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

До захисту допущено
кафедрою педагогіки, методики та менеджменту освіти протокол № 6
від 27.11. 2026 року
завідувач кафедри Наталія БРЮХАНОВА
(підпис) (ім'я,прізвище)

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

Здобувача другого (магістерського) рівня вищої освіти
(першого (бакалаврського)/другого (магістерського)

«Формування конкурентного середовища на ринку надання медичних послуг у КП «3-я міська клінічна лікарня ПМР»»
(тема роботи)

Спеціальність (спеціалізація) D3Менеджмент
(код і найменування спеціальності)

Освітня программа «Управління лікувально-профілактичними закладами»
(назва освітньої програми)

Здобувач Роман ПРИХІДЬКО
(підпис) (ім'я,прізвище)

Науковий керівник Вікторія КОВАЛЬСЬКА
(підпис) (ім'я,прізвище)

Харків–2026

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

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
Завідувач кафедри

_____
Наталія БРЮХАНОВА
(ім'я, прізвище)

_____
(підпис)
«__» _____ 2026_ року

ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ

здобувача другого (магістерського) рівня вищої освіти
(першого (бакалаврського) / другого (магістерського)
Роман ПРИХІДЬКО
(прізвище, ім'я, по батькові здобувача)
Спеціальність (спеціалізація) D3Менеджмент
(код та найменування спеціальності; спеціалізації спеціальності)
Освітня програма «Управління лікувально-профілактичними закладами»
(назва освітньої програми)
1.Тема роботи: «Формування конкурентного середовища на ринку надання медичних послуг у *КП «3-я міська клінічна лікарня ПМР»*»
Керівник роботи к.пед.н., доц. Вікторія КОВАЛЬСЬКА
(прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)
затверджені наказом по Університету від « 29 » 09. 2026_ року,
№4801 -5/3501
2.Строк подання здобувачем роботи: «26» листопада 2026_ року

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.Перелік питань, які потрібно розробити:
1) Аналіз теоретичних засад управління конкурентоспроможністю медичних послуг закладів охорони здоров'я.
2) Аналіз управління конкурентоспроможністю медичних послуг КП «3-я міська клінічна лікарня ПМР».
3) Удосконалення управління конкурентоспроможністю медичних послуг (на прикладі КП «3-я міська клінічна лікарня ПМР»)

План 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	04.10.2026	
2	Вивчення теоретичного матеріалу, написання першого розділу роботи	16.10.2026	
3	Аналіз діяльності об’єкту дослідження, написання другого розділу	30.10.2026	
4	Розробка та написання рекомендаційної частини роботи	15.11.2026	
5	Завершення висновків, формування анотації, впорядкування списку літератури	25.11.2026	
6	Оформлення дипломної роботи та представлення її на кафедру	30.11.2026	

1. Дата видачі завдання: «01 » жовтня 2026_ року

Здобувач вищої освіти _____ Роман ПРИХІДЬКО
(підпис) (ім’я, прізвище)

Керівник роботи Вікторія КОВАЛЬСЬКА
(підпис) (ім’я, прізвище)

АНОТАЦІЯ

Тема: «Формування конкурентного середовища на ринку надання медичних послуг у КП «3-я міська клінічна лікарня ПМР».

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 КП «3-я міська клінічна лікарня ПМР» 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 КП «3-я міська клінічна лікарня ПМР»).

Завдання дослідження: провести аналіз теоретичних засад управління конкурентоспроможністю медичних послуг закладів охорони здоров'я; проаналізувати управління конкурентоспроможністю медичних послуг у КП «3-я міська клінічна лікарня ПМР»; удосконалити управління конкурентоспроможністю медичних послуг у КП «3-я міська клінічна лікарня ПМР».

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 КП «3-я міська клінічна лікарня ПМР».

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 KP "3rd City Clinical Hospital of the PMR".

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 KP "3rd City Clinical Hospital of the PMR"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 KP "3rd City Clinical Hospital of the PMR".

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 KP "3rd City Clinical Hospital of the PMR"; to improve the management of the competitiveness of medical services in the KP "3rd City Clinical Hospital of the PMR".

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 KP "3rd City Clinical Hospital of the PMR"

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 КП «3-Я МІСЬКА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ ПМР» …….52
2.1. Аналіз роботи КП «3-я міська клінічна лікарня ПМР»…… 52
2.2. Управління конкурентоспроможністю медичних послуг КП «3-я міська клінічна лікарня ПМР»…….……56
Висновки до розділу 2 …….61
РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ КОНКУРЕНТОСПРОМОЖНІСТЮ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ (НА ПРИКЛАДІ КП «3-Я МІСЬКА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ ПМР»)…….…….. 63
3.1. Розроблення алгоритму формування маркетингової конкурентної стратегії медичного закладу у напрямі управління конкурентоспроможністю медичних послуг та реалізація її в КП «3-я міська клінічна лікарня ПМР»…….…… 63
3.2. Експертна оцінка розробленого алгоритму……80
Висновки до розділу 3……..86
ВИСНОВКИ……..89
СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ……..92
ДОДАТКИ……98

ВСТУП

Упродовж реалізації Національної стратегії реформування медичної системи України на період 2015–2020 років було окреслено фундаментальні проблеми, перспективні вектори та дієві шляхи їх подолання задля розбудови оновленої державної політики у відповідному секторі. У контексті цих трансформаційних процесів національна галузь охорони здоров’я має фундуватися на трьох невіддільних засадничих принципах: людиноцентричності, спрямованості на кінцевий результат, а також імперативі імплементації передових технологічних рішень і найкращих практик надання кваліфікованих медичних послуг.

У масиві базових цінностей, що закладені в концептуальну основу охорони здоров'я та офіційно задекларовані основоположними міжнародними актами, зокрема Уставом ВООЗ (1946), Європейською соціальною хартією країн-членів Ради Європи (1996), Декларацією тисячоліття ООН (2000), а також положеннями сучасної європейської політики «Здоров’я-2020» (2012), пріоритетне місце поряд із загальною доступністю, принципами соціальної справедливості та солідарності посідає досягнення максимально високої якості медичної послуги, яка є глибоко орієнтованою на пацієнта та максимально чутливою до його персоналізованих індивідуальних потреб.

Ґрунтовний аналіз вітчизняних та закордонних наукових джерел (), офіційних звітів провідних міжнародних організацій, аналітичних інформаційних матеріалів Кабінету Міністрів України щодо фактичного стану ресурсного забезпечення галузі, а також профільних нормативно-розпорядчих документів Міністерства охорони здоров’я України (2010–2020 роки) переконливо свідчить про те, що наявний рівень розвитку механізмів державного управління охороною здоров’я в Україні об’єктивно не відповідає темпам і вимогам сучасних трансформаційних процесів. З огляду на це, управлінська вертикаль системи охорони здоров’я гостро потребує здійснення

кардинальних системних змін, упровадження якісно нових парадигмальних підходів, пошуку альтернативних траєкторій реформування організаційно-економічного механізму медичної галузі, а також проєктування інноваційних моделей взаємодії державних управлінських інструментів задля надійного захисту працюючого населення.

Проблематика забезпечення належної конкурентоспроможності вітчизняних закладів охорони здоров'я до недавнього часу залишалася недостатньо розробленою та слабко висвітленою у працях вітчизняних дослідників (). Подібна ситуація історично зумовлювалася фактичною відсутністю повноцінного конкурентного середовища серед медичних закладів на території України.

Як переконливо свідчать фахові оцінки таких знаних науковців, як Г. Дзяк, В. Лехан, Л. Крячкова, Н. М. Орлова та інших дослідників, в Україні на критично низькому рівні стабільно залишається інтегральний показник якості медичних послуг (що становить близько 56 %) та загальна структурна ефективність національної охорони здоров’я (варіюючи в межах від 36,0 % до 44,0 % залежно від конкретного регіону). Водночас, згідно з аналітичними даними, неадекватним реальному клінічному стану пацієнта лікування було визначено у 40,1 – 83,0 % пацієнтів стаціонарних медичних закладів, тоді як безпосереднє місце лікування виявилося невідповідним у 30,0 – 50,0 % загальних випадків госпіталізації. Додатковою проблемою є те, що значна частина практикуючих лікарів під час надання медичної допомоги населенню досі не використовує у своїй професійній діяльності чинні національні стандарти медичної допомоги.

Сучасні трансформації в методологічних підходах до забезпечення високої якості надання медичної допомоги охоплюють усі держави світу, незалежно від рівня їхнього економічного розвитку чи специфічних внутрішніх факторів. У глобальному просторі функціонують різноманітні системи охорони здоров’я, що різняться за своїми моделями та формами власності, проте, попри наявні інституційні відмінності, їх об’єднує єдина фундаментальна мета –

гарантування ефективної, безпечної та якісної медичної допомоги. Багатогранне поняття якості медичної послуги виходить далеко за вузькі рамки суто медичної галузі та вимагає комплексних технічних, організаційних і стратегічних управлінських рішень. До процесу забезпечення і контролю якості медичної послуги життєво необхідно підходити системно, ґрунтовно адаптуючи найкращий світовий досвід, особливо у сферах постійного вдосконалення якості обслуговування. Це об'єктивно спонукає науковців та практиків до активного пошуку дієвих способів підвищення якості й оптимізації ефективності всіх ключових процесів надання медичних послуг.

Попри інтенсивне наукове обговорення різноманітних теоретичних та практичних проблем підвищення конкурентоспроможності, дотепер недостатньо розкритими залишаються питання управління рівнем конкурентоспроможності освітніх послуг закладів охорони здоров'я. Виявлена лакуна становить одну з ключових наукових суперечностей, що вимагає нагального теоретико-методологічного та практичного розв'язання.

Високий ступінь актуальності окресленої проблематики та недостатній рівень її наукової розробки безпосередньо зумовили вибір теми наукового дослідження: **«Формування конкурентного середовища на ринку надання медичних послуг у КП «3-я Міська клінічна лікарня ПМР»»**.

- **Об’єкт дослідження:** процеси управління конкурентоспроможністю медичних послуг у сучасних закладах охорони здоров’я.
- **Предмет дослідження:** сукупність теоретико-методичних та практичних засад удосконалення конкурентоспроможності медичних послуг закладів охорони здоров’я (на прикладі комунального підприємства КП «3-я міська клінічна лікарня ПМР»).
- **Мета дослідження:** комплексне визначення теоретико-методологічних засад управління конкурентоспроможністю медичних послуг закладів охорони здоров’я, глибокий аналіз поточної практики управління конкурентоспроможністю медичних послуг у КП «3-я міська клінічна лікарня

ПМР» та розробка науково обґрунтованих шляхів його подальшого вдосконалення.

Завдання дослідження:

1. Здійснити ґрунтовний аналіз теоретико-методологічних засад управління конкурентоспроможністю медичних послуг у сучасних закладах охорони здоров'я.

2. Провести детальний аналіз практичного стану управління конкурентоспроможністю медичних послуг на базі комунального підприємства КП «3-я міська клінічна лікарня ПМР».

3. Розробити практичні рекомендації та напрями щодо вдосконалення управління конкурентоспроможністю медичних послуг у КП «3-я міська клінічна лікарня ПМР».

- **Методи дослідження:** у роботі використано комплекс взаємопов'язаних дослідницьких методів, зокрема теоретичні методи (аналіз державних нормативно-правових документів; критичний огляд фахових наукових праць із проблеми управління конкурентоспроможністю медичних послуг; порівняльний аналіз, синтез і логічне узагальнення, які дозволили здійснити глибоку систематизацію як теоретичного, так і емпіричного матеріалу з досліджуваної проблеми) та емпіричні методи (анкетне опитування, цілеспрямоване спостереження, метод експертних оцінок, а також ретельне вивчення передового практичного досвіду роботи медичних закладів у сфері управління конкурентоспроможністю медичних послуг).

- **Наукова новизна дослідження:** у межах роботи подальшого теоретичного та практичного розвитку набули питання комплексного вдосконалення механізмів управління конкурентоспроможністю медичних послуг безпосередньо на основі глибокого клієнтоорієнтованого підходу.

- **Практичне значення дослідження:** полягає в тому, що розроблений автором розгорнутий алгоритм формування ефективної маркетингової конкурентної стратегії медичного закладу в контексті оптимізації управління конкурентоспроможністю медичних послуг було

безпосередньо впроваджено та успішно реалізовано в практичну діяльність КП «3-я міська клінічна лікарня ПМР».

- **Структура та обсяг роботи:** кваліфікаційна робота має традиційну структуру і складається зі вступу, трьох змістовних розділів, загальних висновків, висновків до окремих розділів, списку використаних джерел (який налічує 63 найменування) та додатків. Текст роботи ілюстрований 6 рисунками, містить 6 таблиць і 1 додаток. Загальний обсяг наукового дослідження становить 92 сторінки друкованого тексту.

РОЗДІЛ 1
АНАЛІЗ ТЕОРЕТИЧНИХ ЗАСАД УПРАВЛІННЯ КОНКУРЕНТОСПРОМОЖНІСТЮ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Суть конкурентоспроможності закладів охорони здоров'я

Упродовж останніх років у сучасному українському суспільному дискурсі дедалі більшої гостроти та систематичного наголосу набуває проблематика функціонування та розвитку галузі охорони здоров'я. Ключовим деструктивним чинником у цій сфері виступає зростаючий рівень незадоволеності громадян якістю та доступністю послуг, що надаються сучасними закладами охорони здоров'я. На превеликий жаль, суттєва частина медичних працівників досі не сприймає власну професійну діяльність як прямо залежну від запитів і задоволеності споживача, що є базовою та неодмінною передумовою функціонування суб'єктів у умовах повноцінної ринкової економіки. З іншого боку, хронічно недостатнє матеріально-технічне та фінансове забезпечення лікувально-профілактичних установ з боку держави ще більше дестабілізує та ускладнює загальну ситуацію у сфері надання медичних послуг населенню.

Стратегічний перехід вітчизняного сектору охорони здоров'я на рейки ринкових відносин об'єктивно передбачає реалізацію наступних фундаментальних трансформацій у загальному господарському механізмі галузі:

1. Докорінну зміну організаційно-правового статусу медичних установ шляхом їх реорганізації у самостійні юридичні особи, наділені розширеними господарськими та управлінськими повноваженнями.

2. Трансформацію форм власності значного масиву лікувально-профілактичних закладів, що стимулює активне формування розгалуженого та конкурентного сектора комерційної медицини.

3. Переформатування характеру взаємовідносин між ключовими суб'єктами системи охорони здоров'я, які з переважно адміністративно-соціальних та директивних поступово трансформуються у цивільно-правові, що будуються на чітких економічних інтересах сторін.

4. Послідовний перехід від прямого утримання та фінансування медичних закладів до безпосереднього фінансування наданої медичної допомоги. Подібний підхід відкидає застаріле встановлення кошторисних нормативів на утримання окремих служб із розрахунку на чисельність населення, орієнтуючись натомість на визначення обґрунтованих нормативів витрат на лікування конкретних видів захворювань.

5. Зміну фундаментального принципу фінансових розрахунків – перехід від покриття поточних витрат установи до прямої закупівлі медичних послуг у закладу платником.

6. Модифікацію руху фінансових потоків у системі охорони здоров'я: поряд із збереженням консолідованого бюджетного фінансування за рахунок акумульованих податкових надходжень, відбувається розширення частки фінансування безпосередньо платниками як через механізми обов'язкового медичного страхування (у міру його запровадження), так і шляхом розбудови добровільного страхування та прямої оплати наданої медичної допомоги.

7. Глибоку децентралізацію фінансових ресурсів, яка виражається у суттєвому зростанні ролі місцевих бюджетів при одночасному зменшенні частки централізованих видатків з державного бюджету.

8. Диверсифікацію джерел фінансування галузі – замість монопольного державного джерела сформувалася багатоканальна система (що включає страхові внески, благодійні пожертви, приватні інвестиції тощо).

Нагальна необхідність підвищення ефективності системи виразно проявляється як на вищому політичному, так і на практичному рівнях управління, а проблема адекватного та адресного розподілу ресурсів для надання якісної медичної допомоги окремим категоріям громадян (принцип соціальної справедливості) набуває особливої актуальності у контексті

комплексу сучасних викликів галузі. До оцінки цих двох засадничих критеріїв розподілу постійно звертаються фахівці з економіки, аналізуючи державні регуляторні заходи, нові медичні продукти та різноманітні практичні ініціативи [9; 10; 15].

Сукупність окреслених чинників обумовлює необхідність наукового розгляду на якісно новому концептуальному рівні такої категорії, як «медична послуга». Під медичною послугою слід розуміти впорядковану сукупність професійних дій виконавця, спрямованих на задоволення специфічних потреб пацієнта (як споживача послуги) щодо збереження здоров’я, лікування патологій, їх профілактики та діагностики, що здійснюються за умови добровільної згоди пацієнта на проведення відповідного медичного втручання. Саме ця послуга виступає безпосереднім предметом цивільно-правового договору про надання медичних послуг. Виконавцем медичної послуги вважається суб'єкт господарювання – підприємство, установа чи організація незалежно від форми власності та організаційно-правового статусу, а також фізична особа-підприємець, яка зареєстрована в установленому порядку та здійснює медичну діяльність на підставі отриманої ліцензії. Концептуальні та прикладні питання функціонування ринку медичних послуг є предметом поглиблених досліджень багатьох науковців [13; 19; 36; 46; 57; 60].

Загальний обсяг фінансових видатків на охорону здоров’я в Україні становить лише близько 3–4% ВВП, що щонайменше удвічі поступається аналогічним показникам розвинутих країн світу, а середній рівень заробітної плати медичних працівників залишається в кілька разів нижчим, ніж у промисловому секторі. З огляду на складні макроекономічні умови, очікувати стрімкого збільшення прямих видатків з державного бюджету наразі не доводиться. Одним із дієвих шляхів подолання хронічного недофінансування та застарілих формалізованих взаємин між лікарями й пацієнтами є поступове заміщення державних медичних установ приватними закладами. На сьогодні приватні заклади охорони здоров'я акумулюють уже близько 10% усього ринку медичних послуг. Про вищу коефіцієнтну ефективність приватного сектору

порівняно з державним свідчить і частка його витрат у загальнодержавному обсязі: надаючи 10% усіх медичних послуг, приватні заклади споживають лише 3–4% від сукупних медичних видатків країни. Це вказує на те, що витратоємність надання послуг у приватному секторі є в кілька разів нижчою. На сучасному етапі в Україні функціонує понад 30 тисяч приватних суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я, проте більшість із них представлена високоспеціалізованими стоматологічними та офтальмологічними кабінетами чи клініками. Чисельність приватних багатопрофільних клінік із широким спектром надання медичної допомоги залишається незначною – близько 50 установ. Разом з тим у великих містах-мільйонниках між провідними приватними клініками вже тривалий час спостерігається інтенсивна конкурентна боротьба за частку ринку медичних послуг.

Задля підвищення рівня залучення інвестиційних ресурсів у вітчизняну систему охорони здоров`я першочергово необхідно реалізувати такі управлінські заходи:

- запровадити повноцінну багатоканальну систему фінансування галузі з чітким акцентом на бюджетній та страховій складових;
- забезпечити поетапне збільшення частки державного фінансування охорони здоров'я до загальноприйнятих світових стандартів (на рівні не менше 10% від ВВП);
- удосконалити чинну нормативно-правову базу галузі шляхом прийняття Закону України «Про обов’язкове державне медичне страхування», а також системної адаптації Концепції розвитку медичної галузі та Концепції розвитку фармацевтичного сектору;
- модернізувати дозвільну систему та діючі механізми державного контролю;
- всебічно сприяти розбудові конкурентного середовища та підвищенню рентабельності надання медичних послуг шляхом реформування й оптимізації податкової системи.

З метою гарантування високої якості медичної допомоги обґрунтовано наступні пріоритетні напрями трансформацій в системі управління:

- підвищення рівня правової грамотності населення щодо захисту власних прав (зокрема, права на вільний вибір лікаря та лікувально-профілактичного закладу);
- поліпшення територіальної доступності якісних медичних послуг для мешканців сільської місцевості шляхом реального відновлення виїзних форм надання допомоги та більш глибокого впровадження інституту сімейної медицини;
- підвищення кваліфікованої доступності медичної допомоги через залучення висококласних фахівців (завдяки створенню привабливих умов праці й соціальних гарантій для лікарів у лікувально-профілактичних закладах сільської місцевості);
- упровадження дієвої системи матеріального та морального стимулювання закладів охорони здоров’я та їх персоналу за досягнення високих якісних показників діяльності та успішне опанування сучасних медичних технологій;
- сприяння розширенню практики застосування в діяльності лікувально-профілактичних закладів і фізичних осіб-підприємців новітніх медичних технологій, які базуються на принципах доказової медицини;
- планомірне зміцнення та оновлення матеріально-технічної бази лікувально-профілактичних установ [38; 51; 53; 54; 63].

