистачало фінансових, кадрових ресурсів, обладнання, матеріалів тощо. Проте дещо втілювалося в життя і було не позбавлено сенсу. Наприклад, медична допомога була значно наближеною до людини. На заводах, великих підприємствах, у школах та садочках, поруч із місцем проживання і в усіх селах були наявні медичні пункти. Незважаючи, що тодішня медична система була далекою від досконалості, вона була фізично доступною для більшості населення. А якщо пацієнт не міг самостійно добратися до медичного закладу – дільничний лікар приходив до пацієнта, інколи лікар міг приїздити до хворого, використовуючи машину невідкладної швидкої допомоги. На сучасному етапі ця модель вже є значно реформованою і відповідно до міжнародних стандартів сімейні лікарі, як і лікарі невідкладної швидкої допомоги, вирішують самостійно, чи потребує стан пацієнта їхньої присутності та госпіталізації.

При «системі Семашко» централізовано розвивалася роль профілактики та реабілітації. Наприклад, було вироблено єдину уніфіковану схему боротьби з інфекційними захворюваннями і 90% населення регулярно проводилися вакцини, що в цілому дозволило успішно побороти найпоширеніші інфекції. Більшість працівників державних підприємств мали можливість раз на кілька років отримати «профспілкову» оздоровчу путівку з великою знижкою, що частково зберігалось навіть ще у 2000-х роках.

Також вважають, що в цій системі робився акцент не на якості медичних послуг, а на кількості лікарень, медичного персоналу і ліжко-місць, тому лікарі не мали стимулу до самоосвіти та самоменеджменту, хворі були «прикріплені» до них автоматично за територіальним принципом, що негативно позначалося на якості медичної допомоги та позбавляло конкуренції.

Аналізуючи зазначені моделі охорони здоров'я, можна відзначити, що ефективність функціонування будь-якої медичної системи, результатом якої є задовільний стан здоров'я нації, залежить від достатності її фінансування.

***Додатково.** Основними джерелами фінансування охорони здоров'я в Україні є такі:*

- > державний і місцевий бюджети*
- > благодійні внески юридичних і фізичних осіб*
- > гонорари медичним працівникам*
- > фонди добровільного медичного страхування, які в нашій країні перебувають ще на етапі свого становлення та розвитку.*

На жаль, однією з основних проблем системи охорони здоров'я в Україні залишається відсутність рівного та справедливого доступу населення до медичних послуг. Законодавчо в Україні функціонує система безкоштовної медицини, проте на практиці досить поширеними є так звані добровільні внески, тому доступ до послуг отримують у першу чергу ті пацієнти, які можуть за них заплатити.

Часткова оплата медичних послуг споживачами існує у всіх розвинених країнах. Вона необхідна для того, щоб унормувати доступ до медичного обслуговування, знизити попит на нього і сприяти збільшенню дохідної частини коштів на охорону здоров'я. Часткова оплата, як правило, здійснюється за амбулаторне призначення лікарських засобів, амбулаторне і стаціонарне лікування, стоматологічне обслуговування.

Таким чином, сфера охорони здоров'я у розвинутих країнах фінансується з таких джерел:

1. Податкові надходження;
2. Кошти фонду обов'язкового медичного страхування;
3. Кошти фонду добровільного медичного страхування;
4. Прямі платежі населення.

Залежно від того, який ресурс фінансування переважає в країні, визначається власне модель фінансування галузі охорони здоров'я. Але в цілому незалежно від того, яка модель використовується у розвинутих країнах, у галузі охорони здоров'я підтримується багатоканальне фінансування.

На сучасному етапі трансформацій медичних систем цілі державних політик у галузі охорони здоров'я, досягти яких прагнуть економічно розвинені країни, визначаються таким чином:

> забезпечення адекватності допомоги та справедливості при забезпеченні доступу до послуг;

- > захист доходів пацієнтів;
- > свобода вибору для споживача
- > макроекономічна ефективність;
- > мікроекономічна дієвість (ефективність);
- > автономія для постачальників послуг.

Більшість національних європейських систем охорони здоров'я характеризуються послабленням державних функцій щодо забезпечення медичного обслуговування і це є підґрунтям для прогнозів щодо появи соціальних інститутів, які будуть здійснювати організацію та управління медичною допомогою.

