

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ВАСИЛЯ СТУСА  
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ВАСИЛЯ СТУСА

Кваліфікаційна наукова праця  
на правах рукопису

**МІЩУК Анастасія Андріївна**

УДК 339.013.012:658.8:614.2(043.5)


## **ДИСЕРТАЦІЯ**

# **ФОРМУВАННЯ МАРКЕТИНГОВОЇ КОНКУРЕНТНОЇ СТРАТЕГІЇ ЗАКЛАДІВ НА РИНКУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ**

Спеціальність 051 – Економіка

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

 А.А. Міщук

Науковий керівник: Боєнко Олена Юріївна, кандидат економічних наук, доцент

Вінниця – 2021

## АНОТАЦІЯ

**Міщук А.А. Формування маркетингової конкурентної стратегії закладів на ринку медичних послуг. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.**

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 051 Економіка. – Донецький національний університет імені Василя Стуса, Вінниця, 2021.

Робота присвячена удосконаленню теоретико-методичних засад та розробці науково-практичних рекомендацій щодо формування маркетингових конкурентних стратегій закладів на ринку медичних послуг.

На основі узагальнення теоретичних положень та наукових напрацювань визначено головну особливість конкуренції на ринку медичних послуг – орієнтацію на цінності послуг для пацієнтів; розширено існуючий перелік чинників, що ускладнюють діяльність закладів охорони здоров'я (ЗОЗ), до складу якого включено: якість медичної послуги, медичне страхування, одночасне виробництво і споживання послуги, виняткове значення фактору часу, недосконала конкуренція, правовий статус закладів, асиметрія інформації, державне регулювання.

Запропоновано концептуальну структурно-логічну схему формування маркетингової конкурентної стратегії ЗОЗ та модель «Конкуренція – задоволеність споживачів», що дозволило підтвердити та втілити головну ідею дослідження – зв'язок між конкуренцією та задоволеністю пацієнтів через реалізацію обраної маркетингової конкурентної стратегії.

Удосконалено трактування поняття «маркетингова конкурентна стратегія ЗОЗ», яке у роботі подається як формально визначений напрям розвитку закладу, який залежить від сфери, форм і факторів конкуренції на ринку медичних послуг, доступних ресурсів діяльності, системи маркетингу, що дозволяють реалізувати перспективні загальноорганізаційні цілі з позиції пацієнт-орієнтованості.

Запропоновано концептуальну структуру конкуренції між ЗОЗ на ринку медичних послуг, яка ґрунтується на реалізації закладами трьох базових стратегій з метою залучення обмежених ресурсів для досягнення показників ефективності (економічності, продуктивності, результативності) та цільових результатів – задоволеності та лояльності пацієнтів. Здійснено класифікацію маркетингових конкурентних стратегій на підставі виділення трьох критеріїв – орієнтації на витрати, на якість медичної послуги і на пацієнта, сформовано три типи стратегій, адаптованих до специфіки функціонування ЗОЗ. Запропоновано поетапний процес розробки маркетингової конкурентної стратегії ЗОЗ та обґрунтовано необхідність проведення клінічного аудиту на всіх етапах процесу. Автор розуміє клінічний аудит як невід’ємну складову управління, інструмент менеджменту, що спрямований на підвищення ефективності діяльності закладу та задоволеності пацієнтів шляхом систематизованого та послідовного оцінювання ризиків та слабких сторін і формування рекомендацій для вдосконалення клінічного процесу загалом та медичних послуг зокрема.

Запропоновано дефініцію медичної послуги як процесу взаємодії між персоналом ЗОЗ і пацієнтом з метою відновлення, зміцнення та підтримки його здоров’я, який спирається на довіру до закладу, задоволеність та лояльність пацієнта, заснованих на отриманні медичної допомоги та обслуговуванні належної якості. Сформовано мультиатрибутивну модель медичної послуги, у якій, на відміну від існуючих, додано рівень медичної послуги як бренду. Розроблено класифікацію медичних послуг за різними соціально-економічними та правовими критеріями.

Поглиблено зміст категорії «заклад охорони здоров’я», яку автор трактує як підприємство, установу та організацію будь-якої форми власності і організаційно-правової форми, яка має статус юридичної особи та здійснює господарську діяльність в сфері медичного обслуговування населення самостійно або через відокремлені підрозділи на основі професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників. Розроблено класифікацію ЗОЗ за ознаками: сфера діяльності, організаційно-правова форма, форма власності,

мета здійснення господарської діяльності, доступність медичної допомоги та іншого медичного обслуговування, спеціалізація, наявність ліцензії на провадження господарської діяльності, проходження акредитації, можливість приватизації, орган підпорядкування (сфера управління).

Сформовано три групи внутрішніх факторів конкурентоспроможності ЗОЗ – медико-технологічні, економіко-управлінські та організаційно-правові. Здійснено оцінку конкурентоспроможності ЗОЗ за маркетинговими факторами у секторі ринку гарантованих пакетів медичних послуг з первинної медичної допомоги м. Вінниці.

Удосконалено методичне забезпечення оцінювання зовнішніх факторів, що впливають на конкурентоспроможність закладів на ринку медичних послуг, на основі матриці «можливість/вразливість», побудованої за результатами проведення експертних інтерв'ю з менеджерами окремих приватних та комунальних підприємств м. Вінниці та Вінницької області.

Проведено аналіз рівня інтенсивності конкуренції в секторі гарантованих пакетів медичних послуг з первинної допомоги, що надають приватні та комунальні заклади м. Вінниці, на основі моделі п'яти сил конкуренції Porter М.Е. із застосуванням методу експертної оцінки. Визначено високий рівень загрози таких сил, як ринкова влада покупців, середній – нових учасників ринку, внутрішньо-галузевої конкуренції, ринкової влади постачальників та з боку продуктів-замінників; запропоновано маркетингові заходи для послаблення впливу виявлених загроз на ринкову діяльність досліджуваних ЗОЗ.

З'ясовано основні тренди ринку медичних послуг України, його обсяг, динаміку, потенціал, структуру. Доведено, що ринок медичних послуг перебуває у фазі розвитку, його зростання має позитивну динаміку, а товарна структура постійно змінюється. Узагальнено ринкові тенденції для ЗОЗ приватної форми власності, серед яких поява нових гравців на ринку; розширення мережових гравців шляхом відкриття нових клінік або поглинання одиночних гравців, передовсім, у великих містах України; диференціація та

диверсифікація послуг за рахунок відкриття нових напрямків; розширення участі приватних ЗОЗ та лікарів у реформуванні медичної галузі шляхом укладання договорів з НСЗУ.

Розширено традиційну модель «4Р» до «7Р» для медичної послуги та відповідно визначено маркетингові інструментальні стратегії маркетинг-мікс – продуктову, персоналу, процесу, матеріального доказу, просування, цінову, розподілу. Доведено вплив п'яти стратегій – продуктової, персоналу, процесу, матеріального доказу, просування на ефективність діяльності ЗОЗ на основі емпіричного дослідження, яке полягало в опитуванні керівного медичного персоналу 25 закладів різних форм власності м. Вінниці та Вінницької області за допомогою анкети. Вдосконалено методичне забезпечення обробки даних на основі множинного лінійного регресійного аналізу, проведеного за допомогою пакету статистичних програм SPSS 17.0.

Запропоновано нову терміноконструкцію «ретеншн персоналу ЗОЗ», яка трактується як процес втілення комплексу заходів, завдяки яким заклад створює такі умови для персоналу, які мінімізують його плинність і забезпечують оптимальні соціально-економічні та етико-психологічні умови професійної діяльності та відновлення. Актуалізовано проблему збереження медичного персоналу ЗОЗ, визначено низку заходів щодо його мотивації: компенсаційний пакет, персональні пільги та преференції, підвищення та затвердження статусу медичного працівника тощо.

Процес розроблення маркетингової конкурентної стратегії ЗОЗ пропонується розглядати як послідовність п'яти етапів: створення інформаційної бази; вибір стратегії; верифікація стратегії; складання плану; реалізація стратегії. Визначено складові стратегічного маркетингового плану ЗОЗ при формуванні його маркетингової конкурентної стратегії: основні цінності, місія, загальна мета, візія, формалізовані цілі, структурування стратегії, стратегічні завдання та їх опис, показники діяльності, конкретні дії. Запропоновано диференціювати дані елементи стратегічного плану для ЗОЗ різних форм власності.

Проведено SWOT- і PEST-аналіз для закладів, що працюють на ринку медичних послуг м. Вінниці, за результатами запропоновано маркетингові конкурентні стратегії: орієнтовані на вдосконалення процесу – для комунальних, державних та приватних амбулаторно-поліклінічних закладів; орієнтовані на вдосконалення якості – для невеликих приватних спеціалізованих лікарень, що надають унікальні послуги; орієнтовані на фокусування на потребах споживачів – для великих приватних спеціалізованих медичних центрів, а також для закладів всіх форм власності, що конкурують в секторі гарантованих пакетів послуг; всі три типи стратегій – для стратегічних бізнес-одиниць приватних багатoproфільних закладів.

Обґрунтовано вибір оцінювальних критеріїв ефективності маркетингової конкурентної стратегії в трьох вимірах – економічності, продуктивності і результативності, та з двох позицій – зовнішньої і внутрішньої. Запропоновано систему показників для оцінювання ефективності маркетингової конкурентної стратегії ЗОЗ на засадах клінічного аудиту.

Задоволеність споживача медичною послугою визначена ключовим фактором та обов'язковою умовою формування ефективних маркетингових конкурентних стратегій ЗОЗ, що обґрунтовано шляхом проведення маркетингових досліджень на основі опитування з використанням методики SERVPERF, методології моделювання SEM та сучасних інформаційних технологій для збору та обробки статистичних даних: Google-форм, пакетів SPSS STATISTICS 17.0 та LISREL 8.80.

Розроблено алгоритм проведення дослідження взаємозв'язків між якістю медичних послуг, задоволеністю пацієнтів та їх намірами лояльності. Доведено, що задоволеність пацієнтів опосередковує сприйняту якість медичних послуг та наміри лояльності їх споживачів. Вдосконалено методику оцінки якості медичних послуг для ЗОЗ на основі методу SERVPERF, виокремлено три характеристики (конструкти), що формують сприйняття якості медичної послуги пацієнтом (персонал, комунікації та матеріальний доказ), побудовано відповідну модель «Сприйнята пацієнтом якість медичної послуги», яка

встановлює кореляційні та коваріаційні взаємозв'язки між конструктами моделі.

Сформовано «Структурну модель взаємозв'язків між сприйнятою якістю медичної послуги, її компонентами та лояльністю, опосередкованих задоволеністю пацієнтів». З'ясовано тенденції використання маркетингових інструментів у діяльності ЗОЗ; виявлено важливість застосування кожного з них для пацієнта при виборі закладу, запропоновано «Структурну модель взаємозв'язків між маркетинговими інструментами та лояльністю, опосередкованих задоволеністю пацієнтів», на основі якої встановлено, що між застосуванням елементів комплексу маркетингу та лояльністю пацієнтів існує взаємозв'язок, опосередкований їх задоволеністю.

Розроблено пропозиції для комунальних та приватних ЗОЗ щодо покращення застосування маркетингових інструментів у процесі реалізації маркетингової конкурентної стратегії та забезпечення конкурентних переваг з врахуванням думок пацієнтів на основі матриці «частота застосування інструментів маркетингу/їх важливість при виборі закладу пацієнтом».

**Ключові слова:** конкуренція, конкурентоспроможність, маркетингова конкурентна стратегія, заклад охорони здоров'я, ринок медичних послуг, інструментальні стратегії маркетинг-мікс, задоволеність споживачів.