Детальний регламент фінансово-економічних механізмів у галузі охорони здоров’я нормативно закріплено в Законі України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (додаток А).

Загальні засади організації та управління охороною здоров'я в Україні визначаються «Основами законодавства України про охорону здоров'я», Законом України «Про місцеве самоврядування в Україні», іншими законами, а також підзаконними нормативно-правовими актами, до яких насамперед належать положення про відповідні органи, заклади та окремі посадові особи

системи охорони здоров'я, затверджені Постановами Кабінету Міністрів України та наказами Міністерства охорони здоров'я [18; 40–45; 48].

Загальне стратегічне керівництво охороною здоров'я як важливою галуззю national економіки та сферою державного управління здійснює Міністерство охорони здоров'я України, яке очолює Міністр охорони здоров'я – член Кабінету Міністрів України. Відповідно до функціонального поділу галузей і служб охорони здоров'я до організаційної структури Міністерства входять головні управління лікувально-профілактичної роботи, медичної допомоги дітям і матерям, санітарно-епідеміологічне, санаторіїв, медико-соціальної експертизи, з медичних проблем аварії на Чорнобильській АЕС і радіаційного захисту, економіки, медичного страхування, ліцензування та акредитації закладів охорони здоров'я, державної служби і медичних кадрів, закладів медичної освіти, науки, міжнародних зв'язків, експлуатації і капітального будівництва, медичної промисловості, а також спеціалізовані науково-виробничі об'єднання («Укрфармація», «Політехмед», «Укрмедпостач»), центр медичної статистики, центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи тощо.

У безпосередньому складі цих управлінь функціонують профільні відділення лікувально-профілактичної роботи, медичної допомоги дітям і матерям, фінансово-економічне, медичних кадрів та інші структурні підрозділи.

На муніципальному рівні управління охороною здоров'я здійснюють відповідні відділи охорони здоров'я виконавчих комітетів міських рад, у сільських районах – головні лікарі центральних районних лікарень, а в районах великих міст – генеральні директори територіальних медичних об'єднань, які призначаються на посади відповідними радами за обов'язковим погодженням із вищими органами управління охороною здоров'я.

Безпосереднє керівництво окремими медичними закладами здійснюють на засадах єдиноначальності головні лікарі, які призначаються відповідними органами управління охороною здоров'я з числа фахівців з вищою медичною освітою, що пройшли спеціальну підготовку з соціальної медицини, організації

та управління охороною здоров'я. Незважаючи на здійснення певних трансформацій в управлінській сфері, зокрема в системі фінансування медичних установ, воно значною мірою зберігає централізований характер, а адміністративно-командні методи управління досі переважають над економічними важілями.

Графічну структуру стаціонарної служби України наведено на рис. 1.1.

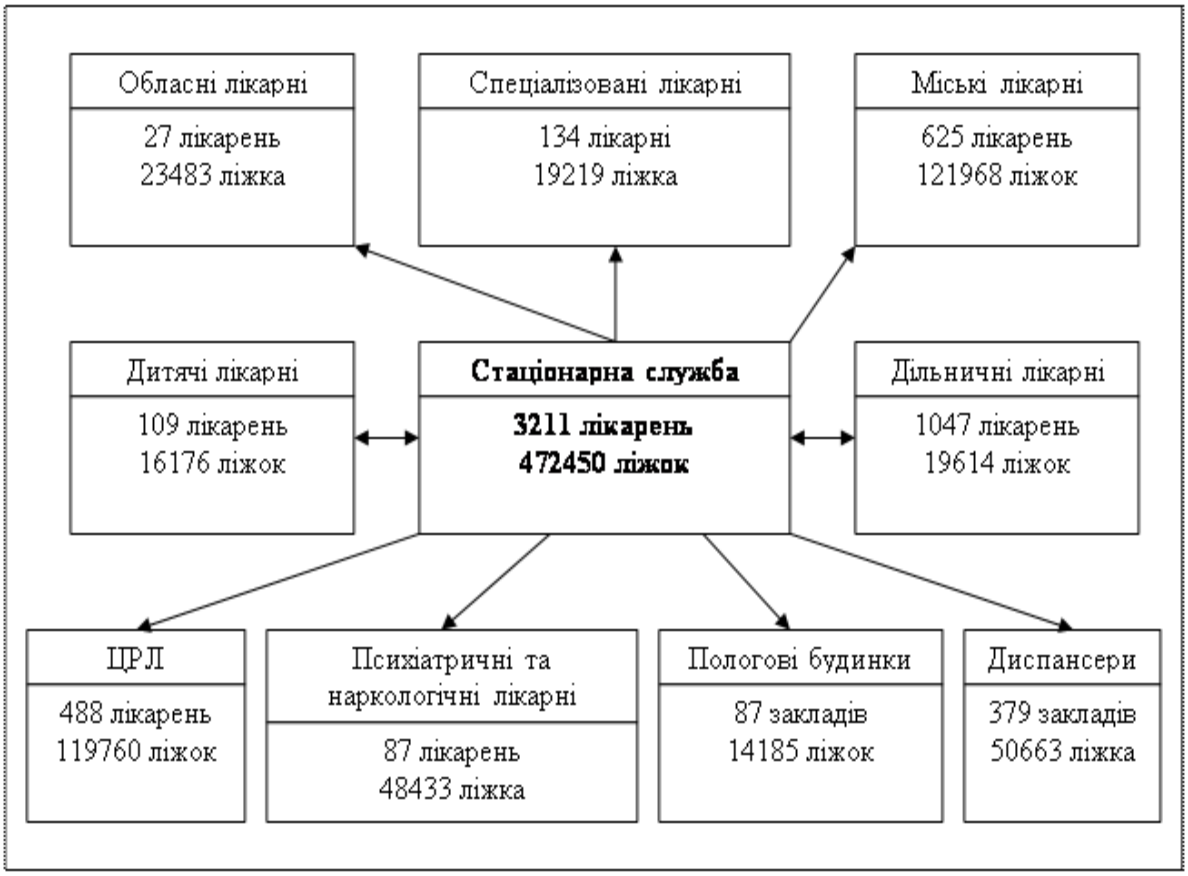

Рис. 1.1. Структура стаціонарної служби України

Фундаментальні питання наукового оцінювання та методології аналізу рівня конкурентоспроможності висвітлено у ґрунтовних працях багатьох вітчизняних і зарубіжних дослідників [4; 23; 52; 86]. Водночас у сучасній науковій думці спостерігається певне методологічне протиріччя між теоретичними концепціями та практичними засадами розвитку сфери охорони здоров’я. З одного боку, теоретико-методологічні розробки детально розкривають специфіку дієвості механізмів державного управління, тоді як з

іншого – практична імплементація цих заходів вимагає застосування чіткого системного підходу на кожному рівні суб'єктно-об'єктної взаємодії. Аналізуючи медичну галузь держави в реальних умовах сучасного суспільного поступу, необхідно акцентувати ключову увагу на головному цільовому орієнтирі розбудови й удосконалення національної системи охорони здоров'я – збереженні та зміцненні здоров'я населення. Настільки підвищений інтерес наукової спільноти до проблем організації, функціонування та стратегічного управління галуззю пояснюється її визначальною, системоутворювальною роллю в соціально-економічному розвитку країни через ефективне збереження та відтворення людського капіталу. Сучасний етап трансформації охорони здоров'я в Україні характеризується активним пошуком новітніх підходів і прогресивних шляхів надання якісних медичних послуг, а також їх постійним удосконаленням задля забезпечення гарантованого конституційного права громадян на здоров'я, задоволення їхніх зростаючих потреб і, як наслідок, підвищення загального рівня громадського здоров'я в державі. Негативні тенденції у стані здоров'я населення спричиняють не лише складні медико-соціальні наслідки та людські страждання, а й завдають колосальних економічних збитків національному господарству. Зазначене обумовлює нагальну необхідність концептуального переосмислення категорії «здоров'я» як комплексної медичної та економіко-управлінської дефініції.

У сучасних умовах інноваційно-технологічного розвитку суспільства стратегічним інтегральним результатом ефективної роботи всієї медичної системи виступає гармонійно розвинена особистість, здатна забезпечувати високу конкурентоспроможність національної економіки, нарощувати рівень розвитку високотехнологічних галузей виробництва, досягати високих показників валового внутрішнього продукту, а також гарантувати належний рівень матеріального й духовного життя населення країни.

З огляду на це, виникає об'єктивна потреба у трансформації наявних управлінських стратегій відповідно до передових світових практик, реорганізації або модернізації існуючих організаційно-штатних структур

лікувальних установ, розробці інноваційних системних підходів до фінансування й ціноутворення на медичні послуги, а також упровадженні новітніх методів оцінки ефективності діяльності різних учасників процесу надання медичної допомоги [86]. Базовим елементом теоретичного підходу до державного управління будь-якою складною системою виступає організація, тоді як безпосередні механізми державного управління репрезентують процес внутрішньої взаємодії її елементів, у результаті якого виникають нові якісні властивості організацій, установ чи закладів [8; 17; 37; 58]. Подібна специфічна властивість є цілком характерною і для національної медичної системи.

Однією з ключових передумов проведення поглибленого аналізу конкурентоспроможності закладів охорони здоров'я є суттєве погіршення умов функціонування державних установ, спричинене скороченням як їхньої загальної кількості, так і їхньої частки у структурі державних видатків. Державна система досі не забезпечує належного матеріально-технічного та фінансового постачання закладів охорони здоров'я. Зазначений комплекс чинників актуалізує необхідність пошуку альтернативних шляхів і засобів забезпечення населення якісними медичними послугами. Одним із дієвих способів подолання проблеми недофінансування з державного бюджету є планомірне зростання кількості та частки приватних закладів охорони здоров'я. На нинішньому етапі приватні суб'єкти акумулюють уже близько 10% усього ринку медичних послуг. Про низьку економічну ефективність державної форми управління медициною свідчить і співвідношення витрат приватних закладів охорони здоров'я у загальнодержавному обсязі видатків. Забезпечуючи надання 10% усіх медичних послуг, приватний сектор потребує лише 3% видатків від загального обсягу фінансових ресурсів галузі. Це беззаперечно свідчить про те, що витратоємність надання медичних послуг у приватних медичних закладах є в кілька разів нижчою порівняно з державними установами [2; 25].

Розглянемо детальніше теоретико-методологічну сутність категорії «конкурентоспроможність закладів охорони здоров'я». Під конкурентоспроможністю слід розуміти наявність унікальних індивідуальних

характеристик і конкурентних переваг організації, а також наявного потенціалу щодо їх ефективного використання в боротьбі за найвигідніші умови виробництва й збуту продукції або надання послуг із метою досягнення поставлених стратегічних цілей [23].

При цьому поняття конкурентоспроможності акумулює в собі весь спектр економічних, організаційних і нормативно-правових характеристик, які в сукупності визначають ринкову позицію та місце закладу охорони здоров'я на відповідному сегменті ринку медичних послуг [32]. Рівень конкурентоспроможності конкретного закладу охорони здоров'я завжди перебуває під безпосереднім впливом різноманітних детермінант. Під факторами традиційно розуміють сукупність умов, обставин та рушійних сил, що обумовлюють перебіг економічних явищ і процесів.

Синтез наведених тлумачень фактора та конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я дозволяє сформулювати авторське визначення сутності фактора конкурентоспроможності медичного закладу.

Фактори конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я – це сукупність об’єктивних умов, обставин та внутрішніх і зовнішніх рушійних сил, що зумовлюють формування індивідуальних особливостей і конкурентних переваг закладу охорони здоров'я, а також визначають можливості їх практичної реалізації в процесі конкурентної боротьби на ринку медичних послуг [52].

Дослідимо основні концептуальні підходи сучасних науковців щодо визначення структури та складу факторів конкурентоспроможності підприємств із метою більш точної аналітичної деталізації проблеми нашого дослідження. З-поміж наявних у науковій літературі підходів найбільш систематизовану та повну класифікацію факторів запропоновано О. Циганок, який виокремлює три ключові групи факторів забезпечення конкурентоспроможності підприємства: техніко-економічні, комерційні та нормативно-правові [56].

Техніко-економічні фактори охоплюють показники якості, обсяг витрат на експлуатацію або використання продукції чи послуг, а також безпосередні витрати на виробництво, які прямо залежать від рівня наукомісткості процесів, продуктивності та інтенсивності праці.

Комерційні фактори визначаються конкретними умовами реалізації продукції чи послуг на ринку та включають поточну кон'юнктуру ринку (рівень конкурентної боротьби, співвідношення попиту та пропозиції, національні й релігійні особливості споживання), надання супутнього сервісу (наявність збутової та дистриб'юторської мережі, підрозділів технічного й обслуговуючого супроводу), рекламну діяльність (наявність ефективних рекламних інструментів впливу на споживача задля формування попиту), а також корпоративний імідж (впізнаваність торговельної марки, ділову репутацію підприємства).

Спираючись на наведену класифікацію, можна стверджувати, що специфічні медичні фактори конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я значною мірою визначаються рівнем його технічного й технологічного оснащення. Сучасна медична практика вимагає здійснення значних капітальних інвестицій у придбання високотехнологічного медичного обладнання. Крім того, критично важливим медичним фактором конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я є необхідність безперервного підвищення кваліфікаційного рівня медичного персоналу відповідно до найновіших досягнень світової медичної науки. Таким чином, до групи медичних факторів конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я обґрунтовано віднести асортимент і номенклатуру наданих послуг, якість надання медичної допомоги, рівень технічного оснащення закладу, а також кваліфікаційний рівень медичних працівників [3; 19; 36].

Другою важливою групою факторів конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я виступають комерційні фактори. Приватні заклади охорони здоров'я провадять повноцінну комерційну діяльність, надаючи медичні послуги населенню та корпоративним замовникам. Тому визначальним для

конкурентоспроможності окремого закладу є інтенсивність конкуренції з боку інших суб'єктів ринку. Важливе значення мають також параметри попиту, рівень реальних доходів населення, загальний рівень захворюваності тощо. Одним із ключових факторів конкурентоспроможності виступає цінова політика та вартість послуг закладу охорони здоров'я, що є особливо критичним для регіональних ринків із високим рівнем цінової еластичності попиту на медичні послуги [46; 57].

Ще однією вагомою комерційною складовою конкурентоспроможності закладів охорони здоров'я є такі нематеріальні фактори, як корпоративний імідж та ділова репутація медичної установи. Імідж і репутація є прямим результатом трансляції потенційним споживачам інформації про інші – медичні та комерційні – фактори конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я. Найбільш ефективним каналом поширення такої інформації виступає міжособистісна комунікація. З одного боку, вона не вимагає додаткових фінансових витрат, а з іншого – викликає найвищий рівень довіри у потенційних споживачів медичних послуг. Проте в багатьох випадках виникає потреба залучення зовнішніх комунікаційних каналів і різноманітних засобів рекламного впливу. Загалом у період загострення конкурентної боротьби значення нематеріальних факторів конкурентоспроможності медичного закладу постійно зростає. Таким чином, комерційні фактори конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я охоплюють кон'юнктуру ринку медичних послуг, вартість послуг закладу, а також його загальний імідж і репутацію [47; 56].

Узагальнену структуровану класифікацію факторів конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я наведено на рис. 1.2.



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

Існують також наукові підходи, відповідно до яких виокремлюють і третю самостійну групу факторів, а саме – нормативно-правові фактори, які визначають та регламентують відповідність усього спектра діяльності закладу охорони здоров'я вимогам чинного законодавства [16; 22; 31].

З огляду на те, що державне регулювання та контрольно-наглядова діяльність щодо закладів охорони здоров'я й досі залишаються досить жорсткими, вважаємо за доцільне виходити з припущення, що всі суб'єкти медичного ринку за умовчанням відповідають встановленим нормативно-правовим вимогам, а отже, ці фактори недоцільно виділяти в окрему самостійну групу факторів забезпечення конкурентоспроможності [34, с. 62].

Ще однією важливою класифікаційною ознакою виступає розмежування факторів конкурентоспроможності закладу охорони здоров’я на зовнішні та внутрішні залежно від середовища їх виникнення. Сучасний етап розвитку медичної галузі характеризується високою динамікою інноваційних процесів, що чинить визначальний зовнішній вплив на рівень конкурентоспроможності закладів охорони здоров'я. До складу зовнішніх факторів традиційно зараховують наявність інвестиційних можливостей, інтенсивність розробки та впровадження інноваційних технологій виробництва, наявність потужної науково-дослідної бази, рівень забезпечення висококваліфікованими кадрами, ступінь конкуренції на ринку, характеристики попиту, заходи державного регулювання та Уряду тощо [32, 33; 35].

Загалом, поділяючи загальноприйняту позицію щодо складу зовнішніх факторів, першу їх групу пропонуємо термінологічно уточнити та називати не «факторами виробництва», а «ресурсними факторами». Оскільки ключовими ресурсами для закладу охорони здоров'я виступають кадровий потенціал, інноваційність застосовуваних медичних технологій, наявність та доступність сучасних високоефективних лікарських засобів, залучення додаткових фінансових ресурсів, а також можливість оперативної трансферності й імплементації результатів новітніх наукових досліджень у медицині. Інші ж

зовнішні фактори мають універсальний характер для різних галузей економіки, тому їхню структуру можна залишити без змін.

Класифікація внутрішніх факторів конкурентоспроможності передбачає комплексний аналіз досягнутого рівня різних видів ефективності функціонування підприємства. При визначенні внутрішніх факторів конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я першочергово необхідно виокремлювати медичну ефективність, під якою розуміють здатність медичної установи якнайповніше задовольняти потреби споживачів шляхом надання широкого спектра високоякісних медичних послуг. Екологічну ефективність пропонується виключити з розгляду, оскільки вона не є визначальною та актуальною для більшості закладів охорони здоров'я. Натомість доцільно окремо виокремити витратну ефективність, яка відображає здатність медичного та обслуговуючого персоналу закладу забезпечувати високу медичну ефективність за мінімально можливого обсягу ресурсних витрат. Нарешті, останньою ключовою складовою внутрішніх факторів конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я виступає ефективність менеджменту, що характеризує ступінь спроможності управлінського персоналу установи якісно та повноцінно реалізовувати основні функції управління, такі як організація, планування, контроль, мотивація й аналіз [34, с. 64].

Деталізовану структуру 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

Увесь комплекс внутрішніх факторів забезпечення конкурентоспроможності закладів охорони здоров'я перебуває в безпосередній та тісній взаємозалежності із зовнішніми факторами ринкового середовища, зазнаючи особливо відчутного впливу від сучасних інноваційних процесів, які активізуються як у безпосередньо медичній галузі, так і в усьому суспільстві загалом.

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

Упродовж 2018 року в Україні було розпочато повноцінний процес розгортання масштабно запланованої медичної реформи. Зокрема, 30 січня 2018 року офіційно набув чинності Закон України, що започаткував фундаментальні та кардинальні зміни в усіх ключових механізмах функціонування національної системи охорони здоров’я [1]. Первинний етап зазначеної реформи було практично реалізовано на рівні первинної ланки надання медичної допомоги. Відповідно до нової концепції, держава в особі заснованої Національної служби здоров’я України виступає безпосереднім замовником, який здійснює закупівлю та фінансову оплату медичних послуг, реально наданих кожному конкретному пацієнту. Головними замовниками медичних послуг виступають уповноважені державні та громадські інституції, ключовим завданням яких є системне піклування про збереження здоров’я громадян. При цьому органи місцевого самоврядування функціонують у статусі власників і прямих розпорядників майна відповідних закладів охорони здоров’я, тоді як базове призначення держави полягає в гарантуванні прозорого та раціонального використання акумульованих через податкову систему коштів для закупівлі чітко визначеного обсягу послуг для населення. Звертаючись до закладу охорони здоров’я по медичну допомогу, пацієнт цілком природно очікує отримати високоякісну послугу. Незважаючи на те, що якість медичних послуг за своєю сутністю є досить суб’єктивним, багатовимірним і складним

категоріальним поняттям, яке важко піддається прямим кількісним вимірюванням й оцінюванню, будь-який медичний заклад зобов’язаний будувати свою діяльність із чіткою орієнтацією на споживача (пацієнта), максимально відповідаючи його індивідуальним потребам та сучасним вимогам [30; 34; 39; 55].

