

Міністерство освіти і науки України
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна
Навчально-науковий інститут «Українська інженерно-педагогічна
академія»
Кафедра педагогіки, методики та менеджменту освіти

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

магістра

на тему

«Напрями формування конкурентного середовища на ринку
надання медичних послуг у КНП ХОР «ОКЛ»»
(тема кваліфікаційної роботи)

Виконала: здобувачка освіти 2 курсу,
групи 3303-24мг

спеціальності: 073 Менеджмент

(код і найменування спеціальності)

_____ / _____ Олександра БОЙКО

_____ (підпис) (ім'я та прізвище)

Керівник _____ / _____ Денис КОВАЛЕНКО _____

(підпис) (ім'я та прізвище)

Рецензент _____ / _____ Андрій ЛОМАКІН _____

(підпис) (ім'я та прізвище)

«До захисту допущено»

В.о. завідувачки кафедри _____ / Наталія

БРЮХАНОВА

(підпис) (ім'я та прізвище)

Нормоконтроль _____ / Влада МАРКОВА

(підпис) (ім'я та прізвище)

Секретар ЕК _____ / Валентина БУРБИГА

(підпис) (ім'я та прізвище)

Харків – 2025 рік

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМ. В.Н.КАРАЗИНА

Інститут Навчально-науковий інститут «Українська інженерно-педагогічна академія»

Кафедра: педагогіки, методики та менеджменту освіти

Спеціальність: 073 «Менеджмент»

Освітньо-професійна програма: «Менеджмент закладів охорони здоров'я»

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри
д.пед.н., проф.
Наталія БРЮХАНОВА

_____ (підпис)

«__» _____ 2025 р.

ЗАВДАННЯ
на кваліфікаційну роботу (дипломну роботу)
другого (магістерського) рівня вищої освіти
здобувачці Олександрі БОЙКО

Тема: «Напрями формування конкурентного середовища на ринку надання медичних послуг у КНП ХОР «ОКЛ»»» затверджена наказом по академії № _____ від «__» _____ 2025 р.

2. Термін здачі закінченої роботи: «__» _____ 2025 р.

3. Вихідні дані до роботи: Закони України, Постанови Верховної Ради, Постанови Кабінету Міністрів, теоретичні та практичні розробки вітчизняних та зарубіжних авторів за темою роботи, періодичні видання, статистичні дані.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) Розділ 1. Аналіз теоретичних засад управління конкурентоспроможністю медичних послуг закладів охорони здоров'я. Розділ 2. Аналіз управління конкурентоспроможністю медичних послуг КНП «ОКЛ»ХОР. Розділ 3. Удосконалення управління конкурентоспроможністю медичних послуг (на прикладі КНП «ОКЛ»ХОР)

5. Перелік графічного (ілюстративного) матеріалу 6 рис., 6 табл., презентаційний матеріал

6. Консультант:

Розділ	Консультант	Підпис, дата		Оцінка (бали)
		Завдання видав	Завдання прийняв	
-	Не передбачено	-	-	-

7. Дата видачі завдання: «01» жовтня 2025 р.

Керівник:

(підпис)

Денис КОВАЛЕНКО

Завдання прийняв до виконання:

(підпис)

Олександра БОЙКО

**КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН-ГРАФІК
виконання кваліфікаційної роботи
(дипломної роботи)**

№ з/п	Назва етапів роботи та питань, які мають бути розроблені відповідно до завдання	Термін виконання	Позначки керівника про виконання завдань
1	Систематизація матеріалів про діяльність об'єкту дослідження	04.10.2025	
2	Вивчення теоретичного матеріалу, написання першого розділу роботи	16.10.2025	
3	Аналіз діяльності об'єкту дослідження, написання другого розділу	30.10.2025	
4	Розробка та написання рекомендаційної частини роботи	15.11.2025	
5	Завершення висновків, формування анотації, впорядкування списку літератури	25.11.2025	
6	Оформлення дипломної роботи та представлення її на кафедрі	30.11.2025	

Здобувач

(підпис)

Олександра БОЙКО

Нормоконтроль:

(підпис)

Влада МАРКОВА

АНОТАЦІЯ

Тема: «Напрями формування конкурентного середовища на ринку надання медичних послуг у КНП «ОКЛ»ХОР.

Робота містить 104 с., 6 рис., 6 табл., 63 джерел.

Мета дослідження: визначити теоретичні засади управління конкурентоспроможністю медичних послуг закладів охорони здоров'я, проаналізувати управління конкурентоспроможністю медичних послуг у КНП «ОКЛ» ХОР та удосконалити його.

Об'єкт дослідження: управління конкурентоспроможністю медичних послуг закладів охорони здоров'я.

Предмет дослідження: удосконалення конкурентоспроможності медичних послуг закладів охорони здоров'я (на прикладі КНП «ОКЛ» ХОР).

Завдання дослідження: провести аналіз теоретичних засад управління конкурентоспроможністю медичних послуг закладів охорони здоров'я; проаналізувати управління конкурентоспроможністю медичних послуг у КНП «ОКЛ» ХОР; удосконалити управління конкурентоспроможністю медичних послуг у КНП «ОКЛ» ХОР.

Методи дослідження: *теоретичні*: аналіз державних нормативних документів; аналіз наукових робіт з проблеми управління конкурентоспроможністю медичних послуг; порівняльний аналіз, синтез, узагальнення дозволили провести систематизацію теоретичного та практичного матеріалу з досліджуваної проблеми;

емпіричні: опитування, спостереження, метод експертних оцінок, вивчення практичного досвіду роботи медичних закладів з управління конкурентоспроможністю медичних послуг.

Наукова новизна дослідження: знайшли подальшого розвитку питання удосконалення управління конкурентоспроможності медичних послуг на основі клієнтоорієнтованого підходу.

Практичне значення дослідження полягає у тому, що розроблений алгоритм формування маркетингової конкурентної стратегії медичного закладу у напрямі управління конкурентоспроможністю медичних послуг реалізовано у КНП «ОКЛ» ХОР.

Ключові слова: алгоритм, медичний заклад, конкурентоспроможність, лікарня, експертна оцінка, клієнтоорієнтований підхід, удосконалення, управління медичними послугами.

ANNOTATION

Topic: "Directions of formation of the competitive environment in the market of rendering of medical services in KNP" OKL "CHOIR.

The work contains 104 pages, 6 figures, 6 tables, 63 sources.

The purpose of the study: to determine the theoretical foundations of management of competitiveness of medical services of health care institutions, to analyze the management of competitiveness of medical services in KNP" OKL "CHOIR and to improve it.

Object of research: management of competitiveness of medical services of health care institutions.

Subject of research: improving the competitiveness of medical services of health care institutions (on the example of KNP" OKL "CHOIR.

Objectives of the study: to analyze the theoretical foundations of managing the competitiveness of medical services in health care institutions; to analyze the management of the competitiveness of medical services in KNP" OKL "CHOIR; to improve the management of the competitiveness of medical services in the KNP" OKL "CHOIR.

Research methods: theoretical: analysis of state regulations; analysis of scientific works on the problem of managing the competitiveness of medical services; comparative analysis, synthesis, generalization allowed to systematize theoretical and practical material on the researched problem;

empirical: surveys, observations, method of expert assessments, study of practical experience of medical institutions in managing the competitiveness of medical services.

Scientific novelty of the research: the issues of improving the management of the competitiveness of medical services on the basis of a customer-oriented approach have been further developed.

The practical significance of the study is that the developed algorithm for forming a marketing competitive strategy of a medical institution in the direction of managing the competitiveness of medical services is implemented in KNP" OKL "CHOIR.

Keywords: algorithm, medical institution, competitiveness, hospital, expert assessment, client-oriented approach, improvement, management of medical services.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	8
РОЗДІЛ 1. АНАЛІЗ ТЕОРЕТИЧНИХ ЗАСАД УПРАВЛІННЯ КОНКУРЕНТОСПРОМОЖНІСТЮ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	12
1.1. Суть конкурентоспроможності закладів охорони здоров'я	12
1.2. Управління медичною послугою як одним із головних факторів конкурентоспроможності закладів охорони здоров'я.....	24
Висновки до розділу 1.....	51
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ УПРАВЛІННЯ КОНКУРЕНТОСПРОМОЖНІСТЮ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ КНП «ОКЛ» ХОР	52
2.1. Аналіз роботи КНП «ОКЛ» ХОР	52
2.2. Управління конкурентоспроможністю медичних послуг КНП «ОКЛ» ХОР	56
Висновки до розділу 2	61
РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ КОНКУРЕНТОСПРОМОЖНІСТЮ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ (НА ПРИКЛАДІ КНП «ОКЛ» ХОР).....	63
3.1. Розроблення алгоритму формування маркетингової конкурентної стратегії медичного закладу у напрямі управління конкурентоспроможністю медичних послуг та реалізація її в КНП «ОКЛ» ХОР».....	63
3.2. Експертна оцінка розробленого алгоритму.....	80
Висновки до розділу 3.....	86
ВИСНОВКИ.....	89
СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ.....	92
ДОДАТКИ.....	98

ВСТУП

Національна стратегія реформування медичної системи України на період 2015–2020 років визначає ключові проблеми галузі, окреслює потенційні напрями трансформацій та шляхи їх реалізації з метою формування нової державної політики у сфері охорони здоров'я. У сучасних умовах медична система має функціонувати на основі трьох базових принципів: орієнтації на людину, орієнтації на результат та орієнтації на впровадження передових технологій і кращих практик надання медичних послуг.

Серед фундаментальних цінностей, що лежать в основі охорони здоров'я та задекларовані в Уставі ВООЗ (1946), Європейській соціальній хартії Ради Європи (1996), Декларації тисячоліття ООН (2000) та європейській політиці «Здоров'я-2020» (2012), поряд із доступністю, соціальною справедливістю та солідарністю, особливе місце посідає вимога забезпечення максимально високої якості медичних послуг, орієнтованих на потреби пацієнта та чутливих до його індивідуальних особливостей.

Аналіз вітчизняних і зарубіжних наукових публікацій, звітів міжнародних організацій, даних Кабінету Міністрів України щодо ресурсного забезпечення галузі та офіційних документів МОЗ України за 2010–2020 рр. свідчить, що чинний рівень механізмів державного управління системою охорони здоров'я не відповідає масштабам сучасних трансформацій. Управління галуззю потребує комплексних структурних змін, оновлення підходів до організаційно-економічного механізму, а також розроблення альтернативних моделей взаємодії державних інституцій у сфері захисту здоров'я населення.

Питання конкурентоспроможності закладів охорони здоров'я тривалий час залишалися маловивченими в українській науковій літературі, що зумовлювалося відсутністю конкуренції в медичному секторі. Однак, із переходом до нової моделі фінансування та появою елементів ринкових відносин, проблема конкурентоспроможності закладів охорони здоров'я стала особливо актуальною.

За оцінками провідних українських науковців, таких як Г. Дзяк, В. Лехан, Л. Крячкова, Н. М. Орлова та ін., інтегральний показник якості медичних послуг в Україні залишається низьким (56 %), а показники структурної ефективності коливаються у межах 36–44 % залежно від регіону. У 40,1–83,0 % випадків лікування в стаціонарах визнається неадекватним клінічному стану пацієнта, а місце госпіталізації виявляється невірно обраним у 30–50 % випадків. Значна частина лікарів не використовує чинні стандарти медичної допомоги, що негативно позначається на якості надання послуг.

Сучасні зміни в підходах до забезпечення якості медичної допомоги є глобальною тенденцією, що спостерігається незалежно від рівня економічного розвитку країн. Попри різноманіття моделей систем охорони здоров'я у світі, їх об'єднує спільна мета — забезпечити ефективну та якісну медичну допомогу. Поняття якості виходить за межі суто медичної компетенції й охоплює технічні, організаційні та управлінські рішення. Тому забезпечення високої якості медичних послуг потребує комплексного підходу, який враховує найкращі світові практики та орієнтується на постійне підвищення ефективності процесів надання медичної допомоги.

Попри значний масив досліджень, низка теоретичних і практичних аспектів підвищення конкурентоспроможності медичних закладів залишається недостатньо розробленою. Зокрема, відкритими є питання управління конкурентоспроможністю медичних послуг, що створює одну з ключових суперечностей у розвитку галузі і вимагає невідкладного вирішення.

Актуальність проблеми та її недостатня розробленість зумовили вибір теми дослідження *«Напрями формування конкурентного середовища на ринку надання медичних послуг у КНП «ОКЛ» ХОР»*

Об'єкт дослідження: управління конкурентоспроможністю медичних послуг закладів охорони здоров'я.

Предмет дослідження: удосконалення конкурентоспроможності медичних послуг закладів охорони здоров'я (на прикладі КНП «ОКЛ» ХОР).

Мета дослідження: визначити теоретичні засади управління конкурентоспроможністю медичних послуг закладів охорони здоров'я, проаналізувати управління конкурентоспроможністю медичних послуг у КНП «ОКЛ» ХОР та удосконалити його.

Завдання дослідження:

1. Провести аналіз теоретичних засад управління конкурентоспроможністю медичних послуг закладів охорони здоров'я.
2. Проаналізувати управління конкурентоспроможністю медичних послуг у КНП «ОКЛ» ХОР.
3. Удосконалити управління конкурентоспроможністю медичних послуг у КНП «ОКЛ» ХОР.

Методи дослідження: *теоретичні:* аналіз державних нормативних документів; аналіз наукових робіт з проблеми управління конкурентоспроможністю медичних послуг; порівняльний аналіз, синтез, узагальнення дозволили провести систематизацію теоретичного та практичного матеріалу з досліджуваної проблеми;

емпіричні: опитування, спостереження, метод експертних оцінок, вивчення практичного досвіду роботи медичних закладів з управління конкурентоспроможністю медичних послуг.

Наукова новизна дослідження: знайшли подальшого розвитку питання удосконалення управління конкурентоспроможності медичних послуг на основі клієнтоорієнтованого підходу.

Практичне значення дослідження полягає у тому, що розроблений алгоритм формування маркетингової конкурентної стратегії медичного закладу у напрямі управління конкурентоспроможністю медичних послуг реалізовано в КНП «ОКЛ» ХОР.

Структура та обсяг роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, загальних висновків та висновків до розділів, списку використаних джерел (63 найменувань), додатків. Містить 6 рисунків, 6 таблиць, 1 додаток. Загальний обсяг роботи становить 92 сторінки.

РОЗДІЛ 1

АНАЛІЗ ТЕОРЕТИЧНИХ ЗАСАД УПРАВЛІННЯ КОНКУРЕНТОСПРОМОЖНІСТЮ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Суть конкурентоспроможності закладів охорони здоров'я

В останні роки проблематика функціонування системи охорони здоров'я посідає дедалі важливіше місце в українському суспільному дискурсі. Центральною проблемою залишається зростання рівня незадоволеності населення якістю медичних послуг. Значна частина медичних працівників і досі не усвідомлює своєї залежності від споживача послуг, що є ключовим принципом ринкової економіки. З іншого боку, держава не забезпечує заклади охорони здоров'я достатнім фінансуванням, що поглиблює кризові явища та обмежує можливості підвищення якості медичної допомоги.

Перехід до ринкових механізмів у сфері охорони здоров'я передбачає комплексну трансформацію господарського механізму галузі. Зокрема, мають відбутися такі зміни:

Зміна організаційно-правового статусу медичних закладів, що передбачає їх перетворення на самостійні юридичні особи з розширеними функціональними повноваженнями.

Трансформація форм власності, що сприятиме розвитку комерційного сектору медицини та формуванню конкурентного середовища.

Зміна характеру взаємовідносин між суб'єктами системи охорони здоров'я, які поступово переходять із соціально-адміністративної моделі до громадянсько-правової, заснованої на економічних інтересах сторін.

Організація фінансування за принципом оплати медичної допомоги, а не утримання інфраструктури: замість нормативів утримання має визначатися вартість лікування конкретних нозологій.

Перехід від фінансування витрат до моделі купівлі послуг, коли платник оплачує не функціонування закладу, а обсяг і якість наданої медичної допомоги.

Зміна структури фінансових потоків, що включатиме поєднання бюджетного фінансування, обов'язкового та добровільного медичного страхування, а також прямих платежів пацієнтів.

Децентралізація фінансування, що передбачає підвищення ролі місцевих бюджетів і зменшення ролі державного бюджету.

Диверсифікація джерел фінансування (страхові внески, благодійні пожертви, приватні інвестиції тощо).

Питання справедливого та ефективного розподілу ресурсів у системі охорони здоров'я набувають особливої актуальності, оскільки саме вони визначають доступність медичної допомоги для різних категорій населення. Як зазначають економісти, критерії ефективності та справедливості мають бути центральними у процесі оцінювання державних програм, нових медичних технологій та практичних ініціатив [9; 10; 15].

У цьому контексті значної уваги потребує категорія «медична послуга» як ключовий елемент нової моделі охорони здоров'я. Медична послуга — це сукупність професійних дій, спрямованих на задоволення потреб пацієнта в лікуванні, профілактиці та діагностиці відповідно до його інформованої згоди. Медична послуга є предметом цивільно-правового договору, а її виконавцями можуть бути установи, підприємства та приватні фахівці, які здійснюють діяльність на підставі ліцензії [13; 19; 36; 46; 57; 60].

Стан фінансування галузі підтверджує глибину системних проблем: на охорону здоров'я спрямовується лише 3–4 % ВВП, що удвічі менше, ніж у країнах ЄС, а заробітна плата медичних працівників суттєво нижча, ніж у промислових секторах. З огляду на складну економічну ситуацію найближчим часом не слід очікувати істотного збільшення бюджетних видатків. Одним із реальних механізмів подолання недофінансування є розвиток приватного сектору. Уже сьогодні близько 10 % ринку медичних послуг забезпечують

приватні заклади, тоді як їх частка у загальних витратах на охорону здоров'я становить лише 3–4 %, що свідчить про їх значно вищу ефективність.

В Україні функціонує понад 30 тис. приватних закладів, переважно стоматологічних і офтальмологічних. Лише близько 50 приватних клінік мають широкий спектр послуг, однак у великих містах між ними вже сформувалося конкурентне середовище.

Для залучення інвестицій у сферу охорони здоров'я доцільним є впровадження таких заходів:

- формування багатоканальної системи фінансування з акцентом на бюджетну та страхову моделі;
- збільшення державних видатків до рівня міжнародних стандартів (приблизно 10 % ВВП);
- прийняття Закону України «Про обов'язкове державне медичне страхування» та оновлення концепцій розвитку медичної та фармацевтичної галузей;
- вдосконалення дозвільної системи та механізмів контролю;
- стимулювання розвитку конкуренції й підвищення рентабельності медичних послуг через модернізацію податкової політики.

У контексті підвищення якості медичної допомоги науковці [38; 51; 53; 54; 63] пропонують такі напрями управлінських змін:

- підвищення правової обізнаності населення щодо прав на вибір лікаря та закладу;
- розширення доступності медичних послуг у сільській місцевості шляхом відновлення виїзних форм допомоги та розвитку сімейної медицини;
- підвищення кваліфікаційної доступності через створення сприятливих умов для роботи висококваліфікованих спеціалістів у регіонах;
- розроблення системи матеріального стимулювання закладів та персоналу за досягнення показників якості;
- активне впровадження сучасних медичних технологій, заснованих на принципах доказової медицини;

- модернізація матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я.

Фінансові аспекти діяльності галузі детально регламентовані Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (додаток А). Організація й управління охороною здоров'я визначаються «Основами законодавства України про охорону здоров'я», Законом «Про місцеве самоврядування» та низкою підзаконних актів, що регламентують діяльність органів влади та закладів охорони здоров'я [18; 40–45; 48].

Центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я є Міністерство охорони здоров'я України, яке здійснює загальне керівництво галуззю. Його структура охоплює широкий спектр управлінь, від лікувально-профілактичного до управління медичними кадрами, медичною освітою, економікою, медичним страхуванням, ліцензуванням, міжнародною співпрацею та ін.