При цьому, як зазначається в дослідженнях, модернізацію національних систем охорони здоров'я в XXI столітті будуть визначати три найбільш важливі тенденції:

1. Розвиток і пріоритет ринкових відносин для всіх суб'єктів системи охорони здоров'я;
2. Подальша уніфікація стандартів у сфері надання медичних послуг на міжнародному рівні;
3. Рішення специфічних внутрішніх проблем з врегулювання видатків, які мають покривати медичне обслуговування населення.

Згідно з прогнозами, “загальносвітовий обсяг видатків на охорону здоров'я зростатиме й надалі. Передбачається подальше зростання витрат на 5,4% щороку протягом 2017-2022 років, з 7,724 трильйонів доларів США до 10,059 трильйонів доларів США”. На фінансові показники системи охорони здоров'я впливає ціла низка таких чинників, як:

- > поява персоналізованої медицини,
- > поширення інноваційних технологій,
- > вихід на ринок компаній, які створюють нову та нетрадиційну конкуренцію,
- > попит на медичні центри з розширеним переліком послуг
- > вдосконалення моделі оплати послуг та державного фінансування.

Усі суб'єкти управління ринку послуг у сфері охорони здоров'я знаходяться в активному пошуку новітніх технологій, здійснюють операції зі злиття та поглинання і розвивають партнерські відносини.

8.3. Заклади охорони здоров'я як об'єкти управління в системі охорони здоров'я

У Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» визначено, що “закладами охорони здоров'я є підприємства, установи та організації, завданням яких є забезпечення різноманітних потреб населення в галузі охорони здоров'я шляхом надання медико-санітарної

допомоги, включаючи широкий спектр профілактичних і лікувальних заходів або послуг медичного характеру, а також виконання інших функцій на основі професійної діяльності медичних працівників”.

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

***Додатково.** Організаціями виступають підприємства, які є самостійними суб'єктами господарювання, створені компетентним органом державної влади або органом місцевого самоврядування, або іншими суб'єктами для задоволення суспільних та особистих потреб шляхом систематичного здійснення виробничої, науково-дослідної, торговельної, іншої господарської діяльності в порядку, передбаченому Господарським Кодексом України та іншими законами.*

В Україні підприємства можуть створюватись як для здійснення підприємницької, так і для некомерційної господарської діяльності.

Відповідно до законодавства, підприємство визначається як юридична особа, має відокремлене майно, самостійний баланс, рахунки в установах банків, печатку зі своїм найменуванням та ідентифікаційним кодом. Підприємство не має у своєму складі інших юридичних осіб.

Залежно від форм власності, передбачених законом, в Україні можуть діяти підприємства таких видів:

1. Приватне підприємство, що діє на основі приватної власності громадян чи суб'єкта господарювання (юридичної особи);
2. Підприємство, що діє на основі колективної власності (підприємство колективної власності);
3. Комунальне підприємство, що діє на основі комунальної власності територіальної громади;
4. Державне підприємство, що діє на основі державної власності;
5. Підприємство, засноване на змішаній формі власності (на базі об'єднання майна різних форм власності).

В Україні можуть діяти також інші види підприємств, передбачені законом.

***Додатково.** У разі, якщо в статутному фонді підприємства іноземна інвестиція становить не менше десяти відсотків, воно визнається підприємством з іноземними інвестиціями. Підприємство, в статутному фонді якого іноземна інвестиція становить сто відсотків, вважається іноземним підприємством.*

Залежно від способу заснування та формування статутного фонду, в Україні підприємства поділяються на унітарні та корпоративні.

Особливості правового статусу унітарних і корпоративних підприємств установлюються Господарським кодексом України та іншими законодавчими актами.

Унітарне підприємство створюється одним засновником, який:

- > виділяє необхідне для того майно;
- > формує, відповідно до закону, статутний фонд, не поділений на частки (паї);
- > затверджує статут;
- > розподіляє доходи, безпосередньо або через керівника, який ним призначається;
- > керує підприємством і формує його трудовий колектив на засадах трудового найму;
- > вирішує питання реорганізації та ліквідації підприємства.