Медична послуга репрезентує собою складну, багатоаспектну та динамічну сукупність різнорідних клінічних і супутніх процесів (охоплюючи діагностику, безпосереднє лікування, науково-практичну обґрунтованість призначень, адекватність обсягу втручань, професійну компетентність медичного персоналу, а також узгодженість дій усіх учасників), що у своїй єдності утворює складну організаційно-технічну систему [13].

Головною метою проведення оцінювання якості процесу надання медичних послуг є об’єктивне підтвердження спроможності конкретної медичної установи постійно гарантувати надання відповідних послуг із належним рівнем якості, безпеки та стабільності. Відсутність або недостатня ефективність дієвої системи контролю за процесом надання медичних послуг неминуче призводить до розбалансування й неефективного використання наявних ресурсів, а також стимулює ухвалення некоректних і необґрунтованих управлінських рішень щодо вдосконалення внутрішньої структури медичного закладу, що тягне за собою суттєві додаткові фінансові витрати. У подібних несприятливих умовах виникають суттєві додаткові ризики, зумовлені неоптимальною організацією роботи закладу, що значно підвищує рівень невизначеності при об’єктивній оцінці підсумкової якості послуг. Грамотний вибір базових елементів процесу надання медичної послуги та їх внутрішнього складу є критично важливим для гарантування належної якості й повинен суворо відповідати діючим вимогам Міністерства охорони здоров'я України щодо Концепції управління якістю медичної допомоги в галузі [8], а також міжнародним рекомендаціям Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ).

У межах наукового аналізу нами було враховано ключові обставини та специфічні фактори, які справляють безпосередній вплив на процес

формування та диференціації потреб населення в медичних послугах, а саме [13; 36; 46]:

1. Структура та обсяг потреб у медичних послугах перебувають у прямій залежності від демографічних і соціальних характеристик громадян, зокрема від статі, віку, соціального статусу та професійної діяльності.

2. Для сформованих потреб характерна динаміка проходження різних етапів життєвого циклу – від первинного «народження» (виникнення) і досягнення максимального піку до збереження залишкового характеру. Першочергове завдання фахівця з маркетингу полягає у своєчасному ідентифікуванні й прогнозуванні зростаючих потреб, що забезпечить закладу стійкий успіх і конкурентні переваги на ринку надалі.

3. У практичній діяльності існує значний масив потреб, що задовольняються суб'єктами ринку лише частково, що обумовлює необхідність постійного розроблення та пропонування нових інноваційних послуг, здатних забезпечити їх повне й комплексне покриття.

4. Повноцінне задоволення одних первинних потреб може виступати каталізатором для виникнення інших, пов'язаних із ними. Подібні потреби виступають як супутні, у зв'язку з чим медичному закладу важливо завчасно передбачити й формувати максимально широкий і цілісний спектр медичних послуг.

З-поміж основних вагомих факторів, що забезпечують привабливість медичного закладу для потенційних споживачів послуг, доцільно виокремити такі [57; 60]:

1. Сучасний споживач надає беззаперечну перевагу якісному сервісному обслуговуванню та обирає той медичний заклад, який здатен найбільш повно, оперативно й комплексно розв'язати його проблеми зі здоров'ям.

2. Пацієнт прагне володіти максимально вичерпною інформацією про обраний медичний заклад та професійний рівень лікарів, які безпосередньо надають медичну допомогу. З огляду на це, закладу слід послідовно

дотримуватися «політики відчинених дверей», зокрема активно презентувати свою діяльність на профільних виставках, науково-практичних конференціях, форумах і з'їздах.

3. Пацієнт надає виразну перевагу сприятливій атмосфері доброзичливості, гарантованій високій якості та чіткій адресності (персоналізованості) наданих послуг, розрахованих виключно під його індивідуальні потреби.

4. У структурі діяльності медичного закладу слід обов'язково передбачити можливість надання взаємозамінних та альтернативних послуг. Наприклад, за наявності кількох різнопланових доказових методів лікування певного захворювання закладу доцільно забезпечувати їх комплексне практичне застосування.

Таким чином, у межах одного медичного закладу лікар і пацієнт отримують реальну можливість спільно обрати найбільш оптимальний, ефективний і безпечний метод лікування [39].

Оновлена модель системи первинної медико-санітарної допомоги, що послідовно впроваджується в Україні, заснована на договірних відносинах між визначеними замовниками та закладами-надавачами, однак сам пацієнт формально не виступає безпосередньою стороною в цій інституційній моделі. Попри це, звертаючись до закладу охорони здоров'я, пацієнт (споживач) фактично вступає у правовідносини та укладає з лікарем або лікувальною установою угоду, яка передбачає виникнення чітко визначеного комплексу цивільно-правових взаємин між закладом, що надає послуги, та громадянином, який їх безпосередньо отримує.

З зі свого боку, медичний заклад бере на себе офіційне зобов'язання надавати пацієнтові якісні медичні послуги у суворій відповідності до визначеного переліку та в повному обсязі, зокрема в межах державних гарантій за Програмою медичних гарантій. Задля забезпечення високої якості надання медичних послуг необхідно спиратися на затверджені стандарти та стандартизовані показники якості, які слугують базовою точкою відліку, після

досягнення якої слід вживати послідовних заходів для подальшого системного вдосконалення. Процеси стандартизації медичних послуг у вітчизняній системі охорони здоров'я наразі демонструють високі темпи розвитку, а сама система стандартизації має відкритий і адаптивний характер. Україна здійснює активну гармонізацію вітчизняних нормативних стандартів із передовою світовою практикою розробки й упровадження медико-технологічних документів, що передбачає системну наявність клінічних настанов (рекомендацій), заснованих на доказовій медицині, медичних стандартів і уніфікованих протоколів надання медичної допомоги. Станом на 2018 рік в Україні було офіційно затверджено: 22 клінічні настанови, 5 державних стандартів медичної допомоги, 123 уніфіковані клінічні протоколи медичної допомоги, 22 протоколи для медичної сестри (фельдшера, акушерки), а також 36 фахових протоколів провізора (фармацевта) [30].

У цьому контексті важливу роль відіграють і міжнародні стандарти, що регламентують побудову й упровадження системи управління якістю, оскільки в сучасній світовій медичній практиці спостерігається чітке зміщення акцентів: відходиться від концепції контролю виключно вихідних показників (таких як показники смертності чи загальної захворюваності) на користь ефективного управління вхідними та операційними процесами й розбудови системи безперервного підвищення якості. Зокрема, 17 січня 2014 року набув чинності Наказ МОЗ України, яким установлено, що для отримання вищої акредитаційної категорії заклад охорони здоров'я вторинного рівня повинен успішно пройти перевірку на відповідність вимогам міжнародних стандартів ISO та отримати сертифікат відповідності національному стандарту ДСТУ ISO 9001:2009. Функціонування такої системи управління якістю в медичному закладі гарантує прозорість і чіткість усіх внутрішніх процесів, забезпечує суттєве підвищення клінічної ефективності лікування хворих, сприяє оптимізації та зниженню його собівартості, а також гарантує високий рівень задоволеності пацієнтів отриманим медичним обслуговуванням [34, 55].

Цілком очевидно, що базові критерії оцінки якості суттєво відрізняються з точки зору медичних установ та самих пацієнтів (споживачів). Медичні працівники традиційно фокусують головну увагу на рівні професійної компетенції, клінічній ефективності та безпечності втручань. З їхньої фахової позиції, якість медичної допомоги означає наявність у медперсоналу відповідних знань, практичних навичок, необхідних ресурсів й оптимальних умов для поліпшення здоров'я пацієнтів, а також здатності бездоганно виконувати свої професійні обов'язки. Натомість пацієнти оцінюють якість обслуговування не лише за фактом отримання кваліфікованої медичної допомоги, а й з урахуванням усього комплексу сервісних і комунікаційних процесів, що у сукупності й формує цілісне поняття «медична послуга».

Під якістю медичних послуг слід розуміти сукупність таких ключових характеристик і властивостей, як науково-практична обґрунтованість втручань, їх адекватність за обсягом, висока компетентність персоналу при виборі методів діагностики й лікування, а також узгодженість дій і наступність у наданні допомоги [13; 19; 36].

Об'єктивне оцінювання якості безпосереднього процесу надання послуги значно ускладнюється відсутністю вичерпної інформації про еталонний процес надання медичної послуги, а також недостатнім розумінням ступеня впливу конкретних відхилень від стандартів на підсумкові результати. Традиційно якість лікування оцінюють за його кінцевими результатами (показники смертності, відновлення функціонального стану, рівень обмеження життєдіяльності), а також за рівнем суб'єктивної задоволеності пацієнтів отриманою послугою. Складність оцінки за кінцевими результатами полягає в труднощах виокремлення тих наслідків, які напряму залежать виключно від якості наданої медичної послуги, а також у дефіциті інформації щодо реальних можливостей поліпшення результатів за умов повної відповідності структури та процесів медичної установи встановленим стандартам.

Послідовний перехід на ринкові важелі, стимули та механізми господарювання створює якісно нові передумови для обґрунтування

національної концепції реформування системи охорони здоров’я у суворій відповідності до вимог ст. 49 Конституції України на засадах багатоукладності та юридичної рівноправності державних, комунальних і приватних форм власності медичних структур, які набувають повноцінного організаційно-економічного статусу суб’єктів господарювання [24].

За таких умов медичні заклади поступово реорганізуються у самостійні суб'єкти господарювання, наділені всіма необхідними атрибутами підприємницької діяльності. Однак функціонування вітчизняної системи охорони здоров’я в умовах хронічного та гострого бюджетного дефіциту призвело до суттєвого зниження доступності медичної допомоги для широких верств населення, що спричиняє деструктивні трансформації, зокрема погіршення трудового та демографічного потенціалу країни (щорічне скорочення природного приросту населення становить близько 350–400 тис. осіб).

Запровадження ринкових відносин у соціальну сферу є винятково складним, відповідальним і виваженим завданням, яке потребує глибокого наукового обґрунтування специфіки управлінської діяльності на ринку послуг, передусім у медичному секторі. Особливої актуальності набуває виявлення й ідентифікація конкурентних переваг закладу, а також системна оцінка попиту та реальних обсягів споживання послуг медичного призначення, які мають спиратися на результати фахових маркетингових досліджень.

Основна мета проведення маркетингових досліджень у сфері охорони здоров’я полягає в систематичному зборі, обробці та глибокому аналізі об’єктивної ринкової інформації, необхідної для розробки довгострокових прогнозів розвитку ринку лікувально-профілактичних послуг, оптимізації стратегій надання медико-санітарної допомоги, а також створення нових видів послуг задля найбільш повного задоволення попиту населення [1; 3; 5; 7; 14; 26].

З огляду на це, ринок медичних послуг володіє специфічним інформаційним полем, яке піддається науковому вивченню, вимірюванню та

якісній оцінці. Несприятливі макроекономічні умови й поглиблення кризових явищ в економіці України унеможливлюють повноцінне покриття всіх потреб охорони здоров'я за рахунок лише державних коштів. Значна частина витрат та персональної відповідальності перекладається безпосередньо на споживачів послуг і страхові організації. Водночас у пацієнтів виникає реальна можливість і свобода вибору, що природним чином формує підґрунтя для розвитку конкуренції.

Деталізоване висвітлення питань фінансового забезпечення та економічних гарантій у медичній галузі розкрито в Законі України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (додаток А).

Маркетинг медичних послуг належить до категорії найбільш складних і специфічних видів маркетингової діяльності. Це пояснюється першочергово тим, що медичні послуги безпосередньо пов'язані із захистом, відновленням і збереженням найвищих людських цінностей – життя та здоров'я. Іншою важливою причиною виступає хронічна обмеженість бюджетного фінансування, що змушує заклади шукати додаткові позабюджетні джерела залучення коштів. Паралельно спостерігається бурхливий розвиток приватних медичних центрів, які активно застосовують агресивні рекламні інструменти, новітні технології (зокрема біотехнології) та забезпечують високий рівень сервісу. Визначальною специфічною рисою ринку медичних послуг є його яскраво виражена соціальна спрямованість, за якої максимізація прибутку за жодних обставин не може слугувати головним пріоритетом при наданні кваліфікованої медичної допомоги [1; 3; 27-29].

Сама по собі послуга репрезентує особливу форму виробничої діяльності, підсумковий результат якої спрямований не на виготовлення матеріально-речового блага, а на досягнення конкретного корисного ефекту, адресованого безпосередньо людині.

Відтак, медична діяльність передбачає надання послуги, в основу якої покладено ефект збереження, відновлення та зміцнення здоров'я. Цей різновид послуг є суттєво обмеженим у можливостях транспортування, оскільки,

наприклад, складні хірургічні операції практично неможливо виконати в домашніх умовах, тоді як інші види маніпуляцій (ін’єкції, прості процедури, консультування) можуть успішно надаватися у виїзному форматі. Відповідно, специфіка ринку надання медичних послуг накладає визначальний відбиток на специфіку ведення цього виду бізнесу.

У цьому контексті можна чітко виокремити такі ключові особливості системи охорони здоров’я:

- по-перше, організація та надання багатьох видів медичної допомоги вимагають значних первинних капіталовкладень і наявності солідного стартового капіталу;
- по-друге, специфічний попит на цьому ринку може виступати стимулом для появи як нових висококваліфікованих спеціалістів, так і псевдофахівців.

Зазначені обставини слугують вагомим аргументом на користь прагнення існуючих учасників ринку мінімізувати появу нових суб’єктів, підвищувати цінові планки та максимізувати власні прибутки [57; 60].

Ринок медичних послуг за своїми характеристиками є досить далеким від моделей досконалої конкуренції, демонструючи виразні риси монополістичної конкуренції або навіть елементи природної чи штучної монополії. У цьому зв’язку перед уповноваженими органами державного управління (Міністерством охорони здоров’я України, Комітетом Верховної Ради України з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування тощо) постає важливе завдання щодо державного регулювання цього ринку, гармонійного впливу на структуру медико-діагностичного виробництва з метою його максимального наближення до реальних потреб суспільства в різних видах медико-санітарного забезпечення та послуг.

У вітчизняній системі охорони здоров’я формування повноцінного конкурентного середовища стримується не лише наведеними об’єктивними факторами, а й тривалою історичною стратегією орієнтації на надання медичної допомоги переважно через великі інституційні форми (багатопрофільні лікарні,

спеціалізовані стаціонари, потужні діагностичні центри). У минулому було взято курс на нівелювання традиційної автономії та незалежності лікарів і перетворення їх на пересічний штатний персонал поліклінічних установ. Однак подібна модель, заснована на жорсткому територіальному прикріпленні населення, неминуче гальмує формування ринкового середовища, оскільки суттєво обмежує свободу пацієнта у вільному виборі лікаря.

З одного боку, концентроване надання медичної допомоги на базі великих медичних центрів може бути цілком раціональним та економічно виправданим кроком, проте з іншого – суцільне укрупнення та створення надмірних лікувально-діагностичних комплексів чи поліклінік потребує не лише складних організаційних рішень, а й супроводжується певними негативними наслідками.

Зокрема, процеси укрупнення та глибокої спеціалізації вимагають ретельної калькуляції та врахування можливих економічних і соціальних втрат, а монопольне становище надмірно великої кількості лікувально-профілактичних установ (ЛПУ) штучно звужує свободу вибору для пацієнтів, обмежуючи при цьому гнучкість органів управління охороною здоров’я та страхових компаній як покупців медичної допомоги в інтересах пацієнтів.

Натомість невеликі за розмірами та гнучкі лікарські об’єднання здатні ефективно конкурувати між собою, залучаючи пацієнтів високою якістю та індивідуальним підходом (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)

Слід визнати, що, на відміну від глибоко реформованих західних систем охорони здоров'я, під час розроблення й реалізації вітчизняної концепції трансформації української системи не було повною мірою враховано об'єктивну дію та потенціал ринкових конкурентних механізмів [61; 62]. Послідовний перехід на систему медичного страхування, безумовно, сприяв суттєвому зростанню ролі економічних методів управління (зокрема, механізмів матеріального стимулювання як окремих медичних працівників, так і трудових колективів у цілому), однак він так і не забезпечив реальної незалежності суб'єктів від викривленого неконкурентного середовища.

На сучасному етапі обсяги, структура та внутрішній зміст надання медичної допомоги (особливо у високовитратному секторі стаціонарного лікування) майже повністю продовжують визначатися суб'єктивною внутрішньою політикою самого медичного закладу. При цьому установа практично не враховує об'єктивний ризик втрати власної частки ринку через надмірно високі видатки на утримання непрофільного чи надлишкового персоналу, штучно роздуті строки стаціонарного лікування тощо. Цілком очевидно, що ефективна конкуренція між закладами охорони здоров'я не здатна виникнути сама по собі. Усвідомлення цієї істини вимагає вжиття цілеспрямованих державних і системних заходів щодо всебічного стимулювання конкурентного середовища у можливих, обґрунтованих та економічно виправданих інтересах пацієнтів.

Практична діяльність будь-яких організацій сфери послуг володіє виразною специфікою, яка першочергово зумовлена унікальними якісними характеристиками послуги як особливого різновиду товару.

Послуга репрезентує собою цілеспрямований вид діяльності чи робіт, у процесі виконання яких не створюється якісно новий матеріально-речовий продукт, якого не існувало раніше, проте принципово змінюється якість, стан або корисні властивості вже існуючого об’єкта чи суб'єкта.

Видатний маркетолог Ф. Котлер виокремив п’ять базових характеристик послуг, які суб'єкти господарювання повинні обов'язково враховувати при формуванні й реалізації своєї комплексної маркетингової програми [30]:

1. Нематеріальний характер або невідчутність. Невідчутність як імманентна характеристика послуги передбачає фундаментальну неможливість її попередньої фізичної чи якісної оцінки з боку клієнта до моменту безпосереднього споживання. На відміну від традиційного матеріального товару, абсолютну більшість послуг неможливо візуалізувати, протестувати чи об'єктивно виміряти до початку їх надання.

Прибічно нематеріальний характер медичних послуг обумовлюється неможливістю наочно продемонструвати або гарантувати конкретний діагностичний, профілактичний чи лікувальний ефект до моменту отримання медичної допомоги. Понад те, підсумковий ефект від споживання медичної послуги далеко не завжди є миттєво відчутним або очевидним для пацієнта, що яскраво проявляється, наприклад, при проведенні комплексних профілактичних чи реабілітаційних заходів [41].

2. Мінливість або неоднорідність якості. Неоднорідність якісних параметрів безпосередньо пов’язана з надзвичайно високим рівнем впливу людського фактора (кадрів) на підсумковий результат, а також із виразно суб’єктивним характером сприйняття якісних характеристик багатьох послуг. У сфері послуг далеко не завжди можливо забезпечити жорстку стандартизацію та абсолютну уніфікацію якості. Суттєва відмінність в оцінках однієї й тієї ж послуги виступає прямим результатом її індивідуального суб'єктивного сприйняття. Крім того, послуги можуть характеризуватися високою технічною складністю або вузькою спеціалізацією, через що споживач – за відсутності належного досвіду чи фахових знань – позбавлений можливості об’єктивно

оцінити їхній реальний рівень. Це ще більше підсилює суб'єктивний характер оцінки та суттєво підвищує ризики невідповідності фактичної якості попереднім очікуванням клієнта.

Можна обґрунтовано стверджувати, що визначальною специфічною рисою медичних послуг виступає високий ступінь мінливості й неоднорідності їх якості, оскільки кінцевий результат діагностичних процедур чи підсумкова ефективність лікувально-профілактичної діяльності можуть суттєво варіюватися залежно від того, хто саме надає послугу та кому вона адресована. Тобто підсумковий клінічний результат медичної послуги безпосередньо зумовлюється стадією й ступенем розвитку патологічного процесу, індивідуальним анамнезом, наявністю супутніх захворювань, реактивністю, імунологічною резистентністю та іншими біологічними й психофізіологічними особливостями організму пацієнта [41, 44].