## ABSTRACT

**Mishchuk A.A. Marketing competitive strategy formation for health care organizations in the market of healthcare services. – Qualification research paper as a manuscript.**

Thesis for a PhD Degree by Field of study 05 «Social and Behavioral Sciences» by Program Subject Area 051 «Economics». – Vasyl' Stus Donetsk National University, Vinnytsia, 2021.

The thesis is devoted to the improvement of theoretical and methodological foundations and the development of scientific and practical recommendations for the

marketing competitive strategies formation of health care organizations (HCOs) in the market of healthcare services.

The focus on the concept of value based competition in health care is the main feature of competition in the market of healthcare services. It is based on the generalization of theoretical positions and scientific developments. The HCOs activities complicating factors list has been extended. It includes: healthcare services quality, health insurance, services production and consumption at the same time, time factors exceptional importance, imperfect competition, legal status of organizations, information asymmetry, state regulation.

The structural and logical conceptual scheme of marketing competitive strategy formation for HCOs and the model «Competition – consumer satisfaction» are offered. It allowed to confirm and implement the main idea of the study – the relationship between competition and patient satisfaction through the implementation of selected marketing competitive strategy.

The «marketing competitive strategy of HCO» concept interpretation was improved. It was presented as a formally defined direction of HCO development, which depends on the scope, forms and factors of competition in the market of healthcare services, available resources, marketing system to achieve long-term goals based on the patient-oriented principal.

The conceptual structure of competition between HCOs in the market of healthcare services is proposed, which is based on the implementation of three basic strategies to attract limited resources to achieve effectiveness (efficiency, productivity, performance indicators) and target results – patient satisfaction and loyalty. The marketing competitive strategies classification is carried out based on allocation of three criteria – orientation on expenses, orientation on healthcare service quality and focus on the patient. Three types of strategies were formed and adapted to HCOs specificity. The step-by-step process of developing the marketing competitive strategy of HCOs was proposed and the necessity of conducting a clinical audit at all stages of the process was substantiated. The author believes clinical audit is an integral part of management, a tool which aimed at the HCO efficiency improving



and patient satisfaction through systematic and consistent assessment of risks and weaknesses and making recommendations for the clinical process improving in general and healthcare services in particular.

It was proposed to define healthcare service as a process of interaction between the HCO's staff and the patients in order to restore, strengthen and maintain their health, based on trust in the organization, patient satisfaction and loyalty, quality health care and services. A multi-attribute model of health care service has been formed, in which, in contrast to the existing ones, the level of healthcare service as a brand has been added. A classification of healthcare services according to various socio-economic and legal criteria has been developed.

Author interprets the content of the category «health care organization», as an enterprise, institution and organization of any form of ownership and organizational and legal form, which has the status of a legal entity and carries out economic activities in the health care field independently or through separate units based on the professional activities of medical (pharmaceutical) staff. The HCOs classification is developed according to the following characteristics: activity sphere, organizational and legal form, ownership form, purpose of economic activity, availability of healthcare and other medical services, specialization, availability of business license, accreditation, privatization, the state body subordination.

Three groups of internal factors of HCO competitiveness have been formed – medical-technological, economic-managerial and organizational-legal. The competitiveness of HCOs was assessed according to marketing factors in the market sector of guaranteed packages of healthcare services for primary health care in Vinnytsya.

Methodical support for evaluation of external factors affecting the competitiveness of organizations in the market of healthcare services has been improved. The results were obtained because of the matrix «possibility/vulnerability», based on the results of conducting expert interviews with managers of individual private and municipal enterprises in Vinnytsia and Vinnytsia region.

An analysis of the intensity level of competition in the sector of guaranteed packages of healthcare services for primary care provided by private and municipal organizations in Vinnytsia was performed. It based on the Porter's five forces model and the method of expert evaluation. The author identified a high level of threat from the power of customers, the average level of threat from new entrants into the industry, competition in the industry and power of suppliers, a low level of threat from substitute products. Marketing measures were proposed to mitigate the impact of the identified threats on the market activities of the studied HCOs.

The main trends of the Ukraine healthcare services market, its volume, dynamics, potential, structure are clarified. It is proved that the market of healthcare services is in the development phase, its growth has a positive dynamics, and the product structure is constantly changing. Market trends for privately owned HCOs are generalized: the emergence of new market players; expansion of network players by opening new clinics or absorbing single players, especially in large cities of Ukraine; differentiation and diversification of services through the opening of new areas; expanding the participation of private HCOs and doctors in the healthcare sector reform by concluding agreements with The National Health Service of Ukraine.

The traditional model «4P» was expanded to «7P» for healthcare services and, accordingly, instrumental strategies of the marketing mix were defined – product, personnel, process, physical evidence, promotion, price, place. The influence of five strategies – product, personnel, process, physical evidence, promotion on the HCO effectiveness based on empirical research, which consisted of a survey of senior medical staff from 25 organizations of different ownership forms in Vinnytsia and Vinnytsia region using a questionnaire. The methodological support of data processing based on multiple linear regression analysis and the statistical software package SPSS 17.0 has been improved.

A new term construction of "retention of medical staff" is proposed. It is interpreted as a process of implementing a set of measures by which the organization creates conditions for staff that minimize its fluidity and provide optimal socio-

economic and ethical-psychological conditions for professional activity and recovery. The problem of preserving the medical staff of the HCO has been updated, a few measures have been identified to motivate it: compensation package, personal benefits and preferences, promotion and approval of the medical staff status, etc.

The process of developing a marketing competitive strategy of the HCO is proposed to be considered as a sequence of five stages: the creation of an information base; strategy choice; strategy verification; drawing up a plan; strategy implementation. The components of the strategic marketing plan of the HCO in the formation of its marketing competitive strategy are determined: basic values; mission; overall goal; vision; formalized goals; strategy structuring; strategic tasks and their description; performance indicators; specific actions.

A SWOT and PEST analysis was conducted for organizations operating in the market of healthcare services in Vinnytsia, based on the results, marketing competitive strategies were proposed: focused on process improvement – for municipal, state and private outpatient clinics; focused on quality improvement – for small private specialized hospitals that provide unique services; focused on consumer needs – for large private specialized medical centres, as well as for organizations of all ownership forms, competing in the sector of guaranteed service packages; all three types of strategies are for strategic business units of private multidisciplinary organizations.

The author substantiates the choice of evaluation criteria for the effectiveness of marketing competitive strategy in three dimensions – efficiency, productivity and effectiveness, and from two positions – external and internal. A system of indicators for evaluating the effectiveness of the marketing competitive strategy of HCO based on clinical audit is proposed.

Consumer satisfaction with healthcare services is determined by a key factor and a prerequisite for the formation of effective marketing competitive strategies of HCO, which is justified by conducting marketing research based on surveys using SERVPERF, Structure Equation Modelling methodology and modern information

technologies for collecting and processing statistics: Google-forms, SPSS STATISTICS 17.0 and LISREL8.80 packages.

The author developed an algorithm for studying the relationship between the quality of healthcare services, patient satisfaction and their intentions of loyalty. It is proved that patient satisfaction mediates the perceived quality of healthcare services and the intentions of customers' loyalty. The author improved the methodology for assessing the healthcare services quality for HCO based on the SERVPERF method, identified three constructs that shape the perception of quality of healthcare services by the patient (staff, communications and physical evidence), built a model «Perceived patient quality of healthcare services», which establishes correlations and covariance relationships between model constructs.

A «Structural model of the relationship between the perceived quality of health care, its components and loyalty, mediated by patient satisfaction» has been built. The tendencies of using marketing tools in the HCO activity are clarified. The author identified the importance of each of them for the patient when choosing an organization and proposed a «Structural model of the relationship between marketing tools and loyalty, mediated by patient satisfaction». This model established a relationship between the marketing mix and patients loyalty mediated by their satisfaction.

Proposals have been developed for municipal and private HCOs to improve the marketing tools use in the process of competitive marketing strategy implementing and provide competitive advantages based on patients' opinions through the matrix «frequency of marketing tools / their importance in patient selection».

**Keywords:** competition, competitiveness, marketing competitive strategy, health care organization, healthcare services market, instrumental marketing mix strategies, consumer satisfaction.

## СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

### *Колективні монографії*

1. Mishchuk A., Zharlinska R., Verlan-Kulshenko O. Strategic approaches to the formation of the competitive strategy of health care organizations. *Conceptual aspects management of competitiveness the economic entities: collective monograph/* edited by M. Bezpartochnyi, I. Britchenko, in 2 Vol. / Higher School of Social and Economic. Przeworsk: WSSG, 2019. Vol. 2. P. 250-259 (0,51 д.а./0,3 д.а.). *Особистий внесок здобувача полягає у визначенні концептуальної структури конкуренції, аналізі генеричних конкурентних стратегій за Портером та їх імплементації у діяльність закладів охорони здоров'я, аналізі методів контролю якості медичної допомоги, запровадженню клінічного аудиту у діяльність закладів охорони здоров'я.*

### *Статті у виданнях, включених до переліку наукових фахових видань України з присвоєнням категорії «А», проіндексованих у базах даних Web of Science Core Collection та/або Scopus*

2. Mishchuk A.A., Gavryliuk A.O., Zharlinska R.G. Legal support of the mechanism of the quality control of healthcare services in Ukraine. *World of Medicine and Biology*. 2019. № 1 (67). P. 30-33 (0,5 д.а./0,3 д.а.). *Особистий внесок здобувача полягає у визначенні особливостей забезпечення якості медичної послуги на сучасному етапі функціонування ринку, аналізі методів контролю якості медичної допомоги, в т.ч. клінічного аудиту.*

3. Міщук А.А., Гаврилюк А.О., Жарлінська Р.Г., Даценко Г.В., Сорокоумов В.П., Котуза А.С. Особливості удосконалення надання медичних послуг в Україні. *Світ Медицини та Біології*. 2019. №3(69). С. 39-43 (0,59 д.а./0,4 д.а.). *Особистий внесок здобувача полягає у класифікації медичних послуг, визначенні тенденцій розвитку ринку медичних послуг.*

4. Міщук А.А., Жарлінська Р.Г., Вергелес К.М., Гаврилюк А.О., Бабійчук О.Ю. Аналіз міграції медичного персоналу в умовах реформування охорони здоров'я в Україні. *Світ Медицини та Біології*. 2019. №4 (70). С. 65-71

(0,55 д.а./0,35 д.а.). *Особистий внесок здобувача полягає у визначенні цілей ефективного управління персоналом, аналізі системи мотивації, пропозиції комплексного підходу до вирішення проблем зі збереження працівників (ретеншин персоналу).*

5. Міщук А.А., Вергелес К.М., Горохова Л.В., Гаврилюк А.О., Жарлінська Р.Г., Бабійчук О.Ю. Дослідження практичної реалізації системи медичного обслуговування в Україні в умовах децентралізації. *Світ Медицини та Біології*. 2019. №4 (70). С. 30-34 (0,7 д.а./0,1 д.а.). *Особистий внесок здобувача полягає в аналізі фінансування галузі охорони здоров'я на сучасному етапі.*

6. Mishchuk A.A., Gavrilyuk A.O., Zharlinska R.G., Vergeles K.M., Berezovskyi A.M., Pashynskyi Ya.M., Iakovtsova I.I. Improvement of the patient care process based on the principles of clinical audit. *World of Medicine and Biology*. 2020. № 2 (72). (0,6 д.а./0,25 д.а.). Р. 27-31. *Особистий внесок здобувача полягає у побудові спіралі клінічного аудиту та розробленні стандартизованої моделі клінічного маршруту на принципах клінічного аудиту.*

***Статті у періодичних наукових виданнях інших держав, які входять до Організації економічного співробітництва та розвитку та /або***

***Європейського союзу***

7. Mishchuk A. Marketing competitive strategy's effectiveness assessment for health care organizations. *Journal of Modern Economic Research*. 2020. № 3. Р. 15-26 (0,8 д.а.). URL: <https://www.denakyrpublishing.science/index.php/jmer/article/view/35>.