На місцевому рівні управління здійснюється відділами охорони здоров'я виконавчих комітетів міських рад, а в районах – головними лікарями або генеральними директорами територіальних медичних об'єднань.

Попри окремі зміни у структурі управління та принципах фінансування, система залишається високою мірою централізованою, а адміністративно-командні методи все ще домінують над економічними.

Питання аналізу рівня конкурентоспроможності широко висвітлені в працях багатьох дослідників [4; 23; 52; 86]. Водночас у теоретичних і практичних підходах до розвитку сфери охорони здоров'я спостерігається низка суперечностей. З одного боку, теоретичні дослідження описують механізми державного управління та моделюють їхній вплив на галузь, з іншого – практичне втілення цих механізмів потребує системності, узгодженості й послідовної імплементації на всіх рівнях суб'єктно-об'єктної взаємодії.

Розглядаючи медичну галузь у сучасних умовах суспільного розвитку, варто акцентувати увагу на її ключовому орієнтирі – збереженні та зміцненні

здоров'я населення, яке виступає базовою передумовою соціально-економічного розвитку держави. Пильна увага до проблем організації, функціонування та управління системою охорони здоров'я пояснюється тим, що саме ця сфера забезпечує відтворення людського капіталу, підвищення продуктивності праці та формування ресурсної бази економічного зростання.

Сучасний етап розвитку охорони здоров'я України характеризується активним пошуком нових підходів до підвищення якості медичних послуг та ефективності діяльності закладів охорони здоров'я. Йдеться про пошук моделей, здатних забезпечити реалізацію конституційного права громадян на охорону здоров'я та задовольнити їхні зростаючі очікування щодо рівня медичної допомоги. У цьому контексті якість і доступність медичних послуг стають одним із ключових чинників формування громадського здоров'я.

Погіршення показників здоров'я населення має не лише медико-соціальні наслідки, пов'язані зі зростанням захворюваності, інвалідності чи смертності, але й спричиняє суттєві економічні втрати: зниження продуктивності праці, збільшення державних витрат на лікування, зменшення потенціалу розвитку людського капіталу. Це обумовлює необхідність переосмислення здоров'я як медичної, так і економічно-управлінської категорії, адже від ефективності управління галуззю залежить не лише рівень медичної допомоги, а й макроекономічні показники розвитку держави.

Сьогодні, в умовах інноваційного розвитку суспільства, кінцевим результатом ефективного функціонування медичної системи є формування особистості, здатної забезпечувати конкурентоспроможність національної економіки, підтримувати розвиток високотехнологічних виробництв, сприяти зростанню внутрішнього валового продукту та позитивно впливати на рівень матеріального й духовного добробуту населення країни. Таким чином, стан здоров'я нації безпосередньо пов'язаний із потенціалом соціально-економічного прогресу та рівнем інноваційності держави.

З огляду на це виникає об'єктивна потреба трансформувати системи й стратегії управління охороною здоров'я відповідно до найкращих світових практик. Це передбачає модернізацію організаційних структур лікувально-профілактичних закладів, упровадження сучасних моделей менеджменту, формування нових системних підходів до фінансування та ціноутворення медичних послуг, а також удосконалення методів оцінки діяльності всіх учасників процесу надання медичної допомоги [86]. Застосування таких підходів сприятиме підвищенню якості медичних послуг і загальної ефективності функціонування галузі.

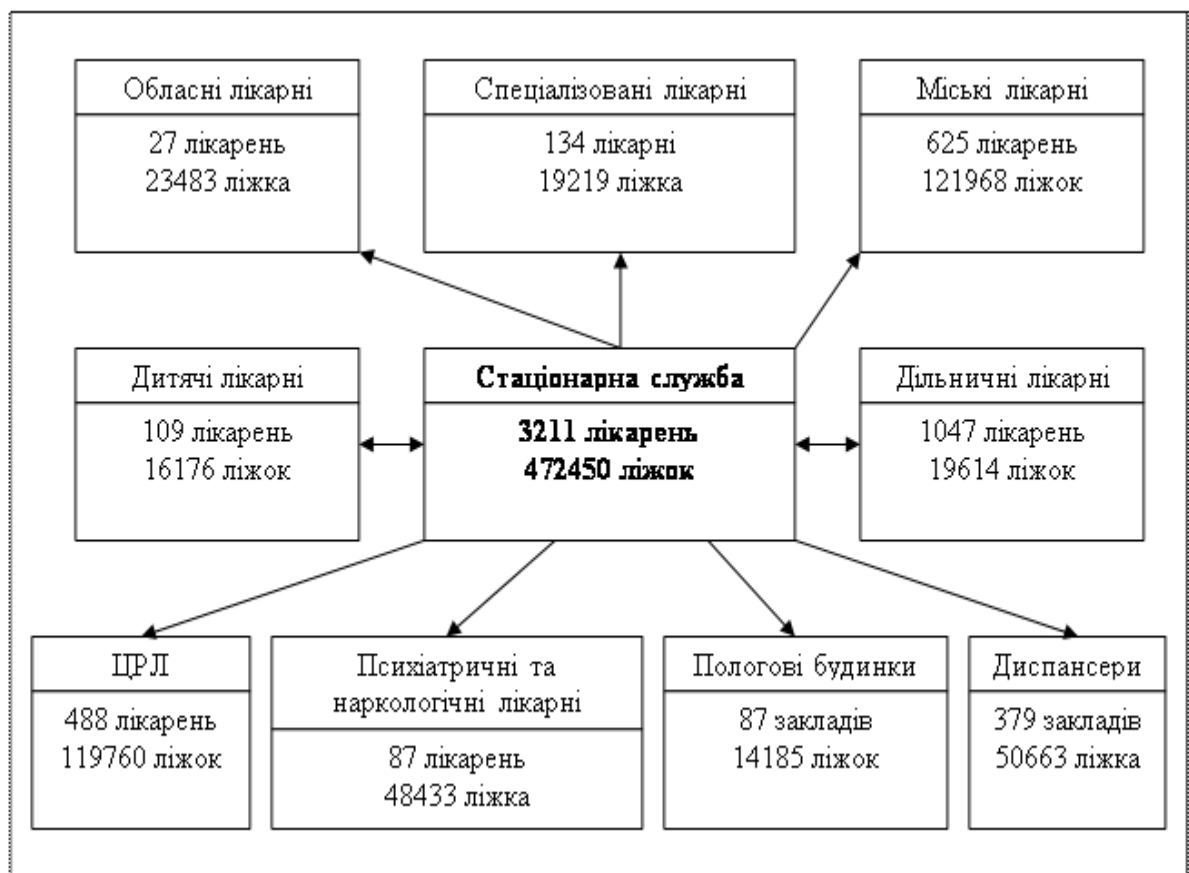


Рис. 1.1. Структура стаціонарної служби України

Головним елементом теоретичного підходу до державного управління будь-якою сферою чи системою виступає організація, тоді як механізми державного управління являють собою процеси взаємодії її структурних компонентів, у результаті яких формуються нові властивості організацій,

установ та закладів [8; 17; 37; 58]. Така характеристика повною мірою стосується й медичної системи.

Однією з ключових передумов аналізу конкурентоспроможності закладів охорони здоров'я є тенденція до погіршення умов функціонування державних медичних установ, що проявляється у зменшенні їх кількості та скороченні частки державних витрат на їх утримання. Недостатнє фінансове забезпечення з боку держави актуалізує необхідність пошуку альтернативних моделей надання медичних послуг. Одним із таких напрямів є зростання кількості приватних закладів охорони здоров'я, частка яких сьогодні становить близько 10 % ринку медичних послуг. Ефективність приватної моделі підтверджується тим, що забезпечуючи ті ж 10 % обсягу послуг, приватні медичні установи використовують лише 3 % загальнонаціональних витрат галузі. Це свідчить про значно нижчу витратоємність їхньої діяльності порівняно з державними закладами [2; 25].

Для подальшого аналізу доцільно уточнити сутність поняття конкурентоспроможності закладів охорони здоров'я. Під конкурентоспроможністю розуміють наявність у організації специфічних властивостей, індивідуальних конкурентних переваг та здатність ефективно їх реалізовувати у боротьбі за досягнення вигідних умов надання послуг і забезпечення стратегічних цілей діяльності [23]. Це поняття охоплює сукупність економічних, організаційних та правових характеристик, які визначають позиції медичного закладу на ринку медичних послуг [32].

Рівень конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я зумовлюється впливом комплексу факторів, що відображають умови, рушійні сили й обставини розвитку медичної установи. Відповідно, фактори конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я можна визначити як сукупність умов і передумов, що формують індивідуальні конкурентні переваги закладу та визначають можливості їх реалізації на ринку медичних послуг [52].

Для систематизації факторів конкурентоспроможності доцільно звернутися до однієї з найгрунтовніших класифікацій, запропонованої О.

Циганок, у якій виділяють три групи: техніко-економічні, комерційні та нормативно-правові фактори [56].

Техніко-економічні фактори охоплюють якість послуг, витрати на їх виробництво та експлуатацію, наукомісткість технологічних процесів, продуктивність і інтенсивність праці. У сфері охорони здоров'я ці фактори значною мірою залежать від рівня технічної оснащеності закладу, його технологічної бази та відповідності обладнання сучасним медичним стандартам. Важливими складовими є також рівень професійної підготовки персоналу, його здатність працювати за новітніми медичними протоколами, спектр та номенклатура послуг, що надаються [3; 19; 36].

Комерційні фактори визначають умови реалізації медичних послуг на ринку й включають кон'юнктурні характеристики (інтенсивність конкуренції, співвідношення попиту і пропозиції, демографічні й соціально-культурні особливості населення), вартість медичних послуг, рівень доходів населення, а також попит, зумовлений епідеміологічною ситуацією. Особливе значення має ціноутворення, оскільки для багатьох сегментів ринку попит на медичні послуги має високу еластичність за ціною [46; 57].

До комерційних факторів належать і нематеріальні компоненти — імідж та репутація медичного закладу. Вони формуються як через якість наданих медичних послуг, так і через канали комунікації. Найдієвішим носієм репутаційної інформації залишається міжособистісне спілкування, що не потребує витрат та має високу довіру у споживачів. Однак сучасні заклади активно застосовують і зовнішні засоби комунікації — рекламу, соціальні медіа та інформаційні ресурси [47; 56]. У міру загострення конкуренції значимість цих нематеріальних факторів постійно зростає.

Таким чином, комерційні фактори конкурентоспроможності включають кон'юнктуру ринку, вартість медичних послуг, імідж та репутацію медичного закладу.

Загальну класифікацію факторів конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я подано на рис. 1.2.

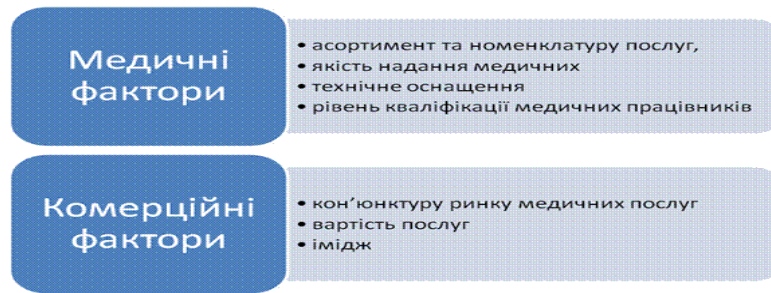


Рис.1.2. Класифікація факторів конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я

У науковій літературі існують підходи, згідно з якими поряд із техніко-економічними та комерційними виділяють і третю групу факторів — нормативно-правові. Вони характеризують рівень відповідності діяльності закладу охорони здоров'я вимогам чинного законодавства [16; 22; 31].

Однак, зважаючи на те, що державне регулювання та контроль діяльності медичних закладів в Україні залишаються надзвичайно жорсткими, доцільно припустити, що всі заклади охорони здоров'я функціонують у межах встановлених нормативних вимог. Саме тому пропонується не виділяти нормативно-правові фактори в окрему складову конкурентоспроможності, оскільки їх наявність є обов'язковою, а відтак — однаковою для всіх учасників ринку [34, с. 62].

Зовнішні та внутрішні фактори конкурентоспроможності.

Ще однією важливою класифікаційною ознакою є поділ факторів конкурентоспроможності закладів охорони здоров'я на зовнішні та внутрішні. Сучасний етап розвитку медицини характеризується високою інноваційністю, що зумовлює суттєвий вплив зовнішнього середовища на можливості медичних закладів конкурувати.

До зовнішніх факторів традиційно відносять наявність інвестиційних ресурсів, інноваційні технології виробництва, розвинену науково-дослідну базу, рівень кваліфікації кадрів на ринку праці, конкурентне середовище, попит на медичні послуги, дії Уряду тощо [32; 33; 35].

Утім, першу групу зовнішніх факторів пропонується уточнити, замінивши їх загальноприйняту назву «фактори виробництва» на «ресурсні фактори». Це дозволяє точніше відобразити специфіку медичної галузі, де ключовими ресурсами є:

- кадровий потенціал;
- рівень інноваційності медичних технологій;
- доступність сучасних лікарських засобів;
- можливість залучення додаткових фінансових ресурсів;
- доступ до результатів інноваційних досліджень у сфері медицини.

Інші зовнішні фактори залишаються універсальними для всіх галузей економіки та не потребують уточнення.

Внутрішні фактори конкурентоспроможності.

Класифікація внутрішніх факторів конкурентоспроможності ґрунтується на оцінюванні різних аспектів ефективності функціонування закладу. При цьому для медичних установ принципово важливими є такі складові:

Медична ефективність — здатність закладу охорони здоров'я забезпечувати високий рівень задоволення потреб пацієнтів через надання широкого спектру якісних медичних послуг.

Витратна ефективність — можливість досягати високих медичних результатів за мінімального обсягу витрат. Це особливо актуально в умовах обмежених фінансових ресурсів та високої вартості медичного обладнання й технологій.

Ефективність менеджменту — рівень професійної спроможності управлінського персоналу виконувати основні функції менеджменту: планування, організацію, контроль, мотивацію, аналіз. Управлінська ефективність прямо впливає на результативність роботи закладу охорони здоров'я [34, с. 64].

Екологічні фактори пропонується не враховувати, оскільки вони не мають істотного впливу на конкурентоспроможність медичних закладів у сучасних умовах.

Візуалізація класифікації факторів.

Структуру зовнішніх і внутрішніх факторів конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я за ознакою походження наведено на рис. 1.3.



Рис. 1.3. Склад факторів конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я за ознакою походження

Усі внутрішні фактори конкурентоспроможності закладів охорони здоров'я перебувають у тісному взаємозв'язку із зовнішніми детермінантами, насамперед з інноваційними процесами, що відбуваються як у медичній сфері, так і в суспільстві загалом. Зміни у технологічному середовищі, поява нових моделей організації медичної допомоги, розвиток інформаційних систем, фармацевтичних інновацій та управлінських підходів безпосередньо впливають на рівень медичної, витратної та управлінської ефективності медичних установ. Відтак, конкурентоспроможність закладу охорони здоров'я слід розглядати як динамічну характеристику, що формується у постійній взаємодії внутрішніх можливостей закладу та зовнішніх умов його функціонування.

1.2. Управління медичною послугою як одним із головних факторів конкурентоспроможності закладів охорони здоров'я

В Україні з 2018 р. розпочато повноцінне впровадження медичної реформи. 30 січня 2018 року набув чинності Закон України, що заклав фундаментальні зміни в механізмах функціонування системи охорони здоров'я

[1]. Перший етап реформи запроваджено на первинній ланці медичної допомоги: держава в особі Національної служби здоров'я України замовляє та оплачує медичні послуги, надані конкретному пацієнту. Замовниками послуг виступають державні та громадські структури, відповідальні за збереження здоров'я громадян. Органи місцевого самоврядування виконують роль власників закладів охорони здоров'я, а держава забезпечує раціональний розподіл бюджетних коштів, спрямованих на фінансування медичних послуг.

Пацієнт, звертаючись до медичного закладу, очікує отримати якісну послугу. Хоча якість медичної допомоги є багатоаспектним і частково суб'єктивним поняттям, заклад зобов'язаний орієнтуватися на потреби споживача та забезпечувати відповідність установленим вимогам [30; 34; 39; 55]. Медична послуга являє собою комплекс взаємопов'язаних процесів—діагностичних, лікувальних, організаційних—що утворюють складну організаційно-технічну систему [13].

Основна мета контролю якості медичних послуг полягає в підтвердженні здатності лікувальної установи стабільно забезпечувати належний рівень медичної допомоги. Наявність ефективної системи контролю дозволяє уникати нераціонального використання ресурсів, запобігати необґрунтованим управлінським рішенням та мінімізувати ризики, пов'язані з неефективною організацією роботи. Вибір елементів процесу надання послуги повинен відповідати сучасним вимогам МОЗ щодо управління якістю медичної допомоги [8] та рекомендаціям ВООЗ.

Фактори формування потреб у медичних послугах.

На формування потреб у медичних послугах впливають такі обставини [13; 36; 46]:

- Соціально-демографічні чинники: стать, вік, соціальний статус, професія пацієнта.
- Життєвий цикл потреби: потреби мають етапи формування — від виникнення до піку та залишкового рівня.
- Неповне задоволення потреб: частина потреб залишається частково

покритою, що відкриває можливості для розроблення нових послуг.

- Супутні потреби: задоволення однієї потреби може генерувати інші, що вимагає комплексності надання послуг.

Серед факторів, які приваблюють споживачів медичних послуг, виокремлено такі [57; 60]:

- орієнтація на якісне лікування та реальне вирішення проблем зі здоров'ям;
- потреба пацієнта у повній поінформованості про заклад та медичних працівників («політика відчинених дверей»);
- атмосфера доброзичливості, адресність і персоналізація послуги;
- можливість отримання альтернативних або взаємозамінних методів лікування в межах одного закладу.

Роль стандартів та регламентації медичних послуг.

У межах реформи модель первинної медичної допомоги передбачає договірні відносини між різними інституційними суб'єктами, однак пацієнт фактично також укладає угоду, що регламентує його права та обов'язки. Медичний заклад зобов'язаний надавати послуги відповідно до затверджених стандартів та програми медичних гарантій. Стандартизація медичної допомоги в Україні активно гармонізується зі світовою практикою. Система розроблення медико-технологічних документів включає клінічні рекомендації, стандарти та протоколи лікування. Станом на 2018 р. затверджено понад 200 документів різних рівнів [30].

Суттєве значення мають також міжнародні стандарти управління якістю. Наказ МОЗ від 17 січня 2014 р. передбачає, що для отримання вищої акредитаційної категорії заклад вторинного рівня повинен відповідати вимогам ISO 9001:2009. Сертифікація сприяє прозорості діяльності, підвищенню ефективності лікування та рівня задоволеності пацієнтів [34; 55].

Очікування пацієнтів та критерії якості.

Критерії якості для медичного персоналу та пацієнтів істотно різняться. Медичні працівники оцінюють якість через професійну компетентність,

ефективність та безпечність послуг. Пацієнти ж звертають увагу не лише на результат лікування, а й на супутні аспекти — умови, поведінку персоналу, комунікацію, зручність сервісу. Тому якість медичної послуги включає обґрунтованість, адекватність обсягу втручання, узгодженість дій персоналу та послідовність процесів [13; 19; 36].

Ринок медичних послуг та маркетинг.

Ринкові перетворення в галузі охорони здоров'я вимагають адаптації до принципів багатокладності економіки, передбачених ст. 49 Конституції України. Медичні заклади поступово набувають ознак суб'єктів підприємницької діяльності. Однак гострий бюджетний дефіцит зумовлює зниження доступності медичної допомоги та негативні демографічні наслідки.

Маркетингові дослідження набувають особливого значення для формування стратегії розвитку ринку медичних послуг. Їх метою є отримання об'єктивної інформації щодо попиту, прогнозування тенденцій, оптимізації структури медичних послуг та розроблення нових напрямів діяльності [1; 3; 5; 7; 14; 26].