Окрім цього, на рівень якості надання медичної допомоги суттєво впливають і зовнішні поведінкові й побутові чинники: наявність у пацієнта шкідливих звичок; ступінь його дисциплінованості та комплаєнсу щодо виконання призначень і рекомендацій лікаря; характер, повноцінність і режим харчування; наявність чи відсутність додаткових психоемоційних стрес-факторів. Через це при наданні медичних послуг завжди зберігається об'єктивно високий ризик неоднорідності якісних показників.

Мінімізація ступеня мінливості якості медичної послуги репрезентує надзвичайно важливе та складне управлінське завдання. У спеціалізованій науковій літературі виокремлюються такі ключові рекомендації щодо розв'язання цієї проблеми [48, 55]:

- По-перше, при управлінні маркетингом медичних послуг необхідно систематично прагнути до трансформації разової (спорадичної) послуги у довгострокову планову систему обслуговування. Наприклад, після завершення надання стоматологічної послуги лікар-стоматолог проводить безкоштовну консультацію щодо правильного гігієнічного догляду за ротовою порожниною

та надає пацієнтові спеціальний безкоштовний талон на повторний профілактичний огляд через шість місяців.

- По-друге, винятково результативним інструментом подолання мінливості якості медичної послуги виступає розробка та жорстке впровадження високих корпоративних і клінічних стандартів медичного обслуговування. При цьому слід враховувати, що підсумкове уявлення пацієнта про якість медичних послуг формується як цілісний комплекс, що включає: фахову кваліфікацію лікаря та його здатність проявляти емпатію до пацієнта й його родичів; рівень медичних технологій і обладнання, що застосовуються лікарем та закладом; доброзичливість і чітку, злагоджену роботу середнього медичного персоналу; професіоналізм і ввічливість обслуговуючого та адміністративного персоналу (швидке та коректне реагування на телефонні дзвінки в реєстратурі, чітке ведення графіків прийому без утворення черг тощо); а також загальний рівень супроводжуючих сервісних послуг.
- По-третє, дієвим методом боротьби з неоднорідністю якості медичних послуг є систематичне дослідження поведінки, оцінок та відгуків пацієнтів як до, так і після завершення курсу лікування (придбання послуги). Такий підхід дозволяє виявити приховані резерви для подальшого підвищення якості послуг і сервісу.

3. Невіддільність від особи, що надає послугу. Ця властивість означає, що процес виробництва та процес споживання послуги в абсолютній більшості випадків відбуваються одночасно, тобто розпочати безпосереднє надання послуги можливо лише після отримання офіційного замовлення або за особистої присутності клієнта. Саме тому процеси продукування та споживання послуг перебувають у нерозривному взаємозв'язку. Включення клієнта у безпосередній процес виробництва й надання послуги означає, що її реалізація – на відміну від виготовлення традиційних товарів – вимагає безпосередньої особистої участі, високого рівня уваги, міжособистісного контакту та постійного отримання зворотного зв'язку й інформації від споживача.

Медичну послугу безпосередньо надає конкретний медичний працівник (лікар, медична сестра, фельдшер, лаборант тощо), який виступає невіддільною та визначальною складовою самої послуги. Характер і якість взаємодії між постачальником послуги та її споживачем обумовлюють специфічні риси маркетингу у цій сфері. Саме тому при управлінні маркетинговою діяльністю медичних послуг вирішального значення набуває планомірне формування позитивного іміджу як медичної установи в цілому, так і кожного окремого лікаря. Особистісні риси лікуючого лікаря та медичної сестри, їхній охайний зовнішній вигляд, виражена доброзичливість і глибоке відчуття емпатії щодо пацієнта та його близьких мають критично важливе значення, оскільки вони формують високий рівень довіри, а також слугують найкращою природною рекламою для даного лікувально-профілактичного закладу.

Унаслідок нерозривної одночасності процесів виробництва та споживання послуг можуть виникати суттєві організаційні ускладнення при різкому зростанні та пікових піках попиту на медичні послуги. Зазвичай суттєве підвищення попиту зумовлюється двома основними типовими ситуаціями [43]:

- по-перше, під час виведення на ринок якісно нового, інноваційного виду медичних послуг;
- по-друге, у випадках ускладнення загальної епідемічної ситуації, коли виникає гостра потреба у швидкому, масовому та якісному нарощуванні обсягів надання послуг у строго обмежений проміжок часу. Подібна кризова ситуація спостерігається в закладах охорони здоров’я у зв’язку з поширенням епідемії коронавірусної інфекції.

Перша ситуація найчастіше виникає при закупівлі новітнього високоефективного медичного обладнання та запровадженні прогресивних методів діагностики чи лікування. У даному випадку закладу необхідно завчасно спланувати та організувати роботу відповідних підрозділів у дві зміни. Задля успішної реалізації цього кроку доцільно передбачити завчасне підвищення кваліфікації двох повноцінних взаємозамінних бригад, що складаються з лікарів та молодшого медичного персоналу.

При виникненні другої ситуації – необхідно обов'язково розробити механізми та врахувати можливість оперативного тимчасового залучення на роботу додаткової кількості медичного й обслуговуючого персоналу.

4. Неможливість збереження та накопичення послуги. Часова визначеність послуги виникає через те, що вона є актуальною й цінною лише у строго визначений момент (період) часу, після завершення якого потреба в ній зникає або кардинально змінюється. Ця специфічна риса медичної послуги практично не створює ускладнень за умов стабільного та прогнозованого попиту, коли кількість пацієнтів і часовий ресурс, необхідний для їх обслуговування, чітко розраховані й визначені заздалегідь. Подібний варіант є цілком реалізованим, якщо медичний заклад функціонує за налагодженою договірною системою. Проте у більшості реальних випадків медична практика змушена функціонувати в умовах постійних стихійних коливань попиту на медичні послуги. Якщо торгівля матеріальними товарами спирається на розгалужену систему торгового посередництва та можливість тривалого складського зберігання продукції, то для розширення збуту послуг на нових ринках виникає потреба у відкритті повноцінних філій або – якщо йдеться про виїзні консультаційні послуги – у забезпеченні безпосереднього оперативного виїзду провідних фахівців на місце.

Медична послуга може характеризуватися надзвичайно тривалим часовим лагом надання; наприклад, у випадках хронічних патологій медична послуга у формі диспансерного спостереження, підтримки та корекції може надаватися пацієнтові практично впродовж усього його життя.

Загалом медична послуга, поряд із традиційними базовими властивостями (нематеріальність, невіддільність від джерела, неможливість транспортування й зберігання, мінливість якості), володіє низкою специфічних рис, притаманних виключно цій сфері [39, 42, 48]:

1. Медична галузь значно більшою мірою, ніж будь-який інший сектор економіки, відчуває на собі прямолінійний та жорсткий вплив державного регулювання, що виражається в домінуванні бюджетного

фінансування, обов'язковості ліцензування діяльності, а також у суворих законодавчих вимогах до рівня кваліфікації та освіти персоналу.

2. Глобальна тенденція диверсифікації у сфері послуг активізувалася й у секторі медичного обслуговування. Спостерігається стійка інтеграція раніше відособлених видів послуг у єдині комплекси. Так, стандартний догляд за хворими в домашніх умовах наразі активно поєднується з навчанням членів родини пацієнта базовим медичним маніпуляціям, а також із супутнім забезпеченням спеціальним харчуванням і необхідними лікарськими засобами.

3. У кожній медичній послузі обов'язково присутній матеріально-речовий елемент продукції. Наприклад, проведення лабораторного дослідження рівня гормонів у сироватці крові обов'язково передбачає використання спеціальних наборів реактивів, відповідного інструментарію та сучасної лабораторної техніки. І навпаки, у процесі продажу медичної продукції завжди присутній суттєвий елемент послуги, що яскраво проявляється, наприклад, при реалізації рентгенівської плівки або фармацевтичних лікарських засобів.

Окремі види медичних послуг вимагають залучення масштабних капіталовкладень (наприклад, функціонування потужних багатопрофільних лікувально-профілактичних закладів із сучасним діагностичним комплексом та стаціонарними відділеннями), тоді як інші можуть успішно реалізовуватися за умови незначного стартового капіталу (зокрема, надання патронажних медичних послуг удома або проведення індивідуальних консультацій профільними лікарями).

Основною мірою оцінки нематеріальності та специфіки послуг у маркетингу виступає концепція континууму, яка має свої характерні відмінності залежно від конкретного виду послуг.

Поняття континууму охоплює той комплексний набір чинників і характеристик, який дозволяє чітко визначити ступінь наближеності конкретної медичної послуги до продукту, орієнтованого переважно на послугу або на матеріальний товар [6].

Континуум «послуга – товар» детально конкретизує та визначає специфіку всієї маркетингової діяльності медичного закладу (рис. 1.4).



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

Аналізуючи медичну послугу з науково-маркетингових позицій, слід звернути особливу увагу на її складну багаторівневу структуру [48]:

- Перший рівень розуміння послуги виступає базовим і визначається як «послуга за задумом». Для сфери охорони здоров'я цей рівень репрезентує безпосередню сутність медичної допомоги та збереження здоров'я.
- Другий рівень являє собою «послугу в реальному виконанні». Вона охоплює чітко визначений рівень якості надання медичної допомоги, бренд або торгову марку (тобто відоме ім'я та репутацію конкретної лікарні, де надається дана послуга), рівень комфорту та естетики при її отриманні, а також комплекс супутніх сервісних і додаткових послуг (наприклад, паралельно з наданням основної медичної допомоги з лікування конкретної патології пацієнтові пропонуються послуги з комплексної діагностики всього організму, забір лабораторних аналізів, лікування супутніх захворювань, забезпечується комфортна госпіталізація, спеціалізоване транспортування, фахова психологічна підтримка, якісне післяопераційне обслуговування, профілактичні огляди, розробка індивідуальної дієти, повне медикаментозне забезпечення тощо).

Третій рівень включає в себе сукупність усіх попередніх рівнів разом із їх безпосередньою підтримкою та супроводом комплексними інструментами маркетингу, а саме: обґрунтованою ціновою політикою (якщо відповідна послуга надається споживачеві на платній основі); ефективною політикою розподілу та збуту; а також цілеспрямованою маркетинговою політикою комунікацій.

Четвертий рівень, на якому також нерідко акцентують свою увагу окремі дослідники, репрезентує отримання споживачем медичної послуги не за її первинним чи прямим функціональним призначенням, а під впливом певних прихованих (латентних) мотивів. Наприклад, самотня людина похилого віку може систематично відвідувати свого сімейного лікаря не стільки через реальне фізичне нездужання, скільки з метою задоволення потреби у спілкуванні, отриманні уваги чи моральної поради. Аналогічно, споживач може купувати

путівку до санаторно-курортного закладу не задля проходження безпосереднього курсу лікування, а заради реалізації туристичних цілей або з метою тимчасового відокремленого проживання від своєї родини [48].

Ефективна сегментація ринку медичних послуг має гарантувати надання кваліфікованої медичної допомоги з максимально повним урахуванням індивідуальних психофізіологічних і соціальних характеристик пацієнта, а також специфіки масового споживання цих послуг. Ступінь комерційної та соціальної привабливості конкретного ринкового сегмента є тим вищим, чим більшою мірою він відповідає визначеним ключовим вимогам. З-поміж основних обов'язкових вимог доцільно виокремити такі [43]:

- надавач (виробник) медичних послуг володіє високим рівнем фахової, наукової та суспільної компетенції, яка підлягає постійному вдосконаленню (що виражається у здатності й готовності медичного персоналу до системного підвищення кваліфікації та оперативної імплементації інноваційних технологій у лікувально-діагностичний процес);
- пацієнти формують складні, високоспецифічні та диференційовані потреби у сфері збереження і забезпечення власного здоров'я;
- пацієнти демонструють готовність сплачувати високу ціну задля отримання медичної допомоги безумовної та абсолютної якості, за якої всі медичні процедури й маніпуляції є максимально адаптованими до їхніх явних і прихованих індивідуальних потреб.

Медична послуга, як і будь-який інший повноцінний економічний товар, володіє вартістю, грошовим вираженням якої виступає ціна. Аналізуючи ціну на товар у системі охорони здоров’я, ми першочергово маємо на увазі ціну на медичну послугу, яка повною мірою наділена всіма фундаментальними товарними властивостями. Сформований, якісно оцінений та позиціонований товар у формі послуги необхідно доставити до кінцевого споживача, тобто забезпечити ефективні механізми його збуту й реалізації.

Каналом товароруху медичних послуг прийнято вважати сукупність способів і форм реалізації послуг споживачеві. У сучасній практиці виокремлюють два основних канали товароруху: прямий і непрямий [41, 53].

- Прямий канал товароруху передбачає безпосереднє спілкування та взаємодію лікувального закладу (або конкретного медичного працівника) з пацієнтом у процесі пошуку та обслуговування потенційного споживача.
- Непрямий канал товароруху означає пошук і залучення потенційного споживача за допомогою спеціалізованих організацій-посередників, яскравим прикладом яких виступають страхові медичні компанії.

Під час обґрунтування та вибору оптимального каналу товароруху необхідно обов'язково враховувати цілу низку вагомих чинників, а саме:

- кількісні параметри, рівень концентрації, платоспроможність, а також структуру захворюваності цільових споживачів;
- рівень технічної оснащеності, якісний стан кадрів, а також наявний досвід ведення комерційної діяльності закладу охорони здоров'я;
- номенклатуру, кількість, наявність ключових факторів успіху та ступінь досконалості медичної послуги;
- загальний рівень конкурентоспроможності медичних послуг, які пропонує конкретний заклад охорони здоров'я.

До числа найгостріших проблем медичного маркетингу в сучасній Україні належать:

- глибокий розрив у рівнях маркетингової філософії ведення бізнесу між приватними та державними закладами охорони здоров'я;
- регулярне ігнорування державними медичними установами таких базових елементів комплексу маркетинг-міксу, як процес надання послуги, матеріальне середовище та персонал (особливо в частині психологічної якості послуг та створення комфортної атмосфери);
- стійке упереджене сприйняття у свідомості значної частини населення приватних клінік як недоступних і надзвичайно дорогих установ, а

їхніх комунікаційних та рекламних заходів – як таких, що спрямовані переважно на введення в оману та «викачування» грошей.

Дієвими шляхами розв'язання окреслених проблем можуть виступати такі заходи:

1. Послідовне впровадження прогресивної маркетингової філософії ведення бізнесу у державний медичний сектор, переорієнтація на реальні потреби клієнтів та вдосконалення мотиваційних механізмів для персоналу.

2. Розробка та реалізація додаткових елементів комплексу маркетингу закладами охорони здоров’я державного сектору: оптимізація самого процесу (включаючи клінічні процедури, зручний запис на прийом, онлайн-консультації, зменшення часу очікування тощо), модернізація матеріального середовища (якісна техніка, сучасні приміщення, акцент на психологічній атмосфері), а також розвиток персоналу (органійне поєднання високого фахового рівня з розвиненими комунікативними й особистісними здібностями, зокрема розумінням психологічних особливостей сприйняття пацієнта).

3. Збільшення ступеня «відчутності» медичних послуг державного сектору шляхом їх візуалізації, розробки якісних веб-сайтів, у тому числі з наданням детальної інформації про кваліфікацію медперсоналу тощо.

4. Постійне підвищення рівня інтерактивної взаємодії з клієнтами.

5. Суворе врахування соціальних та етичних аспектів при створенні та просуванні медичних послуг, надання виключно правдивої інформації, а також орієнтація закладів як державного, так і приватного рівнів на задоволення потреб клієнтів різних соціальних груп (включаючи диференціацію за рівнем доходу) з максимальною ефективністю.

Важливим макроекономічним аспектом, який здійснює визначальний вплив на сталий розвиток ринку медичних послуг та всієї галузі охорони здоров’я загалом, є ефективна державна податкова політика, що полягає у раціональному перерозподілі акумульованих державою податкових надходжень із прибуткових секторів економіки у соціальну сферу (охорону здоров’я, освіту, науку, культуру та соціальне забезпечення) [35].

Країни з високим рівнем економічного розвитку виділяють достатні обсяги ресурсів на державне фінансування системи охорони здоров'я, що надійно гарантує доступність різноманітних медичних послуг для всіх верств населення, у тому числі для найбільш соціально незахищених груп. Натомість в Україні на сучасному етапі досі не створено ефективної податкової політики з дієвим перерозподілом фінансових потоків між високорентабельними галузями промисловості та соціальною сферою.

Одним із найважливіших чинників успішного розвитку ринку медичних послуг незмінно залишається підвищення якості надання медичної допомоги, що є об'єктивно неможливим без підтримання високого рівня кваліфікації медичних працівників, створення ефективної загальнонаціональної системи безперервного підвищення кваліфікації, а також об'єктивної оцінки реального рівня знань і практичних навичок лікарів та середнього медичного персоналу [25, 35]. При цьому винятково важливим аспектом є розбудова мережі університетських клінік як потужної клінічної бази для навчання студентів та післядипломної підготовки й підвищення кваліфікації медичних кадрів різних рівнів.

Ключовою умовою поступального розвитку ринку сучасних медичних послуг виступає комплексне реформування системи охорони здоров'я, що супроводжується глибокими змінами механізмів обслуговування, оптимізацією співвідношення між безоплатною та платною медичною допомогою, а також гарантуванням реальної доступності високоспеціалізованих і високотехнологічних видів медичної допомоги для всіх без винятку верств населення [25].

Для практичної реалізації цього завдання необхідна розробка цільової програми соціального маркетингу, що базується на загальному ринковому підході до формування медичних послуг та спрямована на постійний моніторинг діяльності всієї системи охорони здоров'я, обсягів і реального попиту на медичні послуги, платоспроможності споживачів, а також

забезпечення широкої доступності високоспеціалізованої допомоги для різних соціальних груп населення.

Виключно моніторинг продуктивності медичних послуг у поєднанні з інструментами соціального маркетингу здатні повноцінно охарактеризувати сучасний ринок медичних послуг.

Соціальний маркетинг у медицині передбачає ретельне планування та впровадження спеціальних заходів і програм, націлених на здійснення позитивних соціальних змін задля поліпшення якості надання медичних послуг з урахуванням реальних потреб і фінансових можливостей різних груп населення. Подібні превентивні заходи охоплюють, окрім власне медичних заходів попередження та профілактики захворювань, також і широкі інформаційні кампанії, спрямовані на запобігання травматизму під час використання транспортних засобів.

Важливим магістральним напрямом соціального маркетингу є систематичне інформування населення щодо деструктивного впливу шкідливих звичок на стан здоров'я і загальну тривалість життя, а також просвітницька діяльність у сфері профілактики серцево-судинних, онкологічних та інфекційних захворювань.

Соціальний маркетинг у своїй практичній діяльності спирається на такі фундаментальні маркетингові концепції [9]:

- кінцевою стратегічною метою маркетингу є цілеспрямований вплив на реальні дії та поведінку людей;
- рішучі практичні дії (кардинальні зміни, інновації, реформи) здійснюються щоразу, коли певні соціальні контингенти усвідомлюють, що очікувані переваги значно перевершують понесені ними витрати;
- концептуальні зміни повинні обов'язково ґрунтуватися на глибокому розумінні специфіки сприйняття запропонованих нововведень цільовою аудиторією;
- цільова аудиторія обов'язково має бути поділена на чіткі сегменти з урахуванням індивідуальних потреб кожного контингенту;

- кожна управлінська дія завжди стикається з реальною конкуренцією, яка повинна бути заздалегідь зрозумілою та успішно вирішеною;
- ринкове середовище перебуває в стані постійного динамічного розвитку, тому вкрай необхідно здійснювати своєчасний аналіз ефективності кожного кроку щодо реформування (програми) та забезпечувати регулярний контроль.

Загальноринковий підхід до формування та розвитку ринку медичних послуг має свої специфічні особливості [35]:

- підвищення рівня використання медичних послуг серед визначених цільових груп передбачає розширення ринку загалом задля залучення нових користувачів;
- для забезпечення максимальної ефективності ринок медичних послуг має бути чітко сегментований на гомогенні (однорідні) групи споживачів зі схожими потребами та поведінковими характеристиками;
- формування ринку медичних послуг із використанням унікальних переваг кожного сектора (комерційного, державного, соціального) задля досягнення найвищої ефективності роботи, дозволяючи при цьому кожному сектору спрямовувати свої ресурси на підтримку тих категорій громадян, які найбільше цього потребують.