***Статті у наукових виданнях, включених до переліку наукових фахових видань України з присвоєнням категорії «Б»***

8. Міщук А.А. Інструментальні стратегії маркетингу закладу охорони здоров'я. *Економіка і організація управління*. 2017. №2. С. 120-131 (0,87 д.а.)

9. Mishchuk A., Boienko O. Classification of marketing competitive strategies for health care organizations. *Економіка і організація управління*. 2020. №1 (37). С. 149-159 (0,95 д.а./0,85 д.а.) *Особистий внесок здобувача полягає у*

розробленні класифікації маркетингових конкурентних стратегій закладів охорони здоров'я.

### ***Публікації за матеріалами конференцій***

10. Жарлинская А.А. (Мищук А.А.), Присяжнюк А.А. Медицинское страхование: международный опыт. *Актуальные проблемы современной медицины и фармации 2016*: сборник тезисов докладов LXX Международной научно-практической конференции студентов и молодых ученых. 20-22 апреля 2016 г., г. Минск. Минск: БГМУ, 2016. С. 791-792. (0,07 д.а./0,05 д.а.). *Особистий внесок здобувача полягає у характеристиці систем медичного страхування.*

11. Жарлінська А.А. (Міщук А.А.), Присяжнюк А.А., Жарлінська Р.Г. Медичне страхування в Україні: стан та перспективи розвитку. *Проблеми розвитку соціально-економічних систем в національній та глобальній економіці*: праці XVI Всеукраїнської наукової конференції студентів, аспірантів та молодих вчених. 19-21 квітня 2016 р., м. Вінниця. Вінниця: ДонНУ, 2016. С. 86-88. (0,2 д.а./0,1 д.а.). *Особистий внесок здобувача полягає у виділенні характерних особливостей сучасної вітчизняної моделі охорони здоров'я, визначенні сутності медичного страхування та його особливостей, завдань, форм та систем.*

12. Жарлинская А.А. (Мищук А.А.), Присяжнюк А.А. Медицинское страхование в Украине: реалии и перспективы. *Медицинская наука: достижения и перспективы*: материалы XI научно-практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвященной 25-летию государственной независимости Республики Таджикистан. 29 апреля 2016 г., г. Душанбе. Душанбе: ТГМУ им. Абуали ибни Сино, 2016. С. 425. (0,06 д.а./0,05 д.а.). *Особистий внесок здобувача полягає у дослідженні особливостей добровільного медичного страхування в Україні.*

13. Жарлінська А.А. (Міщук А.А.), Жарлінська Р.Г. Окремі правові аспекти реформування системи охорони здоров'я в Україні. *Морально-етичні, правові та психологічні аспекти роботи лікаря*: збірник тез IV науково-

практичної конференції. 1 жовтня 2016 р., м. Хмельницький. Хмельницький: Хмельницький університет управління та права, 2016. С. 21-22 (0,09 д.а./0,05 д.а.). *Особистий внесок здобувача полягає у висвітленні основних напрямків реформування системи охорони здоров'я України.*

14. Жарлинская А.А. (Мищук А.А.), Жарлинская Р.Г. Роль сегментации рынка в маркетинговой деятельности учреждений здравоохранения Украины. *Инновации в медицине и фармации – 2016: Материалы дистанционной научно-практической конференции студентов и молодых ученых. 10 октября – 17 ноября 2016 г., г. Минск. Минск: БГМУ, 2016. С. 600-603 (0,11 д.а./0,1 д.а.).* *Особистий внесок здобувача полягає у дослідженні пацієнтів як покупців медичних послуг та закладів охорони здоров'я як їх виробників.*

15. Жарлінська А.А. (Міщук А.А.) Сегментація ринку медичних послуг як основа формування маркетингових стратегій. *Управління розвитком соціально-економічних систем: глобалізація підприємництво, стале економічне зростання: праці XVI Міжнародної наукової конференції студентів, аспірантів та молодих вчених. 14-16 грудня 2016 р., м. Вінниця. Вінниця: ДонНУ імені Василя Стуса, 2016. Т. 2. С. 48-50 (0,14 д.а.).*

16. Міщук А.А., Михайлівська Д.О. Контроль якості надання медичних послуг в Україні. *Управління розвитком соціально-економічних систем: глобалізація, підприємництво, стале економічне зростання: праці XVII Міжнародної наукової конференції студентів, аспірантів та молодих вчених. 4-6 грудня 2017 р., м. Вінниця. Вінниця: ДонНУ імені Василя Стуса, 2017. Т. 1. С. 202-204 (0,15 д.а./0,05 д.а.).* *Особистий внесок здобувача полягає в аналізі видів внутрішнього і зовнішнього контролю якості медичних послуг.*

17. Міщук А.А. Характерні особливості медичних послуг та шляхи їх вдосконалення. *Управління розвитком соціально-економічних систем: глобалізація, підприємництво, стале економічне зростання: праці XVII Міжнародної наукової конференції студентів, аспірантів та молодих вчених. 4-6 грудня 2017 р., м. Вінниця. Вінниця: ДонНУ імені Василя Стуса, 2017. Т. 1. С. 205-207 (0,15 д.а.).*



18. Мищук А.А. Клинический аудит как структурный элемент маркетинговой конкурентной стратегии учреждения здравоохранения Украины. *Актуальные проблемы современной медицины и фармации 2017: сборник тезисов докладов LXXI Международной научно-практической конференции студентов и молодых ученых. 17-19 апреля 2017 г., г. Минск. Минск: БГМУ, 2017. С. 938 (0,09 д.а.).*

19. Міщук А.А., Жарлінська Р.Г. Клінічний аудит як механізм державного контролю якості надання медичних послуг в Україні. *Теоретичні та прикладні аспекти впливу держави на економіку України: матеріали I Всеукраїнської науково-практичної конференції. 20 грудня 2017 р., м.Київ. Київ: Вид-во НПУ імені М.П. Драгоманова, 2017. С. 25-30 (0,21 д.а./0,11 д.а.). Особистий внесок здобувача полягає у формуванні циклу клінічного аудиту, аналізі видів, принципів, процесу клінічного аудиту.*

20. Міщук А.А., Жарлінська Р.Г. Становлення ринку медичних послуг як складова медичної реформи в Україні. *Модернізація економіки в умовах зростання суспільної свідомості: туризм, людиномірність, партнерство, кооперація: матеріали II Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції. 14 грудня 2017 р., м. Полтава. Полтава: ПУЕТ, 2017. С. 208-211 (0,18 д.а./0,15 д.а.). Особистий внесок здобувача полягає у визначенні особливостей ринку медичних послуг в Україні.*

21. Мищук А.А., Жарлинская Р.Г. Особенности рекламы медицинских услуг. *Студенческая медицинская наука XXI века. III Форум молодежных научных обществ: материалы XVIII междунар. науч.-практ. кон. студентов и молодых ученых и III Форума молодеж. науч. обществ: в 2 ч. 14-15 ноября, 2018 г., г. Витебск. Витебск: ВГМУ, 2018. Ч. II. С. 881-885 (0,28 д.а./0,1 д.а.). Особистий внесок здобувача полягає в аналізі особливостей маркетингу медичних послуг.*

22. Міщук А.А., Жарлінська Р.Г., Гаврилюк А.О. Клінічний аудит в системі забезпечення права пацієнта на якісну медичну допомогу. *Актуальні проблеми медичного права: професійний погляд: матеріали Всеукраїнської*

науково-практичної конференції. 29 листопада 2018 р., м. Київ. Київ, Одеса: Фенікс, 2019. С. 29-32 (0,39 д.а./0,25 д.а.). *Особистий внесок здобувача полягає у визначенні ролі клінічного аудиту як інструменту вдосконалення якості медичної послуги, формуванні окремих стратегічних напрямків клінічного аудиту в закладах охорони здоров'я.*

23. Міщук А.А., Гаврилюк А.О., Жарлінська Р.Г., Адамчук О.Ф. Право пацієнта на якісну медичну допомогу. *Сучасна патоморфологічна діагностика в клінічній практиці лікаря: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції. 10-11 квітня 2019 р., м. Вінниця. Вінниця: ТОВ «ТВОРИ», 2019. С. 38-43 (0,4 д.а./0,1 д.а.). Особистий внесок здобувача полягає в аналізі стану медичного обслуговування пацієнтів в Україні.*

24. Міщук А.А., Жарлінська Р.Г., Даценко Г.В., Даценко Ю.О., Безкровна О.Д. Якість медичної допомоги та послуги: організаційно-правові аспекти. *Сучасна патоморфологічна діагностика в клінічній практиці лікаря: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції. 10-11 квітня 2019 р., м. Вінниця. Вінниця: ТОВ «ТВОРИ», 2019. С. 65-70 (0,35 д.а./0,1 д.а.). Особистий внесок здобувача полягає в обґрунтуванні критеріїв визначення ступеню задоволеності пацієнта.*

25. Міщук А.А., Жарлінська Р.Г., Гаврилюк А.О., Даценко Г.В., Даценко Ю.О. Ефективність управління персоналом в умовах реформування охорони здоров'я в Україні. *Priority directions of science development: abstract of the 2nd International Scientific and Practical Conference. November, 25-26, 2019, Lviv. Львів, 2019. С. 476-481 (0,25 д.а./0,05 д.а.). Особистий внесок здобувача полягає у розробленні заходів щодо мотивації медичного персоналу.*

26. Mishchuk A.A., Zharlinska R.G., Gavryluk A.O., Datsenko G.V., Datsenko J.O. Quality assurance of health care in Ukraine: economic and legal aspects. *Scientific achievements of modern society: abstract of the 4th International Scientific and Practical Conference. December, 4-6, 2019, Liverpool, United Kingdom. Liverpool. Cognum Publishing House. United Kingdom. 2019. P. 638-645*

(0,4 д.а./0,15 д.а.). *Особистий внесок здобувача полягає у визначенні критеріїв якості медичної послуги.*

### **Статті в інших виданнях**

27. Жарлінська А.А. (Міщук А.А.), Присяжнюк А.А., Жарлінська Р.Г. Медичне страхування в Україні: економіко-правові аспекти становлення та міжнародний досвід. *Economic and law paradigm of modern society*. 2016. №1. С. 169-173 (0,52 д.а./0,3 д.а.). *Особистий внесок здобувача полягає у виокремленні характерних особливостей сучасної вітчизняної моделі охорони здоров'я, визначенні сутності медичного страхування та його особливостей, завдань, форм та систем.*

28. Міщук А.А., Жарлінська Р.Г., Верлан-Кульшенко О.О. Медична послуга: економічний та юридичний зміст. *Economic and law paradigm of modern society*. 2017. №2. С. 65-75 (0,9 д.а./0,7 д.а.). *Особистий внесок здобувача полягає у розгляді суті медичної послуги, її економічного змісту, характеристик, відмінних рис від інших видів послуг, розробленні мультиатрибутивної моделі, класифікації медичних послуг за рівнем надання.*