Ринок медичних послуг має соціальну спрямованість. Максимізація прибутку не може бути визначальною метою медичного закладу. Водночас обмеженість бюджетних ресурсів стимулює розвиток приватного сектору та альтернативних джерел фінансування [1; 3; 27–29].

Особливості ринку медичних послуг

Специфіка ринку охорони здоров'я пов'язана з такими чинниками:

значні стартові інвестиції для надання багатьох видів медичної допомоги;

високий ризик появи псевдофахівців через зростання попиту;

монополістичний характер конкурентного середовища;

обмеження свободи вибору пацієнтів унаслідок надмірної централізації та територіального прикріплення.

Створення великих лікувально-діагностичних центрів має як переваги (економічна ефективність, концентрація ресурсів), так і недоліки (звуження конкуренції, обмеження вибору, монополізація ринку). Невеликі медичні

установи, навпаки, створюють конкурентне середовище, підвищують якість послуг і пропонують більше варіантів для пацієнтів (табл. 1.1).

Таблиця 1.1

Порівняння ринку досконалої конкуренції та ринку медичних послуг

Ринок досконалої конкуренції	Ринок медичних послуг
Кількість продавців	Обмежена кількість продавців та вхід на ринок, що складає атрибут природної монополії
Однорідність товару (послуги)	Неоднорідність медичної послуги, її індивідуальність, унікальність
Достатня інформованість покупців	Недосконала, суперечлива та неповна інформація
Можливість сумірності ціни товару та його якості	Неможливість сумірності ціни та якості
Прагнення виробників до максимізації прибутку	Наявність великої кількості державних організацій
Реалізація продукції здійснюється, як правило, безпосередньо	Наявність посередника, який сплачує частину медичних послуг (страхова компанія)

На відміну від західних моделей, де ринкові стимули стали одним із ключових факторів реформування медичних систем, трансформація української охорони здоров'я тривалий час ігнорувала вплив конкурентного середовища [61; 62]. Запровадження медичного страхування частково посилило дію економічних інструментів управління, зокрема через матеріальне заохочення персоналу, однак цей крок не створив реальних передумов для формування конкурентних умов роботи медичних закладів.

У секторі стаціонарної допомоги обсяги та структура послуг здебільшого визначаються внутрішньою політикою закладу. При цьому ризики втрати пацієнтів через неефективну організацію роботи, надмірні витрати на персонал чи необґрунтовано тривале лікування практично не враховуються. Це означає, що конкурентні механізми не діють спонтанно — для їх формування потрібні цілеспрямовані кроки державної політики, які б орієнтували галузь на інтереси

споживача.

Особливості функціонування будь-якої організації у сфері послуг визначаються насамперед природою самої послуги. На відміну від матеріальних товарів, послуга не створює нового речового продукту, натомість змінює стан чи якість об'єкта впливу. Ф. Котлер виокремив п'ять базових характеристик, які необхідно враховувати під час формування маркетингової стратегії послуг [30].

1. Нематеріальність (невідчутність).

Більшість послуг не можна оцінити до моменту їх отримання, що створює для споживача інформаційну невизначеність. У медицині ця властивість проявляється особливо: пацієнт не може заздалегідь побачити результат діагностики, профілактики або лікування. У випадку профілактичних втручань очікуваний ефект взагалі може бути частково або повністю непомітним [41].

2. Мінливість (неоднорідність) якості.

На відміну від промислових товарів, які можна стандартизувати, якість послуг значною мірою залежить від особистих характеристик того, хто її надає, а також від суб'єктивного сприйняття клієнта. Медична послуга змінюється залежно від кваліфікації лікаря, стану пацієнта, тяжкості захворювання, супутньої патології та індивідуальних фізіологічних особливостей [41, 44]. Крім того, на результат впливають спосіб життя, шкідливі звички, дисциплінованість у виконанні рекомендацій, умови харчування й рівень стресу.

З огляду на це існує кілька підходів до зменшення мінливості якості [48, 55]:

- перетворення разових послуг на планові (наприклад, система профілактичних оглядів після стоматологічного лікування);
- запровадження високих стандартів обслуговування, що охоплюють професійну компетентність лікаря, використання сучасних технологій, організацію роботи персоналу, сервісні послуги;
- аналіз поведінки пацієнтів до і після отримання послуги як інструмент

виявлення резервів покращення якості.

3. Невіддільність послуги від її виконавця.

Послуга надається і споживається одночасно, що неможливо у виробництві матеріальних товарів. У медицині лікар, медична сестра або лаборант є невід'ємною частиною самої послуги. Саме тому особисті якості персоналу, уміння налагодити контакт, створити атмосферу довіри формують враження про заклад і визначають його ринкову привабливість.

Одночасність виробництва і споживання послуг створює труднощі у разі різкого зростання попиту. Така ситуація характерна як для впровадження нових технологій (коли пацієнтопотік збільшується через нову пропозицію), так і для періодів складної епідемічної ситуації, зокрема під час пандемії коронавірусної інфекції [43]. У першому випадку заклад повинен забезпечити роботу в кілька змін, у другому — оперативно збільшити персонал.

4. Неможливість зберігання послуги.

Послугу не можна накопичувати про запас, вона завжди прив'язана до конкретного моменту часу. Це не створює проблем у стабільних умовах, однак при коливанні попиту медичні заклади часто опиняються у ситуації перевантаження або недозавантаження. На відміну від товарного ринку, де існують можливості накопичення запасів, ринок медичних послуг змушує заклади створювати філії або здійснювати виїзні консультації.

Особливості медичної послуги виходять за межі традиційних властивостей ринку послуг і мають кілька специфічних рис [39, 42, 48]:

- висока залежність від державного регулювання, оскільки галузь орієнтована на бюджетне фінансування, ліцензування та жорсткі кадрові вимоги;
- тенденції до диверсифікації, коли окремі види послуг поєднуються (наприклад, домашній догляд + навчання родичів елементарним маніпуляціям);
- поєднання послуги й продукту, адже багато процедур потребують матеріальних компонентів — реактивів, витратних матеріалів, медичного обладнання;

- різна капіталомісткість послуг — від амбулаторних консультацій до функціонування діагностично-стаціонарних комплексів.

Важливим аспектом для аналізу є поняття континууму “послуга – товар”, яке дозволяє оцінити, наскільки медична послуга тяжіє до матеріального або нематеріального компоненту [6]. Саме ця властивість визначає специфіку маркетингових рішень (рис. 1.4).

З позицій маркетингу медична послуга має багаторівневу структуру [48]:

- перший рівень — ядро послуги, тобто власне медична допомога;
- другий рівень — послуга у її фактичному виконанні, що охоплює якість, бренд закладу, умови перебування, комфорт, супутні послуги (повна діагностика, транспортування, психологічний супровід, харчування, профілактичні заходи, фармацевтичне забезпечення та ін.).

Третій рівень розуміння медичної послуги охоплює не лише базові та розширені характеристики, а й комплекс маркетингових інструментів, що забезпечують її просування та доступність. На цьому рівні важливою є цінова політика (коли послуга має ринкову вартість), система розподілу, а також комунікаційна політика, спрямована на інформування пацієнтів та формування їхньої довіри до медичного закладу. Таким чином, третій рівень є інтеграцією самої послуги та механізмів її ринкового забезпечення.

У деяких дослідженнях виділяють і четвертий рівень послуги, який виходить за межі її первинного функціонального призначення. Йдеться про ситуації, коли пацієнт отримує послугу не через безпосередню медичну потребу, а з інших, прихованих мотивів. Наприклад, самотні люди можуть звертатися до лікаря для спілкування, отримання підтримки чи поради. Аналогічно, поїздка до санаторію може переслідувати не стільки лікувальну, скільки рекреаційну чи навіть соціальну мету — відпочинок, зміна середовища, дистанціювання від сімейних обставин [48].

Сегментація ринку медичних послуг повинна забезпечувати можливість адаптації медичної допомоги до індивідуальних особливостей пацієнта, а також до вимог масового споживання. Привабливість сегмента визначається тим,

наскільки він відповідає критеріям структурованості і реальної потреби. Серед ключових вимог до сегмента ринку варто виокремити такі [43]:

- медичний заклад повинен володіти високим рівнем професійної та соціальної компетентності, а персонал — демонструвати постійну готовність до професійного розвитку та опанування нових медичних технологій;
- пацієнти цього сегмента мають складні, індивідуалізовані запити щодо лікування та медичного супроводу;
- споживачі готові інвестувати значні кошти в отримання послуги максимальної якості, яка враховує як їх явні, так і приховані потреби.

Як і будь-який ринковий продукт, медична послуга має власну вартість, виражену у грошовому еквіваленті — ціні. У контексті охорони здоров'я ціна виступає формою відображення економічних характеристик медичної послуги, що має всі властивості товару. Після формування вартості постає завдання забезпечення її доступності для споживача — тобто організації ефективного збуту та *delivery*-механізмів, які дозволяють довести послугу до пацієнта у потрібний час та у відповідній формі.

Канали товароруху у сфері медичних послуг визначають механізми, за допомогою яких ці послуги доходять до кінцевого споживача. У сучасній практиці виділяють два основні типи таких каналів — прямий та опосередкований (непрямий) [41, 53].

Прямий канал передбачає безпосередній контакт між медичним закладом або конкретним медичним працівником і пацієнтом. У цьому випадку пошук та залучення споживача здійснюється самим закладом охорони здоров'я, а комунікація між сторонами відбувається без будь-яких посередників.

Непрямий канал передбачає участь посередницьких структур, які сприяють встановленню взаємодії між пацієнтом і закладом охорони здоров'я. Найчастіше таким посередником виступає страхова медична компанія, що формує потік клієнтів, забезпечуючи для них певний набір медичних послуг.

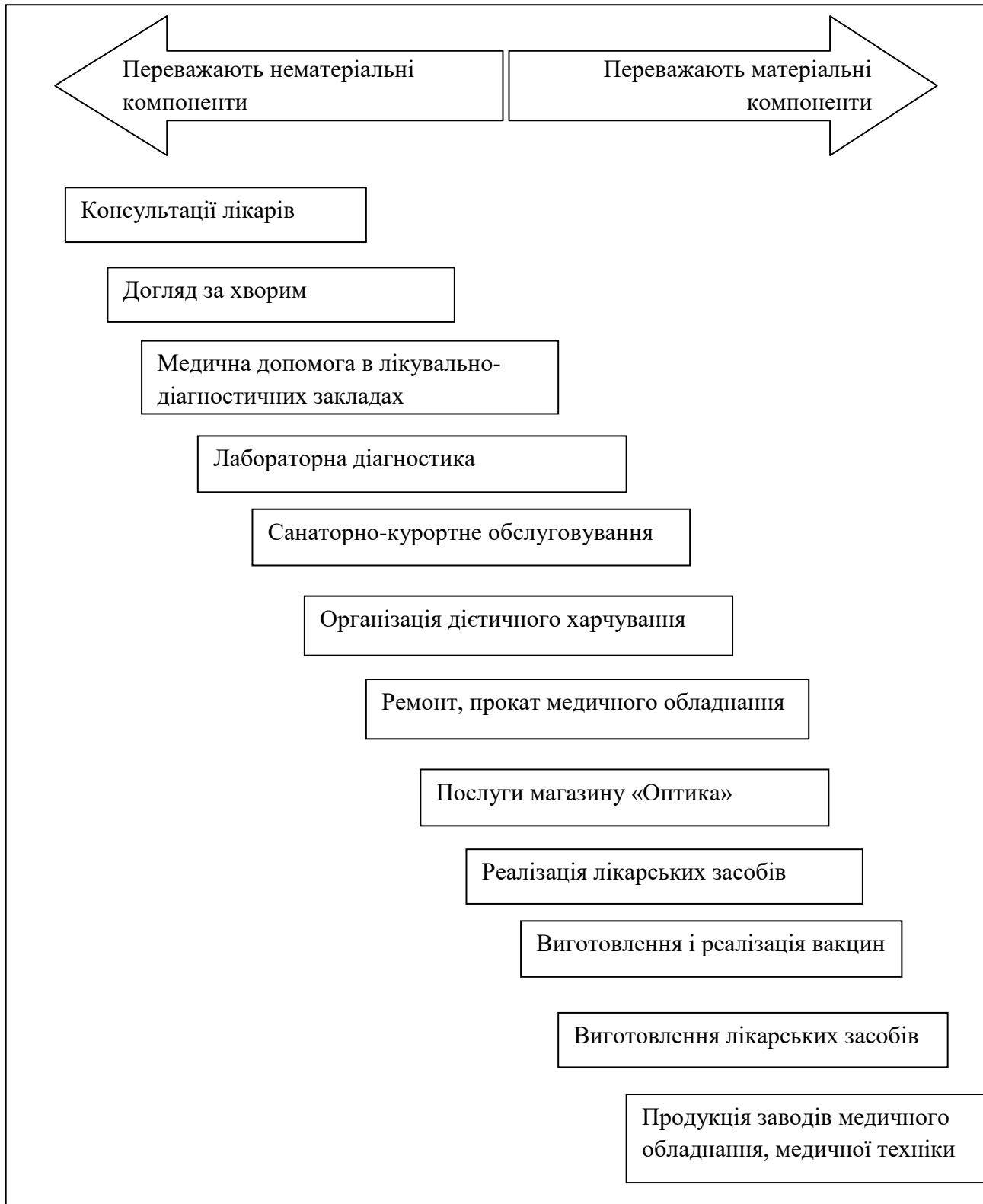


Рис. 1.4 Континуум «товар-послуг» в охороні здоров'я

Вибір каналу товароруку потребує врахування низки чинників, які визначають ефективність реалізації медичних послуг. До ключових належать:

- характеристика споживчого сегмента, його чисельність, територіальна концентрація, рівень платоспроможності та структура захворюваності;
- ресурсні можливості закладу охорони здоров'я, зокрема матеріально-технічне забезпечення, професійний склад персоналу, рівень компетентності та досвід у сфері комерціалізації медичних послуг;
- спроможність закладу формувати конкурентні переваги, що залежать від якості, різноманітності та технологічної досконалості послуг;
- рівень конкурентоспроможності медичних послуг, які надає заклад, у порівнянні з іншими учасниками ринку.

Раціональний вибір каналу дозволяє підвищити доступність медичних послуг, оптимізувати комунікацію з пацієнтами та посилити позиції закладу охорони здоров'я на ринку.

Сфера медичного маркетингу в Україні стикається з низкою системних викликів, що стримують формування сучасного конкурентного ринку. Серед ключових проблем варто виокремити:

- суттєву нерівність у рівні розвитку маркетингової культури між приватними та державними медичними закладами;
- недостатню увагу державних установ до таких елементів маркетинг-міксу, як сервісні процеси, якість матеріального середовища та персонал (особливо у вимірі психологічного комфорту та емоційного клімату);
- стійкі негативні стереотипи значної частини населення щодо приватної медицини — зокрема, сприйняття її як «надмірно дорогої» або створеної для маніпулятивного заробітку.

Подолання зазначених дисбалансів потребує системних трансформацій. До найбільш доцільних напрямів належать:

Інституційне впровадження маркетингової філософії у практику державних медичних закладів та орієнтація їх діяльності на потреби пацієнтів; формування ефективної системи мотивації персоналу.

Розширення маркетинг-міксу в державному секторі: удосконалення процесів обслуговування (зокрема запису, комунікації, дистанційних

консультацій), модернізація матеріального середовища, створення сприятливої атмосфери, розвиток компетенцій персоналу — як професійних, так і комунікативних.

Підвищення «видимості» державних медичних послуг, що включає використання візуальної ідентичності, створення інформативних веб-ресурсів, представлення медичного персоналу та їхніх компетенцій.

Активізація інтерактивної взаємодії з пацієнтами, у тому числі через цифрові канали.

Дотримання соціально-етичних стандартів у просуванні медичних послуг: чесність інформації, недопущення маніпуляцій, забезпечення доступності для різних соціальних груп.

Ефективність медичного ринку значною мірою визначається також державною податковою політикою, яка забезпечує можливість перерозподілу ресурсів у соціальну сферу. У країнах із високим рівнем економічного розвитку держава вкладає значні кошти у систему охорони здоров'я, що забезпечує рівні можливості доступу для всіх верств населення. В Україні ж через недосконалість механізмів податкового перерозподілу цієї рівності наразі досягти не вдається [35].

Одним із найважливіших чинників розвитку ринку медичних послуг є якість медичної допомоги, яка передбачає високий професійний рівень персоналу, систематичне підвищення кваліфікації та справедливу оцінку знань і компетентностей [25, 35]. Особливе значення має створення університетських клінік, що виконують функцію навчальної бази та сприяють формуванню висококваліфікованого кадрового резерву.

Для розвитку сучасного ринку медичних послуг потрібні також структурні зміни в системі охорони здоров'я, зокрема чітке розмежування між платними та безоплатними послугами та забезпечення доступу населення до високоспеціалізованої допомоги [25]. Ці зміни мають супроводжуватися розробленням комплексної програми соціального маркетингу, яка включатиме: моніторинг попиту на послуги, аналіз можливостей їх оплати, оцінку

доступності та визначення соціальних груп, що потребують особливої підтримки.

Соціальний маркетинг у медицині виступає важливим інструментом впливу на поведінку населення та формування здорових моделей способу життя. Його ключові завдання включають не лише профілактику захворювань, але й інформування щодо безпечної поведінки, запобігання травматизму, шкоди тютюнопаління та інших ризиків. Це складний процес, який ґрунтується на таких концепціях [9]:

- досягнення реальних змін у поведінці цільових груп;
- формування у аудиторії розуміння вигод від запропонованих змін;
- поділ населення на окремі сегменти;
- оцінювання конкурентних альтернатив поведінки;
- постійний перегляд ефективності реалізованих заходів.

Застосування загальноринкового підходу передбачає розширення використання медичних послуг серед різних категорій населення, сегментацію ринку за потребами та характеристиками пацієнтів і залучення ресурсів усіх секторів — державного, приватного та соціального [35].

Для комплексного розуміння стану ринку необхідно аналізувати його ключові параметри:

- розмір ринку — обсяги наданих послуг, число користувачів, спектр медичних втручань;
- ринкову ціну — рівень вартості послуг, можливість їх оплати, частку, що покриває держава або страхові фонди;
- доступність — ступінь поінформованості населення та реальна можливість отримати послуги;
- сталість розвитку — наявність провідних постачальників, частка ринку, розвиток спеціалізованих напрямів.

Сформований ринок медичних послуг вимагає врахування численних чинників: існуючих бар'єрів входу, масштабу конкуренції, структури приватного сектора, ролі державного регулювання, потреб різних груп

населення, джерел фінансування, законодавчого забезпечення та якості надання допомоги. Тільки на основі такого аналізу можливе формування ефективної державної стратегії щодо доступності та якості медичних послуг [35].

Важливе значення має партнерство між органами влади, професійними асоціаціями, маркетинговими структурами та медичними закладами — без такого координаційного механізму реформи залишатимуться фрагментарними.

Подальший розвиток ринку значною мірою залежить від доступності високоспеціалізованих і високотехнологічних медичних послуг. Це неможливо без інвестицій у сучасне обладнання, підготовку персоналу та удосконалення логістики пацієнтів.

Сутність медичного маркетингу багатогранна. За визначенням Американської медичної асоціації, це комплексний процес планування, економічного обґрунтування та управління створенням, просуванням і реалізацією медичних послуг [53].

В іншому підході його трактують як підприємницьку діяльність, що забезпечує формування попиту, прогнозування потреб та організацію взаємодії між виробником медичних послуг і споживачем.

Оскільки об'єктом маркетингу є не абстрактні товари, а послуги, пов'язані з життям і здоров'ям людей, застосування маркетингових інструментів повинно спиратися на строгі етичні засади:

- компетентність фахівців, які здійснюють маркетингову діяльність;
- дотримання медичної етики;
- розмежування маркетингових та лікувальних функцій;
- етичність і коректність комунікацій із пацієнтами;
- неупередженість і незалежність інформації;
- забезпечення пацієнтів повною, достовірною та зрозумілою інформацією.