Для комплексного аналізу необхідно чітко визначити базові кількісні та якісні показники загального ринку медичних послуг, до яких належать:

- розмір ринку;
- ринкова ціна;
- доступність на ринку;
- сталий розвиток ринку.
- Розмір ринку – це загальна кількість різноманітних видів медичних послуг, одиниць медичних препаратів, що були надані або реалізовані споживачам, а також сукупна кількість активних користувачів.
- Ринкова ціна охоплює вартість медичних послуг, платоспроможність різних груп населення, а також ступінь покриття частини

вартості медичних послуг за рахунок державного бюджету чи системи медичного страхування.

- Доступність на ринку визначається як відсотковий показник споживачів медичних послуг, які чітко обізнані про те, де саме їх можна отримати, і вважають наявну відстань до місця надання послуг прийнятною перешкодою.
- Сталий розвиток ринку характеризується наявністю лідерів ринку медичних послуг, їхньою часткою ринку, кількістю та питомою вагою окремих високоспеціалізованих послуг, а також різноманітністю джерел отримання медичної допомоги.

Головна мета загальноринкового підходу до формування медичних послуг полягає в тому, щоб чітко зрозуміти реальні можливості та готовність населення до взаємодії на загальному ринку медичних послуг, залучити профільних партнерів до стратегічного планування ринку, а також повноцінно поінформувати всі зацікавлені сторони щодо концепції реформування охорони здоров'я. Досягнення цієї мети стає можливим лише за умови визначення об'єктивної потреби у різних видах медичних послуг, проведення якісної оцінки впливу зацікавлених сторін, виявлення прихильників і опонентів реформ, з'ясування думки різних верств населення про загальний ринок медичних послуг та заплановані заходи, а також розробки ефективної державної стратегії забезпечення доступності й високої якості медичної допомоги для всіх соціальних груп населення України [35].

Надзвичайно важливим завданням є глибоке розуміння складної ринкової та політичної кон'юнктури для об'єктивної оцінки процесів формування ринку медичних послуг; при цьому необхідно своєчасно та коректно вирішувати такі нагальні питання, як:

- визначення основних контингентів, які найбільше зацікавлені в отриманні різноманітних медичних послуг;
- оцінка життєздатності та економічної стійкості приватного сектору медичних послуг;

- виявлення потенційних джерел фінансування медичних послуг;
- аналіз характеру впливу державного регулювання на приватні медичні послуги (сприяє воно чи перешкоджає повноцінній участі приватного сектору);
- визначення реальних масштабів і специфічного характеру конкуренції, що панує у приватному секторі медичних послуг;
- виявлення існуючих бар'єрів для входу нових гравців на ринок медичних послуг;
- розподіл ролей між суб'єктами ринку у наданні первинної, вторинної або третинної медичної допомоги, а також визначення частки кожного виду допомоги на ринку;
- інвентаризація наявних на ринку видів медичної допомоги, їхньої ціни та реальної доступності для широких верств населення;
- стан забезпечення надійної законодавчої бази щодо надання різних видів медичної допомоги;
- здійснення глибокого аналізу якості медичних послуг;
- моніторинг потоків ресурсів, розробка альтернативних варіантів фінансування та прогнозування майбутніх потреб у медичних послугах;
- виявлення незадоволених потреб населення у медичних послугах;
- пошук і визначення існуючих та потенційних ринкових ніш для державного та приватного секторів охорони здоров'я;
- оцінка реальної готовності різних контингентів населення здійснювати оплату за медичні послуги.

Задля того щоб здійснювані медичні реформи приносили реальну користь суспільству в цілому, необхідно забезпечити тісну та конструктивну співпрацю органів державної влади, профільних міністерств і відомств із провідними маркетинговими агенціями, громадськими організаціями та безпосередньо санітарно-медичними закладами.

Важливим стратегічним фактором динамічного розвитку медичних послуг виступає реальна здатність закладу надавати високоспеціалізовані та високотехнологічні види медичної допомоги.

Розв'язання цієї масштабної проблеми неможливе без оснащення закладів охорони здоров'я новітньою високоточною медичною апаратурою, забезпечення високого кваліфікаційного рівня медичного персоналу, а також створення ефективної та швидкої системи медичного транспортування пацієнтів до профільних високоспеціалізованих центрів.

З огляду на це, в сучасних умовах транзитивної економіки особливої актуальності набувають комплексні заходи, спрямовані як на детальне вивчення специфічних особливостей і перспектив розвитку ринку медичних послуг, так і на створення сприятливих умов для їх якісного надання.

Американська медична асоціація визначає маркетинг у системі охорони здоров'я як складний комплексний процес планування, економічного обґрунтування та управління виробництвом послуг охорони здоров'я, ціновою політикою в галузі лікувально-профілактичного процесу, ефективним просуванням послуг (і супутніх товарів медичного призначення) до споживачів, а також суворим управлінням процесом їх безпосередньої реалізації [53].

Згідно з іншим науковим визначенням, медичний маркетинг – це цілеспрямована підприємницька діяльність, яка здійснює управління процесом просування медичних послуг від їх безпосереднього виробника до споживача; це водночас і масштабний соціальний процес, за допомогою якого здійснюється прогнозування, розширення та задоволення існуючого попиту на медичні послуги через їхню розробку, якісне просування та реалізацію.

Оскільки медичні послуги є винятково специфічними і безпосередньо стосуються найвищих цінностей людини – життя та здоров'я пацієнтів, практична реалізація всього комплексу заходів медичного маркетингу повинна незмінно базуватися на суворому дотриманні професійної відповідальності та високих етичних норм, які закладені в основоположних принципах медичного маркетингу:

- наявність профільної освіти: управління медичним маркетингом фахівцями без спеціальної медичної освіти є можливим, проте в такому випадку слід обов'язково залучати кваліфікованих лікарів до контролю дій маркетолога;
- дотримання професійної етики: фахівець з маркетингу зобов’язує досконало знати загальноприйняті в медичній спільноті етичні норми та повністю поділяти їх;
- відокремлення від процесу лікування: медичний маркетинг за жодних обставин не може бути складовою частиною процесу надання медичної послуги; безпосередньо в процесі діагностики та лікування лікар не має права виконувати функції маркетолога;
- дотримання етики комунікацій: категорично неприпустимо в процесі маркетингових комунікацій будь-яким чином зачіпати чи ображати почуття пацієнтів з вадами або тими чи іншими тяжкими захворюваннями, залякувати пацієнтів з метою примушування їх до прийняття поспішних необдуманих рішень, а також штучно протиставляти здоровх і хворих людей тощо;
- дотримання неупередженості: медичний маркетинг повинен залишатися повністю незалежним від суб'єктивних інтересів окремих виконавців медичної послуги, виробників лікарських препаратів чи медичного обладнання; він зобов'язаний спиратися виключно на наукові дані та стандарти, схвалені медичною спільнотою;
- повне інформування пацієнта: медичний маркетинг повинен прагнути до максимально повного, чесного та прозорого інформування пацієнта щодо всіх особливостей процесу діагностики та лікування, а також щодо потенційних ризиків і можливих ускладнень.

Загальне поняття маркетингу в охороні здоров'я складається з кількох відносно самостійних і взаємопов’язаних напрямів [9, 55]: маркетинг медичних послуг; маркетинг лікарських препаратів; маркетинг лікувально-профілактичного закладу охорони здоров’я; маркетинг нетрадиційних методів

лікування та оздоровлення; маркетинг медичної техніки; маркетинг медичної технології; маркетинг медичного страхування; а також маркетинг наукових медичних ідей (рис. 1.5).

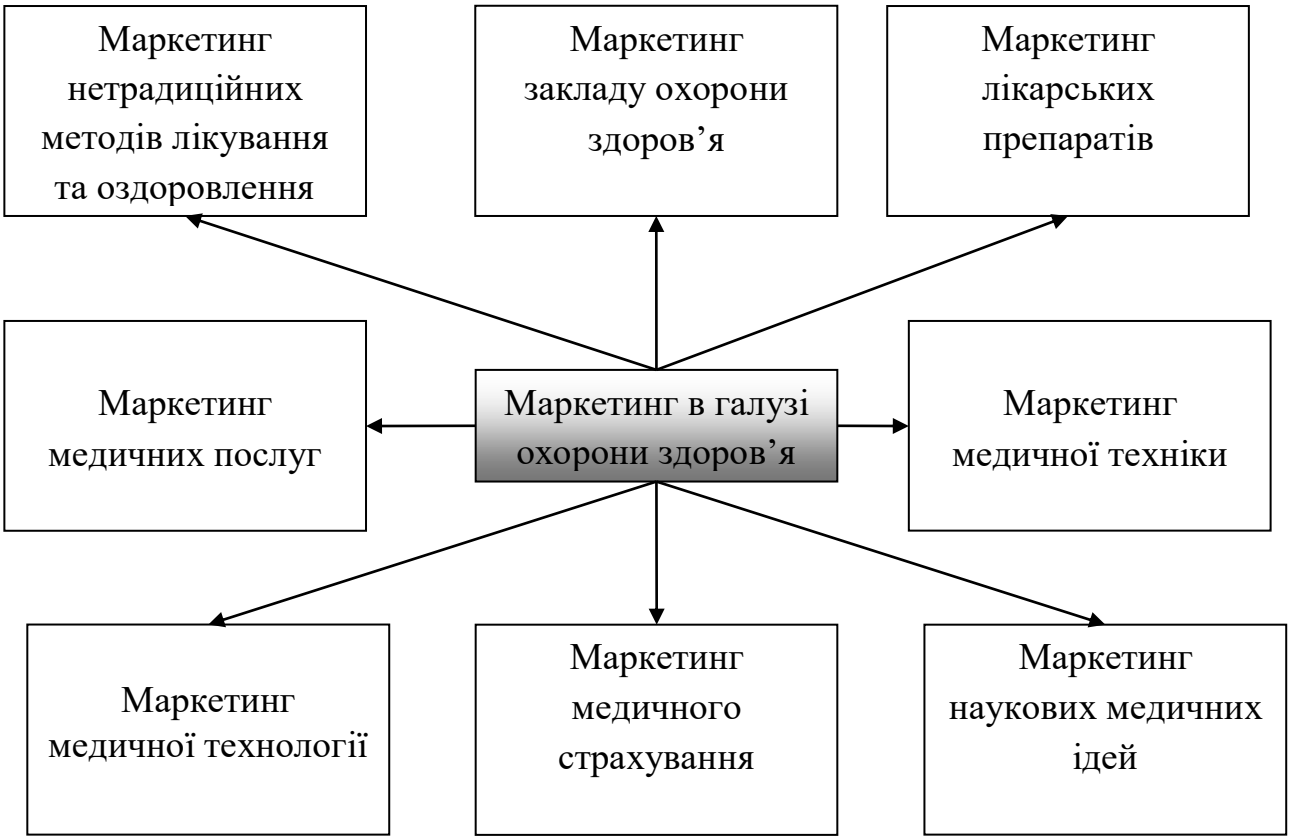

Рис. 1.5 Маркетинг в галузі охорони здоров'я

Маркетингова класифікація послуг фундується на розгалуженій групі критеріальних ознак, які прямо залежать від наступних ключових складових:

1. Особливості суб'єкта надання медичної послуги (із залученням або без залучення спеціалізованого медичного устаткування), тобто визначається, який саме елемент є домінуючим у процесі безпосереднього надання медичної послуги. При реалізації одних видів медичних послуг ключове значення має висока професійна майстерність і практичний досвід фахівця (наприклад, виконання складного хірургічного втручання). Натомість при наданні інших медичних послуг домінуючою виступає технологічна, інструментальна чи апаратна компонента (наприклад, проведення високоточної діагностики за допомогою комп'ютерної томографії).

2. Мотиваційні чинники та цілі виробника медичних послуг: комерційний медичний бізнес, що цілеспрямовано орієнтований на отримання та максимізацію прибутку; суб'єкти медичної допомоги, що функціонують у системі державних і комунальних лікувально-профілактичних закладів; а також специфічні медичні послуги, що надаються благодійними установами, фондами та громадськими організаціями, діяльність яких повністю орієнтована на досягнення позитивного соціального ефекту.

3. Класифікаційні ознаки діяльності за джерелами фінансового забезпечення: державні бюджетні кошти та страхові фонди; доброчинні та благодійні внески; власні кошти пацієнтів чи їхніх офіційних представників.

4. Специфічні ознаки діяльності залежно від категорії споживачів послуг: медичні послуги, що надаються юридичним особам (підприємствам, установам, організаціям) або безпосередньо фізичним особам (пацієнтам).

Для суб'єктів комерційного сектору медицини критично актуальним виступає таке академічне визначення: маркетинг медичних послуг – це заснована на принципах орієнтації на пацієнта та прибутковість медичного закладу діяльність, кінцевим стратегічним результатом якої виступає збереження, зміцнення або повне відновлення здоров'я людини.

Система управління маркетингом у сфері надання медичних послуг фокусується на виражених специфічних особливостях, які зумовлені двома ключовими чинниками: принциповою відмінністю між послугою та фізичним (матеріальним) товаром, а також унікальною специфікою медичних послуг порівняно з іншими різновидами послуг у соціально-економічній сфері.

Медичний маркетинг має значну кількість спільних рис із загальновизнаним у науковій практиці некомерційним маркетингом.

Згідно з концептуальними поглядами всесвітньо відомого вченого й дослідника Пітера Дойля, некомерційна діяльність досить часто характеризується недостатнім рівнем коефіцієнтної ефективності через відсутність чітких показників прибутку при підсумковій оцінці діяльності організації, відсутність прямої залежності фінансування установи від кінцевих

результатів її праці, а також через наявність високого рівня монополізму на конкретному ринку некомерційних послуг [33].

У своїх фундаментальних працях щодо маркетингу неприбуткових організацій Ф. Котлер особливу роль відводить категорії «імідж». На його глибоке переконання, саме підтриманню та зміцненню іміджу приділяють найбільше уваги неприбуткові інституції, які прагнуть вибороти високу репутацію й довіру в суспільстві, тим самим зберігаючи, розширюючи та примножуючи власну цільову аудиторію. При цьому інші традиційні елементи комплексу маркетингу нерідко відходять на дещо другий план [30].

Разом з тим маркетинг неприбуткових організацій не обмежується лише суто виокремленням цільової групи, розробкою її стратегії та аналізом зовнішнього й внутрішнього середовища [40]. Не менш вагомим і визначальним є безпосередній комплекс маркетингу неприбуткової організації.

- Продукт. Категорія «продукт» виступає центральною базовою характеристикою будь-якого виду економічної чи соціальної діяльності. Для неприбуткових суб'єктів у ролі продукту виступають послуги, роботи, соціально значущі проєкти та цільові програми, які безпосередньо спрямовані на практичну реалізацію статутних цілей і завдань організації.
- Ціна. З огляду на те, що неприбуткові організації надають абсолютну більшість своїх послуг на безоплатній для споживача основі, цей елемент комплексу маркетингу не має звичного комерційного значення. Очевидно, під «ціною» у даному конкретному контексті слід розуміти інтегральну «вартість», яка відображає сукупні витрати та ресурси, пов’язані з безпосереднім наданням благодійних чи соціальних послуг.

На сьогодні цінову політику як дієвий інструмент стимулюючого впливу на споживача застосовують переважно недержавні (приватні) заклади охорони здоров’я. Натомість державні та комунальні медичні заклади навіть після здійснення зміни свого організаційно-правового статусу (що вже відбулося з закладами первинної ланки та реалізується згідно з концепцією реформи для інших рівнів медичної допомоги) не матимуть змоги ефективно й гнучко

впливати на ринок за допомогою цінових важелів на власні послуги [41]. При цьому ціна на базові медичні послуги регламентується та встановлюється уповноваженими державними органами на основі єдиної уніфікованої методики розрахунку вартості медичних послуг і системи єдиних національних тарифів.

- Канали розподілу. Каналом розподілу послуг, проєктів і програм неприбуткових організацій можуть слугувати як власні, так і залучені незалежні канали. До незалежних каналів розподілу традиційно зараховують сторонніх виконавців і підрядників програм неприбуткової організації, коли остання виступає офіційним замовником і передає права на безпосереднє надання послуг чи виконання робіт третім особам. У даному випадку надзвичайно актуальними для організації постають питання жорсткого контролю якості наданих послуг. Найчастіше незалежні канали розподілу залучають благодійні фонди. В інших випадках організація може спиратися виключно на власні канали розподілу, здійснюючи самостійну практичну реалізацію своїх програм. Така практика більшою мірою властива благодійним товариствам, громадським організаціям або об'єднанням, які консолідують своїх членів для спільного виконання цільових благодійних програм.

Системна програма реформування галузі, з одного боку, суттєво наближає медичні послуги до кінцевого споживача за рахунок масштабного впровадження інституту сімейної медицини, однак з іншого – дещо віддаляє їх. Це відбувається внаслідок структурного перерозподілу потенціалу мережі закладів охорони здоров’я за госпітальними округами та формування в межах одного округу лише однієї багатопрофільної лікарні інтенсивного лікування, а також кількох лікарень іншого профілю (зокрема закладів для відновлювального й реабілітаційного лікування, хоспісів для невиліковно хворих, закладів медико-соціальної допомоги із забезпеченням догляду переважно сестринським персоналом, установ для планового лікування та станцій екстреної швидкої медичної допомоги) [35]. При цьому територіальні межі такого округу є досить масштабними, унаслідок чого головна лікарня

інтенсивного лікування для багатьох мешканців може виявитися географічно суттєво віддаленою.

- Просування продукту. У сфері функціонування некомерційних установ своє практичне застосування знаходять усі чотири класичні елементи комплексу просування продукту (стимулювання збуту, особисті продажі, PR / зв'язки з громадськістю та реклама). Якщо комерційні бізнес-структури переслідують передусім суто фінансові цілі (збільшення обсягів продажів, зростання чистого прибутку, завоювання нових ринкових ніш, виведення нового товару), то неприбуткові організації, залучаючи додаткові контингенти одержувачів допомоги, меценатів, благодійників і споносорів, за допомогою методів просування одночасно розв'язують комплексні соціальні та економічні завдання.

Соціальні завдання полягають у розв'язанні суттєвих суспільно значущих проблем, тоді як економічні – у залученні необхідних фінансових ресурсів для забезпечення сталого функціонування та розвитку статутної діяльності організації [20].

Безпосереднє просування продукту чи послуг закладів охорони здоров’я здійснюється через систему маркетингових комунікацій.

До дієвих засобів маркетингових комунікацій у закладах охорони здоров’я належить весь спектр інструментів, що застосовуються іншими організаціями, а саме: реклама, зв’язки з громадськістю (PR), інструменти стимулювання збуту, direct-маркетинг (прямий маркетинг), участь у виставкових заходах, розробка фірмового стилю, мерчандайзинг та спонсорство.

Рекламна діяльність недержавних закладів охорони здоров’я та їхніх послуг уже набула значного поширення в Україні, а в нових економічних умовах і державні та комунальні заклади починають активно впроваджувати рекламу у свою повсякденну практику.

Стимулювання збуту в приватних медичних закладах, як правило, реалізується шляхом формування гнучкої та виваженої системи цінових

знижок, а також упровадження різноманітних дисконтних та акційних програм, що на сьогодні є надзвичайно популярним і поширеним інструментом як в Україні, так і за кордоном.

Для сфери профілактичної медицини найбільш прийнятним та ефективним є систематичне застосування засобів PR у формі прес-релізів, аналітичних статей, тематичних виступів та репортажів на радіо й телебаченні профілактичного спрямування. Лікувальний заклад може виступати офіційним засновником медичного журналу чи газети або Генеральним спонсором спеціалізованої телепередачі на тему здоров'я, які спрямовані на подолання гострих соціальних проблем.