29. Міщук А.А., Жарлінська Р.Г. Роль клінічного аудиту у формуванні маркетингової конкурентної стратегії закладу охорони здоров'я. *Економіка, бізнес-адміністрування, право*. 2017. Вип. №2 (2). С. 265-278. (0,83 д.а./0,53 д.а.). *Особистий внесок здобувача полягає в обґрунтуванні ролі клінічного аудиту у формуванні ефективної конкурентної стратегії на ринку медичних послуг.*

30. Mishchuk A., Zharlinska R., Teleguzova A. Advertising in the marketing system of medical services: legal and economic aspects. *Економіка, бізнес-адміністрування, право*. 2018. Вип. № 4 (4). С. 34-49 (1,11 д.а./0,8 д.а.). *Особистий внесок здобувача полягає у визначенні характерних рис маркетингу в системі охорони здоров'я, розробленні етапів формування маркетингової та рекламної стратегії закладів охорони здоров'я.*

## ЗМІСТ

<b>ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ</b> .....	21
<b>ВСТУП</b> .....	22
<b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ФОРМУВАННЯ МАРКЕТИНГОВОЇ КОНКУРЕНТНОЇ СТРАТЕГІЇ ЗАКЛАДІВ НА РИНКУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ УКРАЇНИ</b> .....	35
1.1. Конкуренція на ринку медичних послуг та її вплив на формування маркетингової конкурентної стратегії закладів охорони здоров'я.....	35
1.2. Маркетингова конкурентна стратегія закладів охорони здоров'я: поняття, класифікація, методологія формування.....	56
1.3. Медична послуга в комплексі маркетингу закладу охорони здоров'я як фундамент формування конкурентних стратегій.....	87
Висновки до розділу 1.....	102
<b>РОЗДІЛ 2. КОНКУРЕНТНЕ СЕРЕДОВИЩЕ В КОНТЕКСТІ ПРАКТИКИ ФОРМУВАННЯ МАРКЕТИНГОВОЇ СТРАТЕГІЇ ЗАКЛАДІВ НА РИНКУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ УКРАЇНИ</b> .....	106
2.1. Фактори та сили, що впливають на конкурентоспроможність закладів охорони здоров'я .....	106
2.2. Аналіз ринку медичних послуг України.....	130
2.3. Аналіз інструментальних стратегій маркетингу закладів на регіональному ринку медичних послуг .....	149
Висновки до розділу 2.....	175
<b>РОЗДІЛ 3. ФОРМУВАННЯ МАРКЕТИНГОВОЇ КОНКУРЕНТНОЇ СТРАТЕГІЇ ЗАКЛАДІВ В УМОВАХ ТРАНСФОРМАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ УКРАЇНИ</b> .....	180
3.1. Напрями розбудови маркетингової конкурентної стратегії та оцінювання її ефективності .....	180
3.2. Розробка ефективної конкурентної стратегії закладу на ринку медичних послуг на основі інструментів клінічного аудиту.....	198
3.3. Ступінь задоволення споживача як головна детермінанта успіху закладів охорони здоров'я в конкурентній боротьбі .....	209
Висновки до розділу 3.....	245
<b>ВИСНОВКИ</b> .....	250
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b> .....	255
<b>ДОДАТКИ</b> .....	283

## ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я;
Держстат	Державна служба статистики України;
ЕДЗЗП	ефективність діяльності закладу, виміряна через показник задоволеності пацієнта;
ЗОЗ	заклад охорони здоров'я;
КНП	комунальне некомерційне підприємство;
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я України;
НСЗУ	Національна служба здоров'я України;
ОМС	загальнообов'язкове медичне страхування;
ФОП	фізична особа-підприємець;
ЦПМСД	центр первинної медико-санітарної допомоги;
ЯМД	якість медичної допомоги;
PDCA	Plan-Do-Check-Act
SEM	Structural Equation Modelling

## ВСТУП

*Актуальність теми.* Докорінні трансформаційні зміни в галузі охорони здоров'я України мають на меті побудову нової системи оздоровлення, в центрі якої перебуває пацієнт – споживач медичної послуги з його запитами та потребами. Формування системи, орієнтованої на пацієнта, означає для закладів охорони здоров'я переміщення акцентів в управлінні зі збільшення обсягів реалізації медичних послуг, забезпечення їх рентабельності, стримування витрат на цінності та результати, важливі для споживача.

Отримання пацієнтом можливості де-факто реалізувати своє право на вибір ЗОЗ та лікаря завдяки гарантованому пакету безкоштовних медичних послуг дає потужний поштовх до посилення конкуренції на ринку медичних послуг між закладами різних форм власності, яка створює необхідні передумови для споживачів, з одного боку, здійснювати вибір на користь того чи іншого постачальника безкоштовних медичних послуг, а з іншого – обирати найоптимальніше платне обслуговування у параметрах співвідношення ціна-якість.

Нові умови функціонування медичної галузі значно динамізують процеси змін в управлінні закладами, вимагають від менеджерів постійного моніторингу ринку медичних послуг з його принципово новими якісними і кількісними параметрами, інформаційно-технологічними та інноваційними форматами медичної бізнес-діяльності, зосередження на стратегічних напрямках діяльності, принципово інших підходів до маркетингу та клієнтів. Складність ситуації підсилює той факт, що до 2017 року лєвова частка ЗОЗ не мала правового статусу підприємства, а отже широкої економічної свободи, фінансової автономії операційної діяльності, підприємницької ініціативи, що свідчить про відсутність досвіду роботи на ринку медичних послуг в умовах конкуренції, що загострюється. Нині, за нових умов фінансування, перед ЗОЗ постає триєдине завдання: задоволення персоналізованих й індивідуалізованих потреб пацієнтів;

дотримання апіорі унормованого законодавчо рівня якості і безпеки медичної допомоги; забезпечення ефективності господарської діяльності – для закладів приватної форми власності та принаймні беззбитковості – для комунальних некомерційних підприємств (КНП). Підприємства та заклади сфери охорони здоров'я змушені рухатись вперед під впливом конкурентних сил, розвиваючи відповідні конкурентні стратегії, замість реагування на ринкові виклики за допомогою методів та підходів, які використовувались в минулому.

Становлення вітчизняного ринку медичних послуг перебуває під впливом глобальних тенденцій: вдосконалення інструментів контролю їх якості, стандартизації, уніфікації лікувальних протоколів, поширення новітніх діагностичних, лікувальних, інформаційних технологій, створення баз даних пацієнтів та захист інформації тощо. У зв'язку з цим актуалізується питання теоретичного обмірковування філософії ринкових процесів, еволюції стратегічного бачення, переосмислення вихідних науково-теоретичних положень і практичних аспектів щодо формування маркетингових конкурентних стратегій та впровадження нових методичних підходів в практику управління ЗОЗ.

Значний внесок у дослідження проблем, пов'язаних з теоретичною платформою формування маркетингових конкурентних стратегій підприємств, в т.ч. галузі охорони здоров'я, здійснено такими зарубіжними вченими: А. Ahmad, Н.І. Ansoff, J.W. Begun, E.N. Berkowitz, M. Bitner, B. Booms, T.W. Butler, W.O. Cleverley, M.A. Cusumano, Ph. Kotler, G. von Krogh, G.K. Leong, C.H. Lovelock, H. Mintzberg, R.E. Miles, G.C. Pope, M.E. Porter, J. Shalowitz, C.C. Snow, R.J. Stevens, R.B. Thomson, M. Treacy, H.Q. Trinh, F. Wiersema, J. Wirtz та ін. Теоретико-методологічні основи стратегічного менеджменту та маркетингу розвивали вітчизняні науковці М.Л. Данилович-Кропивницька, Н.В. Куденко, Ж.В. Поплавська, Н.Л. Михальчишин, Л.М. Шульгіна. Проблематика формування і функціонування системи надання медичних послуг в Україні, конкуренції на ринку медичних послуг, маркетингової діяльності в медичній царині, правового та державного регулювання сфери охорони здоров'я

опрацьовано у роботах українських науковців, зокрема, таких, як: О.В. Басва, В.С. Бірюков, М.М. Білінська, А.І. Бутенко, С.М. Вовк, Ю.В. Вороненко, А.І. Данилів, Л.І. Жаліло, Л.Я. Зацна, Т.І. Івашків, О.А. Іващенко, Т.М. Камінська, С.О. Козуліна, Н.П. Кризина, В.М. Лехан, А.С. Лисова, Н.З. Мачуга, В.Ф. Москаленко, З.О. Надюк, Т.М. Носуліч, Я.Ф. Радиш, Н.В. Резнікова, М.В. Савченко, І.Я. Сенюта, А.В. Симонян, В.А. Сміянов, І.М. Солоненко, А.В. Степаненко, С.Г. Стеценко та ін.

Проте певна низка теоретичних і практичних аспектів цієї багатогранної наукової проблеми залишається недостатньо розкритою й обґрунтованою. Насамперед потребують комплексного дослідження: сутність медичних послуг та розроблення їх класифікації, поняття і зміст маркетингової конкурентної стратегії та систематизація типів стратегій. Високої актуальності набувають системний аналіз підходів, факторів і сил конкуренції на ринку медичних послуг, вивчення тенденцій, структури, обсягу, динаміки даного ринку, методологічні аспекти формування маркетингової конкурентної стратегії та інструментальних стратегій маркетинг-мікс ЗОЗ. Крім того, надзвичайно актуальним є пошук та обґрунтування нових управлінських інструментів, що впливають на ефективність функціонування закладів на ринку медичних послуг.

Таким чином, актуальність, наукова та прикладна значущість виокремлених проблем визначили вибір теми дисертаційної роботи, її мету та завдання.

*Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.*

Дисертаційна робота виконана відповідно до тематики наукових досліджень Донецького національного університету імені Василя Стуса – за комплексною держбюджетною темою «Інтегрований розвиток територій: кадрова, маркетингова та інноваційна складові» (номер держреєстрації 0117U006342, 2017-2020 рр.), у межах якої автором систематизовано маркетингові конкурентні стратегії ЗОЗ; розроблено алгоритм формування стратегій; удосконалено методичне та інформаційне забезпечення оцінювання



якості медичних послуг на основі моделювання структурними рівняннями та розроблено рекомендації щодо формування маркетингової конкурентної стратегії ЗОЗ.

*Мета й завдання дослідження.* Метою дисертаційної роботи є удосконалення теоретико-методичних засад та розробка науково-практичних рекомендацій щодо формування маркетингової конкурентної стратегії закладів на ринку медичних послуг. Для досягнення зазначеної мети було поставлено і вирішено такі завдання:

- з'ясувати особливості конкуренції між ЗОЗ, чинники, що ускладнюють їх діяльність на ринку медичних послуг, та конкурентні підходи; обґрунтувати зв'язок між конкуренцією та задоволеністю споживачів на основі концептуальної структурно-логічної схеми формування маркетингової конкурентної стратегії ЗОЗ;

- поглибити зміст та здійснити класифікацію маркетингових конкурентних стратегій ЗОЗ, визначити методологічні засади їх формування;

- розкрити економічну і правову природу медичних послуг та провести їх критеріально-класифікаційну ідентифікацію, сформуувати мультиатрибутивну модель медичної послуги;

- здійснити класифікацію ЗОЗ, визначити внутрішні та зовнішні фактори їх конкурентоспроможності, провести оцінку конкурентоспроможності окремих закладів приватної та комунальної форми власності за маркетинговими факторами, проаналізувати вплив п'яти сил конкуренції на регіональному ринку медичних послуг;

- проаналізувати ринок медичних послуг України, охарактеризувати його обсяг, динаміку, структуру, основні тенденції розвитку;

- визначити елементи комплексу маркетингу для ЗОЗ, побудувати модель, що встановлює кореляційний зв'язок між інструментальними стратегіями маркетинг-мікс та ефективністю діяльності закладів на регіональному ринку медичних послуг, обґрунтувати ключову роль стратегії персоналу для ЗОЗ;

- сформувати маркетингові конкурентні стратегії та інструментальні стратегії маркетинг-мікс для ЗОЗ, що працюють на регіональному ринку медичних послуг, з використанням методів аналізу та оцінювання ринкового середовища;

- обґрунтувати доцільність використання клінічного аудиту в процесі формування та реалізації маркетингової конкурентної стратегії ЗОЗ і розробити систему показників для оцінювання її ефективності на основі принципів та інструментів клінічного аудиту;

- провести опитування респондентів з метою з'ясування ступеню задоволеності споживачів медичними послугами ЗОЗ, здійснити комплексну оцінку сприйнятої якості медичної послуги, встановити взаємозв'язки між якістю, задоволеністю пацієнтів та лояльністю; оцінити частоту застосування інструментів маркетинг-мікс в діяльності ЗОЗ та їх важливість для пацієнта; побудувати відповідні моделі, які демонструють силу та напрямки їх впливу; визначити пріоритетні маркетингові заходи для підвищення конкурентоспроможності КНП та приватних закладів.