***Додатково.** Унітарними можуть бути підприємства – державні, комунальні, підприємства, засновані на власності об'єднання громадян, релігійної організації або на приватній власності засновника.*

Корпоративне підприємство має такі особливості:

- > утворюється двома або більше засновниками за їх спільним рішенням (договором);
- > діє на основі об'єднання майна та/або підприємницької чи трудової діяльності засновників (учасників);
- > засновники спільно управляють справами підприємства на основі корпоративних прав, у тому числі через органи, що ними створюються;
- > засновники беруть участь у розподілі доходів та ризиків підприємства.

***Додатково.** Корпоративними є кооперативні підприємства, підприємства, що створюються у формі господарського товариства, а також інші підприємства, в тому числі засновані на приватній власності двох або більше осіб.*

Також існує поділ підприємств в залежності від кількості працюючих та обсягу валового доходу від реалізації продукції за рік підприємства розподіляються на:

- > малі;
- > середні;
- > великі.

***Додатково.** Малими визнаються підприємства, в яких середньооблікова чисельність працюючих за звітний (фінансовий) рік не перевищує п'ятдесяти осіб, а обсяг валового доходу від реалізації продукції (робіт, послуг) за цей період не перевищує суми, еквівалентної п'ятистам тисячам євро за середньорічним курсом Національного банку України щодо гривні.*

Малі підприємства визначаються незалежно від форми власності. Таким чином, критерії для визначення підприємства як малого ґрунтуються на кількості працівників та обсягах реалізованої продукції не більше 500 тисяч євро.

***Додатково.** Великими підприємствами визнаються підприємства, в яких середньооблікова чисельність працюючих за звітний (фінансовий) рік перевищує тисячу осіб, а обсяг валового доходу від реалізації продукції (робіт, послуг) за рік перевищує суму, еквівалентну п'яти мільйонам євро за середньорічним курсом Національного банку України щодо гривні.*

До великих підприємств належать такі, в яких частка працюючих становить понад тисячу осіб і валовий дохід від реалізованої продукції становить більше 5 млн євро за рік.

Усі інші підприємства визнаються середніми.

Для всіх підприємств характерні такі загальні показники:

- наявність місії та мети;
- людський ресурс або персонал;
- наявність структури.

Мета дуже часто визначається як місія організації.

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

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

Місія не є якоюсь універсальною догмою. Медицина є наукомісткою галуззю, технології розвиваються швидкими темпами, у зв'язку з чим у закладу з'являються нові можливості. В Україні

відбувається реформування галузі охорони здоров'я, тому нові нормативно-законодавчі акти можуть теж надавати закладу нові можливості. За таких обставин місія може переглядатися.

Велику роль місія відіграє при формуванні етичної культури закладу. Весь персонал закладу ОЗ має поділяти головні цінності та принципи, які відображені в його місії.

Характер місії проявляється у стратегії та організаційній культурі закладу. Місією закладу ОЗ визначають як сукупність зовнішніх та внутрішніх чинників, до яких відносяться:

1. Споживачі медичних послуг (пацієнти) та їх законні представники (батьки малих дітей, діти осіб літнього віку тощо);
2. Кон'юнктура ринку медичних послуг, товарів медичного призначення, медичної техніки та фармацевтичного ринку;
3. Керівники закладу, їх деонтологічні, біоетичні принципи та етико-моральні цінності;
4. Медичний та допоміжний персонал закладу;
5. Партнери (наприклад, фармацевтичні компанії, що постачають лікарські засоби та товари медичного призначення);
6. Органи державної влади та управління;
7. Суспільство в цілому.

Місія закладу ОЗ формується на основі таких чинників:

- потреби, які заклад має задовольнити;
- головна ціль, до якої він прагне;
- послуги (або продукція), які він надає (медичні, парамедичні, послуги медичного сервісу, лікарські засоби, товари медичного призначення, медична техніка тощо);
- лікувально-діагностичні, профілактичні, реабілітаційні технології, які використовує заклад;
- ринки, на яких заклад реалізує свої послуги або товари;
- цінності, що він сповідає;
- біоетичні та етико-моральні принципи діяльності.

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

Загальний зміст місії закладу ОЗ може бути відображений в:

1. Рекламних повідомленнях;
2. Бізнес-плані;
3. Річних звітах;
4. Статуті закладу;
5. Договірних угодах з діловими партнерами;
6. Документах, які відображають організаційну культуру закладу (наприклад, в етичному кодексі, правилах внутрішнього розпорядку, документі поінформованої згоди на медичне втручання тощо).