У структурі медичного маркетингу виділяють декілька напрямів [9, 55]:

- маркетинг медичних послуг;
- маркетинг лікарських засобів;

- маркетинг медичних закладів;
- маркетинг альтернативних форм лікування;
- маркетинг медичної техніки;
- маркетинг технологій; медичного страхування;
- маркетинг наукових ідей (рис. 1.5).



Рис. 1.5 Маркетинг в галузі охорони здоров'я

Маркетингова класифікація послуг базується на сукупності ознак, що формуються під впливом низки ключових характеристик.

По-перше, враховується, хто саме і яким чином надає медичну послугу – переважно завдяки професійній діяльності персоналу чи за допомогою спеціалізованого обладнання. В одних випадках домінує особиста майстерність фахівця (передусім це стосується, наприклад, хірургічних втручань), в інших – провідну роль відіграє технологічна або апаратна складова (зокрема, інструментальна діагностика за допомогою комп'ютерної томографії).

По-друге, важливе значення мають мотиви суб'єкта, що виробляє медичні послуги. Йдеться про:

- комерційні структури, орієнтовані на отримання прибутку;
- державні лікувально-профілактичні установи, де медична допомога надається в межах бюджетного фінансування;
- благодійні організації та фонди, діяльність яких переважно спрямована на досягнення соціального ефекту.

По-третє, послуги диференціюються за джерелами фінансування:

- кошти державного бюджету;
- благодійні (добродійні) внески;
- прямі платежі пацієнтів або їхніх законних представників.

По-четверте, додатковою підставою поділу є характеристика споживача: медичні послуги можуть бути спрямовані як на фізичних осіб (пацієнтів), так і на юридичних осіб (організації, підприємства, страхові структури тощо).

З огляду на специфіку діяльності комерційних медичних закладів, доцільно використовувати таке узагальнене визначення: маркетинг медичних послуг – це орієнтована одночасно на пацієнта і на досягнення фінансового результату діяльність закладу охорони здоров'я, кінцевим результатом якої є збереження або відновлення здоров'я людини.

Система управління маркетингом у сфері медичних послуг формуються з урахуванням двох груп особливостей:

- відмінностей між послугою та матеріальним товаром;
- специфічних рис саме медичних послуг як особливого різновиду нематеріальних благ, що відрізняються від інших видів сервісу.

Водночас медичний маркетинг має спільні риси з некомерційним маркетингом, оскільки значна частина медичних установ – це неприбуткові організації або комунальні некомерційні підприємства.

П. Дойль, аналізуючи проблеми некомерційного сектору, звертає увагу на те, що діяльність неприбуткових організацій часто характеризується низькою ефективністю через відсутність показника прибутку як критерію

результативності, слабку залежність обсягів фінансування від досягнутих результатів та наявність монополізованих сегментів ринку некомерційних послуг [33].

Ф. Котлер, досліджуючи маркетинг неприбуткових організацій, наголошує на особливій ролі іміджу як ключового нематеріального активу. На його думку, саме імідж і репутація в суспільстві стають головним об'єктом зусиль таких організацій, які прагнуть підтримувати довіру та розширювати аудиторію, іноді відсуваючи інші елементи маркетингового комплексу на другий план [30].

Маркетинг неприбуткових організацій не зводиться лише до вибору цільових груп та аналізу зовнішнього середовища [40]. Однією з принципових складових є формування повноцінного маркетинг-міксу.

У цьому контексті:

Продукт для неприбуткової організації – це не товар у класичному розумінні, а послуги, роботи, проєкти, програми, спрямовані на реалізацію її статутних цілей і розв'язання суспільно значущих проблем.

Ціна втрачає традиційне значення, оскільки більшість послуг надається безоплатно для одержувачів. У такому випадку більш коректно говорити про «вартість» – сукупність витрат, які несе організація для надання благодійних послуг.

Для медичної сфери важливим є те, що цінова політика як інструмент впливу на попит і поведінку споживачів у повнішій мірі реалізується у приватних закладах охорони здоров'я. Натомість державні медичні установи, навіть після зміни організаційно-правового статусу (зокрема, заклади первинної ланки), фактично не мають можливості гнучко коригувати ціни, оскільки тарифи на медичні послуги встановлюються державними органами на основі єдиної методики розрахунку вартості та системи національних тарифів [41].

Канали розподілу (канали надання послуг та реалізації програм) можуть бути:

– власними, коли неприбуткова організація самостійно забезпечує реалізацію своїх програм силами внутрішнього персоналу чи членів організації (типова модель для благодійних товариств, громадських об'єднань, рухів);

– незалежними, коли функції з надання послуг передаються зовнішнім виконавцям, а сама організація виступає замовником. У такому випадку центральним завданням стають механізми контролю якості переданих послуг. Незалежні канали особливо часто використовують благодійні фонди.

На тлі реформування галузі охорони здоров'я спостерігається амбівалентний вплив змін на доступність медичних послуг. З одного боку, розвиток сімейної медицини теоретично наближає послугу до пацієнта; з іншого – територіальна оптимізація мережі закладів охорони здоров'я, створення великих госпітальних округів із однією багатoproфільною лікарнею інтенсивного лікування та кількома лікарнями інших типів (відновлювального лікування, хоспісами, закладами медико-соціальної допомоги, станціями швидкої допомоги тощо) [35] призводить до того, що основний стаціонарний заклад у межах округу може стати географічно віддаленим для значної частини населення.

Четвертий елемент комплексу – просування продукту – у некомерційному секторі також має свою специфіку. Некомерційні організації застосовують всі традиційні інструменти просування:

- стимулювання збуту;
- персональні (особисті) комунікації;
- зв'язки з громадськістю;
- рекламу.

Однак цілі при цьому відрізняються від суто комерційних. Якщо бізнес прагне зростання продажів, прибутку й частки ринку, то неприбуткові організації через інструменти просування одночасно:

- залучають нових отримувачів допомоги, спонсорів, благодійників;
- вирішують соціальні завдання (подолання суспільно значущих проблем);

- і економічні завдання (забезпечення фінансової підтримки основної діяльності) [20].

У закладах охорони здоров'я просування послуг реалізується через маркетингові комунікації, до яких належать усі традиційні засоби: реклама, PR, стимулювання збуту, прямий маркетинг, участь у виставках, формування фірмового стилю, мерчандайзинг, спонсорство тощо.

У приватних клініках в Україні реклама послуг уже набула значного поширення, і в умовах реформи державні заклади також змушені активніше використовувати рекламні та комунікаційні інструменти.

Стимулювання збуту в комерційних медичних закладах здебільшого реалізується через:

- системи знижок;
- акційні пропозиції;
- комплексні пакети послуг.

Такі інструменти стали повсякденною практикою як у вітчизняній, так і в зарубіжній медичній сфері.

Для профілактичної медицини найбільш доречним є використання PR-інструментів: підготовка прес-релізів; тематичні радіо- та телепрограми профілактичного спрямування; участь у соціальних інформаційних кампаніях щодо здорового способу життя. Медичний заклад може виступати засновником спеціалізованого журналу або газети, спонсором телепередач про здоров'я, що орієнтовані на вирішення соціально значущих проблем.

Традиційна комерційна реклама має для неприбуткових організацій обмежене значення через високу вартість розміщення у ЗМІ. У відповідь на це вони активно застосовують соціальну рекламу та інші інструменти пропаганди, інтегровані в систему зв'язків з громадськістю. Соціальна реклама опирається не на куплений рекламний простір, а на редакційні ресурси, що зменшує витрати та підвищує рівень довіри з боку суспільства, оскільки інформація подається в розширеному, пояснювальному форматі.

У результаті некомерційний продукт створює насамперед соціальний

ефект, тобто задовольняє певні суспільно важливі потреби на визначеному рівні. Цей ефект є сигналом для потенційних інвесторів, донорів і держави про доцільність фінансування подальшої діяльності організації. Відповідно, головною метою некомерційного маркетингу є максимізація соціального ефекту в наявних умовах ринку та маркетингового середовища [30, 40]. Це передбачає:

- максимально можливе задоволення соціально значущих нематеріальних потреб (у сфері державного управління, оборони, безпеки, безоплатної медицини, освіти, соціального захисту, духовного розвитку тощо);
- раціональне використання обмежених ресурсів суспільства на підтримку відповідних суб'єктів;
- пошук оптимального співвідношення між некомерційною і комерційною складовими діяльності конкретної організації (з урахуванням її спеціалізації, видів продуктів, внутрішнього середовища, потенціалу та інших чинників).

Таким чином, комплекс просування продукту для закладів охорони здоров'я має низку специфічних рис, що відрізняють його як від класичного комерційного, так і від традиційного некомерційного маркетингу. Саме завдяки цим особливостям медичні заклади можуть не лише досягати фінансової стійкості, а й реалізовувати власні статутні цілі, пов'язані з охороною здоров'я населення та підвищенням якості життя.

Висновки до розділу 1

Управління конкурентоспроможністю закладу охорони здоров'я слід розглядати як цілеспрямовану діяльність управлінської ланки та економічних служб, спрямовану на формування, підтримання та розвиток тих характеристик і параметрів установи, які визначають її позиції на ринку медичних послуг. Така діяльність передбачає організований вплив на ключові складові та чинники конкурентоспроможності з метою досягнення бажаного (цільового)

рівня конкурентних переваг.

Фактор конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я доцільно трактувати як сукупність умов, обставин та рушійних сил, що формують унікальні характеристики закладу, визначають виникнення його конкурентних переваг та можливості їх ефективного використання у боротьбі за споживача в межах ринку медичних послуг.

Запропоновано поділяти фактори конкурентоспроможності за двома системними ознаками:

- за змістом – на медичні та комерційні;
- за походженням – на внутрішні та зовнішні.

До медичних факторів віднесено:

- асортимент і номенклатуру медичних послуг;
- рівень їх якості;
- стан та сучасність технічного оснащення;
- кваліфікацію, професійний досвід та компетентність медичного персоналу.

Серед комерційних факторів виділено:

- ситуацію (кон'юнктуру) на ринку медичних послуг;
- цінову політику закладу;
- імідж та репутаційний капітал установи.

До зовнішніх чинників належать ресурсні ринки (у тому числі кадровий та технологічний), поведінка конкурентів, характеристика попиту, державна політика в галузі охорони здоров'я та інші регуляторні впливи.

Внутрішні фактори охоплюють медичну ефективність (здатність максимально задовольняти потреби пацієнтів), витратну ефективність (раціональне використання ресурсів) та ефективність менеджменту (рівень виконання управлінських функцій: планування, організації, мотивації, контролю, аналізу).

Медична послуга розглядається як комплекс взаємопов'язаних процесів – діагностичних, лікувальних, організаційних, професійно-компетентнісних, – які

разом утворюють складну організаційно-технічну систему. Вона включає обґрунтованість медичних втручань, правильність вибору методів і технологій, адекватність обсягів медичної допомоги, узгодженість дій персоналу та загальну якість взаємодії.

Ключовою метою оцінювання якості процесу надання медичних послуг є визначення здатності медичного закладу забезпечувати стабільний рівень якості та дотримання стандартів допомоги. За відсутності ефективної системи контролю якість знижується, ресурси використовуються нераціонально, управлінські рішення приймаються на недостатньо обґрунтованій основі, що, своєю чергою, спричинює зайві витрати й підвищує ризики неефективного функціонування організації.

Ринок медичних послуг в Україні функціонує в умовах, далеких від моделі досконалої конкуренції. Йому властиві риси монополістичної конкуренції, а інколи – часткової монополії. Наявність таких структурних особливостей зумовлює необхідність активного державного втручання та регуляторного впливу з боку органів влади й управління. Держава повинна забезпечити баланс інтересів, мінімізувати інформаційну асиметрію, узгоджувати економічні стимули учасників ринку та сприяти підвищенню доступності й якості медичних послуг.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ УПРАВЛІННЯ КОНКУРЕНТОСПРОМОЖНІСТЮ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ КНП «ОКЛ» ХОР

2.1. Аналіз роботи КНП «ОКЛ» ХОР

Базою проведення нашого експериментального дослідження виступило КНП «Обласна клінічна лікарня» Харківської обласної ради (КНП «ОКЛ» ХОР) — один із найбільших багатопрофільних медичних закладів регіону. Лікарня

обслуговує переважно пацієнтів із районів області, частка яких стабільно зростає і нині становить близько 80–85 % від загальної кількості звернень.

Загальна характеристика закладу.

Основна місія лікарні полягає у наданні високоспеціалізованої медичної допомоги третинного рівня. Для цього у лікувально-діагностичний процес активно залучаються науково-педагогічні кадри медичного університету. Окрім цього, пріоритетними напрямками діяльності лікарні є:

- розвиток консультативної допомоги на базі поліклініки;
- забезпечення планових та екстрених консультацій;
- організаційно-методичний супровід лікувально-профілактичних закладів області;
- підготовка та перепідготовка медичних фахівців.

У структурі КНП «ОКЛ» функціонує консультативна поліклініка на 480 відвідувань за зміну, 25 стаціонарних відділень на 860 ліжок, а також розвинена система діагностичних підрозділів, включаючи:

- центральну багатопрофільну лабораторію;
- рентгенологічне та рентгенорадіологічне відділення;
- відділення променевої, ультразвукової, ендоскопічної, радіонуклідної та функціональної діагностики;
- лабораторію очного протезування.

Додатково працюють відділення фізіотерапії, патологоанатомічна служба, аптека. На базі окремих відділень організовано спеціалізовані дитячі ліжка (10 гінекологічних та 5 нейрохірургічних).

Історичний розвиток лікарні.

Історія КНП ХОР «ОКЛ» бере початок у 1896 році, коли за розпорядженням імператора Олександра III було зведено перші корпуси з трьома клініками — терапевтичною, акушерсько-гінекологічною та офтальмологічною — усього на 96 ліжок. У 1898 році розпочалося будівництво клінік дитячих хвороб і неврології, які відкрилися в 1917–1918 роках.

У 1920 році на базі медичного факультету Харківського університету створюється медична академія, а з 1921 року — Харківський медичний інститут, до відання якого передаються клініки. На той момент лікарня мала 180 ліжок.

У 1932 році всі клініки інституту були передані Харківському обласному відділу охорони здоров'я й офіційно отримали статус обласної клінічної лікарні, зберігаючи при цьому роль навчальної бази медичного інституту.

Після Другої світової війни лікарню було відновлено та розширено до семи клінік на 400 ліжок. Починаючи з 1950 року, у структурі закладу формується мережа спеціалізованих відділень, вводяться посади завідувачів та головного лікаря.

Новий етап розвитку розпочався у 1977 році з масштабного будівництва: зведено поліклінічний корпус на 480 відвідувань, дев'ятиповерховий стаціонар на 500 ліжок, гуртожиток для працівників, пансіонат для хворих на 320 місць, харчоблок. Нещодавно завершено будівництво патологоанатомічного корпусу з діагностичним центром.

Тісний зв'язок лікарні з медичним університетом визначив її роль як великої навчальної бази: сьогодні на її території розташовані 13 кафедр Харківського національного медичного університету. У 2001 році була створена Рада директорів клінік, яка координує роботу між відділеннями лікарні та кафедрами університету.

Сучасні спеціалізовані центри.

З огляду на розвиток високотехнологічної медицини та демографічну ситуацію в регіоні, на базі лікарні сформовано низку спеціалізованих центрів:

- центр передпухлинної патології;
- центр алергології та імунології;
- центр мікрохірургії ока та очного протезування;
- центр пластично-реконструктивної та ЛОР-хірургії;
- подіатричний центр «Діабетична стопа»;
- центр інтервенційної аритмології;

- флебологічний центр;
- центр дитячої та підліткової гінекології;
- центр пластичної гінекології;
- центр лікування запальних захворювань підшлункової залози.

Ці підрозділи створюються на базі профільних відділень без окремого ліжкового фонду.

Діяльність відділення профоглядів.

Відповідно до чинних норм, фахівці закладу несуть відповідальність за достовірність медичних висновків щодо стану здоров'я громадян. Відділення профоглядів оформлює такі документи:

- медичні довідки для водіїв усіх категорій;
- медичні довідки для отримання дозволу на зброю;
- особисті медичні книжки (форма №1-ОМК);
- довідки для відвідування басейну або сауни;
- довідки для працевлаштування;
- результати періодичних медичних оглядів;
- довідки для санаторно-курортного лікування.

2.2. Управління конкурентоспроможністю медичних послуг КНП «ОКЛ» ХОР

Під впливом соціальних трансформацій та змін у культурному середовищі КНП «ОКЛ» ХОР поступово вибудувало цілісну систему заходів, спрямованих на підвищення конкурентоспроможності своїх медичних послуг. Водночас слід підкреслити, що ринок медичних послуг в Україні істотно відрізняється від моделі досконалої конкуренції: йому властиві ознаки монополістичної конкуренції й навіть окремі риси монопольної структури. За таких умов органи державної влади — Міністерство охорони здоров'я України, профільний комітет Верховної Ради та інші інституції — виконують надзвичайно важливу функцію регулятора. Їхня діяльність спрямована на

коригування структури медичного сектора, узгодження обсягів і якості діагностично-лікувальних послуг із реальними суспільними потребами.

Принципи управління конкурентоспроможністю в КНП «ОКЛ» ХОР

Система управління конкурентоспроможністю медичних послуг у закладі ґрунтується на низці ключових засад. До основних принципів належать:

- Прозора та чітко вибудована комунікація між суб'єктами попиту і пропозиції, забезпечена через визначення відповідальних контактних осіб, закріплених в управлінських угодах.
- Використання синергетичного ефекту між різними видами послуг з метою оптимізації витрат і зростання ефективності діяльності.
- Створення простої й зрозумілої системи відповідальності, яка визначає порядок взаємодії внутрішніх та зовнішніх постачальників послуг на стратегічному рівні.
- Мінімізація конфліктів між підрозділами, які забезпечують основну медичну діяльність, і тими, що надають допоміжні послуги.
- Скоординованість та інтегрованість процесів підтримки, що забезпечує повну керованість усіма допоміжними функціями.
- Прозорість у формуванні вартості й обсягів послуг, що дозволяє споживачам отримувати достовірну інформацію щодо витрат і процедур.
- Орієнтація на постійний розвиток, яка базується на регулярному аналізі циклу вдосконалення діяльності закладу.

Сучасні стандарти трактують управління не як окрему адміністративну функцію, а як комплексний інтегрований процес, завданням якого є забезпечення узгодженої роботи всіх служб для підвищення результативності основної медичної діяльності. Виходячи з цього, система управління конкурентоспроможністю в КНП «ОКЛ» ХОР включає широкий комплекс операцій, що охоплюють не лише безпосереднє лікування пацієнтів, але й увесь спектр адміністративних, технічних та організаційних функцій.

Мета та особливості діяльності з управління конкурентоспроможністю.

Стратегічною метою діяльності КНП «ОКЛ» ХОР у сфері управління конкурентоспроможністю є забезпечення узгодженості рішень на тактичному та стратегічному рівнях, що дозволяє оптимізувати надання послуг, визначених у відповідних управлінських документах. Це передбачає високий рівень компетентності керівних кадрів, оскільки мова йде не про управління окремими функціями, а про комплексне адміністрування закладу як цілісної структури.

Важливим аспектом є організаційна побудова лікарні: структура управління сформована таким чином, щоб забезпечувати чіткий розподіл обов'язків, персональну відповідальність та можливість контролю за ключовими показниками конкурентоспроможності.

Попри те, що українські лікарні функціонують у межах державної системи охорони здоров'я і не мають повної автономії у питаннях бюджетного розподілу, капіталовкладень чи кадрової політики, вони зберігають можливість здійснювати оперативне та поточне управління. Це дає змогу розробляти плани діяльності, упроваджувати організаційні новації та підтримувати стабільність роботи. Для КНП «ОКЛ» ХОР такі кроки є основою забезпечення власної конкурентоспроможності.

Директор закладу, відповідно до законодавства, поєднує функції адміністративного керівника і відповідального лікаря, який відповідає за лікувальний процес [20; 21; 49]. До його компетенції входить реалізація всіх ключових функцій управління.