*Об'єктом дослідження* є процес формування маркетингової конкурентної стратегії закладів охорони здоров'я на ринку медичних послуг України.

*Предмет дослідження* – теоретико-методологічні положення та практичні аспекти формування маркетингової конкурентної стратегії закладів на ринку медичних послуг.

*Методи дослідження.* Методологічну основу дисертаційної роботи становить сукупність загальнонаукових принципів, методів та прийомів наукового дослідження, використання яких зумовлене поставленою метою і завданнями. Дослідження ґрунтується на використанні таких методів, як: абстрактно-логічний метод (при узагальненні теоретичних положень і формулюванні висновків); метод історичного аналізу та теоретичного узагальнення (при вивченні методологічних підходів до розробки конкурентних стратегій, типізації маркетингових конкурентних стратегій: пп. 1.2); метод порівняння (при дослідженні наукових шкіл стратегічного менеджменту, при

аналізі підприємств-конкурентів за маркетинговими чинникам конкурентоспроможності на регіональному ринку медичних послуг, при визначенні елементів стратегічного маркетингового плану для ЗОЗ різних форм власності: пп. 1.2, 2.1, 3.1); діалектичний метод (при виявленні взаємозв'язку між елементами концептуальної структури конкуренції ЗОЗ, доведенні існування зв'язків між конкуренцією та задоволеністю споживачів медичних послуг, між удосконаленням якості медичних послуг, удосконаленням процесу їх надання, фокусуванням на потребах пацієнтів та результатами діяльності ЗОЗ: пп. 1.2, 3.3); експертний метод та ранжування (при проведенні оцінки внутрішніх та зовнішніх факторів конкурентоспроможності ЗОЗ, визначенні інтенсивності конкуренції на регіональному ринку на основі моделі п'яти сил, опрацюванні результатів SWOT- і PEST-аналізу: пп. 2.1, 3.1); матричний метод (при оцінці зовнішніх факторів конкурентоспроможності ЗОЗ – матриця «можливості/вразливості», визначенні пріоритетних заходів у процесі реалізації інструментальних стратегій маркетинг-мікс ЗОЗ комунальної та приватної форм власності – матриця «частота застосування інструментів маркетингу / важливість для пацієнта при виборі закладу»: пп. 2.1, 3.3); методи маркетингових досліджень: кабінетні (при аналізі ринку медичних послуг, аналізі забезпеченості кадрами галузі охорони здоров'я: пп. 2.2, 2.3); польові: інтернет-опитування (для вивчення задоволеності пацієнтів та виявлення факторів, які впливають на вибір закладу, з'ясування рівня використання маркетингових інструментів у діяльності ЗОЗ та їх важливості для пацієнта при виборі закладу: пп. 3.3), експертні інтерв'ю з менеджерами ЗОЗ (при класифікації та оцінці зовнішніх факторів конкурентоспроможності ЗОЗ: пп. 2.1), анкетування (при формуванні інформаційної бази для оцінки впливу інструментальних стратегій на ефективність діяльності ЗОЗ, проведенні PEST-аналізу: пп. 2.3, 3.1); статистичні: групування (при аналізі внутрішніх факторів конкурентоспроможності ЗОЗ, визначенні показників ефективності маркетингових конкурентних стратегій: пп. 2.1, 3.2); вбудовані статистичні методи програмного пакету SPSS: метод множинного лінійного регресійного

аналізу (при обробці даних, отриманих від експертів для перевірки гіпотез щодо впливу інструментальних стратегій маркетинг-мікс на ефективність діяльності ЗОЗ та формування моделі: пп. 2.3); експлораторний факторний аналіз і методи виділення головних компонент (при виокремленні трьох складових, що формують сприйняття якості медичної послуги пацієнтом: пп. 3.3); аналіз шляхів (при встановленні кореляційних та коваріаційних взаємозв'язків між конструктами моделі: пп. 3.3); метод оцінки якості послуг SERVPERF (при оцінці сприйнятої пацієнтами якості медичних послуг та побудови моделі: пп. 3.3); метод моделювання структурними рівняннями (при перевірці гіпотез: щодо взаємозв'язків між сприйнятою якістю медичної послуги, задоволеністю пацієнтів та їх намірами лояльності; між сприйнятою якістю та її компонентами; між застосованими інструментами маркетинг-мікс, задоволеністю та лояльністю пацієнтів, а також для побудови відповідних моделей: пп. 3.3); системний підхід (при розробці структурно-логічних схем та моделей: концептуальної структурно-логічної схеми формування маркетингової конкурентної стратегії ЗОЗ та моделі «Конкуренція-задоволеність споживачів», концептуальної структури конкуренції ЗОЗ, мультиатрибутивної моделі медичної послуги, рівнів маркетингової стратегії закладу, схеми розробки маркетингової конкурентної стратегії ЗОЗ, алгоритму розроблення та реалізації маркетингової конкурентної стратегії ЗОЗ, «спіралі» клінічного аудиту, критеріїв та показників оцінки ефективності маркетингової конкурентної стратегії ЗОЗ: пп. 1.1, 1.2, 1.3, 2.1, 3.1, 3.2); аналіз та синтез (при розробці гіпотез та їх експериментальній перевірці); табличний та графічний методи (при наочній ілюстрації результатів дослідження).

Інформаційною базою дослідження є законодавчі та нормативно-правові акти України, офіційні статистичні матеріали та дані звітності Державної служби статистики України (Держстату), Рахункової палати, ДЗ «Центр медичної статистики України МОЗ України», Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), наукові праці вітчизняних та зарубіжних вчених, тематичні

збірники й довідники, матеріали науково-практичних конференцій, періодичних видань, результати анкетних опитувань, особисті розробки автора.

*Наукова новизна одержаних результатів* дисертаційної роботи полягає в узагальненні теоретичного підґрунтя та вирішенні науково-прикладної задачі щодо поглиблення концептуальних засад формування маркетингової конкурентної стратегії закладів на ринку медичних послуг з позиції пацієнт-орієнтованого підходу.

Нові наукові положення, одержані особисто автором, які виносяться на захист, полягають у такому:

***уперше:***

здійснено оцінку якості медичних послуг для ЗОЗ за методикою SERVPERF, що дозволило виявити найбільш суттєві складові, що впливають на якість, з точки зору задоволеності споживача: персонал, комунікації та матеріальний доказ; побудовано модель «Сприйнята пацієнтом якість медичної послуги»; застосовано методологію моделювання структурними рівняннями Structural Equation Modelling (SEM) у програмному пакеті LISREL для доведення існування кореляції між сприйнятою якістю медичної послуги, задоволеністю пацієнтів та намірами лояльності до медичного закладу, а також між маркетинговими інструментами, задоволеністю та лояльністю. Відповідно сформовано моделі: «Структурна модель взаємозв'язків між сприйнятою якістю медичної послуги, її компонентами та лояльністю, опосередкованих задоволеністю пацієнтів» та «Структурна модель взаємозв'язків між маркетинговими інструментами та лояльністю, опосередкованих задоволеністю пацієнтів».

***удосконалено:***

– класифікацію маркетингових конкурентних стратегій за трьома критеріями – орієнтацією на витрати, на якість медичної послуги і на потреби пацієнтів, трактування змісту «маркетингова конкурентна стратегія ЗОЗ» як формально визначеного напрямку розвитку медичної організації, який залежить від сфери, форм і факторів конкуренції на ринку медичних послуг, доступних

ресурсів діяльності, системи маркетингу, що дозволяють реалізувати перспективні загальноорганізаційні цілі з позиції пацієнт-орієнтованості. Запропоновано концептуальну структурно-логічну схему формування маркетингової конкурентної стратегії ЗОЗ, яка об'єднує такі блоки: методологія розробки маркетингової конкурентної стратегії ЗОЗ; поетапний процес формування та визначення її ефективності; головні вектори дослідження конкуренції та конкурентів; формування моделі «Конкуренція-задоволеність споживачів».

– мультиатрибутивну модель медичної послуги, до якої крім трьох основних, включено рівень медичної послуги як бренду. Запропоновано класифікацію медичних послуг за різними соціально-економічними і правовими критеріями та дефініцію «медична послуга» як процес взаємодії між персоналом закладу охорони здоров'я і пацієнтом з метою відновлення, зміцнення та підтримки його здоров'я, який спирається на довіру до медичної організації, задоволеність та лояльність пацієнта, заснованих на отриманні медичної допомоги та обслуговуванні належної якості;

– систему показників для оцінювання ефективності маркетингової конкурентної стратегії ЗОЗ на основі використання принципів клінічного аудиту, до якої включено клінічні (для оцінки медичної та соціальної ефективності) і неклінічні (для оцінки економічної ефективності) показники, що дозволяє використовувати клінічний аудит як управлінський інструмент;

***отримали подальшого розвитку:***

– концептуальна структура конкуренції між закладами на ринку медичних послуг, яка ґрунтується на трьох маркетингових конкурентних стратегіях (лідерства за якістю медичної послуги, вдосконалення процесу та фокусування на задоволенні потреб пацієнтів) та включає показники ефективності ЗОЗ (економічність, продуктивність, результативність) і результат – задоволеність та лояльність споживачів медичних послуг.

**Практичне значення одержаних результатів.** полягає в тому, що основні положення і висновки, наведені в дисертації, доведено до рівня

методичних розробок і практичних рекомендацій, впровадження яких сприятиме реалізації запропонованих напрямів формування маркетингової конкурентної стратегії закладів на ринку медичних послуг. Отримані наукові результати впроваджено на регіональному рівні та на рівні підприємств:

*на регіональному рівні:* в діяльності Департаменту охорони здоров'я та реабілітації Вінницької обласної державної адміністрації (довідка №07-314 від 16.09.2020 р.) – методику оцінювання зовнішніх факторів, що впливають на конкурентоспроможність закладів на ринку медичних послуг; аналіз рівня інтенсивності конкуренції на основі моделі п'яти сил конкуренції із застосуванням методу експертної оцінки, SWOT- і PEST-аналізу для закладів, що працюють на ринку медичних послуг м. Вінниці; систему показників для оцінювання ефективності маркетингової конкурентної стратегії лікарняних закладів на засадах клінічного аудиту.