Традиційна реклама для неприбуткових організацій відіграє суттєво меншу роль, ніж у комерційному секторі. Це зумовлено насамперед високим рівнем витрат на придбання рекламного місця та ефірного часу в засобах масової інформації, що є фінансово непосильним для більшості неприбуткових суб'єктів. Як ефективну альтернативу традиційній рекламі неприбуткові організації активно застосовують соціальну рекламу та пропаганду, що виступає складовою частиною системи зв'язків з громадськістю (PR) і має на меті популяризацію та поширення вагомих відомостей про продукт чи послугу. Пропаганда, на відміну від комерційної реклами, заснована на використанні звичайного (редакційного), а не купленого рекламного місця й часу, завдяки чому витрати на її проведення є значно нижчими. Водночас суспільство виявляє до пропаганди та публіцистичних матеріалів вищий рівень довіри, ніж до прямої реклами, за рахунок отримання детальної та об'єктивної інформації про діяльність неприбуткової установи.

Підсумковий соціальний ефект, носієм якого виступає некомерційний продукт, що виникає в результаті некомерційного обміну, відображає факт задоволення специфічного попиту споживачів на певному рівні. Він має слугувати виразним сигналом для інвесторів, меценатів та держави щодо необхідності подальшого фінансування діяльності некомерційного суб'єкта. Ключове завдання некомерційного маркетингу полягає в максимізації

соціального ефекту за даних конкретних умов ринку та маркетингового середовища суб'єкта. Це передбачає [30, 40]:

- максимально повне задоволення соціально важливих некомерційних потреб суспільства (у сфері державного управління, оборони та безпеки, безоплатної охорони здоров'я, освіти, соціального захисту, духовного розвитку тощо);
- раціональне та оптимальне витрачання обмежених ресурсів суспільства на утримання та розвиток відповідних некомерційних організацій;
- окрему складну проблему становить гармонійне поєднання некомерційної та комерційної складових у діяльності неприбуткових суб'єктів. Її розв'язання для кожного конкретного суб'єкта визначається специфікою напрямів його діяльності, характером вироблених продуктів чи послуг, станом внутрішнього середовища, розміром наявного потенціалу та іншими чинниками.

Таким чином, комплекс просування продукту закладу охорони здоров’я володіє низкою специфічних особливостей, що дозволяє медичним установам ефективно реалізовувати статутні цілі та завдання своєї діяльності.

Висновки до розділу 1

1. Управління конкурентоспроможністю закладу охорони здоров'я репрезентує собою системну діяльність керівництва та економіко-аналітичних підрозділів підприємства, яка полягає у цілеспрямованому, організуючому впливі на ключові складові та фактори конкурентоспроможності медичної установи, здійснюваному з метою підвищення рівня її конкурентоспроможності до бажаного, цільового значення.

2. Під фактором конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я запропоновано розуміти сукупність умов, обставин та внутрішніх і зовнішніх рушійних сил, що зумовлюють виникнення індивідуальних особливостей і конкурентних переваг закладу охорони здоров'я, а також визначають

можливості їх практичної реалізації в процесі конкурентної боротьби на ринку медичних послуг.

3. Фактори конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я систематизовано та згруповано за двома основними класифікаційними ознаками. За змістовною сутністю фактори поділено на медичні й комерційні, а за середовищем походження – на зовнішні та внутрішні. До групи медичних факторів конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я віднесено: асортимент та номенклатуру послуг, що надаються закладом; якість надання медичних послуг; рівень технічного й технологічного оснащення закладу; рівень кваліфікації та професіоналізму медичних працівників. Комерційні фактори конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я охоплюють: кон’юнктуру ринку медичних послуг; вартість послуг закладу; корпоративний імідж та репутацію медичної установи. До зовнішніх факторів віднесено ресурсні ринки, конкурентів, попит, а також регуляторні дії Уряду. Внутрішніми факторами виступають медична ефективність, витратна ефективність та загальна ефективність менеджменту.

4. Медична послуга – це сукупність різнорідних клінічних та організаційних процесів (включаючи діагностику, лікування, обґрунтованість призначень, адекватність обсягу втручань, компетентність медичного персоналу та узгодженість дій), що у своїй єдності утворює складну організаційно-технічну систему.

5. Основною метою оцінювання якості процесу надання медичних послуг є об’єктивне підтвердження спроможності медичної установи стабільно забезпечувати надання послуг з належним рівнем якості та безпеки. Відсутність або неефективність системи контролю за процесом надання медичних послуг призводить до нераціонального витрачання наявних ресурсів, стимулює ухвалення некоректних управлінських рішень щодо вдосконалення структури закладу, що тягне за собою суттєві додаткові фінансові витрати.

6. Ринок медичних послуг суттєво відрізняється від класичних моделей досконалої конкуренції, демонструючи виразні риси монополістичної

конкуренції або елементи монополії. У цьому зв’язку перед органами державного управління постає важливе стратегічне завдання щодо виваженого регулювання та гармонізації розвитку цього ринку.

РОЗДІЛ 2
АНАЛІЗ УПРАВЛІННЯ КОНКУРЕНТОСПРОМОЖНІСТЮ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ КП «3-Я МІСЬКА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ ПМР»

2.1. Аналіз роботи КП «3-я міська клінічна лікарня ПМР»

Дослідно-експериментальною базою нашого наукового дослідження виступило Комунальне підприємство «3-я міська клінічна лікарня Полтавської міської ради» (КП «3-я міська клінічна лікарня ПМР»).

Історичні витоки закладу сягають функціонування Відділкової клінічної лікарні (ВКЛ) станції Полтава, яка первинно розпочинала свою діяльність у форматі двох локальних медичних пунктів – безпосередньо при паровозному депо та при залізничних майстернях. Ще у дореволюційний період (задовго до 1917 року) пріоритетного й вагомого значення надавали гарантуванню безпеки залізничного руху, ключовою детермінантою якої виступав належний стан здоров'я паровозних бригад. З огляду на це медичний пункт при паровозному депо від початку функціонував під керівництвом кваліфікованого лікаря. У міру інтенсивного розвитку залізничного транспорту послідовно розширювалася й система його медичного забезпечення, хоча стратегічні завдання залишалися незмінними – гарантування безпеки руху поїздів шляхом проведення профвідбору, обов'язкових передрейсових медичних оглядів, а також фахової експертизи тимчасової та стійкої працездатності. Станом на 1936 рік у складі об'єднань охорони здоров'я по станції Полтава-Південна вже повноцінно функціонувала об'єднана лікарня та поліклініка (що регламентувалося наказом Управління Південної залізниці від грудня 1936 року № 580 "О построении медико-ветеринарно-санитарной сети на дороге").

У процесі свого подальшого розвитку Відділкова лікарня мала у своїй структурі наступні функціональні підрозділи:

- потужну поліклініку, розраховану на 780 відвідувань за одну робочу зміну;
- цілодобовий стаціонарний блок на 170 ліжкоеток;
- денний стаціонар на 15 ліжкоеток;
- спеціалізоване реабілітаційне відділення;
- високотехнологічну зубопротезну лабораторію.

На базі закладу охорони здоров'я успішно функціонують і провадять науково-педагогічну діяльність клінічні кафедри Полтавського державного медичного університету:

- кафедра загальної хірургії з курсом анестезіології;
- кафедра хірургії № 4 з малоінвазивною хірургією;
- кафедра нервових хвороб з нейрохірургією та медичною генетикою;
- кафедра поліклінічної терапії;
- кафедра загальної практики – сімейної медицини;
- кафедра медсестринської справи.

Кваліфіковану медичну допомогу пацієнтам надає високопрофесійний колектив, що налічує близько 300 медичних працівників за 20 профільними спеціальностями. При цьому орієнтовно 90% лікарського складу мають вищу та першу кваліфікаційні категорії. Завдяки успішній і послідовній реалізації програми формування системи охорони здоров'я працівників галузі було створено всі необхідні умови для надання у закладі комплексу високоякісних медичних послуг з профілактики, діагностики, амбулаторного та стаціонарного лікування захворювань із застосуванням найсучасніших науково-практичних досягнень галузі й новітньої медичної техніки. У травні 2016 року шляхом реорганізації Державного закладу "Відділкова клінічна лікарня станції Полтава СТГО "Південна залізниця" було здійснено його трансформацію в юридичну особу – Комунальний заклад "3-я міська клінічна лікарня м. Полтави" Полтавської міської ради, а з 07.02.2019 року установа набула статусу

КОМУНАЛЬНОГО ПІДПРИЄМСТВА "3-Я МІСЬКА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ ПОЛТАВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ". Підприємство перебуває у безпосередньому підпорядкуванні Департаменту охорони здоров’я Полтавської міської ради, який виступає уповноваженим органом управління та здійснює загальне керівництво й координацію діяльності Лікарні.

У 2024 році на підставі рішення позачергової п'ятдесятої сесії Полтавської міської ради восьмого скликання від 23.02.2024 року, на виконання постанови Кабінету Міністрів України від 28 лютого 2023 року № 174 "Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров’я", розпорядження начальника Полтавської обласної військової адміністрації від 01.08.2023 року № 518 "Про затвердження спроможної мережі закладів охорони здоров’я Полтавського госпітального округу та Плану розвитку Полтавського госпітального округу на 2023 – 2025 роки", а також з метою формування спроможної мережі закладів охорони здоров’я Полтавської міської територіальної громади було здійснено реорганізацію КОМУНАЛЬНОГО ПІДПРИЄМСТВА "3-Я МІСЬКА КЛІНІЧНА ПОЛІКЛІНІКА ПОЛТАВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ" (провулок Рибальський, будинок 10-В, місто Полтава, 36004, код ЄДРПОУ 01999595) з подальшим його припиненням як юридичної особи шляхом приєднання до КОМУНАЛЬНОГО ПІДПРИЄМСТВА "3-Я МІСЬКА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ ПОЛТАВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ" (площа Слави, будинок 2, місто Полтава, 36005, код ЄДРПОУ 01111581).

Відповідно до Витягу з Державного реєстру речових прав від 28.08.2024 року, майно поліклініки на праві оперативного управління та громадська будівля (Поліклініка № 3) закріплені за КОМУНАЛЬНИМ ПІДПРИЄМСТВОМ «3-Я МІСЬКА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ ПОЛТАВСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ».

З 03.09.2024 року всіх працівників КП «3-Я МКП ПМР» було в установленому порядку переведено до штату КП «3-Я МКЛ ПМР».

У суворій відповідності до вимог чинного законодавства фахівці КП «3-я міська клінічна лікарня ПМР» несуть персональну юридичну й професійну відповідальність за повну відповідність оформленого медичного висновку

фактичному стану здоров’я працівника. За результатами проведених оглядів спеціалізоване відділення профілактичних оглядів надає Заключні акти та відповідну документацію, що повністю відповідають нормативним вимогам Управління Держпраці, а саме:

- Медичну довідку щодо придатності до керування транспортними засобами всіх категорій;
- Медичну довідку для отримання дозволу на зброю;
- Оформлення та видачу особистої медичної книжки (форма № 1-ОМК);
- Медичні довідки для відвідування оздоровчого басейну та сауни;
- Медичну довідку про проходження попереднього медичного огляду при прийомі на роботу;
- Документаційне забезпечення за результатами проведення періодичного медичного огляду працівників;
- Медичні довідки та карти для направлення на санаторно-курортне лікування.

2.2. Управління конкурентоспроможністю медичних послуг КП «3-я міська клінічна лікарня ПМР»

Під комплексним впливом сучасних соціальних і культурних факторів КП «3-я міська клінічна лікарня ПМР» розгорнуло системну діяльність, спрямовану на послідовне підвищення рівня конкурентоспроможності власних медичних послуг. Варто підкреслити, що ринок медичних послуг суттєво віддалений від класичних умов досконалої конкуренції; понад те, йому виразно притаманні риси монополістичної конкуренції та навіть елементи природної чи штучної монополії. З огляду на це перед уповноваженими структурами державного управління (зокрема Міністерством охорони здоров’я України, Комітетом Верховної Ради України з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування тощо) постає важливе стратегічне завдання щодо

державного регулювання цього ринку, а також цілеспрямованого впливу на структуру медико-діагностичного виробництва з метою його максимального наближення до реальних потреб суспільства в різноманітних видах медико-санітарного забезпечення та якісних послугах.

Основоположними принципами побудови та функціонування процесу управління конкурентоспроможністю медичних послуг у КП «3-я міська клінічна лікарня ПМР» виступають:

- забезпечення чіткої та прозорої комунікації між суб'єктами, які репрезентують попит і пропозицію, шляхом офіційного призначення відповідальних осіб, що виступають єдиними контактними особами щодо всіх видів послуг, передбачених угодою про управління закладом;
- максимально ефективне використання синергічного ефекту між різними видами наданих послуг, що сприяє підвищенню операційної ефективності роботи та оптимізаційному скороченню витрат організації;
- розробка й упровадження простої та зручної концепції внутрішньої і зовнішньої відповідальності за якість послуг на основі прийняття обґрунтованих стратегічних рішень, що формує систематизовану процедуру залучення зовнішніх та внутрішніх послуг;
- суттєве зменшення кількості та інтенсивності конфліктних ситуацій між внутрішніми та зовнішніми надавачами послуг;
- цілісна інтеграція та оперативна координація всіх необхідних супроводжуючих послуг підтримки;
- забезпечення повної прозорості інформації та чіткого розуміння рівнів і собівартості послуг, які доносяться до кінцевих споживачів у первинному, неспотвореному вигляді;
- безперервне вдосконалення й розвиток організації шляхом систематичного проведення аналізу циклу розвитку медичних установ.

Сучасний профільний стандарт визначає управління як інтегрований та безперервний процес, підсумковою метою якого є забезпечення надійної

підтримки й сталого розвитку взаємоузгоджених послуг для суттєвого підвищення ефективності основної діяльності закладу охорони здоров'я.

Спираючись на наведені концептуальні положення, система управління конкурентоспроможністю медичних послуг у КП «3-я міська клінічна лікарня ПМР» об’єднує у собі широкий спектр управлінських процесів, організаційних заходів та клінічних процедур. При цьому всі види послуг, які безпосередньо не пов’язані із процесом лікування пацієнта, класифікуються як допоміжні послуги з управління закладом.

Головною метою діяльності з управління конкурентоспроможністю медичних послуг у КП «3-я міська клінічна лікарня ПМР» виступає повноцінна інтеграція управлінських функцій на стратегічному та тактичному рівнях для забезпечення чіткої координації процесу надання заздалегідь погоджених послуг. Це вимагає від керівного складу наявності особливих професійних компетенцій та відрізняє комплексну систему управління закладом від ізольованого процесу надання однієї чи кількох окремих послуг.

Зазначена лікарня володіє важливою організаційною специфікою: наявністю гнучкої та впорядкованої organizational структури, яка забезпечує чіткий розподіл функціональних ролей, виховує персональну відповідальність працівників і визначає оптимальні діапазони контролю за станом конкурентоспроможності медичних послуг.

Загалом в Україні заклади охорони здоров'я досі не є повністю незалежними автономними організаціями, унаслідок чого вони нерідко позбавлені можливості самостійно здійснювати максимально ефективне управління власними ресурсами у сфері розподілу бюджетних коштів, ухвалювати масштабні інвестиційні рішення та здійснювати стратегічне кадрове планування. Протім вони володіють достатніми повноваженнями для здійснення щоденного оперативного управління власною діяльністю, ухвалення окремих поточних рішень та розробки довгострокових планів розвитку. Усе це є винятково важливим для стабільного та належного функціонування КП «3-я міська клінічна лікарня ПМР» у напрямі забезпечення високої

конкурентоспроможності наданих медичних послуг. У цьому контексті директор КНП (КП) несе персональну відповідальність як керівник за загальне управління установою, а також як провідний лікар – за належну організацію та якість лікувального процесу [20; 21; 49]. До сфери управлінської відповідальності належать ті ключові функції, які мають виконуватися на регулярній, системній основі.

Виокремлюють базові функції адміністративного (штатно-організаційного) управління, дія яких поширюється на всі без винятку клінічні та неклінічні підрозділи закладу, а також додаткову відповідальність, безпосередньо пов'язану з управлінням функціями щодо забезпечення медичного та діагностичного процесу лікування пацієнтів. Специфіка та межі управлінської відповідальності у кожному конкретному випадку визначаються індивідуально, виходячи із загальної стратегії та затвердженої структури закладу.

На чолі КП «3-я міська клінічна лікарня ПМР» стоїть правління закладу, яке визначають як раду керівників. Ця рада виступає головним уповноваженим органом управління в лікарні, володіє відповідними юридичними повноваженнями та несе повну відповідальність за їх юридичну й практичну реалізацію. Рада здійснює призначення та звільнення всіх членів виконавчого керівництва закладу, зокрема безпосереднього керівника (головного адміністратора / директора), медичного директора, фінансового директора, начальника відділу кадрів, завідувача адміністративно-господарської частини, а також делегує фактичні оперативні повноваження щодо адміністрування установи керівнику (головному адміністратору).

До складу ради лікарні входять уповноважені представники місцевих органів державної влади та Plot члени правління закладу. До ключових обов'язків та сфери відповідальності ради належать:

- проведення пошуку, вибору та конкурсного відбору кандидатів на посаду керівника (головного адміністратора), а також регулярна оцінка його управлінської діяльності;

- визначення, концептуальне обґрунтування та періодичний актуалізуючий перегляд місії, філософії, стратегічних цілей і поточних завдань діяльності лікарні;
- формалізація, затвердження та корегування стратегій розвитку лікарні, спрямованих на максимальне задоволення медичних потреб громади, яку вона обслуговує;
- залучення додаткових фінансових ресурсів та забезпечення належного фінансування шляхом формування достатнього обсягу надходжень і позабюджетних коштів, а також запровадження бізнес-орієнтованого управління фондами й жорсткого контролю витрат;
- систематичне поповнення та оновлення загальних активів лікарні в частині, що стосується фінансового забезпечення, матеріально-технічного устаткування, кадрового потенціалу та витратних матеріалів;
- впровадження й підтримка належних професійних та клінічних стандартів лікування пацієнтів, а також гарантування неухильного виконання закладом своїх юридичних зобов'язань;
- реалізація власної компетенції в частині якісного підбору, атестації та призначення компетентного й висококваліфікованого управлінського та медичного персоналу.

Функцію безпосереднього підбору та розстановки кадрів для лікарні рада керівників, як правило, уповноважена делегувати головному адміністратору. Головний адміністратор є підзвітним раді управляючих за загальне управління та систематичний нагляд за всіма напрямами діяльності лікарні, володіє виключними виконавчими повноваженнями та несе персональну відповідальність за ухвалені управлінські рішення.

На раду керівників КП «3-я міська клінічна лікарня ПМР» на сучасному етапі покладено ключові функції щодо формування та реалізації стратегії забезпечення конкурентоспроможності медичних послуг.

Існуючу схему структури управління конкурентоспроможністю медичних послуг у КП «3-я міська клінічна лікарня ПМР» наведено на рисунку 2.1.



Рис. 2.1. Існуюча структура управління конкурентоспроможністю медичних послуг КП «3-я міська клінічна лікарня ПМР»

Керівництвом КП «3-я міська клінічна лікарня ПМР» було сформовано та в установленому порядку подано офіційні заяви на контрактування визначених пакетів медичної допомоги до Національної служби здоров'я України (НСЗУ). Після підписання та набуття чинності відповідними договорами між КНП (КП) та НСЗУ, починаючи з 01.04.2020 року, заклад функціонує в якісно нових економічних та організаційних умовах господарювання, а саме: 50–70% фінансового забезпечення закладу здійснюється за рахунок прямих надходжень від НСЗУ за програмою медичних гарантій, тоді як 30–50% акумульованих коштів лікарня забезпечує завдяки амбулаторному прийому громадян, фінансуванню пролікованих випадків у стаціонарі та наданню офіційних платних медичних послуг.

Ґрунтовний аналіз існуючої структури та практичних механізмів управління конкурентоспроможністю медичних послуг у КП «3-я міська клінічна лікарня ПМР» дозволив виявити низку суттєвих організаційно-управлінських недоліків, розробка шляхів усунення яких і стала концептуальною основою представленої кваліфікаційної (магістерської) роботи.

Висновки до розділу 2

1. У результаті проведеного аналізу з’ясовано, що цілісна система управління конкурентоспроможністю медичних послуг у КП «3-я міська клінічна лікарня ПМР» повністю базується на нормативно-правових засадах чинного законодавства України, відповідає сучасним галузевим вимогам і являє собою комплекс систематичної, цілеспрямованої групової та індивідуальної діяльності всього трудового колективу. В основу організації та практичного управління цією діяльністю покладено своєчасну діагностику поточних проблем, аналіз задоволеності та реальних потреб споживачів медичних послуг відповідно до високих вимог сьогодення.