Органи управління КНП «ОКЛ» ХОР

Вищим керівним органом КНП «ОКЛ» ХОР є рада керівників, або правління закладу. Вона має юридичні повноваження щодо стратегічного управління і відповідає за:

- добір та оцінювання діяльності керівника закладу;
- формування та оновлення місії, стратегічних цілей і завдань;
- затвердження стратегічних документів, орієнтованих на задоволення потреб громади;

- забезпечення фінансової стабільності закладу та контроль витрат;
- управління активами лікарні — обладнанням, матеріальними ресурсами, персоналом;
- впровадження стандартів якості лікування і виконання законодавчих вимог;
- забезпечення відбору компетентного управлінського і медичного персоналу.

Переважну частину завдань щодо кадрів рада керівників делегує головному адміністратору. Він несе відповідальність за організацію всієї діяльності лікарні та прийняття оперативних управлінських рішень.

Саме рада керівників визначає стратегічні орієнтири формування конкурентоспроможності медичних послуг у КНП «ОКЛ» ХОР та здійснює контроль за реалізацією відповідних управлінських рішень.

Схему функціонування чинної системи управління конкурентоспроможністю медичних послуг КНП «ОКЛ» ХОР подано на рис. 2.1.



Рис. 2.1. Існуюча структура управління конкурентоспроможністю медичних послуг

Після запровадження в Україні нової моделі фінансування охорони здоров'я КНП «ОКЛ» ХОР подало заявки до Національної служби здоров'я України для контрастування відповідних пакетів медичної допомоги. Після укладення договорів між закладом і НСЗУ лікарня з 1 квітня 2020 року перейшла до роботи в оновлених фінансово-організаційних умовах. Нова система передбачає, що від 50 до 70 % загального обсягу фінансування формує НСЗУ відповідно до наданих послуг за контрактованими пакетами. Решта 30–50 % доходів забезпечується лікарнею самостійно — за рахунок амбулаторного прийому, оплати пролікованих випадків у стаціонарі та надходжень від платних медичних послуг.

У ході аналізу чинної структури управління конкурентоспроможністю медичних послуг КНП «ОКЛ» ХОР було виявлено низку системних недоліків. Їхнє усунення, а також розроблення рекомендацій щодо вдосконалення управлінських процесів стали ключовою концептуальною основою даної магістерської роботи.

Висновки до розділу 2

Проведене дослідження дало змогу встановити, що система управління конкурентоспроможністю медичних послуг у КНП «ОКЛ» ХОР функціонує відповідно до чинних нормативно-правових актів України та загальних вимог до організації управлінської діяльності. Вона ґрунтується на поєднанні систематичних групових і індивідуальних дій персоналу, спрямованих на виявлення актуальних проблем, потреб пацієнтів і характеристик попиту на послуги відповідно до сучасних стандартів.

Організаційна структура лікарні формально поділена на дві ключові категорії підрозділів: ті, що безпосередньо займаються лікувально-діагностичною діяльністю, і ті, що забезпечують загальне управління та підтримку основних процесів. З позиції функціонального підходу діяльність лікарні охоплює кілька службових напрямів: медичну, сестринську, допоміжну,

фінансову та служб підтримки. Такий поділ створює умови для чіткішої координації та розподілу відповідальності, але водночас висуває додаткові вимоги до ефективності управління взаємодією між цими блоками.

Під впливом соціокультурних змін КНП «ОКЛ» ХОР активізувало роботу, спрямовану на підвищення конкурентоспроможності наданих медичних послуг. Важливо, що ринок медичних послуг має ознаки монополістичної конкуренції, а в окремих сегментах — навіть певної монополізації. За таких умов колектив закладу вимушений не лише адаптуватися до зовнішнього середовища, а й впливати на структуру медико-діагностичного виробництва, прагнучи зблизити пропонований спектр послуг із реальними потребами населення.

У нових організаційно-економічних умовах діяльності основними принципами управління конкурентоспроможністю медичних послуг у КНП «ОКЛ» ХОР виступають:

- забезпечення прозорості та однозначної комунікації між суб'єктами попиту й пропозиції шляхом призначення відповідальних контактних осіб;
- використання синергетичного ефекту між різними видами послуг з метою оптимізації витрат і підвищення результативності роботи;
- запровадження чіткої системи внутрішньої та зовнішньої відповідальності за надання послуг, що ґрунтується на стратегічних управлінських рішеннях;
- мінімізація конфліктів між внутрішніми та зовнішніми постачальниками послуг;
- інтеграція та координація усіх видів підтримувальних сервісів;
- забезпечення відкритості інформації щодо рівня, обсягу та вартості послуг, донесення її до пацієнта у первісному, доступному форматі;
- постійне вдосконалення діяльності закладу на основі аналізу власного життєвого та організаційного циклу.

Комплексний аналіз функціонування наявної системи управління конкурентоспроможністю медичних послуг у КНП «ОКЛ» ХОР дозволив

ідентифікувати низку проблемних аспектів і обмежень. Саме їх усунення та розроблення відповідних механізмів удосконалення стали методологічною і практичною основою даної магістерської роботи.

РОЗДІЛ 3

УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ КОНКУРЕНТОСПРОМОЖНІСТЮ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ (НА ПРИКЛАДІ КНП «ОКЛ» ХОР)

3.1. Розроблення алгоритму формування маркетингової конкурентної стратегії медичного закладу у напрямі управління конкурентоспроможністю медичних послуг та реалізація її в КНП «ОКЛ» ХОР

Управління конкурентоспроможністю медичних послуг є багатокомпонентним і динамічним процесом, що здійснюється з урахуванням принципів технологізації управлінської діяльності. У межах даного дослідження визначення та обґрунтування напрямів удосконалення цього процесу здійснювалося на основі клієнтоорієнтованого підходу, який нині широко застосовується як у соціальному управлінні, так і в різних галузях економічної та гуманітарної науки. Сутність цього підходу полягає в організації діяльності закладу охорони здоров'я таким чином, щоб у центрі уваги завжди перебували потреби, очікування й рівень задоволеності пацієнта.

Запровадження принципів клієнтоорієнтованості в практику медичного закладу вимагає чіткої ідентифікації кількох ключових аспектів: хто саме виступає клієнтом у конкретному контексті, які потреби є для нього визначальними, і які суб'єкти, підрозділи чи персонал беруть участь у процесі їх задоволення. Лише за умови комплексної відповіді на ці питання можливим є формування стандартизованих управлінських рішень, що забезпечують прогнозований результат і сприяють підвищенню якості послуг.

Клієнтоорієнтована модель управління діяльністю медичного закладу реалізується через систему послідовних завдань, спрямованих на три стратегічні напрями:

- утримання наявних пацієнтів шляхом забезпечення стабільної якості, довіри та безпеки медичних послуг;
- залучення нових клієнтів, зокрема через підвищення конкурентних переваг закладу, інноваційність послуг та ефективну комунікацію;
- досягнення високого рівня сервісу і задоволеності користувачів, що безпосередньо впливає на репутаційний капітал і ринкову позицію закладу.

У такому контексті конкурентоспроможність закладу охорони здоров'я може бути визначена як інтегральний стан та безперервний процес взаємодії суб'єктів медичного обслуговування і споживачів послуг, у межах якого здійснюється специфічна форма конкуренції між медичними працівниками за здатність максимально точно та повно задовольнити потреби пацієнтів.

Для подальшого аналізу доцільно представити класифікацію факторів, що зумовлюють конкурентоспроможність медичного закладу, відповідно до їх сутнісного наповнення (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Класифікація факторів конкурентоспроможності закладу охорони
здоров'я за сутністю

Медичні фактори	<ul style="list-style-type: none"> - асортимент та номенклатура послуг; - якість надання медичних послуг; - технічне оснащення; - рівень кваліфікації працівників
Комерційні фактори	<ul style="list-style-type: none"> - кон'юнктура ринку медичних послуг; - вартість послуг; - імідж

В контексті проведеного дослідження суттєве аналітичне значення має також класифікація факторів конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я за ознакою їх походження, що дозволяє диференціювати передумови формування конкурентних переваг на рівні внутрішніх та зовнішніх детермінант діяльності. Узагальнені результати такого поділу наведено в таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

Класифікація факторів конкурентоспроможності закладу охорони
здоров'я за ознакою походження

Зовнішні фактори	<ul style="list-style-type: none"> - ресурсні ринки конкуренти; - попит; - дії уряду
Внутрішні фактори	<ul style="list-style-type: none"> - медична ефективність; - витратна ефективність; - ефективність маркетингу та менеджменту

У ході дослідження нами було сформовано послідовність етапів розроблення маркетингової конкурентної стратегії медичного закладу, спрямованої на підвищення конкурентоспроможності його медичних послуг. Узагальнену структурну модель цього процесу представлено на рис. 3.1.

Зміст кожного з етапів алгоритму доцільно розкрити детальніше.

Етап 1. Визначення стратегічних орієнтирів розвитку медичного закладу. На початковому етапі формування маркетингової конкурентної стратегії чітко окреслюється місія організації, уточнюється її призначення та суспільна роль. На цій основі вибудовується система довгострокових і короткострокових цілей, що відображають бажані результати діяльності та слугують орієнтиром для подальших стратегічних рішень.

Етап 2. Стратегічний аналіз і комплексна діагностика. Другий етап охоплює всебічне оцінювання умов функціонування закладу. Аналізується конкурентна ситуація на ринку медичних послуг, досліджуються ключові фактори зовнішнього середовища, а також здійснюється ґрунтовна діагностика внутрішніх ресурсів і потенціалу медичного закладу. Такий підхід дає змогу виявити сильні та слабкі сторони, визначити потенційні можливості й ризики.

Етап 3. Розроблення альтернативних стратегічних рішень і маркетингової програми. На цьому етапі формуються можливі варіанти стратегій, які забезпечать адаптацію медичного закладу до ринкових умов. Створюється маркетингова програма, яка містить пріоритетні напрями маркетингової

діяльності та конкретні заходи щодо їх реалізації. Для кожного заходу встановлюються терміни виконання, відповідальні особи та необхідні ресурси.

Етап 4. Планування та організація реалізації маркетингової конкурентної стратегії. Завершальний етап передбачає деталізацію механізмів втілення обраної стратегії. Він охоплює розроблення організаційних рішень, визначення ресурсного забезпечення, створення системи моніторингу й контролю за реалізацією стратегічних ініціатив. Особлива увага приділяється оцінці результативності впроваджених заходів і коригуванню дій у разі зміни ринкових умов.

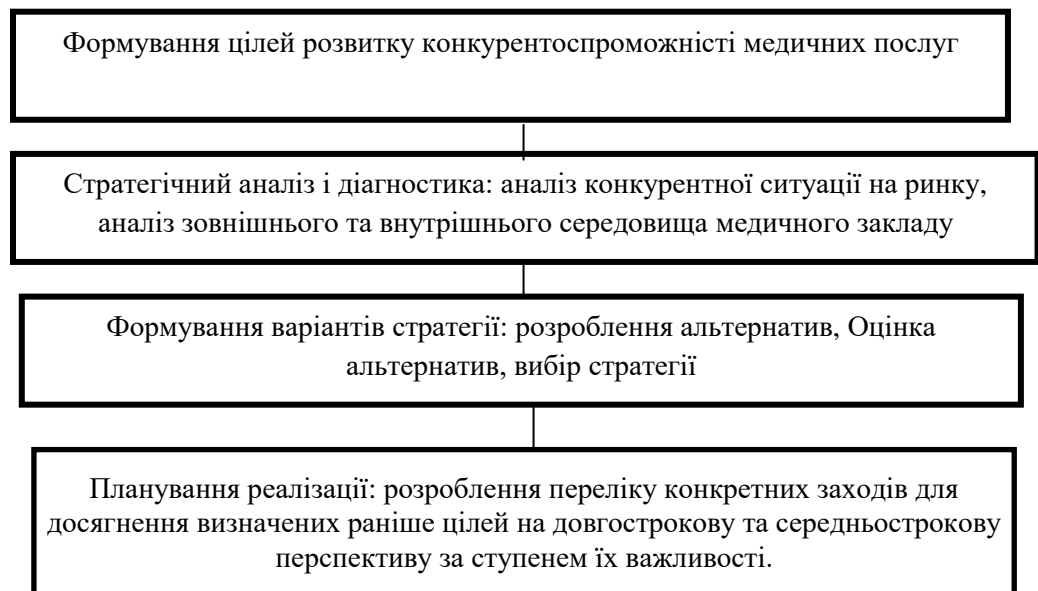


Рис. 3.1. Алгоритм формування маркетингової конкурентної стратегії медичного закладу у напрямі управління конкурентоспроможністю медичних послуг

У межах реалізації запропонованого алгоритму доцільно адаптувати кожен його етап до специфіки функціонування КНП «ОКЛ» ХОР.

Етап 1. Визначення цілей розвитку медичного закладу.

Місія КНП «ОКЛ» ХОР відображає стратегічний зміст діяльності та головне призначення установи, тобто те, заради чого лікарня існує у довгостроковій перспективі. На її основі формується комплекс взаємопов'язаних стратегічних, середньострокових і оперативних цілей, які

мають відповідати вимогам сучасного менеджменту: бути конкретизованими, вимірюваними, реалістичними, зрозумілими для персоналу та чітко структурованими в часовому аспекті. Вони повинні охоплювати всі ключові напрями роботи закладу — клінічний, організаційний, фінансовий, маркетинговий та соціальний.

Маркетингові цілі є кількісним і якісним відображенням викликів, що формуються в межах ринкових і управлінських завдань. Вони визначають вибір цільових сегментів пацієнтів, напрями комунікаційної політики, очікуваний економічний результат і підхід до формування бюджету. Щоб окреслити маркетингові цілі, місію медичного закладу слід деталізувати, трансформувати її в багаторівневу структуру — «дерево маркетингових цілей». При його побудові застосовуються принципи декомпозиції, вертикальної та горизонтальної координації, а також системного бачення процесів. Усі рівні дерева мають бути взаємопов'язаними: нижчі рівні конкретизують загальні орієнтири верхніх.

Етап 2. Стратегічний аналіз і комплексна діагностика.

Маркетингове середовище КНП «ОКЛ» ХОР включає сукупність зовнішніх і внутрішніх чинників, які формують можливості та обмеження діяльності закладу та визначають характер його взаємодії з пацієнтами, партнерами та ринком медичних послуг.

Зовнішнє середовище поділяється на макро- та мікрорівень.

Макросередовище охоплює такі фактори:

- політичні умови, що визначають рівень стабільності та державну підтримку медичної галузі;
- соціально-економічні параметри, які відображають платоспроможність населення, фінансову стабільність та динаміку попиту;
- науково-технічний розвиток, що створює можливості завдяки впровадженню інноваційних медичних технологій;
- культурні особливості, які впливають на поведінку пацієнтів, їхній рівень довіри, звички й очікування.

Мікросередовище охоплює групи суб'єктів, безпосередньо пов'язаних з діяльністю медичного закладу:

- постачальники ресурсів та обладнання;
- посередники (зокрема страхові компанії), що забезпечують комунікацію між виробником і пацієнтом;
- пацієнти як кінцеві споживачі медичних послуг;
- конкуренти, включно з потенційними та виробниками послуг-замінників;
- контактні аудиторії, серед яких органи влади, ЗМІ, професійні об'єднання.

Внутрішнє середовище формують ресурси та можливості самого закладу: кадровий потенціал, рівень кваліфікації персоналу, технологічна база, фінансова стійкість, маркетинговий досвід, імідж і структура управління.

У процесі аналізу конкурентного поля одним із ключових інструментів виступає карта стратегічних груп, яка дає змогу ідентифікувати найближчих конкурентів, групувати їх за подібними параметрами та виявляти зміни в галузевій структурі. Основою для побудови карти є вибір стратегічних характеристик, що найбільш чітко відображають відмінності між групами учасників ринку.

Етап 3. Розроблення альтернатив та формування маркетингової програми.

На цьому етапі формується система варіантів стратегічного розвитку, спрямована на адаптацію медичного закладу до умов ринку. Маркетингова програма визначає пріоритетні напрями діяльності, перелік заходів, строки їх реалізації, необхідні ресурси та відповідальних осіб. Одноразові або поодинокі заходи не здатні забезпечити суттєве підвищення конкурентоспроможності, тому ефективність забезпечує саме системний і комплексний підхід.

Структура рекомендованого стратегічного маркетингового плану включає:

- загальну характеристику програми;
- аналіз поточного стану ринку;

- ідентифікацію основних загроз і можливостей;
- визначення ключових проблем та завдань;
- обґрунтування стратегій;
- розробку програм дій;
- визначення бюджету та схеми контролю.

Етап 4. Планування реалізації маркетингової конкурентної стратегії.

Наявність сформованої стратегії не гарантує успіху без її практичної деталізації. Тому необхідно створити оперативний маркетинговий план, який включає конкретні заходи, інструменти, часові межі та механізми контролю за виконанням. Ефективність стратегії можлива лише за умови відповідності оперативних дій стратегічним пріоритетам та їх системного узгодження.

У ході дослідження визначено основні фактори, що формують конкурентні переваги КНП «ОКЛ» ХОР:

1. Ринкова частка.
2. Якість і результативність послуг.
3. Широта та раціональність асортименту послуг.
4. Ступінь прихильності пацієнтів.
5. Цінова політика.

Оцінювання привабливості медичного закладу здійснюється за критеріями: потенціал розвитку галузі, рівень можливого прибутку, фінансова стабільність, ефективність використання ресурсів і капіталомісткість. На основі цих критеріїв сформовано системні умови та ключові напрями формування конкурентного середовища на ринку медичних послуг КНП «ОКЛ» ХОР (табл. 3.3).

Таблиця 3.3

Системні умови і основні напрями формування конкурентного середовища на ринку надання медичних послуг у КНП «ОКЛ» ХОР

Види й рівні управління	Системні умови та можливі заходи
Рівень пацієнта	<ul style="list-style-type: none"> – забезпечення реального права пацієнтів самостійно обирати лікаря та заклад для отримання медичної допомоги; – гарантування відкритого доступу населення до медичних установ та лікарських практик; – створення рівних умов для вибору постачальників медичних послуг; – упровадження механізмів захисту прав пацієнтів і їх законних інтересів; – розширення системи добровільного та обов’язкового медичного страхування; – функціонування незалежних інституцій, що здійснюють контроль якості медичної допомоги.
Лікарський рівень	<ul style="list-style-type: none"> – обов’язкове ліцензування лікарів та контроль за дотриманням професійних вимог; – впровадження стандартів надання медичної допомоги; – надання закладам права формувати власні доходи та отримувати прибуток; – застосування контрактних систем оплати праці з фіксованими гонорарами; – гарантування партнерських прав медичного персоналу; – удосконалення процедур відбору, атестації та працевлаштування медичних працівників; – дотримання лікарями професійних та етичних норм діяльності.
Рівень медичного закладу	<ul style="list-style-type: none"> – проходження акредитації закладами охорони здоров’я та регулярне підтвердження відповідності стандартам; – підвищення якості стратегічного управління та його відповідності ринковим умовам; – забезпечення можливості гнучкої адаптації організаційної структури недержавних закладів до змін зовнішнього середовища; – оптимізація ключових процесів (скорочення

	термінів госпіталізації, прискорення діагностики, ефективного планування госпітальних потоків); – створення системи безперервного професійного розвитку та навчання персоналу.
Адміністративно-управлінські та організаційні заходи	– демонополізація ринку медичної допомоги та формування конкурентного середовища; – усунення надмірної централізації та вертикальної залежності між рівнями медичної системи; – інтеграція служб первинної медико-санітарної допомоги для підвищення їх доступності та ефективності; – упровадження сучасних підходів до реструктуризації установ та служб ПМСД; – налагодження партнерської взаємодії з основними зовнішніми стейкхолдерами (страховими організаціями, соціальними службами, приватними провайдерами тощо).