*на рівні підприємств:* у практичній діяльності ТОВ «Оксфорд Медікал-Вінниця» (довідка № 4/06 від 17.06.2020 р.) – використання принципів та інструментів клінічного аудиту на всіх етапах процесу формування та реалізації маркетингової конкурентної стратегії; рекомендації щодо ретеншн медичного персоналу та запровадження заходів мотивації персоналу, які мінімізують плинність кадрів і забезпечують оптимальні соціально-економічні та етико-психологічні умови професійної діяльності та відновлення; стандартизовану пацієнт-центричну модель клінічного маршруту при виконанні діагностичних досліджень для підвищення якості медичних послуг та оптимізації клінічних процесів; ТОВ «Діагностичний центр «Меділабс» (довідка № 573/20-д від 19.06.2020 р.) – рекомендації щодо запровадження заходів мотивації персоналу з мінімізації плинності кадрів; методології клінічного аудиту в процесі формування та реалізації маркетингової конкурентної стратегії; стандартизовану пацієнт-центричну модель клінічного маршруту при виконанні діагностичних досліджень; ТОВ «Медична лабораторія» (довідка № 1/357 від 23.06.2020 р.) – розроблений алгоритм формування маркетингових конкурентних стратегій; запропоновану методику оцінювання якості медичних

послуг; використано рекомендації щодо формування інструментальних стратегій маркетинг-мікс для закладів охорони здоров'я приватної форми власності; КНП «Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М.І. Пирогова Вінницької обласної ради» (довідка № 01.01-25 / 2220 від 21.09.2020 р.) – алгоритм формування маркетингових конкурентних стратегій ЗОЗ; рекомендації з оцінювання якості медичних послуг та алгоритм проведення дослідження взаємозв'язків між якістю, задоволеністю та лояльністю пацієнтів; пропозиції для комунальних закладів щодо покращення застосування маркетингових інструментів у процесі реалізації маркетингової конкурентної стратегії та забезпечення конкурентних переваг.

Результати дослідження також використовуються в навчальному процесі Донецького національного університету імені Василя Стуса при викладанні навчальних дисциплін «Маркетинг», «Маркетингові дослідження», «Маркетинг послуг», «Стратегічний маркетинг» (довідка №27/01.1.3-43 від 15.05.2020 р.).

**Особистий внесок здобувача.** Наукові положення, висновки і рекомендації, які виносяться на захист, одержані автором особисто. Усі результати, викладені в дисертаційній роботі, одержані здобувачем самостійно і знайшли відображення в наукових публікаціях автора. Із наукових праць, опублікованих у співавторстві, у дисертації використано лише ті положення, ідеї та висновки, які є результатом самостійної роботи здобувача.

#### **Апробація результатів дослідження.**

Основні положення дисертаційної роботи доповідалися та обговорювалися на 15 всеукраїнських і міжнародних науково-практичних конференціях: LXX Міжнародній науково-практичній конференції студентів і молодих учених «Актуальные проблемы современной медицины и фармации 2016» (м. Мінськ, 20-22 квітня 2016 р.); XVI Всеукраїнській науковій конференції студентів, аспірантів та молодих вчених «Проблеми розвитку соціально-економічних систем в національній та глобальній економіці» (м. Вінниця, 19-21 квітня 2016 р.); XI науково-практичній конференції молодих учених і студентів ТГМУ ім. Абуалі ібні Сіно з міжнародною участю



«Медицинская наука: достижения и перспективы», присвячений 25-річчю державної незалежності Республіки Таджикистан (м. Душанбе, 29 квітня, 2016 р.); IV науково-практичній конференції «Морально-етичні, правові та психологічні аспекти роботи лікаря» (м. Хмельницький, 1 жовтня, 2016 р.); дистанційній науково-практичній конференції студентів та молодих учених «Инновации в медицине и фармации – 2016» (м. Мінськ, 10 жовтня – 17 листопада, 2016 р.); XVI міжнародній науковій конференції студентів, аспірантів та молодих вчених «Управління розвитком соціально-економічних систем: глобалізація підприємництво, стали економічне зростання» (м. Вінниця, 14 грудня, 2016 р.); XVII міжнародній науковій конференції студентів, аспірантів та молодих вчених «Управління розвитком соціально-економічних систем: глобалізація, підприємництво, стали економічне зростання» (м. Вінниця, 4-6 грудня, 2017 р.); LXXI Міжнародній науково-практичній конференції студентів і молодих учених «Актуальные проблемы современной медицины и фармации 2017» (м. Мінськ, 17-19 квітня, 2017 р.); I Всеукраїнській науково-практичній конференції «Теоретичні та прикладні аспекти впливу держави на економіку України» (м. Київ, 20 грудня, 2017 р.); II Всеукраїнській науково-практичній інтернет-конференції «Модернізація економіки в умовах зростання суспільної свідомості: туризм, людиномірність, партнерство, кооперація» (м. Полтава, 14 грудня, 2017 р.); XVIII міжнародній науково-практичній конференції студентів і молодих учених «Студенческая медицинская наука XXI века» (м. Вітебськ, 14-15 листопада, 2018 р.); Всеукраїнській науково-практичній конференції «Актуальні проблеми медичного права: професійний погляд» (м. Київ, 29 листопада, 2018 р.); міжнародній науково-практичній конференції «Сучасна патоморфологічна діагностика в клінічній практиці лікаря» (м. Вінниця, 10-11 квітня 2019 р.); II міжнародній науково-практичній конференції «Priority directions of science development» (м. Львів, 25-26 листопада, 2019 р.); IV міжнародній науково-практичній конференції «Scientific achievements of modern society» (м. Ліверпуль, 4-6 грудня, 2019 р.).

### **Публікації.**

Основні результати дисертаційної роботи знайшли своє відображення у 30 наукових працях загальним обсягом 12,95 ум.-др. арк., з них особисто автору належить 8,34 ум.-др. арк., у тому числі 1 стаття у періодичних наукових виданнях інших держав, які входять до Організації економічного співробітництва та розвитку та/або Європейського Союзу, 5 – у виданнях, включених до переліку наукових фахових видань України з присвоєнням категорії «А», проіндексованих у базах даних Web of Science Core Collection, 2 – у наукових фахових виданнях України з присвоєнням категорії «Б», розділ у колективній монографії та 4 статті в інших виданнях, 17 публікацій за матеріалами науково-практичних конференцій.

### **Структура і обсяг роботи.**

Дисертація складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, додатків. Загальний обсяг дисертації – 355 сторінок. Робота містить 42 таблиці, з них 20 таблиць займають 21 повну сторінку, 45 рисунків, з них 9 рисунків займають 7 повних сторінок, 12 додатків на 73 сторінках, список використаних джерел із 279 найменувань на 28 сторінках. Обсяг основного тексту дисертації становить 226 сторінок.

## **РОЗДІЛ 1**

### **ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ФОРМУВАННЯ МАРКЕТИНГОВОЇ КОНКУРЕНТНОЇ СТРАТЕГІЇ ЗАКЛАДІВ НА РИНКУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ УКРАЇНИ**

#### **1.1. Конкуренція на ринку медичних послуг та її вплив на формування маркетингової конкурентної стратегії закладів охорони здоров'я**

Насамперед варто зазначити, що вітчизняний ринок медичних послуг перебуває під впливом глобальних тенденцій на світовому ринку та у системах охорони здоров'я розвинутих країн, які не можуть залишатися поза увагою при формуванні маркетингових конкурентних стратегій ЗОЗ.

Як свідчить досвід розвинутих країн, зокрема США, існує чітка тенденція до зростання показника витрат на охорону здоров'я у складі ВВП. Так, якщо у 2014 році він склав 17,2%, то до 2021 року цей показник сягне 20% [1]. Останніми роками видатки на охорону здоров'я до ВВП в Україні мають тенденцію до скорочення та не перевищують 4% до ВВП (у 2019 році 3,8%, у 2020 – 2,9%) [2]. Як відмічають дослідники, зростання витрат на оздоровлення населення пов'язане з впливом ряду чинників. Частина чинників – старіння населення, зростання доходів і збільшення страхового покриття – є чинниками попиту. Чинники пропозиції багато в чому визначаються стимулами виробників: збільшення чисельності медичного персоналу і закладів, прогрес технологій, розробка інноваційного устаткування і лікарського забезпечення [3]. Відповідно, з урахуванням необхідності скорочення бюджетного дефіциту, багато розвинутих країн змушені вирішувати, як в умовах економії державних коштів забезпечити підвищення рівня громадського здоров'я.

Посилює проблему і той факт, що ефективність надання медичних послуг не завжди висока. По суті, нині не створено в жодній державі такої системи оздоровлення населення, яка б повністю влаштовувала суспільство, саме тому

реформи, пов'язані з пошуком найбільш ефективних підходів до зміцнення здоров'я населення, охопили весь світ.

На думку Рожкової К.В., можна говорити про зміну парадигм, що відбувається нині: перехід від концепції економіки охорони здоров'я до концепції оздоровлення населення, що акцентує увагу на питаннях попередження і профілактики, а не лікування захворювань в умовах досягнення межі можливостей подальшого зростання витрат на охорону здоров'я [4].

У процесі свого розвитку галузь охорони здоров'я наразі все більш орієнтується на істотні зміни у потребах пацієнта щодо підвищення стандартів якості медичних послуг, зростають суспільні витрати на оздоровлення, виникає потреба в реструктуризації галузі, і громадськість все більше опікується проблемами здоров'я. Такі зміни вимагають від ЗОЗ як постачальників медичних послуг переоцінки існуючих стратегічних підходів до маркетингової діяльності та розроблення нових конкурентних стратегій з метою поліпшення ефективності економічної діяльності ЗОЗ загалом та ефективності послуг в сфері охорони здоров'я зокрема [5, 6]. Berkowitz E.N. зазначає, що лікарні з послідовними конкурентними стратегіями мають набагато кращі результати щодо ефективності порівняно з тими, які діють без таких стратегій, таким чином, підкреслюючи важливість реалізації таких стратегій [7]. Подібні дослідження, проведені науковцями інших розвинутих країн, також підтверджують, що заклади та організації охорони здоров'я змушені рухатись вперед під впливом конкурентних сил, розвиваючи відповідні конкурентні стратегії, замість реагування на ринкові виклики за допомогою методів та підходів, які використовувались в минулому [8].

Tiwari V., Heese H.S. відмічають, що ЗОЗ представляють центральну ключову частину систем охорони здоров'я розвинутих країн, тобто є закладами, де формується корисність послуги, забезпечується її якість та досягається максимальна ефективність. Оскільки пацієнти як платники страхових внесків прагнуть контролювати зростання витрат на охорону здоров'я, ЗОЗ, під зовнішнім тиском страхових організацій на граничний рівень витрат на медичні

послуги через зменшення реімбурсації (відшкодування), змушені у разі збільшення витрат на послуги суттєво покращувати їхню якість, що призводить до зростання цін і посилення цінової конкуренції в галузі [9].

Фахівці відмічають, що ЗОЗ є дуже складними організаціями. З одного боку, вони є важливими соціальними структурами, які виконують не тільки свою основну функцію охорони здоров'я, але й інші, зокрема трудову (створення робочих місць, координація діяльності різноманітної робочої сили в галузі), просвітницьку, наукову та дослідницьку, як вважає Мачуга Н.З. [10]. З іншого боку, ЗОЗ є постачальниками послуг, які мають індивідуальний характер, і багато закладів позиціонуються як такі, що виробляють та надають унікальні за якістю медичні послуги і забезпечують завдяки цьому високий рівень обслуговування пацієнтів і конкурентні переваги на ринку. Отже, виникає необхідність вивчення різних конкурентних стратегій та їх можливих наслідків.