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

- соціальна відповідальність, яка проявляється в поліпшенні громадського здоров'я;
- медичне обслуговування населення;
- потреби та добробут співробітників;
- прибутки організації (для комерційних закладів охорони здоров'я).

Людські ресурси або персонал складають основу кожної організації, її основний склад, що визначатиме ефективність діяльності. Персонал закладу ОЗ є необхідною умовою надання медичних послуг.

У сучасних закладах ОЗ прагнуть максимально задіяти потенціал своїх співробітників, сприяти їх постійній професіоналізації та підвищенню кваліфікації, сприяти плануванню кар'єри, мотивувати матеріально. Сучасний менеджмент в сфері ОЗ спрямований на забезпечення належних умов, коли заклад ОЗ зацікавлений у висококваліфікованих людських ресурсах, і в свою чергу,

медичним працівникам такий заклад має бути бажаним місцем роботи. Таким чином, необхідно досягати взаємовигідних умов співпраці та задоволення від діяльності.

Третім важливим аспектом організації діяльності закладів в сфері ОЗ є наявність структури. Всі організації ОЗ мають спеціально розроблену структуру, яка є необхідною умовою обслуговування населення. Як правило, така структура є традиційною, як і будь-яка інша організація. У ній чітко визначені інструкції, функціональні обов'язки та положення про роботу кожного структурного підрозділу.

Структура закладу ОЗ не врегульована законом питання, як правило, вона визначається статутом закладу.

Додатково. Організаційна і штатна структури, структура основних фондів закладів ОЗ - державних (комунальних) підприємств визначаються виключно власником даного закладу або створеними ними органами управління відповідно до статутних завдань та ліцензійних вимог.

Організаційна робота лікарні визначається такими документами та принципами:

1. Статут лікарні.

2. Схема організаційної структури лікарні є додатком до Статуту лікарні.

3. Порядок внутрішньої організації та сфера діяльності структурних підрозділів лікарні затверджуються головним лікарем за погодженням з Наглядовою радою.

Структурні підрозділи лікарні можуть використовувати надане їм майно на основі права оперативного використання майна в обсязі, що встановлюється керівником лікарні.

Функціональні обов'язки та посадові інструкції працівників лікарні затверджує її головний лікар. Щоб забезпечити свою господарську діяльність, лікарня наймає працівників, які мають професійну підготовку та кваліфікацію, що відповідають вимогам чинного законодавства.

Специфічні особливості закладів ОЗ:

- труднощі у визначенні якості роботи окремих медичних працівників і закладу охорони здоров'я в цілому;

- необхідність чіткої координації роботи:

- а) окремих медичних працівників:

- лікар-лікар;

- лікар-медична сестра;

- медична сестра-медична сестра;

- б) окремих підрозділів або служб:

- медико-інформаційна служба - управління закладом;

- діагностична служба - лікувальні відділення стаціонару, амбулаторно-поліклінічна допомога;

- метрологічне забезпечення - діагностична служба, лікувальні відділення;

- структури амбулаторно-клінічної допомоги - відділення стаціонару;

- служба швидкої та невідкладної допомоги - відділення стаціонару;

- служба крові - лікувальні відділення стаціонару;

- патолого-анатомічна служба - лікувальні відділення стаціонару;

- інші.

- необхідність високого ступеня спеціалізації;

- недопустимість толерантного ставлення до помилок;

- терміновість і невідкладність роботи.

Класифікаційні ознаки закладів ОЗ.

Існують суттєві відмінності в різних видах закладів ОЗ, що визначають власне засади управління ними. До основних класифікаційних ознак відносять наступні:

- сфера діяльності (заклади лікувально-профілактичні, аптеки, санітарно-профілактичні заклади, заклади санітарної просвіти, медико-соціального захисту, центри медичної статистики, молочні кухні, бюро судово-медичної експертизи тощо);

-
- організаційно-правова форма (державні, відомчі, приватні, господарчі товариства, об'єднання юридичних осіб);
 - розмір;
 - участь у науково-дослідній роботі (клініки при НДІ, клінічні заклади охорони здоров'я, науково-дослідні підрозділи фармацевтичних фірм);
 - інші.