У ході дослідження було проведено системну роботу, спрямовану на уточнення й формування переліку медичних послуг, які заклад може законно надавати на платній основі. Під час визначення цього переліку враховано як реальні можливості закладу, так і чинні нормативно-правові акти, що регулюють сферу платних медичних послуг.

Зокрема, було використано положення Постанови Кабінету Міністрів України від 17 вересня 1996 року № 1138, яка визначає вичерпний перелік послуг, дозволених до надання на платній основі в закладах охорони здоров'я. З урахуванням норм документа та специфіки діяльності КНП було сформовано оновлений список послуг, що може становити комерційну складову діяльності закладу. Його структурований виклад представлено у табл. 3.4.

Таблиця 3.4

Перелік платних послуг КНП «ОКЛ» ХОР

№ з/п	Найменування	Кількість процедур	грн.	
			ж	ч
1	2	3	4	5
1	Медичний огляд осіб для отримання посвідчення водія транспортних засобів	1	329,06	301,42

2	Медичний огляд осіб для отримання дозволу на носіння зброї	1	294,71	267,33
3	Для проведення попередніх (періодичних) медичних оглядів	1	294,63	267,23
4	Медичний огляд осіб для отримання сертифікату для проходження психіатричного огляду	1	30,00	30,00
5	Медичний огляд осіб для отримання сертифікату для проходження наркологічного огляду	1	28,37	28,37
6	Видача копії медичної довідки, виписки із історії хвороби	1	15,46	15,46
7	Видача бланків особистої медичної книжки	1	9,50	9,50
<i>Послуги кабінету з масажу</i>				
8	Масаж волосяної частини голови	1	13,01	13,01
9	Масаж лиця	1	14,53	14,53
10	Масаж передньої поверхні грудної клітини	1	18,87	18,87
11	Масаж воротникової зони хребта	1	14,53	14,53
12	Масаж грудного відділу хребта	1	14,56	14,56
13	Масаж поперекового відділу хребта	1	14,56	14,56
14	Масаж передньої брючної стінки	1	17,86	17,86
15	Масаж плечового суглобу	1	14,02	14,02
16	Масаж плечового суглобу + лопатка	1	17,83	17,83
17	Масаж верхньої кінцівки	1	14,02	14,02
18	Масаж променевоzap'ясного суглобу	1	14,02	14,02
19	Масаж нижньої кінцівки тазово-стегновий суглоб	1	14,05	14,05
20	Масаж нижньої кінцівки-стегна	1	14,56	14,56
21	Масаж нижньої кінцівки-	1	14,05	14,05

	колінний			
22	Масаж нижньої кінцівки-колінно-ступневий суглоб	1	14,05	14,05
23	Масаж спини	1	18,87	18,87
24	Запальний масаж дитини	1	25,99	25,99
25	Запальний масаж спини на кріслі	1	13,45	13,45
<i>Послуги кабінету з функціональної діагностики (за зверненням пацієнта без направлення лікаря)</i>				
26	Електрокардіограма	1	11,98	11,98
<i>Рентгенологічного кабінету(за зверненням пацієнта без направлення лікаря)</i>				
27	Флюорографія	1	28,36	28,36
28	Рентген органів грудної клітини	1	45,99	45,99
29	Рентген органів черевної порожнини	1	58,65	58,65
30	Рентген кістково-суглобної системи	1	58,65	58,65
31	Рентген зуба	1	58,38	58,38
32	Рентген легенів	1	51,25	51,25
<i>Послуги фізіотерапевтичного кабінету (за зверненням пацієнта без направлення лікаря)</i>				
33	Дарсонвалізація	1	18,21	18,21
34	Ампліпульс-терапія	1	24,87	24,87
35	Електрофорез лікарських препаратів	1	20,96	20,96
36	Магнітолазерна терапія	1	23,80	23,80
37	Магнітотерапія	1	29,28	29,28
38	Ультразвукова терапія	1	27,50	27,50
39	Ультразвукова терапія (ап.-тSonic-StimuPro)	1	30,06	30,06
40	Електрофорез	1	20,96	20,96
41	Електросон	1	18,20	18,20
42	Флюкоризація	1	18,20	18,20
43	Діадинамотерапія	1	20,96	20,96
44	Електростимуляція	1	18,20	18,20
45	Ультрафіолетове опромінювання (ОРК-021м)	1	10,74	10,74
46	Ультрафіолетове опромінювання (УГН-1)	1	10,54	10,54
47	Інгаляція масляними препаратами (для дітей)	1	20,08	20,08

48	Інгаляція масляними препаратами (для дорослих)	1	21,85	21,85
49	УВЧ терапія	1	16,18	16,18
50	Магнітотерапія (Полюс-4)	1	22,48	22,48
51	Магнітотерапія (Алімп-1)	1	22,36	22,36
52	Інгаляція лікарськими препаратами (для дітей)	1	14,88	14,88
53	Інгаляція лікарськими препаратами (для дорослих)	1	15,16	15,16
54	Магнітолазерна терапія	1	22,42	22,42
55	Аромокімната-дорослі	1	27,31	27,31
56	Аромокімната-діти	1	25,54	25,54
<i>Послуги кабінету з ультразвукової діагностики (за зверненням пацієнта без направлення лікаря)</i>				
57	Матка – яєчники (трансвагінально)	1	73,34	73,34
58	Матка при вагітності	1	130,01	130,01
59	Матка – яєчники (інтервагінально)	1	79,35	79,35
60	Органи черевної порожнини	1	121,93	121,93
61	Нирки	1	32,35	32,35
62	Нирки-сечовий міхур	1	121,33	121,33
63	Простата-сечовий міхур	1	32,35	32,35
64	Щитоподібна залоза	1	62,09	62,09
65	Периферичні судини	1	62,61	62,61
66	Яєчники	1	32,35	32,35
67	Молочні залози	1	79,47	79,47
68	Органи черевної порожнини - нирки	1	152,67	152,67
69	Судини шії	1	62,61	62,61
<i>Послуги клінічної лабораторії (за зверненням пацієнта без направлення лікаря)</i>				
70	Аналіз крові на ГГТ	1	15,35	15,35
71	Аналіз крові на цукор	1	17,06	17,06
72	Загальний аналіз крові	1	25,77	25,77
73	Аналіз крові на РМП	1	8,13	8,13
74	Аналіз крові на РПГА	1	64,68	64,68
75	Аналіз група крові та	1	20,75	20,75

	резус приналежність			
76	Аналіз крові для визначення ревмопроби	1	15,50	15,50
77	Аналіз крові для визначення почечних проб	1	21,03	21,03
78	Аналіз крові для визначення печінкових проб	1	27,06	27,06
79	Аналіз крові для визначення ліпідного обміну	1	20,70	20,70
80	Аналіз крові на визначення глікозильованого гемоглобіну	1	165,91	165,91
81	Аналіз холінестераза	1	19,12	19,12
82	Аналіз крові на визначення гемоглобіну	1	4,69	4,69
83	Аналіз крові на визначення лейкоцитів	1	6,78	6,78
84	Аналіз крові на визначення еритроцитів	1	8,91	8,91
85	Аналіз крові на визначення рої	1	3,65	3,65
86	Аналіз крові на визначення підрахунку лейкоцитарної формули	1	7,39	7,39
87	Аналіз крові на визначення підрахунку тромбоцитів	1	3,74	3,74
88	Гемокріт	1	8,36	8,36
89	Цитологічні визначення	1	19,41	19,41
90	Амілаза крові	1	18,84	18,84
91	Аналіз харкотиння	1	9,63	9,63
92	Аналіз мочі клінічної	1	43,15	43,15
93	Амілаза сечі	1	18,84	18,84
94	Аналіз сечової кислоти	1	21,14	21,14
95	Аналіз на визначення коагулограми	1	79,96	79,96
96	Аналіз на визначення протромбірованого часу	1	16,63	16,63
97	Аналіз на визначення	1	9,79	9,79

	кала на я/глист			
98	Аналіз на визначення лямблій	1	54,35	54,35
99	Аналіз на визначення грибів	1	10,24	10,24
100	Аналіз на малярію	1	22,92	22,92
101	Аналіз на визначення чесоточного кліща	1	10,80	10,80
102	Аналіз на визначення демодекозу	1	10,80	10,80
103	Аналіз на визначення хламідій	1	6,98	6,98
<i>Послуги в поліклініці(консультативні послуги без направлення лікаря)</i>				
104	Лікаря-терапевта	1	49,23	49,23
105	Лікаря-дерматовенеролога	1	52,27	52,27
106	Лікаря-невропатолога	1	41,32	41,32
107	Лікаря-отоларинголога	1	44,68	44,68
108	Лікаря-офтальмолога	1	50,83	50,83
109	Лікаря-онколога	1	44,38	44,38
110	Лікаря-фтизіатра	1	70,23	70,23
111	Лікаря-кардіолога	1	44,33	44,33
112	Лікаря-травматолога	1	52,90	52,90
113	Лікаря-хірурга	1	52,90	52,90
114	Лікаря-уролога	1	53,22	53,22
115	Лікаря-інфекціоніста інфекційного каб.	1	56,26	56,26
116	Лікаря-інфекціоніста кабінету «Довіра»	1	49,19	49,19
<i>Послуги в стаціонарі (за зверненням пацієнта без направлення лікаря)</i>				
117	Пербування в стаціонарі батьків для догляду за дитиною старше 6 років, якщо стан хворої дитини не критичний	1	30,77	30,77
118	Перебування в стаціонарі хворого за зверненням пацієнта без направлення лікаря, без медикаментів та харчування)	1	173,65	173,65

	терапевтичне відділення			
119	Перебування в стаціонарі хворого за зверненням пацієнта без направлення лікаря, без медикаментів та харчування) неврологічне відділення	1	226,81	226,81
120	Перебування в стаціонарі хворого за зверненням пацієнта без направлення лікаря, без медикаментів та харчування) педіатричне відділення	1	201,01	201,01

Для визначення економічно обґрунтованої вартості послуг, що можуть надаватися на платній основі, у КНП «ОКЛ» ХОР було застосовано Постанову Кабінету Міністрів України № 1075 від 27.12.2017 р. «Методика розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування». Використання цього нормативного документа дало змогу здійснити коректний розрахунок собівартості кожної послуги, оцінити структуру витрат та сформувані реалістичні тарифи, що відповідають вимогам законодавства і сучасним підходам до фінансового менеджменту в медицині.

На основі проведених розрахунків було сформовано перелік платних медичних послуг, які відповідно до нормативних актів та ресурсних можливостей може надавати КНП «ОКЛ» ХОР. Такий підхід не лише дозволив упорядкувати комерційну діяльність закладу, але й забезпечив прозорість та економічну доцільність у формуванні вартості кожної послуги.

Таким чином, проведене дослідження дало змогу обґрунтувати напрями підвищення конкурентоспроможності медичних послуг КНП «ОКЛ» ХОР. Удосконалення здійснювалося на основі розробленого нами алгоритму формування маркетингової конкурентної стратегії медичного закладу, який

поєднує інструменти стратегічного аналізу, клієнтоорієнтованого управління, організаційного планування та системного моніторингу. Запропонований підхід забезпечує комплексний механізм підвищення ефективності діяльності медичного закладу та формування стійких конкурентних переваг на ринку медичних послуг.

3.2. Експертна оцінка алгоритму формування маркетингової конкурентної стратегії медичного закладу у напрямі управління конкурентоспроможністю медичних послуг

Метод експертних оцінок належить до найдавніших і водночас найбільш надійних наукових підходів, що дозволяють отримувати об'єктивну інформацію шляхом узагальнення незалежних думок фахівців. Сам термін «експерт» (лат. *expertus* – досвідчений, від *experire* – досліджувати) відображає сутність підходу: оцінювання здійснюється особами, знання та досвід яких є достатніми для формування суджень щодо складних або спірних ситуацій. З огляду на те, що суспільство традиційно зверталось до думки компетентних спеціалістів, експертні методи поступово стали важливою складовою наукових досліджень, у тому числі в медичній галузі.

Вітчизняний нормативний досвід підтверджує актуальність цього методу: Постанова президії ВАК України від 09.04.2003 р. № 18-09/4 («Паспорт спеціальності 14.02.03 – соціальна медицина») виокремлює метод експертних оцінок як один зі специфічних інструментів медико-соціальних досліджень. Проте в сучасній практиці охорони здоров'я його застосовують відносно рідко, що робить актуальним обґрунтування його необхідності та удосконалення методики.

Загальна схема проведення експертної оцінки

Методика базується на виконанні низки взаємопов'язаних етапів, які забезпечують її наукову обґрунтованість:

1. Визначення потреби в експертній оцінці, що обумовлено складністю проблеми, нестачею статистичних даних або необхідністю прогнозування.
2. Розроблення плану та програми експертизи, яке включає:
 - формування мети та завдань;
 - укладання анкети (опитувальника);
 - вибір підходу до оцінювання компетентності експертів;
 - визначення правил проведення опитування;
 - вибір способів обробки отриманих даних.
3. Формування експертної групи та організація процедури опитування.
4. Зведення та групування отриманих результатів.
5. Статистична обробка даних, яка охоплює:
 - розрахунок відносних величин;
 - визначення групових оцінок з урахуванням вагових коефіцієнтів експертів;
 - оцінку достовірності різниць між показниками;
 - аналіз взаємозв'язків між судженнями експертів;
 - обчислення коефіцієнта детермінації;
 - ранжування показників.
6. Оцінка узгодженості групи експертів, що передбачає обчислення:
 - коефіцієнта варіації;
 - асиметрії;
 - ексцесу;
 - коефіцієнта осциляції.
7. Формування висновків та їх практичне впровадження.
8. Аналіз стану проблеми після впровадження рекомендацій та визначення перспектив подальшого розвитку.

Зазначена методологія є ефективною у випадках, коли рішення ускладнюють такі чинники, як неможливість точного прогнозування наслідків,

обмеженість статистичних даних, наявність слабо контрольованих зовнішніх умов або необхідність вибору між кількома можливими альтернативами.

Організація експертної оцінки в межах нашого дослідження.

Під час експертування запропонованого алгоритму формування маркетингової конкурентної стратегії медичного закладу нами було застосовано анкетний метод. Анкета містила структурований набір запитань, орієнтованих на визначення ступеня значущості окремих елементів алгоритму, оцінку обґрунтованості його етапів та адекватність їх практичного впровадження у сфері управління конкурентоспроможністю медичних послуг.

Для проведення експертизи сформовано групу з п'яти досвідчених фахівців – головних лікарів закладів охорони здоров'я м. Полтави та Полтавської області. Такий вибір був обґрунтований їх значним управлінським досвідом та обізнаністю щодо ринкових процесів у регіональній системі охорони здоров'я.

Оцінювання компетентності експертів.

Для визначення вагомості суджень учасників експертизи використано суб'єктивний метод оцінки компетентності, який поєднує:

- самооцінювання: експерти визначали рівень своєї компетентності за 10-бальною шкалою;
- взаємооцінювання: кожен експерт оцінював колег за узгодженими критеріями.

Додатково експертам було запропоновано визначити, які джерела інформації найбільшою мірою формують їх професійні судження. Серед таких джерел виокремлено:

- теоретичний аналіз;
- практичний досвід;
- роботи вітчизняних авторів;
- міжнародний досвід;
- власні спостереження щодо зарубіжних практик;
- інтуїтивні судження.

Оцінка здійснювалася за критеріями, наведеними у табл. 3.5, що забезпечило можливість формування вагових коефіцієнтів експертів для подальших розрахунків.

Таблиця 3.5

Критерії оцінки експертів

Критерій	Сутність критерію
Креативність	Характеризує здатність експерта продукувати оригінальні ідеї та вирішувати завдання, алгоритм розв'язання яких не є повністю відомим або має елементи новизни. Відображає уміння застосовувати нестандартні підходи у складних або неструктурованих ситуаціях.
Евристичність	Визначає спроможність експерта бачити приховані, нетривіальні аспекти проблеми, формулювати неочевидні питання та генерувати нові напрями аналізу ситуації. Є показником інтелектуальної гнучкості та уміння працювати в умовах невизначеності.
Інтуїція	Відображає здатність спеціаліста формувати судження щодо об'єкта дослідження без чіткої логічної побудови міркувань. Інтуїтивні висновки ґрунтуються на глибинному досвіді, професійних спостереженнях та узагальненні великої кількості раніше засвоєної інформації.
Передбачуваність	Оцінює можливість експерта прогнозувати майбутній стан системи, виявляти тенденції розвитку та визначати ймовірні наслідки управлінських рішень. Важливою складовою є здатність оцінювати ризики та наслідки змін у досліджуваному середовищі.
Незалежність	Відображає вміння експерта відстоювати власну позицію навіть у разі, якщо вона відрізняється від загальноприйнятої чи суперечить думці більшості. Незалежність свідчить про високий професіоналізм, неупередженість суджень і стійкість до зовнішнього впливу.

Для оцінювання алгоритму формування маркетингової конкурентної стратегії медичного закладу в частині управління конкурентоспроможністю медичних послуг було використано систему критеріїв, кожен із яких розкривається через низку конкретних показників. Такий підхід забезпечує

комплексність експертизи та дозволяє всебічно оцінити як зміст запропонованого алгоритму, так і його практичну значущість для медичного закладу.

1. Критерій актуальності

Визначав ступінь важливості та необхідності впровадження запропонованих рішень для різних груп суб'єктів медичного закладу.

Показники:

- вирішення ключових проблем конкурентоспроможності для адміністрації закладу;
- значущість для діяльності лікарів;
- актуальність для пацієнтів як кінцевих споживачів медичних послуг.

2. Критерій інноваційності

Характеризував рівень новизни, закладеної в алгоритм. Показники:

- нові управлінські підходи для керівника;
- нові форми роботи для лікарів;
- новизна з позиції пацієнтів, що впливає на якість і комфорт лікування.

3. Критерій продуктивності

Оцінював очікуваний вплив алгоритму на професійну діяльність персоналу:

- підвищення управлінської компетентності керівника;
- зростання професійної результативності лікарів.

4. Критерій системності та впорядкованості організаційної діяльності

Надавав оцінку здатності алгоритму забезпечувати структурованість управлінських процесів. Показники:

- можливість налагодження внутрішнього й зовнішнього моніторингу;
- рівень скоординованості роботи співробітників.

5. Критерій демократичності та психологічного супроводження

Охоплював соціально-психологічні аспекти впровадження стратегії.

Показники:

- формування сприятливого емоційного клімату;
- забезпечення відкритості, гласності та партнерських відносин між керівництвом, лікарями та пацієнтами.

6. Критерій оптимальності

Характеризував відповідність стратегії ресурсним можливостям закладу.

Показники:

- адекватність матеріально-технічної та фінансової бази;
- реалістичність строків реалізації;
- врахування особливостей функціонування медичного закладу та проблем його розвитку.

7. Критерій рефлексивності

Показував, наскільки запропонований алгоритм здатен стимулювати самооцінювання професійної діяльності:

- рефлексивні можливості керівника;
- рефлексивні можливості лікарів.

8. Критерій особистісної результативності

Оцінював зміни у професійній культурі персоналу. Показники:

- динаміка організаційної культури керівника;
- динаміка організаційної культури лікарів.

9. Критерій прогностичності

Визначав здатність алгоритму передбачати майбутні потреби та ризики.

Показники:

- значущість вирішення проблем конкурентоспроможності для управлінської діяльності керівника;
- важливість проблеми для лікарів;
- значущість для пацієнтів.

Процедура обробки експертних даних.

Після завершення експертного опитування здійснювалося групування та узагальнення отриманої інформації, аналогічно до методології статистичних або соціологічних досліджень.

Аналітичний етап передбачав відповіді на два ключові питання:

1. Яку саме позицію продемонструвала група експертів щодо кожного із заявлених критеріїв?
2. Чи є отримана інформація достовірною та чи може вона бути використана як підґрунтя для прийняття управлінських рішень?

Тип статистичного аналізу залежав від форми питання та характеру варіантів відповідей. У випадку, коли відповідь передбачала лише якісну оцінку (наприклад, «так/ні»), обчислювалися відносні величини — інтенсивні показники та показники співвідношення.