Огляд зарубіжної літератури з даної проблематики обґрунтовує наявність взаємодії між конкурентними стратегіями та кінцевими результатами діяльності ЗОЗ [9, 11, 12]. Крім того, існують дослідження, які напрямую пов'язують конкуренцію на ринку медичних послуг та кінцевий результат діяльності ЗОЗ – задоволеність споживачів (Miller R.H., Brook R.H., Kosecoff J., Rivers P.A., Glover S.H.) [13, 14].

Тому, на нашу думку, для розуміння логіки дослідження доцільним є графічно показати етапи наукового пошуку у вигляді концептуальної структурно-логічної схеми формування маркетингової конкурентної стратегії ЗОЗ, яка передбачає в кінцевому результаті ефективність діяльності закладу та зв'язує конкуренцію і задоволеність пацієнта через реалізацію певної стратегії (рис. 1.1).

Схема вміщує окремі блоки: методологія розробки маркетингової конкурентної стратегії ЗОЗ; поетапний процес формування та визначення її ефективності; головні вектори дослідження конкуренції та конкурентів; формування моделі «Конкуренція-задоволеність споживачів».

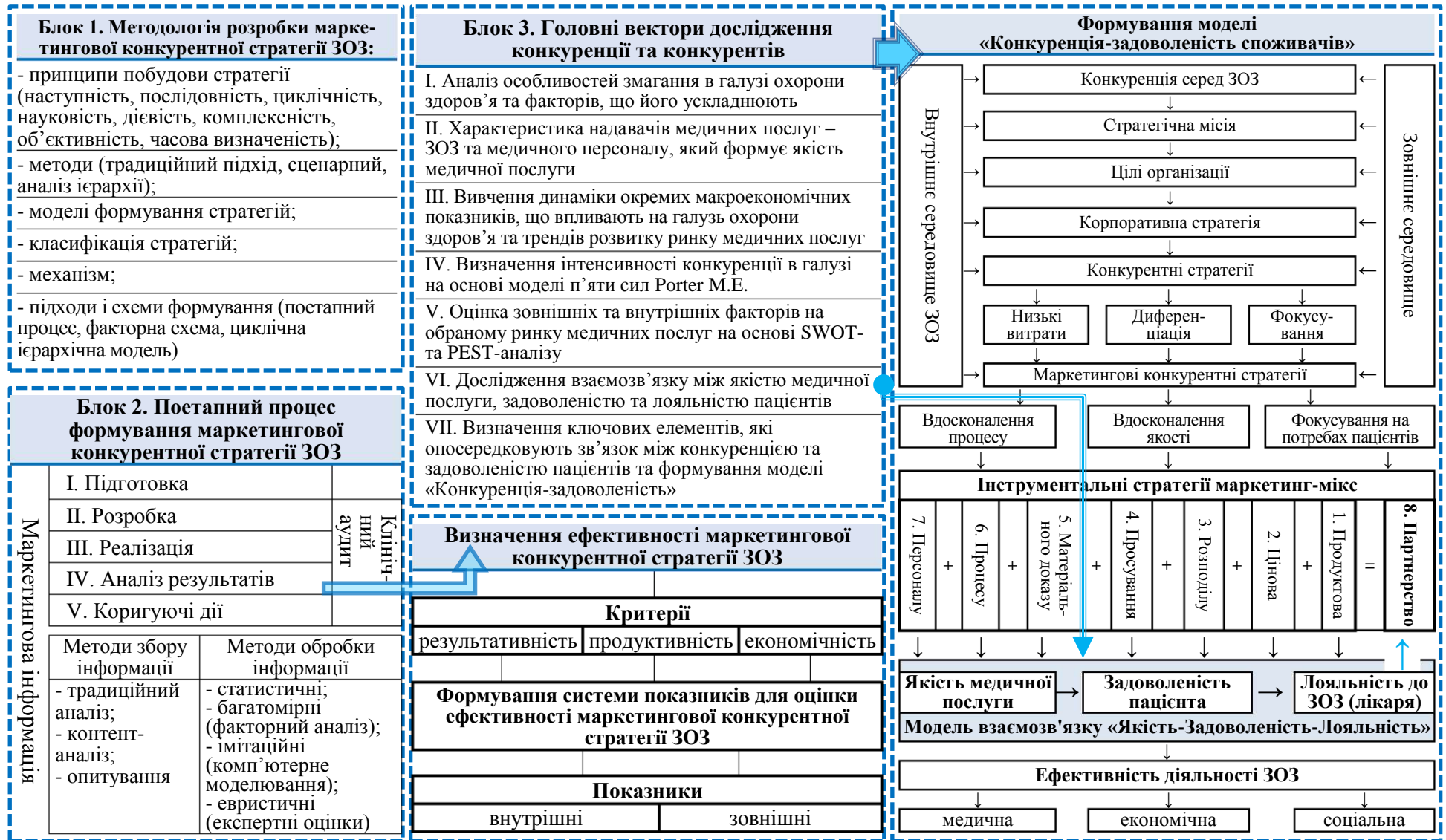


Рис. 1.1. Концептуальна структурно-логічна схема формування маркетингової конкурентної стратегії

Джерело: складено автором

Методологія розробки маркетингової конкурентної стратегії включає визначення методів, принципів, механізму, підходів і схем, що буде коротко розглянуто в підрозділі 1.2, там само будуть визначені етапи процесу формування стратегії.

Дослідження конкуренції та конкурентів, своєю чергою, передбачає аналіз особливостей змагання в галузі охорони здоров'я, факторів, що його ускладнюють, визначення інтенсивності конкуренції на основі моделі п'яти сил, оцінку зовнішніх та внутрішніх факторів на обраному ринку медичних послуг на основі SWOT-аналізу, вивчення динаміки окремих макроекономічних показників, що впливають на галузь охорони здоров'я, і трендів розвитку ринку медичних послуг, характеристику надавачів медичних послуг – ЗОЗ та безпосередньо медичного персоналу, який формує якість медичної послуги, дослідження взаємозв'язку між якістю медичної послуги, задоволеністю пацієнтів та лояльністю, визначення ключових елементів, які опосередковують зв'язок між конкуренцією і задоволеністю пацієнтів, та формування моделі «Конкуренція-задоволеність споживачів». Теоретичною основою моделі «Конкуренція-задоволеність споживачів» є системний підхід до розуміння взаємозв'язку між конкуренцією та задоволеністю пацієнтів, який визнає зовнішнє середовище каталізатором посилення конкуренції у галузі охорони здоров'я [15]. Постійне вдосконалення нормативно-правової бази, політична динаміка, трансформація соціальних та демографічних характеристик, технологічний прогрес призводять до серйозних зрушень у галузі охорони здоров'я, що тягне за собою зміни у внутрішньому середовищі ЗОЗ, посилення конкуренції та тиску на витрати. Процес формування моделі проходить крізь призму стратегічних орієнтирів надавачів медичних послуг, їх місії, цілей, стратегій на різних рівнях управління (корпоративної, конкурентних, маркетингових конкурентних, маркетингових інструментальних) впритул до кінцевого результату – задоволення споживачів та їх лояльності через вдосконалення якості медичних послуг.

Насамперед, відзначимо, що формування ефективної маркетингової конкурентної стратегії ґрунтується на дослідженні впливу конкуренції на

функціонування ринку медичних послуг, основних конкурентних підходів до діяльності ЗОЗ на ньому.

Щодо конкуренції між ЗОЗ експерти компанії McKinsey Dash P., Meredith D., зазначають, що існують переконливі аргументи, які свідчать як на користь конкуренції між ЗОЗ, так і проти неї. Найпереконливіший аргумент апологетів конкуренції полягає в тому, що вона дозволяє створити потужні стимули, які спонукають постачальників медичних послуг до розробки інноваційних рішень, завдяки яким вони можуть надавати пацієнтам послуги більш високої якості за меншою ціною [16]. Зокрема, з приводу цього Porter M.E., Teisberg E.O. висловили таку точку зору: «В умовах нормально функціонуючого ринку конкуренція дозволяє підвищити якість обслуговування і оптимізувати витрати. Розробка інноваційних продуктів і послуг допомагає швидше поширювати нові технології і більш ефективні методи роботи. Успішні компанії процвітають і розвиваються, в той час як їх менш підприємливі конкуренти змушені проводити реорганізацію або виходити з бізнесу. Ціна послуг, скоригована з урахуванням якості, знижується, їх цінність зростає, і ринок розширюється, щоб задовольнити потреби більшої кількості споживачів» [17].

Опоненти (Loozen E. M. H., Burgess S., Gossage D., Green K., Propper C.), з іншого боку, стверджують, що конкуренція між ЗОЗ не дозволяє надавати якісні медичні послуги, якщо стримувати ціни на розумному рівні. На їхню думку, конкуренція часто підштовхує до створення надлишкової потужності і дублювання послуг, що може призвести до поширення практики нав'язування послуг закладами. Також противники конкуренції вказують на те, що для деяких ринків медичних послуг характерна природна монополія, і впровадження конкурентних ринкових механізмів потягне за собою погіршення якості медичних послуг. Більш того, вони вважають, що конкуренція між ЗОЗ може призвести до пріоритетності платних послуг і ринкового успіху перед наданням безкоштовної допомоги пацієнтам, а також до погіршення становища вразливих верств населення, що, своєю чергою, загострить проблему нерівного доступу пацієнтів до медичних послуг. Крім того, на думку опонентів, деякі



основні механізми, завдяки яким у звичайних ринкових умовах конкуренція сприяє позитивній динаміці, не працюють в секторі охорони здоров'я [18-20].

Експерти компанії McKinsey прийшли до висновку, що питання полягає не в сприятливих або негативних факторах, пов'язаних з конкуренцією як такою. Головне завдання – створити умови, в яких ефективне використання конкуренції між постачальниками медичних послуг дозволить досягти бажаних результатів [16].

Porter M.E., Teisberg E.O. відмічають, що в американській системі охорони здоров'я посилилась негативна тенденція, коли постачальники послуг «змагаються в грі з нульовою сумою». «Це зіткнення зацікавлених сторін ставить бар'єри на шляху до якісного медичного обслуговування. Постачальникам платять, незважаючи на те, що вони зловживають ресурсами і надають неякісні послуги». Тому змагання повинне здійснюватися не за збільшення влади постачальників, захоплення пацієнтів і обмеження їх вибору, та звуження спектру послуг заради зниження витрат, а в його основі має бути орієнтація на цінності для споживачів медичних послуг.

Porter M.E., Teisberg E.O. пропонують низку принципів, на яких має базуватися конкуренція, орієнтована на цінності:

1. Конкурентна боротьба має фокусуватися на цінності послуг для пацієнтів, а не лише на зниженні витрат для ЗОЗ.
2. Конкуренція повинна мати характер необмеженої і ґрунтуватися на результатах.
3. Конкуренція має зосереджуватися на процесі надання медичної послуги (медичних умовах) протягом повного циклу медичного обслуговування пацієнта, а не між закладами на окремих етапах лікування.
4. Висока якість медичних послуг має бути менш витратною.
5. Цінність визначається досвідом постачальника в сфері медичних послуг, обсягом його медичної діяльності та рівнем кваліфікації персоналу.
6. Конкуренція повинна мати регіональний та національний характер, а не локальний.

7. Інформація про результати діяльності закладу та його ціни повинна бути широко доступною і створювати умови для формування цінності.

8. Заклади, що запроваджують інновації, які збільшують цінність, повинні мати великі преференції або винагороди [17].

Отже, підсумовуючи вище сказане, варто наголосити на складності конкуренції між ЗОЗ, на зміні її акцентів у системах охорони здоров'я розвинутих країнах з ціни, якості, зручності та доступності послуги на цінності для пацієнта.