2. Усі підрозділи та відділення лікарні систематизовано та згруповано за двома ключовими функціональними ознаками: підрозділи, що здійснюють безпосереднє професійне лікування пацієнтів, та підрозділи, які реалізують функції загального та оперативного управління діяльністю медичного закладу. З точки зору функціональних служб, загальна структура діяльності лікарні чітко диференційована на такі взаємопов'язані групи: медичну службу, сестринську службу, допоміжні служби, фінансово-економічну службу, а також супроводжуючі служби підтримки.

3. Під дією комплексу сучасних соціальних і культурних факторів КП «3-я міська клінічна лікарня ПМР» суттєво активізувало та розширило діяльність щодо системного підвищення рівня конкурентоспроможності власних медичних послуг. На основі аналізу акцентовано, що ринок медичних

послуг за своїми характеристиками є досить далеким від умов досконалої конкуренції. З огляду на це, перед управлінським апаратом та колективом лікарні постає важливе завдання щодо внутрішньоорієнтованого регулювання та адаптації до умов ринку, а також цілеспрямованого впливу на структуру медико-діагностичного процесу задля його максимального наближення до реальних потреб суспільства в різноманітних видах якісного медико-санітарного забезпечення та послуг.

4. Базовими принципами побудови процесу управління конкурентоспроможністю медичних послуг у КП «3-я міська клінічна лікарня ПМР» у нових економічних умовах виступають:

- забезпечення чіткої та прозорої комунікації між суб'єктами попиту й пропозиції шляхом призначення уповноважених осіб, які функціонують як єдині контактні особи щодо всіх послуг, визначених в угоді про управління закладом;
- максимально ефективне використання синергічного ефекту між різноплановими послугами, що дозволяє суттєво підвищити операційну ефективність роботи та оптимізувати загальні витрати організації;
- запровадження простої, зручної та зрозумілої концепції внутрішньої і зовнішньої відповідальності за якість послуг на основі прийняття обґрунтованих стратегічних рішень, що формує систематизовану процедуру залучення внутрішніх та зовнішніх послуг;
- суттєве зменшення кількості та інтенсивності конфліктних ситуацій між внутрішніми та зовнішніми надавачами послуг;
- повноцінна інтеграція та оперативна координація всіх необхідних супроводжуючих послуг підтримки;
- забезпечення прозорості інформації та чіткого розуміння рівнів і собівартості наданих послуг, які доносяться до кінцевих споживачів у первинному, неспотвореному вигляді;
- безперервне вдосконалення та сталий розвиток організації шляхом здійснення постійного аналізу циклу розвитку закладу.

5. Детальний аналіз існуючої структури та практичних методів управління конкурентоспроможністю медичних послуг у КП «3-я міська клінічна лікарня ПМР» дозволив виявити низку актуальних недоліків і системних прогалин, обґрунтування та практичне усунення яких виступило головною метою представленого наукового дослідження.

РОЗДІЛ 3
УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ КОНКУРЕНТОСПРОМОЖНІСТЮ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ (НА ПРИКЛАДІ КП «3-Я МІСЬКА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ ПМР»)

3.1. Розроблення алгоритму формування маркетингової конкурентної стратегії медичного закладу у напрямі управління конкурентоспроможністю медичних послуг та реалізація її в КП «3-я міська клінічна лікарня ПМР»

Процес управління конкурентоспроможністю медичних послуг є складною, багатокомпонентною системою, що реалізується у суворій відповідності до сучасних вимог технологізації управлінської діяльності. Концептуальне обґрунтування напрямів і шляхів підвищення конкурентоспроможності медичних послуг у межах нашого дослідження здійснено на основі клієнтоорієнтованого підходу. На сучасному етапі розвитку наукової думки зазначений підхід знаходить своє широке практичне застосування в різноманітних междисциплінарних галузях знань, у сфері соціального управління, а також під час розв'язання складних соціально-економічних проблем і завдань.

Принципова сутність клієнтоорієнтованості передбачає підпорядкування та повну орієнтацію всіх напрямів роботи закладу на максимальне задоволення потреб клієнта (пацієнта). Виходячи з цього, під час практичної імплементації принципів клієнтоорієнтованості в діяльність медичного закладу першочергово виникає об’єктивна потреба чітко встановити: хто саме виступає безпосереднім клієнтом, у чому полягають його ключові та приховані потреби, а також які саме суб'єкти та структурні підрозділи беруть участь у процесі задоволення цих потреб. Лише отримавши вичерпні й аргументовані відповіді на окреслена коло питань, стає можливим розробити, обґрунтувати та ефективно впровадити такі

внутрішні стандарти обслуговування, які здатні забезпечити виразні та помітні практичні результати.

Формування та реалізація клієнтоорієнтованих управлінських рішень у закладі охорони здоров'я мають базуватися на послідовному виконанні взаємопов'язаних завдань, що структуровані за такими ключовими магістральними напрямами:

- утримання та збереження наявної (існуючої) бази клієнтів (пацієнтів);
- активне залучення нових цільових сегментів споживачів медичних послуг;
- досягнення бездоганно високої якості сервісу та забезпечення максимального рівня задоволеності пацієнтів отриманою медичною допомогою.

Таким чином, конкурентоспроможність медичного закладу репрезентує собою його цілісний економіко-управлінський стан, а також динамічний процес взаємовідносин між суб'єктами виробництва (надання) медичної послуги та її безпосередніми споживачами в межах специфічної форми конкурентної боротьби між медичними працівниками й закладами задля досягнення найвищого ступеня задоволення цільових потреб пацієнтів.

З метою практичного втілення зазначених концептуальних засад нами було поетапно розроблено алгоритм формування маркетингової конкурентної стратегії медичного закладу в напрямі управління конкурентоспроможністю медичних послуг (рис. 3.1).

Здійснимо детальний аналітичний огляд і розкриємо сутнісний зміст кожного з послідовних етапів розробленого алгоритму:

- Етап 1. Формування стратегічних цілей розвитку медичного закладу. На початковому етапі розробки та планування маркетингової конкурентної стратегії відбувається чітке концептуальне визначення загальної місії медичного закладу, а також формується комплексна, ієрархічно впорядкована система цілей його подальшого розвитку.

- Етап 2. Стратегічний аналіз і комплексна діагностика. Зазначений етап охоплює глибокий аналіз поточної конкурентної ситуації на ринку медичних послуг, аналітичну оцінку факторів зовнішнього макро- й мікросередовища, а також детальний діагностичний аудит внутрішнього середовища та наявного потенціалу медичного закладу.
- Етап 3. Формування альтернативних варіантів стратегії та розробка цільової програми адаптації закладу на ринку. Маркетингова програма акумулює ключові магістральні напрями маркетингової діяльності та деталізований набір конкретних заходів, для кожного з яких встановлюються чіткі терміни виконання, графіки реалізації та відповідальний розподіл завдань на визначений часовий період.
- Етап 4. Планування й організаційне забезпечення реалізації маркетингової конкурентної стратегії розвитку медичного закладу. Цей підсумковий етап передбачає створення умов для повноцінного виконання розробленої стратегії (охоплюючи організаційно-управлінський і ресурсний аспекти), а також запровадження безперервного моніторингу, контролю та оцінки результативності її практичної імплементації.

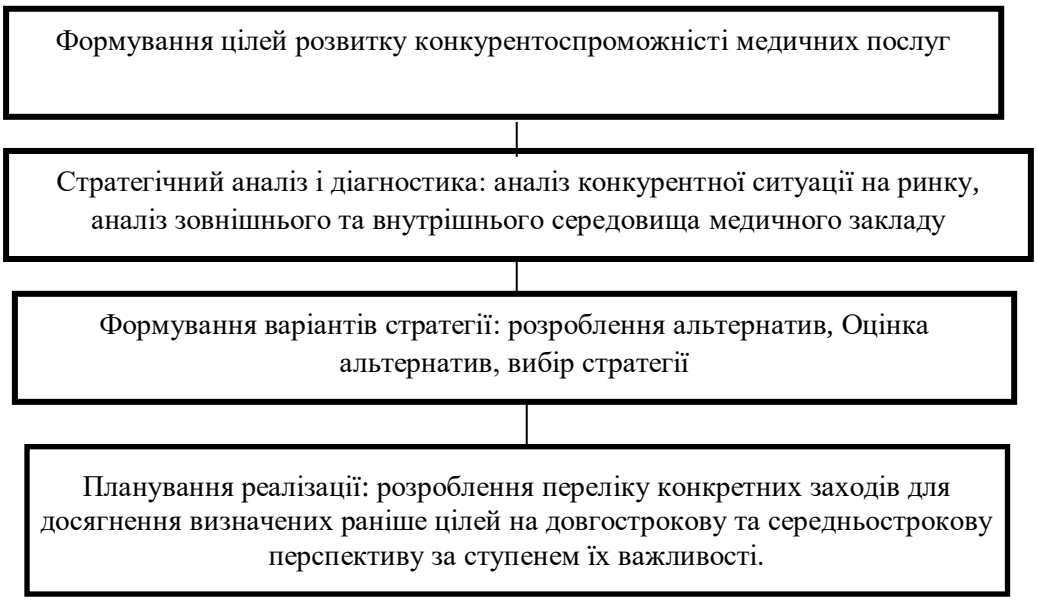

Рис. 3.1. Алгоритм формування маркетингової конкурентної стратегії медичного закладу у напрямі управління конкурентоспроможністю медичних послуг

Обґрунтуємо конкретні шляхи та практичні механізми реалізації розробленого алгоритму відповідно до реальних умов функціонування та розвитку КП «3-я міська клінічна лікарня ПМР».

Етап 1. Формування стратегічних цілей розвитку медичного закладу

Місія КП «3-я міська клінічна лікарня ПМР» відображає вищий глобальний сенс, тобто фундаментальну мету його існування й розвитку в перспективному майбутньому. На концептуальній основі затвердженої місії розробляється цілісна система взаємопов'язаних цілей, які відповідно до вимог сучасного менеджменту повинні відповідати критеріям SMART: бути конкретними, вимірюваними, чітко визначеними в часі (з поділом на довгострокові, середньострокові та короткострокові), досяжними та реальними, а також повністю зрозумілими для безпосередніх виконавців. Крім того, сформована система цілей має охоплювати всі без винятку напрями функціонування медичної установи.

Маркетингові цілі являють собою кількісне та якісне вираження вимог, що закладені в загальних маркетингових завданнях закладу. Цілі мають бути об'єктивно реальними та містити чіткі часові орієнтири їх досягнення. Чітке розуміння визначених цілей спрямовує подальші управлінські рішення щодо вибору цільових аудиторій, позиціонування та стратегій розвитку комерційної і страхової діяльності закладу. Це рішення має також вирішальні наслідки для формування бюджету та надає чіткі орієнтири щодо вибору засобів і критеріїв оцінки результатів на завершальних етапах процесу планування. Для декомпозиції маркетингових цілей розвитку медичного закладу здійснюється побудова «дерева маркетингових цілей». У сучасній науковій літературі виокремлюють такі базові підходи до його побудови: декомпозиція (структурне розукрупнення цілей), вертикальна координація цілей, горизонтальна координація цілей та системне уявлення процесів. Цілі відображаються у вигляді послідовних рівнів, де кожний наступний (нижчий) рівень виступає деталізованою конкретизацією умов і завдань вищого рівня.

Етап 2. Стратегічний аналіз і комплексна діагностика

Маркетингове середовище КП «3-я міська клінічна лікарня ПМР» охоплює сукупність суб'єктів, факторів і сил, що діють за його межами та здійснюють безпосередній чи опосередкований вплив на можливості медичного закладу встановлювати, розширювати та підтримувати з цільовими пацієнтами й партнерами успішні взаємовигідні відносини співпраці.

Можливостями для розвитку медичного закладу виступають найбільш привабливі напрями для концентрації маркетингових зусиль, завдяки яким установа здатна забезпечити собі стійкі конкурентні переваги на ринку.

В основі маркетингового оточення КП «3-я міська клінічна лікарня ПМР» виокремлюють внутрішнє та зовнішнє середовище. У свою чергу, зовнішнє середовище поділяється на макро- та мікросередовище, охоплюючи всі явища та фактори, що перебувають поза межами медичного закладу, але чинять вплив на його діяльність. Макросередовище медичного закладу репрезентовано загальними факторами, а саме:

- політичний фактор (характеризує рівень стабільності political обстановки, регуляторну політику держави в сфері охорони здоров'я та захист інтересів суб'єктів господарювання);
- соціально-економічний фактор (відображає рівень доходів і життєвий рівень населення, купівельну спроможність окремих соціальних верств, стабільність фінансової системи та рівень інфляції);
- науково-технічний фактор (формує переваги для закладів, які активно впроваджують інноваційні досягнення НТП, новітнє медичне обладнання та цифрові технології);
- культурний фактор (виступає одним із визначальних чинників впливу на маркетинг, оскільки уподобання, поведінка та лояльність споживачів часто спираються на культурні традиції, цінності та стереотипи щодо збереження здоров'я).

До мікросередовища закладу належать його безпосередні взаємини з постачальниками, посередниками, споживачами, конкурентами та контактними

аудиторіями. Постачальники – суб’єкти маркетингового середовища, що забезпечують заклад необхідними матеріально-технічними ресурсами, медикаментами, реактивами та обладнанням. Доцільно систематично аналізувати варіанти співпраці з різними постачальниками з метою вибору найбільш надійних та економічно вигідних. Посередники – підприємства чи організації, які допомагають закладу просувати та реалізовувати послуги (наприклад, страхові медичні компанії, асистентські фірми, маркетингові та фінансові установи). Споживачі – пацієнти, юридичні особи (корпоративні клієнти) чи їхні групи, які замовляють та отримують медичні послуги. Конкуренти – інші медичні заклади державних, комунальних та приватних форм власності, що функціонують у даному регіоні. Контактні аудиторії – органи державної влади та місцевого самоврядування, засоби масової інформації, громадські організації, професійні асоціації та профспілки.

Внутрішнє середовище медичного закладу характеризує його внутрішній потенціал та маркетингові можливості. Важливою складовою внутрішнього середовища є наявність фахової служби маркетингу, а також рівень досвіду та кваліфікації її співробітників. До елементів внутрішнього середовища належать: склад і кваліфікаційний рівень персоналу, фінансовий стан, управлінські компетенції керівництва, рівень застосовуваних медичних та інформаційних технологій, а також корпоративний імідж і репутація закладу.

Визначальним фактором зовнішнього середовища є галузь, у якій заклад веде конкурентну боротьбу. З метою ідентифікації найближчих конкурентів, які входять до однієї стратегічної групи, будується карта стратегічних груп конкурентів. Вона дозволяє наочно порівнювати ринкові позиції медичних установ, об'єднуючи їх у гомогенні групи. Побудова такої карти є винятково ефективною за наявності значної кількості конкурентів на регіональному ринку. Ключовим кроком при складанні карти є обґрунтований вибір основних стратегічних параметрів, які використовуються в якості осей координат [39; 55].

Етап 3. Формування варіантів стратегії та розробка маркетингової програми

Програма маркетингу містить ключові напрями маркетингової діяльності та деталізований комплекс заходів із визначенням термінів реалізації та відповідальних осіб. Особливість маркетингової програми полягає у формулюванні та досягненні цілей у сфері надання послуг переважно маркетинговими інструментами. При цьому саме комплексне впровадження узгоджених заходів здатне забезпечити кардинальне підвищення конкурентоспроможності закладу.

Нами запропоновано таку структуру стратегічного плану маркетингу КП «3-я міська клінічна лікарня ПМР»:

1. Загальний огляд плану маркетингових заходів;
2. Аналіз поточного стану ринку медичних послуг;
3. Оцінка ринкових загроз та потенційних можливостей;
4. Формулювання цільових завдань та ключових проблем;
5. Обґрунтування маркетингових стратегій закладу;
6. Деталізована програма практичних дій;
7. Бюджетування та порядок здійснення контролю.

Етап 4. Планування й організаційне забезпечення реалізації маркетингової конкурентної стратегії

Розробка маркетингової стратегії є необхідною, але не достатньою умовою досягнення ринкового успіху. Для забезпечення її високої ефективності виникає потреба в конкретизації стратегічного плану шляхом розробки оперативного маркетингового плану та надійної системи контролю за його виконанням.

У межах дослідження нами було визначено ключові фактори, що формують стійкі конкурентні переваги медичного закладу:

1. Частка ринку медичних послуг;
2. Якість надання медичної допомоги та сервісу;
3. Широта та глибина асортименту наданих послуг;

4. Рівень прихильності та лояльності пацієнтів;

5. Гнучкість та обґрунтованість цінової політики.

Для оцінки привабливості медичного закладу було обрано такі критерії, як потенціал зростання галузі, потенційний прибуток, фінансова стабільність, ефективність використання ресурсів та капіталоємність. На цій підставі розроблено системні умови та основні напрями формування конкурентного середовища на ринку надання медичних послуг у КП «3-я міська клінічна лікарня ПМР» (табл. 3.3).

Таблиця 3.3

Системні умови і основні напрями формування конкурентного середовища на ринку надання медичних послуг у КП «3-я міська клінічна лікарня ПМР»

Види і рівні управління	Системні умови і можливі заходи
1	2
Рівень пацієнта	- право вільного вибору лікаря; - забезпечення вільного доступу пацієнтів до медичних установ і в лікарські практики; - рівний гарантований доступ до вибору постачальників медичних послуг; - захист прав пацієнтів; - система добровільного та обов'язкового медичного страхування; - система позавідомчого контролю якості медичної допомоги
Лікарський рівень	- ліцензування лікарів; - стандартизація медичної діяльності; - право лікувальних установ заробляти і мати прибуток; - система фіксованих контрактних гонорарів з попередньою оплатою; - партнерські права медичного персоналу; - атестація і наймання медичних працівників; - прийняття професійних етичних норм.

Рівень медичного закладу	- акредитація медичних установ; - підвищення якості стратегічних управлінських рішень; - свобода адаптації функцій і організаційної структури недержавних лікувальних установ до динамічних ринків медичних послуг; - організації ключових бізнес-процесів (скорочення термінів перебування в стаціонарі за рахунок інтенсифікації діагностики, прийому і виписки пацієнтів); - формування інтерактивної системи безперервного навчання кадрів
Адміністративно-управлінські та організаційні заходи	-демонополізація надання медичної допомоги; - усунення адміністративного поділу і вертикального інтегрування медичних установ і служб; - інтеграція служб первинної медико-санітарної допомоги; - реалізація оптимальних і функціональних рішень по реструктуризації установ і служб первинної медико-санітарної допомоги; - організації взаємодії з зовнішніми стейхолдерами (страховими медичними організації та іншими),

Проведена робота дозволила сформувати перелік послуг, які медичний заклад може надавати за плату. При цьому враховувалися й перелік послуг, затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 17 вересня 1996 року № 1138. Його наведено в табл. 3.4.

Таблиця 3.4

Перелік платних послуг КП «3-я міська клінічна лікарня ПМР»

№ 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
Послуги кабінету з масажу				
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 брюшної стінки	1	17,86	17,86

Продовж. табл. 3.4

1	2	3	4	5
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 променевозап'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-колінний	1	14,05	14,05
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
Послуги кабінету з функціональної діагностики (за зверненням пацієнта без направлення лікаря)				
26	Електрокардіограма	1	11,98	11,98
Рентгенологічного кабінету(за зверненням пацієнта без направлення лікаря)				
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
Послуги фізіотерапевтичного кабінету (за зверненням пацієнта без направлення лікаря)				
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

Продовж. табл. 3.4

1	2	3	4	5
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
Послуги кабінету з ультразвукової діагностики (за зверненням пацієнта без направлення лікаря)				
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

Продовж. табл. 3.4

1	2	3	4	5
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 шиї	1	62,61	62,61
Послуги клінічної лабораторії (за зверненням пацієнта без направлення лікаря)				
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 резус приналежність	1	20,75	20,75
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

Продовж. табл. 3.4

1	2	3	4	5
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 кала на я/глист	1	9,79	9,79
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
Послуги в поліклініці(консультативні послуги без направлення лікаря)				
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

Продовж. табл. 3.4

1	2	3	4	5
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
Послуги в стаціонарі (за зверненням пацієнта без направлення лікаря				
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) терапевтичне відділення	1	173,65	173,65
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 розрахунку вартості медичних послуг у ході дослідження застосовувалися положення Постанови Кабінету Міністрів України № 1075 від 27.12.2017 року «Про затвердження Методики розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування» та затверджений перелік платних послуг, які може надавати заклад охорони здоров'я.