Шкала оцінювання.

Для оцінки кожного критерію використовувалася дев'ятибальна шкала (від «1» — мінімальна значущість до «9» — максимальна). Це дозволяло забезпечити диференційованість і точність експертних суджень.

Загальна інтегральна експертна оцінка ефективності запропонованого алгоритму обчислювалася за формулою 3.1 (надається у наступному пункті дослідження).

$$K_{\text{заг}} = (\sum K_n + K_{\text{самоексп}}) / (n+1), \quad (3.1)$$

де K - показник загального рівня оцінки алгоритму,

K_i - показник реалізації кожного окремого критерію,

i - 1, 2, ...9.

Результати розрахунків відображено в табл. 3.6.

Таблиця 3.6

Прогнозована якість алгоритму формування маркетингової конкурентної стратегії медичного закладу у напрямі управління конкурентоспроможністю медичних послуг

Критерії експертизи	Експерт 1	Експерт 2	Експерт 3	Експерт 4	Експерт 5	K_i
К 1	0,76	0,83	0,8	0,76	0,86	0,80

К 2	0,75	0,75	0,85	0,8	0,7	0,77
К 3	0,73	0,86	0,83	0,83	0,8	0,81
К 4	0,75	0,75	0,8	0,75	0,8	0,81
К 5	0,85	0,85	0,9	0,8	0,85	0,85
К 6	0,75	0,7	0,8	0,9	0,9	0,81
К 7	0,8	0,86	0,8	0,8	0,8	0,97
К 8	0,8	0,8	0,75	0,7	0,75	0,76
К 9	0,9	0,76	0,76	0,85	0,75	0,76
Загальна експертна оцінка	0,79	0,79	0,81	0,79	0,80	0,81

На рис. 3.2 представлена кругова діаграма, яка показує внесок кожного критерію у загальну експертну оцінку.

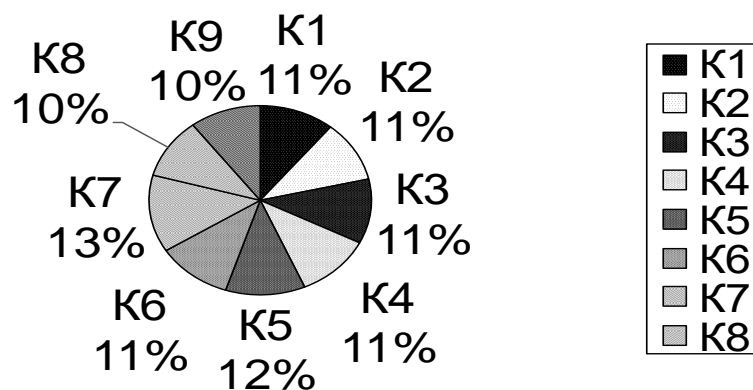


Рис. 3.2. Кругова діаграма внеску кожного критерію у загальну суму (Кі)

На етапі підсумкового аналізу отримані експертні оцінки було інтегровано та подано у вигляді кругової діаграми (рис. 3.2), що відображає питому вагу внеску кожного критерію (Кі) в загальну суму оцінювання ефективності розробленого алгоритму формування маркетингової конкурентної стратегії медичного закладу. Візуалізація результатів дозволила не лише

відстежити співвідношення між критеріями, а й визначити ключові детермінанти, що найбільш суттєво впливають на формування конкурентоспроможності медичних послуг.

Для інтерпретації отриманих значень інтегрального показника якості використано шкалу оціночних рівнів, що передбачає п'ять діапазонів:

- $0 < K < 0,5$ — незадовільний рівень, що свідчить про низьку якість та непридатність алгоритму до практичного застосування.
- $0,5 < K < 0,65$ — критичний рівень, що характеризує нестійкість системи та потребу в доопрацюванні більшості її елементів.
- $0,65 < K < 0,8$ — допустимий рівень, за якого алгоритм може бути реалізований, але потребує коригування окремих компонентів.
- $0,8 < K < 0,95$ — достатній рівень, що означає відповідність алгоритму вимогам практичного застосування та наявність чіткої логіки і структурованості.
- $0,95 < K < 1,0$ — оптимальний рівень, який засвідчує високу якість, наукову та практичну обґрунтованість.

Узагальнення результатів засвідчило, що інтегральний коефіцієнт якості (K) перебуває в межах достатнього рівня, що підтверджує ефективність запропонованого алгоритму та його здатність забезпечувати реальне підвищення конкурентоспроможності медичного закладу. Таке значення свідчить про збалансованість структури алгоритму, адекватність його змістових блоків та можливість успішного впровадження у практику КНП «ОКЛ» ХОР.

Висновки до розділу 3

У третьому розділі було розроблено, теоретично обґрунтовано та адаптовано до умов діяльності КНП «ОКЛ» ХОР алгоритм формування маркетингової конкурентної стратегії медичного закладу, спрямований на підвищення конкурентоспроможності медичних послуг. Концептуальною основою цього алгоритму став клієнтоорієнтований підхід, що розглядає

пацієнта як ключового суб'єкта медичної взаємодії та головного носія попиту. Такий підхід дозволяє інтегрувати принципи сучасного маркетингового менеджменту у практику діяльності закладів охорони здоров'я.

Алгоритм включає чотири взаємопов'язані етапи, кожен з яких має власний зміст та функціональне навантаження:

1. Формування цілей розвитку медичного закладу, що забезпечує визначення місії, стратегічних, тактичних і операційних цілей, спрямованих на задоволення потреб клієнтів і підвищення конкурентних переваг.

2. Стратегічний аналіз і діагностика, що охоплює дослідження зовнішнього та внутрішнього середовища, оцінку конкурентного поля та визначення ринкових можливостей.

3. Формування варіантів стратегічної програми відповідно до виявлених умов функціонування та ринкових тенденцій, що передбачає розроблення комплексу маркетингових заходів.

4. Планування реалізації маркетингової конкурентної стратегії, яке включає організаційні механізми впровадження, ресурсне забезпечення та систему контролю ефективності.

Запропонований алгоритм було адаптовано до діяльності КНП «ОКЛ» ХОР, що підтвердило його практичну доцільність та відповідність організаційним і управлінським реаліям медичного закладу. У ході впровадження алгоритму визначено потенційні можливості для підвищення ефективності управління медичними послугами, оптимізації внутрішніх процесів та формування ринкових переваг.

Для підтвердження наукової обґрунтованості та практичної цінності алгоритм було піддано експертній оцінці за низкою критеріїв актуальності, інноваційності, продуктивності, системності, демократичності, оптимальності, рефлективності, особистісної результативності та прогностичності. Отримані результати свідчать про те, що якість алгоритму відповідає достатньому рівню, що підтверджує можливість його використання як дієвого інструменту управління конкурентоспроможністю медичних послуг.

Комплексне дослідження дозволило встановити, що впровадження алгоритму може слугувати основою для підвищення ефективності управління, зміцнення ринкових позицій закладу та формування стійких конкурентних переваг.

ВИСНОВКИ

У ході дослідження було ідентифіковано ключові проблеми, стратегічні напрями їх подолання та перспективні рішення, що формують підґрунтя для модернізації державної політики у сфері охорони здоров'я. Сучасні умови функціонування медичної системи вимагають від держави та медичних закладів переходу до моделі, що ґрунтується на трьох базових принципах: людиноцентричності, орієнтації на кінцевий результат та системного впровадження передових технологій і кращих практик організації медичної допомоги.

У міжнародних документах, що визначають ціннісні засади охорони здоров'я — Уставі ВООЗ (1946), Європейській соціальній хартії (1996), Декларації тисячоліття ООН (2000), політиці «Здоров'я-2020» (2012) — поряд з доступністю, солідарністю та соціальною справедливістю підкреслюється пріоритет високої якості медичних послуг та врахування індивідуальних потреб пацієнта. На цьому тлі існуючі механізми державного управління системою охорони здоров'я України поки що не відповідають динаміці сучасних трансформацій.

У результаті проведеного аналізу встановлено, що до групи медичних чинників конкурентоспроможності медичного закладу належать: широта та структура номенклатури медичних послуг; рівень їх якості; технічне оснащення; кваліфікація персоналу та здатність колективу підтримувати свій професійний рівень відповідно до останніх досягнень медичної науки. В умовах стрімкого технологічного прогресу комплексність медичної допомоги потребує значних капіталовкладень у сучасне обладнання та постійного професійного зростання медичних працівників.

Медична послуга являє собою комплекс взаємопов'язаних процесів — діагностичних, лікувальних, організаційних — які формують складну організаційно-технічну систему. Центральною метою оцінювання якості цих

процесів є підтвердження здатності медичного закладу стабільно забезпечувати необхідний рівень медичної допомоги. За відсутності дієвої системи контролю якості зростає ризик нераціонального використання ресурсів та прийняття необґрунтованих управлінських рішень, що зумовлює додаткові витрати та невпевненість щодо результатів діяльності.

Серед найвагоміших чинників, що визначають поведінку споживачів на ринку медичних послуг, виокремлюються: прагнення отримати високоякісне лікування та комплексне розв'язання проблем зі здоров'ям; необхідність мати повну інформацію про лікарню та лікарів; значення психологічного комфорту та атмосфери доброзичливості; очікування адресності та персоналізації послуг; потреба у доступності взаємозамінних медичних процедур.

Проведений аналіз системи управління маркетинговою діяльністю в КНП «ОКЛ» ХОР дав змогу виявити її характерні риси, а також окреслити недоліки, що стримують підвищення конкурентоспроможності закладу. Для їх усунення розроблено алгоритм формування маркетингової конкурентної стратегії закладу охорони здоров'я, який ґрунтується на принципах клієнтоорієнтованості. Такий підхід широко застосовується у сфері соціального управління та дозволяє організувати діяльність закладу навколо потреб та очікувань пацієнта.

Структура запропонованого алгоритму охоплює чотири взаємопов'язані етапи:

1. Формування цілей розвитку медичного закладу — визначення місії, стратегічних і тактичних цілей, які задають напрями довгострокового планування.

2. Стратегічний аналіз і діагностика — оцінювання ринкової ситуації, вивчення зовнішнього середовища та внутрішніх можливостей закладу.

3. Розроблення стратегічних варіантів програми розвитку — формування комплексу маркетингових заходів, визначення строків їх реалізації та відповідальних осіб.

4. Планування впровадження стратегії — встановлення організаційних і ресурсних механізмів реалізації, а також системи моніторингу.

Алгоритм було інтегровано в діяльність КНП «ОКЛ» ХОР, після чого проведено його експертну оцінку за рядом критеріїв: актуальність, інноваційність, системність, продуктивність, демократичність, оптимальність, рефлексивність, особистісна результативність та прогностичність. Зведені результати атестації підтвердили, що якість розробленого алгоритму відповідає достатньому рівню, що дає підстави для його практичного застосування та подальшого вдосконалення.

Перспективи подальших досліджень полягають у поглибленому вивченні механізмів формування маркетингової конкурентної стратегії медичних закладів та розробленні інструментів її адаптації до змінних умов ринку медичних послуг.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Аналіз ринку медичних послуг України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://pro-consulting.ua/ua>.
2. Балабанова Л.В. Стратегічний маркетинг: підручник / Л.В. Балабанова. – Київ : Центр учбової літератури, 2012. – 612 с.
3. Бельтюков Є.А. Конкурентна стратегія підприємства: сутність та формування на основі оцінки рівня конкурентоспроможності / Є.А. Бельтюков, Л.А. Некрасова // Економіка: реалії часу. – 2014. – № 2 (12). – С. 6–13.
4. Божкова В.В. Стратегічний маркетинг: конспект лекцій для студ. факультету економіки та менеджменту Ч.2 / В.В. Божкова, Ю.М. Мельник, Л.Ю. Сагер. – Суми : СумДУ, 2012. – 93 с.
5. Булеца С.Б. Цивільні правовідносини, що виникають у сфері здійснення медичної діяльності: теоретичні та практичні проблеми: дис. ... докт. юрид. наук : 12.00.03 / С.Б. Булеца. – Одеса, 2016. – 437 с.
6. Бутенко Н. В. Маркетинг: підручник / Н.В. Бутенко. – Київ : Атіка, 2006. – 300 с.
7. Бутко М.П. Стратегічний менеджмент: навч. посіб. / М.П. Бутко, М.Ю. Дітковська, С.М. Задорожна – Київ: «Центр учбової літератури», 2016. – 376 с.
8. Весельський В. Вітчизняна охорона здоров'я зробить відчутний крок у своєму розвитку: доповідь на підсумковій колегії МОЗ України / В. Весельський // Ваше здоров'я – 2006. – 28 квітня. – № 16 (843). – С. 2. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : www.vz.kiev/med/16-06/7shtml.
9. Вишневський В. Керована медична допомога, як модель реформування охорони здоров'я адміністративної території / В. Вишневський, А. Голунов, А. Коньков // Персонал. – № 2. – 2006. – С. 74–83.
10. Вовк С. М. Системні трансформації охорони здоров'я: монографія / С.М. Вовк. Донецький державний університет управління, МОН України. – Кривий Ріг : вид. Р. А. Козлов. 2017. – 315 с.

11. Вовк С.М. Активізація інноваційного управління охороною здоров'я / С.М. Вовк // Менеджер. Вісник Донецького державного університету управління – №1 (74). – 2017. – С. 49-56. – (Серія «Державне управління»).
12. Вовк С.М. Медична послуга як товар медичного ринку /С.Ф. Марова, С.М. Вовк // Електронне наукове фахове видання «Державне управління удосконалення та розвиток». – № 4. – 2017. – Режим доступу: <http://www.dy.nauka.com.ua/?n=4&y=2017>.
13. Гаркавенко С.С. Маркетинг: підруч. / С.С. Гаркавенко – Київ : Лібра, 2010. – 720 с.
14. Гладун З. С. Адміністративно-правове регулювання охорони здоров'я населення в Україні : монографія / З. С. Гладун. – К. : Юрінком Інтер, 2007. – 720 с.
15. Горовий Д. А. Основні фактори, що впливають на настання ризику рейдерського захоплення підприємства / Д. А. Горовий, В. Ю. Нестеренко // Вісник Дніпропетровської державної фінансової академії. Науково-теоретичний журнал.–Дніпропетровськ: ДДФА. – 2007. – №. 2. – С. 18.
16. Закон України Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення // Відомості Верховної Ради України. – 2018. – № 5. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : zakon.rada.gov.ua/go/2168-19.
17. Книш М.І. Конкурентні стратегії: навчальний посібник / М.І. Книш. – СПб., 2000. – 284 с.
18. Конституція України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon.rada.gov.ua>.)].
19. Литвак А. І. Дослідження систем управління медичного закладу : навч. посіб. / А. І. Литвак. – Одеса : ОРІДУ НАДУ, 2005. – 142 с.
20. Літвінов О.С. Управління закладами охорони здоров'я в умовах конкурентного середовища / О.С. Літвінов // 2016. – №3. – С. 59–65.
21. Микійчук М. М. Математична модель процесів надання медичних послуг / М. М. Микійчук, О. П. Чабан // Вимірювальна техніка та метрологія. – Т. 80, Вип. 2. – 2019. – С. 23–29.

22. Моргулець О.Б. Менеджмент у сфері послуг: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / О.Б. Моргулець – Київ : Центр учб. л-ри, 2012. – 383 с.

23. Онишко С.В. Удосконалення фінансування системи охорони здоров'я у сферах формування людського капіталу та оздоровлення державних фінансів / С. В. Онишко // Науковий вісник Національного університету ДПС України (економіка, право) – 2011. – № 4 (55). – С. 66–69.

24. Пащенко В. Ефективний внутрішній маркетинг–запорука успіху медичного закладу /В.Пащенко //Практика управління медичним закладом.– 2016. – №3.–С. 64–71.

25. Положення про кабінет телемедицини закладу охорони здоров'я : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19 жовтня 2015 року № 681. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1401-15> (дата звернення: 28.04.2020).

26. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я : Закон України від 06 квітня 2017 р. № 2002 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.ukrainepravo.com/law-making/bill_passed_by_legislature/zakon-ukraini-pro-vnesennya-zmin-do-deyakikhzakonodavchikh-aktiv-ukraini-shchodo-udoskonalennya-zak/.

27. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : закон України від 19 жовтня 2017 р. № 2168-VIII [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>.

28. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19 жовтня 2017 р. № 2168-VIII [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/T172168.html.

29. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я України : розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2017 р. № 113-р [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80/page 7](http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80/page%207).

30. Про утворення Національної служби здоров'я України : Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1101 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://www.kmu.gov.ua/ua/npras/pro-utvorennya-nacionalnoyi-sluzhbizdorovya-ukrayini>.

31. Проданчук М. Г. Проблеми і перспективи розвитку системи медичної допомоги / М. Г. Проданчук, В. Л. Корецький // Вісн. соціальної медицини та організації охорони здоров'я України. – 2009. – № 2. – С. 59–63.

32. Репіна І. М. Визначення конкурентоспроможності потенціалу підприємства / І.М. Репіна. – Київ : КНЕУ. – 2002. – С. 114–117.

33. Рудий В. М. Законодавче забезпечення реформи системи охорони здоров'я в Україні / В. М. Рудий. – Київ : Сфера, 2005. – 272 с.

34. Солоненко І. М. Еволюція ролі керівника закладу охорони здоров'я в умовах суспільних трансформацій / І. М. Солоненко // Охорона здоров'я України. – 2008. – № 4 (32). – С. 122–123.

35. Солоненко І. М. Управління організаційними змінами у сфері охорони здоров'я : монографія / І. М. Солоненко, І. В. Рожкова. – Київ : Фенікс, 2008. – 276 с.

36. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / під ред. Ю. В. Вороненка, В.Ф. Москаленка. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2000. – 617 с.

37. Трофанова Т. Г. Економічні та правові проблеми взаємодії систем охорони здоров'я і мережного маркетингу у нашій державі на сучасному етапі / Т. Г. Трофанова // Економіка, фінанси, право. – 2005. – № 11. – С. 11–14.

38. Управління охороною здоров'я територіальної громади : монографія / авт. кол. : І. В. Рожкова, Л. І. Жаліло, Ю. В. Давидова та ін. ; за ред. В. М. Вакуленка, М. К. Орлатого. – Київ : НАДУ, 2009. – 152 с.

39. Утвенко В. В. Особливості управління системою охорони здоров'я в Україні на регіональному і місцевому рівнях / В. В. Утвенко // Становлення і розвиток української державності. – Вип. 3. – Київ : ДП «Видавн. дім «Персонал», 2009. – С. 63–70.

40. Циганок О.О. Аналіз позиції підприємства в конкурентній боротьбі за методом конкурентних переваг / О. О. Циганок // Актуальні проблеми економіки. – №9 (99). – С. 155–161.

41. Чабан О., Бойко О. Формулювання засад для розроблення методики оцінювання якості медичних послуг / О. Чабан, О. Бойко // Вимірювальна техніка та метрологія. – 2014. – Вип. 75. – С. 48–51,

42. Черваньов Д. Менеджмент: Терміни, тести, вправи, завдання, навчальні ситуації (кейси), проблематика курсових, випускних, дисертаційних робіт: підручник / Д. Черваньов. – Київ : Вид.-полігр. центр «Київ. ун-т», 2001. – 853 с.

43. Шомникова А. В. Ринок медичних послуг: Проблеми ефективного використання маркетингових досліджень // Фінансова політика та економічне регулювання. Наукові праці НДФІ – 2009. – 2 (47). – С. 131–136.

44. Kotler P. Strategic Marketing For Health Care Organizations : Building A Customer-Driven Health System / P. Kotler, J. Shalowitz, R. Stevens. – Jossey-Bass. – 2008. – 576 p.

45. Thomas Richard K. Marketing health services / R. K. Thomas // Health Administration Press. – Chicago : AUPHA Press, Arlington, VA, 2004. – 486 p.

46. Vovk S.M. A prerequisite for modernization of the medical aid system in Ukraine / S.M. Vovk // International Scientific Conference Innovative Potential of Socio-Economic Systems: the Challenges of the Global World, Part II, December 22th, 2017. Lisbon, Portugal. Baltija Publishing. 128 pages. – С. 1–3.