Функції лікувально-профілактичних закладів (за рекомендаціями ВООЗ):

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

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

Учасниками відносин у сфері господарювання виступають:

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

Усі заклади ОЗ здійснюють господарську діяльність, яка становить собою діяльність суб'єктів господарювання у сфері суспільного виробництва, спрямовану на:

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

Таким чином, предметом діяльності лікарні може бути:

- своєчасна госпіталізація і стаціонарне лікування хворих, кваліфіковане надання медичної допомоги населенню;
- консервативне та оперативне лікування хворих;
- надання невідкладної медичної допомоги хворим при гострих та раптових захворюваннях, травмах та інших нещасних випадках;
- розробка, впровадження та здійснення прогресивних методів лікування;
- консультативно-діагностичні послуги;
- створення комплексу комфорту, який супроводжує лікувально-оздоровчу практику;
- створення аптеки, приготування і реалізація фармацевтичних препаратів та форм;
- усі інші види медичної, консультативної, лікувальної та профілактичної діяльності, в тому числі надання платних медичних послуг відповідно до чинного законодавства;
- підготовка та підвищення кваліфікації медичних кадрів (лікарів і медичних сестер), ате-стація середнього молодшого персоналу;

-
- експертиза тимчасової непрацездатності хворих, видача та продовження листків непрацездатності, надання трудових рекомендацій хворим, що потребують переведення на інші ділянки роботи, своєчасне направлення хворих на МСЕК;
 - здійснення господарської діяльності, види та напрями якої погоджуються з управлінням охорони здоров'я при міській, обласній держадміністрації;
 - здійснення зовнішньоекономічної діяльності відповідно до чинного законодавства;
 - інша не заборонена законодавством діяльність.

Виготовлення та реалізація товарів або надання медичних послуг носить вартісний характер і має цінову визначеність.

Додатково. Господарська діяльність закладу охорони здоров'я, що здійснюється для досягнення економічних і соціальних результатів та з метою одержання прибутку, є підприємництвом, а суб'єкти підприємництва - підприємцями.

Слід зазначити, що господарська діяльність може здійснюватись і без мети одержання прибутку, таким чином мова йде про некомерційну господарську діяльність.

Сферу господарських відносин становлять такі відносини:

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

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

Організаційно-господарськими відносинами є такі, що складаються між суб'єктами господарювання та суб'єктами організаційно-господарських повноважень у процесі управління господарською діяльністю.

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

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

Основними механізмами державного впливу на регулювання діяльності закладів ОЗ є:

1. Державне замовлення, державне завдання;
2. Ліцензування, акредитація, патентування;
3. Сертифікація та стандартизація;
4. Застосування нормативів;
5. Надання інвестиційних, податкових та інших пільг;
6. Надання дотацій, компенсацій, цільових інновацій та субсидій.

У менеджменті в сфері ОЗ йдеться про те, що необхідно дотримуватися суворого управління фінансуванням, постійного підвищення показників управлінської діяльності та ефективності в наданні медичних послуг, сприяти прийняттю інноваційних рішень. Усе це може сприяти підвищенню якості надання медичної допомоги, скоротити фінансові та матеріальні витрати, створити скоординовану структуру витрат і моделей медичного обслуговування відповідно до сучасних напрямів реформування медичної сфери та фінансування закладів ОЗ та медичних послуг. Також для подальшого розвитку галузі необхідно укріплювати партнерські відносини між державою та приватним сектором, сприяти розвитку державно-приватного партнерства в цій сфері, більш активно фінансувати та інвестувати в заходи з попередження хвороб та охорони здоров'я населення, наукові дослідження та практичні розробки.

Питання для самоконтролю

1. Охарактеризуйте роль міжнародних організацій в сфері охорони здоров'я.
2. Надайте характеристику структури ВООЗ
3. Роль регіональних організацій ВООЗ
4. Роль нормотворчої діяльності ВООЗ
5. Охарактеризуйте засади діяльності Спеціального доповідача з питання про право кожної людини на найвищий досяжний рівень фізичного та психічного здоров'я.
6. Які Ви знаєте спеціалізовані міжнародні організації в сфері охорони здоров'я?
7. Надайте характеристику моделям фінансування охорони здоров'я (ринкова і соціальна).
8. У чому особливості соціальних моделей фінансування. Визначте основні три моделі та їх особливості
9. Назвіть основні типи підприємств
10. Які критерії для розподілу підприємств на малі, середні та великі?
11. Згадайте загальні показники всіх підприємств та надайте їх характеристику.