Таким чином, проведена комплексна наукова робота дозволила здійснити результативне вдосконалення управління конкурентоспроможністю медичних послуг КП «3-я міська клінічна лікарня ПМР» на основі розробки та практичної адаптації структурованого алгоритму формування маркетингової конкурентної стратегії медичного закладу.

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

Метод експертних оцінок є винятково авторитетним і перевіреним часом науковим методом, який дає змогу отримати об'єктивну оцінку на основі певної сукупності індивідуальних думок і суджень висококваліфікованих експертів. Сам термін «експерт» (від латинського *expertus* — досвідчений, що походить від *experire* — досліджувати) означає фахівця, якому довірено висловити фахову думку щодо складного чи суперечливого випадку, оскільки в умовах невизначеності суспільство завжди намагалося спиратися на знання та досвід провідних спеціалістів у відповідних сферах діяльності.

У вітчизняній науковій практиці метод експертних оцінок офіційно визнано специфічним і дієвим методом досліджень у медичній галузі, що було закріплено, зокрема, у Постанові президії Вищої атестаційної комісії України від 09.04.2003 року № 18-09/4 «Паспорт спеціальності 14.02.03 – соціальна медицина».

Незважаючи на високу результативність, у практичній діяльності існуючої системи охорони здоров'я цей метод поки що застосовується порівняно рідко.

Стандартна методика проведення експертної оцінки базується на послідовному виконанні обов'язкових етапів:

1. Виявлення об'єктивної необхідності щодо проведення експертного дослідження.

2. Складання детального плану та програми експертизи:

- формулювання мети і конкретних завдань експертної оцінки;
- розробка анкети (опитувальника);
- вибір методу оцінки ступеня компетентності експертів;
- визначення правил проведення опитування (вибір конкретного методу експертних оцінок);
- встановлення правил та математико-статистичних методів опрацювання експертних суджень.

3. Формування компетентної експертної групи та безпосереднє проведення опитування (експертної оцінки).

4. Первинне групування, систематизація та зведення матеріалів експертизи.

5. Розрахунок аналітичних і статистичних показників:

- визначення відносних величин;
- розрахунок групових оцінок із урахуванням коефіцієнтів вагомості експертів;
- визначення достовірності різниці між отриманими відносними або середніми величинами;
- дослідження тісноти взаємозалежності між висновками експертів;
- обчислення коефіцієнта детермінації (який відображає частку впливу окремого фактора за умов дії множини факторів на результативний показник);

– проведення процедури ранжування (за наявності масиву кількісних та напівкількісних даних).

6. Визначення ступеня однодумності та узгодженості думок експертів за допомогою розрахунку:

– коефіцієнта варіації (відображає однорідність сукупності);

– показника асиметрії;

– показника ексцесу;

– коефіцієнта осциляції (що характеризує відносне коливання значень).

7. Практичне впровадження розроблених висновків і рекомендацій.

Обґрунтована необхідність проведення експертної оцінки зумовлена потребою глибшого опрацювання існуючих проблем та пошуку оптимальних шляхів подальшого розвитку. Цю методологію доцільно залучати в ситуаціях, коли прийняття обґрунтованого управлінського рішення ускладнено такими факторами:

- неможливість точного довгострокового прогнозування наслідків ухваленого рішення;
- відсутність або повна не повнота статистичної інформації, необхідної для прийняття рішення;
- наявність зовнішніх чинників, які не піддаються контролю з боку особи, що приймає рішення (ОПР);
- наявність кількох альтернативних варіантів розв'язання проблеми та потреба вибору найбільш ефективного з них;
- неповторність ситуації та неможливість експериментальної перевірки прогнозованого перебігу подій і результатів управлінських дій.

Алгоритм опрацювання мети та завдань експертної оцінки реалізується за аналогією до організації класичного статистичного дослідження.

Анкета в межах експертних методів є спеціально організованим комплексом взаємопов’язаних запитань, відповіді на які розглядаються як інформація про ступінь впевненості експерта у ймовірності настання певної

події чи відносній важливості досліджуваного явища. З огляду на це, при розробленні опитувальника щодо експертної оцінки розробленого алгоритму формування маркетингової конкурентної стратегії медичного закладу в напрямі управління конкурентоспроможністю медичних послуг було використано цільову серію питань.

Для проведення експертизи було сформовано репрезентативну експертну групу у складі 5 осіб. Як незалежні експерти виступили провідні головні лікарі та керівники закладів охорони здоров'я міст Полтави та Полтавської області.

З метою розрахунку рівня компетентності кожного експерта було застосовано суб'єктивний метод, який ґрунтується на поєднанні процедур самооцінювання та взаємооцінювання. Процедура взаємооцінювання (голосування) передбачає аналіз професійних характеристик і авторитету фахівця, наданих його колегами. Процедура самооцінювання полягає в тому, що сам експерт визначає власний рівень обізнаності та вагомість своєї оцінки за окремими запитаннями (традиційно використовується 10-бальна шкала: від 0 – повна некомпетентність до 10 – максимальна компетентність). Паралельно експертам пропонувалося оцінити ступінь впливу різних джерел інформації на формування їхніх професійних суджень. Зокрема, фахівцям пропонувалося висловити думку щодо значущості таких джерел, як «проведений теоретичний аналіз», «практичний досвід роботи», «узагальнення наукових праць вітчизняних авторів», «узагальнення праць закордонних дослідників», «особистий практичний досвід ознайомлення зі станом справ за кордоном» та «професійна інтуїція». Критерії та результати оцінки експертів наведено в табл. 3.5.

Таблиця 3.5

Критерії оцінки експертів

Критерій	Суть критерію
Креативність	Здатність вирішувати творчі завдання, метод вирішення яких повністю чи частково невідомий

Евристичність	Можливість бачити або створювати неочевидні проблеми
Інтуїція	Хист робити винятки про досліджуваний об’єкт без усвідомлення руху думок за даним питанням
Передбачуваність	Здатність передбачати чи прогнозувати майбутній стан досліджуваного об’єкта
Незалежність	Можливість відстоювати свою точку зору на противагу загальноприйнятим твердженням та громадській думці

Задля проведення об’єктивної експертної оцінки алгоритму формування маркетингової конкурентної стратегії медичного закладу у напрямі управління конкурентоспроможністю медичних послуг нами було застосовано чітку систему критеріїв, кожний з яких розкривається через розгалужену сукупність конкретних аналітичних показників. Для комплексної експертизи розробленої комплексно-цільової програми використовувалися такі критерії та показники:

1. Критерій актуальності:

– показник розв'язання значущих та актуальних проблем із забезпечення конкурентоспроможності медичних послуг для керівного складу лікарні;

– показник розв'язання значущих та актуальних проблем із забезпечення конкурентоспроможності медичних послуг для лікарського персоналу;

– показник розв'язання значущих та актуальних проблем із забезпечення конкурентоспроможності медичних послуг для пацієнтів.

2. Критерій інноваційності:

– рівень новизни в управлінській діяльності керівника закладу;

– рівень новизни у професійній діяльності практикуючих лікарів;

– рівень сприйняття та відчутності новизни в діяльності лікарів з боку пацієнтів.

3. Критерій продуктивності:

– ступінь позитивного впливу на рівень управлінської компетентності керівника;

– ступінь позитивного впливу на рівень професійної компетентності лікарського персоналу.

4. Критерій системності та впорядкованості організаційної діяльності:

– можливість забезпечення та здійснення систематичного зовнішнього й внутрішнього моніторингу;

– рівень взаємоузгодженості та злагодженості в практичній роботі співробітників лікарні.

5. Критерії демократичності та психологічного супроводу:

– рівень формування сприятливого та конструктивного морально-психологічного мікроклімату в колективі лікарні;

– ступінь забезпечення паритетного співробітництва, відкритості та гласності у взаємодіях між керівництвом, лікарським персоналом і пацієнтами.

6. Критерій оптимальності:

– повнота врахування наявних матеріально-технічних та фінансово-економічних ресурсів лікарні;

– достатність часового ресурсу для повноцінної реалізації розробленого алгоритму;

– всебічне врахування специфічних умов функціонування медичного закладу та наявних проблем його стратегічного розвитку.

7. Критерій рефлексивності:

– можливість забезпечення систематичного самоаналізу та самооцінки управлінської діяльності керівника;

– можливість забезпечення самоаналізу професійної діяльності з боку лікарів.

8. Критерій особистісної результативності:

– позитивна динаміка та трансформація організаційної культури керівника;

– позитивна динаміка та трансформація організаційної й професійної культури медичних працівників.

9. Критерій прогностичності:

– врахування ступеня важливості та пріоритетності розв'язання проблеми конкурентоспроможності медичних послуг для подальшої діяльності керівника;

– врахування ступеня важливості та пріоритетності розв'язання проблеми конкурентоспроможності медичних послуг для професійної діяльності лікарського персоналу;

– врахування ступеня важливості розв'язання проблеми конкурентоспроможності медичних послуг для задоволення потреб пацієнтів.

Після безпосереднього проведення процедури експертного оцінювання здійснюється підсумкове групування, систематизація та зведення отриманих матеріалів експертизи, що повністю відповідає нормативним методологічним вимогам до проведення статистичних та соціологічних досліджень.

У процесі аналітичного опрацювання та інтерпретації отриманих даних дослідникам необхідно надати обґрунтовані відповіді на два фундаментальні запитання:

1. Яку саме консолідовану думку чи фахову позицію висловили залучені експерти?

2. Чи можна вважати сформовану експертну думку достатньо статистично достовірною та покласти її в основу при прийнятті підсумкового управлінського рішення?

Для точного визначення позиції експертів щодо окремих пунктів опитувальника застосовується розрахунок відповідних статистичних показників, вибір яких залежить від специфіки формулювання запитань і запропонованих варіантів відповідей. Відтак, у випадках, коли думка експерта мала виключно якісну дихотомічну оцінку («так» або «ні»), нами, у суворій відповідності до основних вимог методології аналізу, розраховувалися відносні величини (зокрема, інтенсивні показники та показники співвідношення).

Для градації й оцінювання вищеперерахованих критеріїв нами було використано 9-бальну інтервальну шкалу оцінювання (від «1» до «9»). Загальна підсумкова експертна оцінка ефективності результатів наукового дослідження обчислювалася за допомогою формули 3.1.

$$К_{заг} = (\sum К_n + К_{самоексп}) / (n+1), \quad (3.1)$$

де К - показник загального рівня оцінки алгоритму,

$К_1$ - 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	Кі
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 діаграми, яка показує внесок кожного критерію у загальну експертну оцінку.

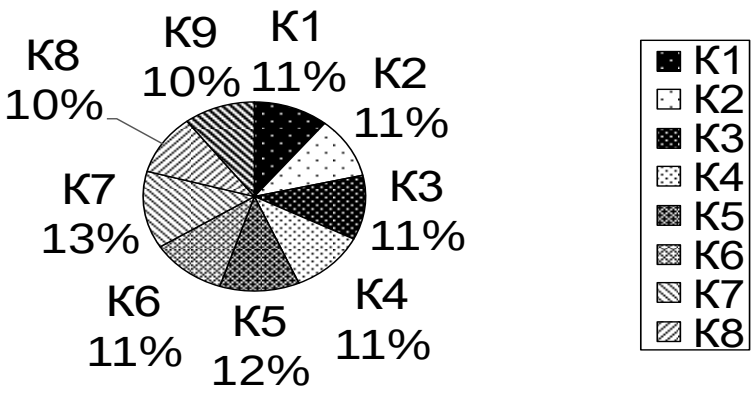

Рис. 3.2. Кругова діаграма внеску кожного критерію у загальну суму (Кі)

Для оцінки якості результатів дослідження ми користувались наступною шкалою:

$0 < К < 0,5$ – незадовільний рівень;

$0,5 < К < 0,65$ – критичний рівень;

$0,65 < К < 0,8$ – допустимий рівень;

$0,8 < К < 0,95$ – достатній рівень;

$0,95 < К < 1,0$ – оптимальний рівень.

Отримані в результаті комплексної математико-статистичної обробки та узагальнення матеріалів дані дозволили зробити обґрунтований висновок про високий та цілком достатній рівень якості розроблення алгоритму формування маркетингової конкурентної стратегії медичного закладу в напрямі управління конкурентоспроможністю медичних послуг.

Висновки до розділу 3

1. Науково обґрунтовано та розроблено алгоритм формування маркетингової конкурентної стратегії медичного закладу в напрямі управління конкурентоспроможністю медичних послуг, який базується на концептуальних

засадах клієнтоорієнтованого підходу. Зазначений підхід знаходить широке застосування в різних галузях наукових знань, у практиці соціального та публічного управління, а також під час розв'язання складних соціально-економічних завдань. Принципова сутність клієнтоорієнтованості передбачає підпорядкування та безпосередню орієнтацію всіх напрямів діяльності закладу охорони здоров’я на максимально повне задоволення цільових потреб пацієнта (клієнта). Сформований на цій концептуальній основі алгоритм охоплює такі послідовні етапи:

Етап 1. Формування стратегічних цілей розвитку медичного закладу;

Етап 2. Стратегічний аналіз і комплексна діагностика;

Етап 3. Формування альтернативних варіантів стратегії та розробка програми дій задля адаптації установи на ринку;

Етап 4. Планування й організаційне забезпечення реалізації маркетингової конкурентної стратегії розвитку медичного закладу.

2. Розроблений авторський алгоритм було практично адаптовано та впроваджено відповідно до реальних умов господарювання та функціонування Комунального підприємства «3-я міська клінічна лікарня Полтавської міської ради» (КП «3-я міська клінічна лікарня ПМР»).

3. Сформований алгоритм формування маркетингової конкурентної стратегії медичного закладу в напрямі управління конкурентоспроможністю медичних послуг було піддано ґрунтовній експертній оцінці за системою репрезентативних критеріїв і конкретних показників. Підсумковий аналіз висновків експертної групи дозволив підтвердити високу об’єктивність, наукову новизну та достатній рівень якості розроблених рекомендацій.

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній (магістерській) роботі здійснено теоретичне узагальнення та науково-практичне розв'язання актуальної проблеми щодо вдосконалення процесів управління конкурентоспроможністю медичних послуг суб'єктів охорони здоров'я на основі впровадження клієнтоорієнтованого підходу та формування ефективної маркетингової конкурентної стратегії. За результатами проведеного наукового дослідження сформульовано такі підсумкові висновки:

1. З’ясовано та систематизовано ключові проблеми, потенційні вектори розвитку й дієві шляхи їх розв’язання для розбудови оновленої державної політики у сфері медицини. Доведено, що за сучасних умов вітчизняна система охорони здоров’я має функціонувати на трьох основоположних принципах: людиноцентричності (орієнтованості на людину), спрямованості на кінцевий результат, а також імперативі впровадження передових медичних технологій і найкращого досвіду надання медичних послуг.

2. Серед базових цінностей, покладених в основу сучасних систем охорони здоров'я та офіційно задекларованих Статутом ВООЗ (1946), Європейською соціальною хартією країн-членів Ради Європи (1996), Декларацією тисячоліття ООН (2000), а також положеннями європейської політики «Здоров’я-2020» (2012), пріоритетне місце поряд із загальною доступністю, принципами соціальної справедливості та солідарності посідає забезпечення максимально високої якості медичної послуги, орієнтованої на пацієнта та чутливої до його персональних потреб. Водночас проведений аналіз засвідчив, що існуючий рівень та механізми державного управління охороною здоров’я в Україні об’єктивно не відповідають вимогам і темпам сучасних соціально-економічних трансформацій.

3. Визначено, що до групи медичних факторів забезпечення конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я належать: асортимент та

номенклатура наданих послуг, їхня якість, рівень технічного й технологічного оснащення установи, а також кваліфікаційна категорія та фаховий рівень медичних працівників. Обґрунтовано, що сучасна медицина вимагає здійснення значних капітальних інвестицій у придбання високотехнологічного медичного обладнання, а важливою передумовою утримання конкурентних позицій є необхідність безперервного підвищення кваліфікаційного рівня персоналу відповідно до найновіших досягнень світової медичної науки.

4. Концептуально уточнено, що медична послуга репрезентує собою впорядковану сукупність різнорідних клінічних, діагностичних та організаційно-управлінських процесів (включаючи обґрунтованість призначень, адекватність обсягу втручань, компетентність медичного персоналу та узгодженість дій), що у своїй єдності утворює складну організаційно-технічну систему.

5. Встановлено, що головною метою проведення оцінювання якості процесу надання медичних послуг є об’єктивне підтвердження спроможності медичної установи стабільно гарантувати надання послуг із належним рівнем якості та безпеки. Відсутність або неефективність внутрішньої системи контролю якості призводить до нераціонального витрачання наявних ресурсів, стимулює ухвалення необґрунтованих управлінських рішень щодо вдосконалення структури закладу, що тягне за собою суттєві додаткові фінансові витрати. За таких умов виникають додаткові ризики, зумовлені неоптимальною організацією закладу, що значно підвищує невизначеність при оцінюванні підсумкової якості послуг.

6. Виокремлено та систематизовано ключові фактори, що визначають привабливість медичного закладу для споживачів: надання переваги якісному обслуговуванню та закладу, який найбільш повно й комплексно розв'язує проблеми зі здоров’ям; прагнення пацієнта володіти вичерпною інформацією про лікувальний заклад і рівень кваліфікації лікарів; перевага атмосфери доброзичливості, гарантованої якості та адресності (персоналізованості) послуг;

забезпечення можливості надання взаємозамінних та альтернативних медичних послуг у межах однієї установи.

7. Здійснено глибокий аналіз існуючої системи управління маркетинговою діяльністю в КП «3-я міська клінічна лікарня ПМР» у напрямі забезпечення конкурентоспроможності медичних послуг. Виявлено специфічні особливості функціонування закладу в умовах реформування та контрактування з НСЗУ, а також ідентифіковано низку організаційно-управлінських недоліків і прогалин.

8. Задля подолання встановлених недоліків розроблено алгоритм формування маркетингової конкурентної стратегії медичного закладу в напрямі управління конкурентоспроможністю медичних послуг на основі застосування клієнтоорієнтованого підходу, який передбачає повну орієнтацію всіх підрозділів закладу на задоволення реальних потреб клієнта.

9. Структуровано та деталізовано чотири етапи розробленого алгоритму:

Етап 1. Формування цілей розвитку медичного закладу (визначення місії, розробка системи SMART-цілей та побудова «дерева маркетингових цілей»);

Етап 2. Стратегічний аналіз і діагностика (дослідження макро- та мікросередовища, оцінка внутрішнього потенціалу закладу, побудова карти стратегічних груп конкурентів);

Етап 3. Формування варіантів стратегії та програми дій задля адаптації закладу на ринку (обґрунтування комплексу маркетингових заходів із визначенням часових лагів та відповідальних осіб);

Етап 4. Планування й організаційне забезпечення реалізації маркетингової конкурентної стратегії (розробка оперативного плану, забезпечення ресурсами та моніторинг виконання). Сформований алгоритм було успішно впроваджено в практичну діяльність КП «3-я міська клінічна лікарня ПМР».

10. Проведено експертну оцінку алгоритму формування маркетингової конкурентної стратегії медичного закладу із залученням репрезентативної

групи провідних фахівців за системою визначених критеріїв та показників. Результати статистичної обробки експертних оцінок повністю підтвердили високу якість, наукову обґрунтованість та практичну цінність розробленого методичного інструментарію.

11. Окреслено перспективні напрями подальших наукових досліджень, які полягають у поглибленому вивченні питань адаптації маркетингових конкурентних стратегій закладів охорони здоров’я до умов цифрової трансформації галузі та розширення спектра високоефективних 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. факту 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.nayka.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. Микийчук М. М. Математична модель процесів надання медичних послуг / М. М. Микийчук, 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.

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/npas/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. Рєпіна І. М. Визначення конкурентоспроможності потенціалу підприємства / І.М. Рєпіна. – 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. Чебан, 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 роздрібної торгівлі 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 експертиз, 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-IX 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, роздрібної 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 роздрібної 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 передує 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.