ДОДАТКИ

Додаток А

Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (фрагмент)

Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (фрагмент)

Розділ І ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

Стаття 1. Законодавство про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення

1. Законодавство про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення базується на Конституції України і складається з Основ законодавства України про охорону здоров'я, цього Закону та інших законів і нормативно-правових актів, що регулюють суспільні відносини у сфері охорони здоров'я.

2. Якщо міжнародним договором, згода на обов'язковість якого надана Верховною Радою України, встановлено інші норми, ніж ті, що передбачені законодавством про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення, застосовуються норми міжнародного договору.

Стаття 2. Визначення основних термінів

1. У цьому Законі терміни вживаються в такому значенні:

1) програма державних гарантій медичного обслуговування населення (програма медичних гарантій) - програма, що визначає перелік та обсяг медичних послуг (включаючи медичні вироби) та лікарських засобів, повну оплату надання яких пацієнтам держава гарантує за рахунок коштів Державного бюджету України згідно з тарифом, для профілактики, діагностики, лікування та реабілітації у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами;

2) електронна система охорони здоров'я - інформаційно-телекомунікаційна система, що забезпечує автоматизацію ведення обліку медичних послуг та управління медичною інформацією шляхом створення, розміщення,

оприлюднення та обміну інформацією, даними і документами в електронному вигляді, до складу якої входять центральна база даних та електронні медичні інформаційні системи, між якими забезпечено автоматичний обмін інформацією, даними та документами через відкритий програмний інтерфейс (API);

3) медичні записи - інформація щодо медичного обслуговування пацієнта або його результатів, викладена в уніфікованій формі відповідно до вимог, встановлених законодавством;

4) надавачі медичних послуг - заклади охорони здоров'я усіх форм власності та фізичні особи - підприємці, які одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та уклали договір про медичне обслуговування населення з головними розпорядниками бюджетних коштів;

5) реімбурсація - механізм повного або часткового відшкодування суб'єктам господарювання, які здійснюють діяльність з роздрібною торгівлю лікарськими засобами, вартості лікарських засобів, що були відпущені пацієнту на підставі рецепта, за рахунок коштів Державного бюджету України;

6) тариф - ставка, що визначає розмір повної оплати за передбачені програмою медичних гарантій медичні послуги та лікарські засоби;

7) Уповноважений орган - центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення.

2. Інші терміни вживаються в цьому Законі у значенні, наведеному в Основах законодавства України про охорону здоров'я та інших законодавчих актах України.

Стаття 3. Державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів

1. Відповідно до цього Закону держава гарантує повну оплату згідно з тарифом за рахунок коштів Державного бюджету України надання громадянам необхідних їм медичних послуг та лікарських засобів, що передбачені програмою медичних гарантій.

2. За рахунок Державного бюджету України окремо здійснюється фінансове забезпечення програм громадського здоров'я, заходів боротьби з епідеміями, проведення медико-соціальної експертизи, діяльності, пов'язаної з проведенням судово-медичної та судово-психіатричної експертизи, та інших програм у галузі охорони здоров'я, що забезпечують виконання загальнодержавних функцій, за переліком, затвердженим Кабінетом Міністрів України.

3. Права та гарантії у сфері охорони здоров'я, що стосуються медичного обслуговування, забезпечення лікарськими засобами, передбачені іншими законами України для певних категорій осіб, фінансуються за окремими програмами за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів, цільових страхових фондів та інших джерел, не заборонених законодавством.

4. Додаткові державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів можуть встановлюватися законами України.

5. Органи місцевого самоврядування в межах своєї компетенції можуть фінансувати місцеві програми розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я, зокрема щодо оновлення матеріально-технічної бази, капітального ремонту, реконструкції, підвищення оплати праці медичних працівників (програми "місцевих стимулів"), а також місцеві програми надання населенню медичних послуг, місцеві програми громадського здоров'я та інші програми в охороні здоров'я.

Стаття 4. Програма медичних гарантій

1. У межах програми медичних гарантій держава гарантує громадянам, іноземцям, особам без громадянства, які постійно проживають на території України, та особам, яких визнано біженцями або особами, які потребують додаткового захисту, повну оплату за рахунок коштів Державного бюджету України необхідних їм медичних послуг та лікарських засобів, пов'язаних з наданням:

- 1) екстреної медичної допомоги;
- 2) первинної медичної допомоги;
- 3) вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги;
- 4) третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги;
- 5) паліативної медичної допомоги;
- 6) медичної реабілітації;
- 7) медичної допомоги дітям до 16 років;
- 8) медичної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами.

2. Іноземцям та особам без громадянства, які тимчасово перебувають на території України, у межах програми медичних гарантій держава забезпечує оплату необхідних медичних послуг та лікарських засобів, пов'язаних з наданням екстреної медичної допомоги. Такі особи зобов'язані компенсувати державі повну вартість наданих медичних послуг та лікарських засобів у порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України, якщо інше не передбачено міжнародними договорами чи законами України.

Медичні послуги та лікарські засоби, пов'язані з наданням інших видів медичної допомоги, оплачуються іноземцями та особами без громадянства, які тимчасово перебувають на території України, за рахунок власних коштів, коштів добровільного медичного страхування чи інших джерел, не заборонених законодавством.

3. Програмою медичних гарантій визначаються перелік та обсяг медичних послуг та лікарських засобів, оплата яких гарантується за рахунок коштів Державного бюджету України.

Медичні послуги та лікарські засоби, що не включені до програми медичних гарантій, не підлягають оплаті за рахунок коштів Державного бюджету України, передбачених на реалізацію програми медичних гарантій, але можуть покриватися за рахунок коштів Державного бюджету України, передбачених на реалізацію відповідних державних програм та заходів, місцевих бюджетів, медичного страхування, юридичних і фізичних осіб та з інших джерел, не заборонених законодавством.

4. Програма медичних гарантій розробляється з урахуванням положень галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я в порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я, за погодженням з центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної фінансової і бюджетної політики.

5. Дію абзацу першого частини п'ятої статті 4 зупинено на 2020 рік згідно із Законом № 294-ІХ від 14.11.2019} Програма медичних гарантій затверджується Верховною Радою України у складі закону про Державний бюджет України на відповідний рік.

Обсяг коштів Державного бюджету України, що спрямовуються на реалізацію програми медичних гарантій, щорічно визначається в Законі України про Державний бюджет України як частка валового внутрішнього продукту (у відсотках) у розмірі не менше 5 відсотків валового внутрішнього продукту України. Видатки на програму медичних гарантій є захищеними статтями видатків бюджету.

6. Звуження програми медичних гарантій не допускається, крім випадків, встановлених законом.

Розділ II ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРОГРАМИ МЕДИЧНИХ ГАРАНТІЙ

Стаття 5. Основні принципи програми медичних гарантій

1. Програма медичних гарантій базується на таких принципах:

1) законодавче визначення умов і порядку фінансування надання медичних послуг та лікарських засобів за рахунок коштів Державного бюджету України за програмою медичних гарантій;

2) надання рівних державних гарантій для реалізації пацієнтами права на охорону здоров'я незалежно від віку, раси, кольору шкіри, політичних,

релігійних та інших переконань, статі, етнічного та соціального походження, майнового стану, зареєстрованого місця проживання, за ознакою мови або іншими ознаками;

3) забезпечення збереження і відновлення здоров'я населення шляхом надання медичних послуг та лікарських засобів належної якості;

4) цільове та раціональне використання коштів, передбачених на фінансування надання медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій;

5) універсальність та справедливість доступу до необхідних медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій;

6) передбачуваність та спланованість обсягу медичних послуг та лікарських засобів;

7) гласність, прозорість та підзвітність діяльності органів державної влади та органів місцевого самоврядування, їх посадових осіб у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення;

8) конкуренція і відсутність дискримінації надавачів медичних послуг.

Стаття 6. Права та обов'язки пацієнтів у сфері державних фінансових гарантій

1. Пацієнти мають право на:

1) отримання необхідних їм медичних послуг та лікарських засобів належної якості за рахунок коштів Державного бюджету України, передбачених на реалізацію програми медичних гарантій, у надавачів медичних послуг;

2) безоплатне отримання інформації від Уповноваженого органу або надавачів медичних послуг про програму медичних гарантій та надавачів медичних послуг за цією програмою, які можуть надати необхідну пацієнту медичну послугу;

3) можливість вибору лікаря у порядку, встановленому законодавством;

4) надання лікарям, третім особам права доступу до персональних даних та іншої інформації, що міститься в електронній системі охорони здоров'я, у тому числі до інформації про стан свого здоров'я, діагноз, про відомості, одержані під час медичного обстеження, за умови дотримання такими особами вимог Закону України "Про захист персональних даних";

- 5) отримання від Уповноваженого органу інформації про осіб, які подавали запити щодо надання інформації, що міститься в електронній системі охорони здоров'я, про такого пацієнта;
- 6) оскарження рішень, дій чи бездіяльності надавачів медичних послуг або Уповноваженого органу та його територіальних органів в установленому законом порядку;
- 7) судовий захист своїх прав;
- 8) звернення до Ради громадського контролю щодо дій чи бездіяльності Уповноваженого органу;
- 9) інші права, передбачені законодавством.

2. Пацієнти зобов'язані:

- 1) надавати відповідному надавачу медичних послуг достовірну інформацію та документи, необхідні для отримання медичних послуг та лікарських засобів;
- 2) проходити профілактичні медичні огляди в порядку, встановленому центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я;
- 3) виконувати медичні приписи лікаря та дотримуватися правил внутрішнього розпорядку надавача медичних послуг;
- 4) виконувати інші вимоги, передбачені законодавством про охорону здоров'я.

Стаття 7. Уповноважений орган

1. Основними функціями Уповноваженого органу є:

- 1) реалізація державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій;
- 2) проведення моніторингу, аналізу і прогнозування потреб населення України у медичних послугах та лікарських засобах;
- 3) виконання функцій замовника медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій;
- 4) розроблення проекту програми медичних гарантій, внесення пропозицій щодо тарифів і коригувальних коефіцієнтів;

- 5) укладення, зміна та припинення договорів про медичне обслуговування населення та договорів про реімбурсацію;
- 6) здійснення заходів, що забезпечують цільове та ефективне використання коштів за програмою медичних гарантій, у тому числі заходів з перевірки дотримання надавачами медичних послуг вимог, встановлених порядком використання коштів програми медичних гарантій і договорами про медичне обслуговування населення;
- 7) отримання та обробка персональних даних та іншої інформації про пацієнтів (у тому числі інформації про стан здоров'я, діагноз, відомостей, одержаних під час медичного обстеження пацієнтів) і надавачів медичних послуг, необхідних для здійснення його повноважень, з дотриманням вимог Закону України "Про захист персональних даних";
- 8) забезпечення функціонування електронної системи охорони здоров'я;
- 9) здійснення інших повноважень, визначених законом.

2. З метою забезпечення прозорості та громадського контролю за діяльністю Уповноваженого органу утворюється Рада громадського контролю, що формується на засадах відкритого та прозорого конкурсу, у складі 15 осіб, які переобираються кожні два роки.

3. До складу Ради громадського контролю не можуть входити:

- 1) особи, уповноважені на виконання функцій держави або місцевого самоврядування;
- 2) особа, за рішенням суду визнана недієздатною або дієздатність якої обмежена;
- 3) особа, яка має судимість за вчинення кримінального правопорушення, якщо така судимість не погашена або не знята в установленому законом порядку (крім реабілітованої особи), або на яку протягом останнього року до дня подання заяви на участь у конкурсі накладалося адміністративне стягнення за вчинення правопорушення, пов'язаного з корупцією;

{Пункт 3 частини третьої статті 7 із змінами, внесеними згідно із Законами № 524-IX від 04.03.2020, № 720-IX від 17.06.2020}

- 4) особа, яка відповідно до Закону України "Про запобігання корупції" є близькою особою голови, заступника голови центрального органу виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері організації фінансування надання медичних послуг та лікарських засобів, керівника структурного підрозділу цього органу;

5) особа, яка є членом органів управління та/або володіє прямо або опосередковано підприємствами або корпоративними правами суб'єктів господарювання, які провадять господарську діяльність з медичної практики, господарську діяльність з виробництва лікарських засобів, оптової, роздрібною торгівлі лікарськими засобами, імпорту лікарських засобів, або члени сім'ї якої (в розумінні Закону України "Про запобігання корупції") є власниками таких підприємств або корпоративних прав та/або є членами органів управління таких суб'єктів господарювання;

6) особа, яка, незалежно від тривалості, була працівником центрального органу виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я, та/або Уповноваженого органу впродовж попередніх двох років;

7) особа, близькі особи якої (в розумінні Закону України "Про запобігання корупції"), незалежно від тривалості, були працівниками центрального органу виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я, та/або Уповноваженого органу впродовж попередніх двох років.

4. Порядок проведення конкурсу з формування Ради громадського контролю, її персональний склад та положення про неї затверджуються Кабінетом Міністрів України.

5. Рада громадського контролю:

1) заслуховує інформацію про діяльність, виконання завдань Уповноваженого органу;

2) розглядає звіти Уповноваженого органу і затверджує свій висновок щодо них;

3) має інші права, передбачені Положенням про Раду громадського контролю.

Стаття 8. Особливості договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій

1. Договір про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій укладається між закладом охорони здоров'я незалежно від форми власності чи фізичною особою - підприємцем, яка в установленому законом порядку одержала ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, та Уповноваженим органом.

2. Договір про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій укладається у письмовій (електронній) формі.

3. Забороняється відмова або ухилення від укладення відповідного договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій з суб'єктами, визначеними у частині першій цієї статті, які подали заяву Уповноваженому органу про укладення такого договору та надають медичні послуги, передбачені програмою медичних гарантій.

4. Договір про медичне обслуговування населення є договором на користь третіх осіб - пацієнтів у частині надання їм медичних послуг та лікарських засобів надавачами медичних послуг.

5. Істотними умовами договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій є:

перелік та обсяг надання пацієнтам медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій;

умови, порядок та строки оплати тарифу;

фактична адреса надання медичних послуг;

права та обов'язки сторін;

строк дії договору;

звітність надавачів медичних послуг;

відповідальність сторін.

6. Договір про медичне обслуговування населення підлягає опублікуванню на офіційному веб-сайті Уповноваженого органу протягом п'яти днів з моменту його укладення.

7. Типова форма договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, порядок його укладення, зміни та припинення затверджуються Кабінетом Міністрів України.

Стаття 9. Порядок отримання медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій

1. У разі потреби у медичних послугах та лікарських засобах за програмою медичних гарантій пацієнт (його законний представник) звертається до надавача медичних послуг у порядку, встановленому законодавством.

2. Пацієнт (його законний представник) реалізує своє право на вибір лікаря шляхом подання надавачу медичних послуг декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу. Надавачам медичних послуг забороняється

відмовляти у прийнятті декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та веденні пацієнта, зокрема, на підставі наявності у пацієнта хронічного захворювання, його віку, статі, соціального статусу, матеріального становища, зареєстрованого місця проживання тощо, крім випадків, передбачених законодавством.

3. У разі неможливості обрання лікаря пацієнт має право звернутися до Уповноваженого органу або його територіальних органів за роз'ясненнями стосовно надавачів медичних послуг, пов'язаних з наданням первинної медичної допомоги, та забезпеченням пацієнту можливості реалізувати його право на вибір лікаря.

4. Форма декларації та порядок вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, затверджуються центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я.

5. Надання медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій, пов'язаних з вторинною (спеціалізованою), третинною (високоспеціалізованою), паліативною медичною допомогою та медичною реабілітацією, здійснюється за направленням лікаря, який надає первинну медичну допомогу, або лікуючого лікаря в порядку, передбаченому законодавством, крім випадків, коли згідно із законодавством направлення лікаря не вимагається.

6. При наданні медичної допомоги в амбулаторних умовах лікарські засоби за програмою медичних гарантій надаються пацієнту на підставі рецепта лікаря суб'єктом господарювання, який здійснює діяльність з роздрібною торгівлі лікарськими засобами та уклав договір про реімбурсацію з Уповноваженим органом.

7. Порядок реімбурсації лікарських засобів за програмою медичних гарантій на відповідний рік, типова форма договору про реімбурсацію, порядок його укладення, зміни та припинення затверджуються Кабінетом Міністрів України.

8. Надавач медичних послуг зобов'язаний поінформувати пацієнта про медичні послуги та лікарські засоби, які пацієнт може отримати в цього надавача за програмою медичних гарантій.

Стаття 10. Основні засади оплати надання медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій

1. Для всієї території України встановлюються єдині тарифи оплати надання медичних послуг, лікарських засобів та медичних виробів, розміри реімбурсації лікарських засобів, які надаються пацієнтам за програмою медичних гарантій.

Оплата згідно з тарифом гарантована всім надавачам медичних послуг відповідно до укладених з ними договорів про медичне обслуговування населення.

До тарифів можуть застосовуватися коригувальні коефіцієнти, розміри та підстави застосування яких є єдиними для всієї території України.

2. Тарифи можуть встановлюватися, зокрема, як:

- 1) глобальні ставки, що передбачають сплату надавачам медичних послуг фіксованої суми за визначену кількість послуг чи визначений період;
- 2) капітаційні ставки, які встановлюються у вигляді фіксованої суми за кожного пацієнта;
- 3) ставки на пролікований випадок;
- 4) ставки на медичну послугу;
- 5) ставки за результатами виконання договорів про медичне обслуговування населення надавачем медичних послуг.

Зазначені ставки можуть використовуватися як разом, так і окремо одна від одної.

3. Методика розрахунку тарифів і коригувальні коефіцієнти затверджуються центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я, за погодженням з центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізацію державної фінансової і бюджетної політики.

При розрахунку тарифів та коригувальних коефіцієнтів базою для визначення компонента оплати праці медичних працівників є величина, що є не меншою за 250 відсотків середньої заробітної плати в Україні за липень року, що передуює року, в якому будуть застосовуватися такі тарифи та коригувальні коефіцієнти.

Тариф на медичні послуги, пов'язані з наданням первинної медичної допомоги, складається з двох частин: ставки на оплату медичної послуги та ставки на оплату діагностичних послуг, у тому числі лабораторних досліджень.

4. Тарифи розробляються і затверджуються в порядку, передбаченому для програми медичних гарантій, та є її невід'ємною частиною.

5. Тариф сплачується Уповноваженим органом за рахунок коштів Державного бюджету України відповідно до програми медичних гарантій безпосередньо надавачам медичних послуг.

6. Відшкодування вартості лікарських засобів за договорами про реімбурсацію за програмою медичних гарантій здійснює Уповноважений орган.

7. Надавачам медичних послуг, які є державними та комунальними закладами охорони здоров'я, забороняється вимагати від пацієнтів винагороду в будь-якій формі за медичні послуги та лікарські засоби, надані за програмою медичних гарантій. Такі дії є підставою для притягнення до відповідальності, передбаченої договором про медичне обслуговування населення, в тому числі одностороннього розірвання договору з ініціативи Уповноваженого органу.

8. Оплата надання медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій здійснюється на підставі інформації та документів, що внесені надавачем медичних послуг до електронної системи охорони здоров'я.

Надавач медичних послуг складає звіт в електронній системі охорони здоров'я, в якому зазначається обсяг наданих пацієнтам медичних послуг та лікарських засобів.

Оплата тарифу за надані медичні послуги та лікарські засоби здійснюється в порядку черговості надходження таких звітів.

9. Оплата надання медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій, надавачами яких є державні та комунальні заклади охорони здоров'я, здійснюється на умовах попередньої оплати у випадках, встановлених Кабінетом Міністрів України.

10. Оплаті за рахунок коштів Державного бюджету України підлягають лікарські засоби, які включені до Національного переліку основних лікарських засобів, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України, та програми медичних гарантій.