Тестові завдання

1. Головними органами ВООЗ є (обрати правильні відповіді):

- а) Всесвітня асамблея ОЗ;
- б) Світова організація торгівлі;
- в) Виконавчий комітет;
- г) Секретаріат.

2. Зазначте регіональні організації ВООЗ: _____

3. Основні нормативно-правові документи ВООЗ: _____

4. Мета прийняття міжнародних медико-санітарних правил: _____

5. Оберіть основні глобальні стратегії ВООЗ:

- а) Глобальна стратегія з харчування дітей грудного та раннього віку (2002);
- б) Глобальна стратегія сектора охорони здоров'я по ВІЛ / СНІДу (2003-2007);
- в) Стратегія «Зупинити туберкульоз» (2006-2015);
- г) Стратегія блакитного океану

6. Назвіть міжнародні неурядові інституції: _____

Управлінські ситуації для обговорення

1. Кейс-стаді з теми «Діяльність ВООЗ в світі, що глобалізується».
2. Кейс-стаді з теми «Роль регіональних організацій ВООЗ».
3. Командна робота на тему «Реформування сфери ОЗ та обрання кращої моделі розвитку вітчизняної медицини».
4. Мозковий штурм «Формування місії закладу ОЗ».

Теми рефератів

1. Діяльність ВООЗ в світі, що глобалізується.
2. Роль міжнародних організацій в сфері ОЗ під час пандемій .
3. Роль міжнародних правил та стандартів сфери ОЗ.
4. Основні засади фінансування медичної сфери.
5. Обрання моделі ОЗ в Україні.
6. Основні проблеми державного управління в сфері ОЗ.
7. Ефективність реформ в сфері ОЗ в Україні.
8. Управління закладом ОЗ: особливості та проблеми.
9. Управління персоналом закладів ОЗ.

Глосарій

Міжнародна організація у сфері охорони здоров'я - міжнародна міжурядова або неурядова організація або органи міжнародної організації, які володіють повною або частковою компетенцією з питань охорони здоров'я, медицини, лікарських засобів, професійного здоров'я.

Міжнародні медико-санітарні правила – визначаються як міжнародний договір, який є обов'язковим для всіх 194 держав. Ці правила спрямовані на запобігання найбільш серйозних ризиків у сфері охорони здоров'я та мають транскордонний характер. Перегляд ММСП в 2005 році сприяв уніфікації більшості міжнародних санітарних конвенцій.

Ринкова модель організації охорони здоров'я передбачає переважно приватне фінансування галузі, коли не використовується фінансування із суспільних фондів. При впровадженні такої моделі охорони здоров'я об'єм медичної допомоги визначається ринковими відносинами в країні, які саморегулюються. Такий стан характеризується тим, що малозабезпечені прошарки суспільства мають обмежений доступ до медичної допомоги.

Соціальна модель організації охорони здоров'я - організація фінансування, яке ґрунтується на залученні коштів у спільний фонд медичного забезпечення.

Організаціями виступають підприємства, які є самостійними суб'єктами господарювання, створені компетентним органом державної влади або органом місцевого самоврядування, або іншими суб'єктами для задоволення суспільних та особистих потреб шляхом систематичного здійснення виробничої, науково-дослідної, торговельної, іншої господарської діяльності в порядку, передбаченому Господарським Кодексом України та іншими законами.

Унітарними можуть бути підприємства – державні, комунальні, підприємства, засновані на власності об'єднання громадян, релігійної організації або на приватній власності засновника.

Корпоративними є кооперативні підприємства, підприємства, що створюються у формі господарського товариства, а також інші підприємства, в тому числі засновані на приватній власності двох або більше осіб.

Малими визнаються підприємства, в яких середньооблікова чисельність працюючих за звітний (фінансовий) рік не перевищує п'ятдесяти осіб, а обсяг валового доходу від реалізації продукції (робіт, послуг) за цей період не перевищує суми, еквівалентної п'ятисот тисячам євро за середньорічним курсом Національного банку України щодо гривні.

Великими підприємствами визнаються підприємства, в яких середньооблікова чисельність працюючих за звітний (фінансовий) рік перевищує тисячу осіб, а обсяг валового доходу від реалізації продукції (робіт, послуг) за рік перевищує суму, еквівалентну п'яти мільйонам євро за середньорічним курсом Національного банку України щодо гривні.

Використані та рекомендовані джерела і література

1. Баева О. В. Менеджмент в области здравоохранения [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://uchebnikonline.ru/medecina/menedzhment_u_galuzi_ohoroni_zdorovya_-_bayeva_ov/peredmovaya_menedzhment_u_galuzi_ohoroni_zdorovya_.htm.

2. Губина М. А. Развитие здравоохранения в условиях глобализации: мировой опыт : автореф. дисс... канд. экон. наук / Санкт-Петербургский государственный университет. – 2009. – 20 с.

3. Демин А. К. Политические проблемы социальной защиты населения в странах “большой семерки” (на примере здравоохранения) : дисс... д-р полит. наук / Российская академия государственной службы (РАГС) . – 401 с.

4. Досвід країн Європи у фінансуванні галузі охорони здоров'я. Уроки для України [Електронний ресурс] / [А. Гук, В. Галайда та ін.]. – Режим доступу : http://eeas.europa.eu/delegations/ukraine/documents/virtual_library/14_reviewbook_u_k.pdf.

5. Захворюваність населення [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.ukrstat.gov.ua/>. – Назва з екрана.

6. Механик А. Пирамида Семашко [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://expert.ru/expert/2011/30/piramida-semashko/>.

7. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19 листоп. 1992 року № 2801-ХІІ // Відомості Верховної Ради України 1993, № 4. – С.19.

-
8. Пак С. Я. Розвиток державної політики з функціональної та структурної перебудови системи охорони здоров'я на місцевому рівні в Україні / С. Я. Пак // "Актуальні проблеми державного управління на сучасному етапі державотворення": матеріали V наук.-практ. конф. 27 жов. 2011 року : тези допов. – Луцьк, 2011. – С. 68-70.
 9. Стратегия-2020: новая модель роста – новая социальная политика [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://www.hse.ru/data/2013/10/30/1283340742/Стратегия-2020_Книга%201.pdf.
 10. Томпсон С. Добровольное медицинское страхование в странах Европейского Союза [Электронный ресурс] / С. Томпсон, Э. Моссиалос. – Режим доступа : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/187302/e84885R.pdf. –
 11. Фундаментальные основы политики здравоохранения. / Под ред. О. П. Щепина, – М., 1999 / Щепин О. П., Владимирова Л. И., Козлитин В. М. и др. Здравоохранение зарубежных стран. / Под ред. О. П. Щепина. М., 1981.
 12. Barlow P., Haumont D., Degueldre M. Obstetrical and perinatal outcome in patients uncovered by medical insurance. *Rev.Med. Brux.*, 15: 366-370, 1994.
 13. Beveridge, William: *Social Insurance and Allied Services*, London, 1942.
 14. Chernichovsky D. Health System Reform in Industrialized Democracies: An Emerging Paradigm/ *The Milbank Quarterly*, 1995, v. 73, № 3. P. 339-372.
 15. Esping-Andersen G., Korpi W. From Poor Relief to Institutional Welfare States: The Development of Scandinavian Social Policy // Erikson R., Hansen E. J., Ringen S., Uusitalo H. (eds.). *The Scandinavian Model: Welfare States and Welfare Research*. N.Y.: M. E. Sharpe, 1987. P. 39-74.
 16. Field M.G. *The Health System and Policy: a Contemporary American Dialectic* // *Social Science and Medicine*, 1980. – V 14a, № 5. – P. 401.
 17. Health expenditure, public (% of GDP) [Electronic source]. – Access mode : <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PUBL.ZS>. – Title from the screen.
 18. Life expectancy: Life expectancy by country [Electronic source]. – Access mode : <http://apps.who.int/gho/data/node.main.688>. – Title from the screen.
 19. OECD Factbook 2013. Life expectancy [Electronic source]. – Access mode : <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/3012021ec095.pdf?expires=1389725743&id=id&acname=guest&checksum=ED89AF0E41FC88075943021217721CF2>. – Title from the screen.
 20. Private medical insurance in the European Union [Electronic source]. – Access mode : <http://www.insuranceeurope.eu/uploads/Modules/Publications/privatemedicalinsurance.pdf>. – Title from the screen.
 21. UNISEF Poverty Reduction Begins With Children, 2000.
-