Наступним кроком є з'ясування особливостей ринку медичних послуг та факторів, що ускладнюють діяльність ЗОЗ на ньому. Так, Stiglitz J.E. вважає, що такими факторами є «асиметрія інформації, обмежена конкуренція, вагомий вплив закладів, що є неприбутковими, роль страхування» [21]. Вважаємо за необхідне дещо розширити перелік Stiglitz J.E. та більш докладно пояснити ці фактори (рис. 1.2).



Рис. 1.2. Фактори, що ускладнюють діяльність на ринку медичних послуг  
Джерело: Складено автором на основі [10, 21-32]

Асиметрія інформації стосовно ринку медичних послуг полягає в тому, що пацієнти, обираючи послугу, неспроможні повною мірою визначити її якість та важливість через відсутність медичної освіти, тобто вони «купують знання лікарів». Як зазначають Резнікова Н.В., Іващенко О.А., Войтович О.І., «споживаючи товари та послуги, які не впливають на загальний стан їхнього здоров'я, споживачі, тим самим, викривлюють ринковий механізм, призводячи до необґрунтованого зростання попиту і відповідно – ціни. Водночас нестача медичних знань робить пацієнта як споживача вразливим від лікаря, кваліфікація якого підтвердиться лише після того, як послуга буде спожита. Більше того, ринок послуг охорони здоров'я характеризується тим, що попит на ньому стимулюється також з боку надавача послуг, адже останній, ставлячи діагноз, тим самим, визначає структуру потреб споживача» [22].

На нашу думку, для визначення споживчих переваг велике значення має розвиненість інфраструктури ринку медичних послуг, зокрема каналів поширення маркетингової інформації про послугу, заклад тощо.

Складність оцінки якості. Пацієнти не є звичайними споживачами, які при виборі продуктів співставляють ціну і якість. Фактично більшість пацієнтів готові платити більше, щоб максимізувати якість, починаючи з якнайшвидшого відновлення здоров'я і закінчуючи усуненням чиннайменшого болю, що набуває надзвичайної цінності. Проте, якість в охороні здоров'я важко виміряти. На думку Thomson R.B., «споживачі стикаються з великою дилемою невизначеності як щодо послуги безпосередньо, так і щодо якості обслуговування (тобто надання процедури в кращий можливий спосіб)» [23]. В існуючій літературі головним чином рекомендується використовувати якісні індикатори для вимірювання якості медичної допомоги (ЯМД). В Україні перелік індикаторів міститься в Наказі МОЗ № 743 від 02.11.2011 «Про затвердження Індикаторів якості медичної допомоги», які мають переважно медичний характер і не доступні споживачеві при виборі закладу [24]. Існує думка, що пацієнти та медичний персонал по-різному розглядають поняття якості. Отже, пряме використання довільного або нормативного набору

кількісних індикаторів якості зазвичай робить негарантованими результати для складної проблеми якості медичних послуг. Професіонали в сфері охорони здоров'я розходяться в думках щодо того, як виміряти якість: чи шляхом структурного відображення визначених критеріїв (які є змінними залежно від статусу ЗОЗ); чи оцінювання самого процесу (безпосереднього аналізу виконуваних процедур); чи аналізу статистики результату (норми смертності, повторної госпіталізації тощо). Отже, завданням ЗОЗ на ринку є створення для споживачів максимальної упевненості щодо доцільності прийнятого ними рішення про купівлю якісних медичних послуг і формування відповідних сигналів для ринку, які б дозволили диференціювати послугу даного постачальника. Наприклад, «лікарні можуть інвестувати в передові клінічні технології, фокусуватись на лояльності та особистих перевагах пацієнтів, покращувати рівень укомплектованості персоналом та організаційну структуру управління» [23].

Наступним чинником є медичне страхування. Stiglitz J.E. вважає, що надмірне страхування призводить до неконтрольованого зростання попиту на медичні послуги, появи зловживань (моральний ризик), несприятливого відбору [21]. В даному контексті Pore G.C. наголошує, що «відокремлення платників від клієнтів означає захищеність пацієнтів від цінових наслідків власного вибору» [25]. Своєю чергою, Morrissey M.A. додає наступне: якби не контроль витрат з боку страхувальників, то «замість конкуренції, заснованої на цінах, що балансують на рівні, близькому до граничних витрат, на ринку медичних послуг зростала б конкуренція, пов'язана з формуванням високого сервісу, лояльності, якості і вищих цін» [26]. Добросовісні обмеження замовників послуги – уряду (через програми надання медичних послуг) і страхових організацій – є істотним бар'єром для ЗОЗ. Зазначені структури вживають заходи щодо скорочення виплат, або щонайменше обмежують зростання витрат у ЗОЗ [27]. На їх вимогу відбувся перехід від постатейного кошторисного фінансування оплати послуг стаціонарної допомоги до загальних (глобальних) бюджетів і до оплати за кількість випадків лікування

(госпіталізації), головним чином на основі принципу схожого діагнозу, або клініко-статистичних груп [28, с.72] і введення для постачальника послуг показника охоплення (через планування скеровування пацієнтів до конкретного ЗОЗ для зменшення навантаження). Обидві інстанції (уряд та страховики) змусили лікарні все більше усвідомлювати та контролювати свої витрати, особливо постійні, але не тільки їх – змінні також [29]. Наразі, в Україні досвіду впливу обов'язкового медичного страхування (ОМС) на діяльність ЗОЗ немає через відсутність відповідного законодавства, хоча реформою передбачено його запровадження найближчим часом.

Четвертий ускладнюючий чинник – одночасне надання і споживання медичних послуг в тому ж самому місці, в чутливій до часу формі, причому час має виняткове значення. Також існує залежність між перебігом часу і якістю, оскільки медична послуга базується на факторі невідкладності, і вміле використання даного поєднання дає ЗОЗ перевагу на ринку. McLaughlin D.B., Hauss J.M. підкреслюють, що у зв'язку з цим «ЗОЗ повинні враховувати дії невизначених чинників, які почасти перебувають поза межами їх контролю, і розробляти методи для пом'якшення впливу факторів екзогенного середовища» [30]. Отже, все зазначене призводить до усвідомлення топ-менеджерами необхідності мати в арсеналі низку виробничо-стимулюючих оперативних методів для досягнення кращого виконання процесу з метою врахування фактору часу. І одним з таких дієвих методів є, на нашу думку, клінічний аудит, який дозволяє здійснювати контроль якості процесу як на рівні керівництва ЗОЗ, так і незалежними аудиторами, а також оптимізувати процес виробництва та надання медичної послуги з точки зору зручності для пацієнта [27].

П'ятий ускладнюючий чинник – недосконала конкуренція. Cheng Shou-Hsia, Wei Yu-Jung, Chang Hong-Jen кваліфікують ринок медичних послуг як недосконалий конкурентний ринок через його мінливий характер та інформаційну асиметрію [31]. Цінова конкуренція набагато менша в охороні здоров'я, ніж в інших галузях, і лікарні історично конкурували на підставі якості [32]. Мачуга Н.З. також робить такий висновок, оскільки ринок

«характеризують високі ціни та максимальні прибутки його учасників при обмеженні доступу нових суб'єктів до ринку» і додає, що «саме якість наданих медичних послуг є регулятором попиту на ринку та показником конкурентоспроможності ЗОЗ» [10, с. 83]. Медичні послуги зазвичай диференціюють за різними місією і цілями або за фактором розташування лікарні. ЗОЗ можуть використовувати як стратегію вертикальної диференціації за якістю, так і горизонтальної диференціації за географічним розташуванням і широтою сервісних ліній. Отже, розвиток сервісної структури ЗОЗ включає широку різноманітність послуг. Для багатьох ЗОЗ це істотний фактор, але для деяких (високоспеціалізованих) він не є обов'язковим; наприклад, для лікарні, яка спеціалізується на радіаційній терапії або імплантації органів та матеріалів.

Проте, варто зазначити й інші думки щодо типу конкуренції на ринку медичних послуг. Так, Gaynor M. та Vogt W. зазначають, що «на ринках диференційованих товарів (яким є ринок медичних послуг), конкуренція може бути і занадто малою, і значною, і помірною залежно від якості або різноманітності послуг» [33]. Не можна однозначно визначити тип ринку за ступенем монополізації та виходячи з розвиненості конкуренції. Залежно від рівня розвитку конкуренції, можна виділити наступні види ринків: висококонкурентний (ринок типових стоматологічних послуг), монополістичної конкуренції (ринок амбулаторних послуг), олігополістичний (ринок діагностичних послуг); повністю монополізований (ринок унікальних послуг).

Шостий ускладнюючий чинник – це правовий статус ЗОЗ (зокрема форма власності). Варто згадати, що десятиліттями в суспільстві формувалось негативне ставлення до надання платних медичних послуг, тому і нині через цю та інші причини більшість споживачів схиляються до отримання послуг у державних та комунальних закладах. Більшість ЗОЗ в Україні є некомерційними підприємствами, тобто, вони не розподіляють прибутки між акціонерами, але «замість цього інвестують доходи в організацію» [34]. Як наслідок, некомерційні ЗОЗ відходять від традиційного прибутку, що залежить

від виробничих альтернатив і цін, витрачаючи доходи на досягнення інших цілей, не порушуючи існуючих законодавчих обмежень (на освіту, благодійну допомогу, підвищення якості послуг, зростання заробітної плати) [27]. За нових умов фінансування та автономії менеджери КНП при розробленні стратегічного плану розвитку змушені будуть планувати кошти на маркетингові заходи у боротьбі за споживачів із приватними ЗОЗ.

Зрештою сьомим чинником є державне регулювання. Ринок медичних послуг відноситься до регульованих, тобто держава в особі органів державної влади та місцевого самоврядування встановлює правила поведінки учасників ринку і здійснює антимонопольні заходи. Високий ступінь державного регулювання поширюється, насамперед, на державні та комунальні заклади, меншою мірою на приватні. Існують нормативно-правові бар'єри входу на ринок (ліцензування медичної практики), вимоги до умов функціонування (акредитація, стандартизація, обмеження для ЗОЗ щодо укладання договорів з НСЗУ на отримання гарантованих пакетів послуг) тощо.

Враховуючи наведені вище фактори, що ускладнюють конкуренцію на ринку медичних послуг, доцільним є поділ ринку на два сектори – сектор ринку послуг, що надаються державними і комунальними закладами, з одного боку, та сектор ринку послуг, що надаються приватними ЗОЗ та ФОП, з іншого. Вони взаємно перетинаються і створюють спільний сектор ринку – гарантованих пакетів медичних послуг (у 2020 році таких визначено 27), що фінансуються державою та надаються ЗОЗ будь-якої форми власності, на якому відбувається їх змагання за пацієнта. При чому, незважаючи на багаточисельність закладів так званого державного сектору (що буде докладно показано у підрозділі 2.2), все ж таки вважаємо, що якісна перевага буде на боці приватних клінік, оскільки вони мають вагомий досвід роботи на конкурентному ринку, кваліфікованих менеджерів та відповідні, відпрацьовані роками, маркетингові інструменти для залучення споживачів. По суті, існуюча нині практика вітчизняного маркетингу медичних послуг – це доробок приватних ЗОЗ.

Такий поділ ринку, зображений схематично на рис. 1.3, дозволяє нам висловити думку про існування різниці між ринковими цілями цих господарюючих суб'єктів, конкурентними підходами до діяльності на ринку

медичних послуг, формуванням конкурентних стратегій загалом та інструментальних стратегій маркетинг-мікс приватних та державних і комунальних ЗОЗ зокрема, що буде доведено у наступних розділах роботи.

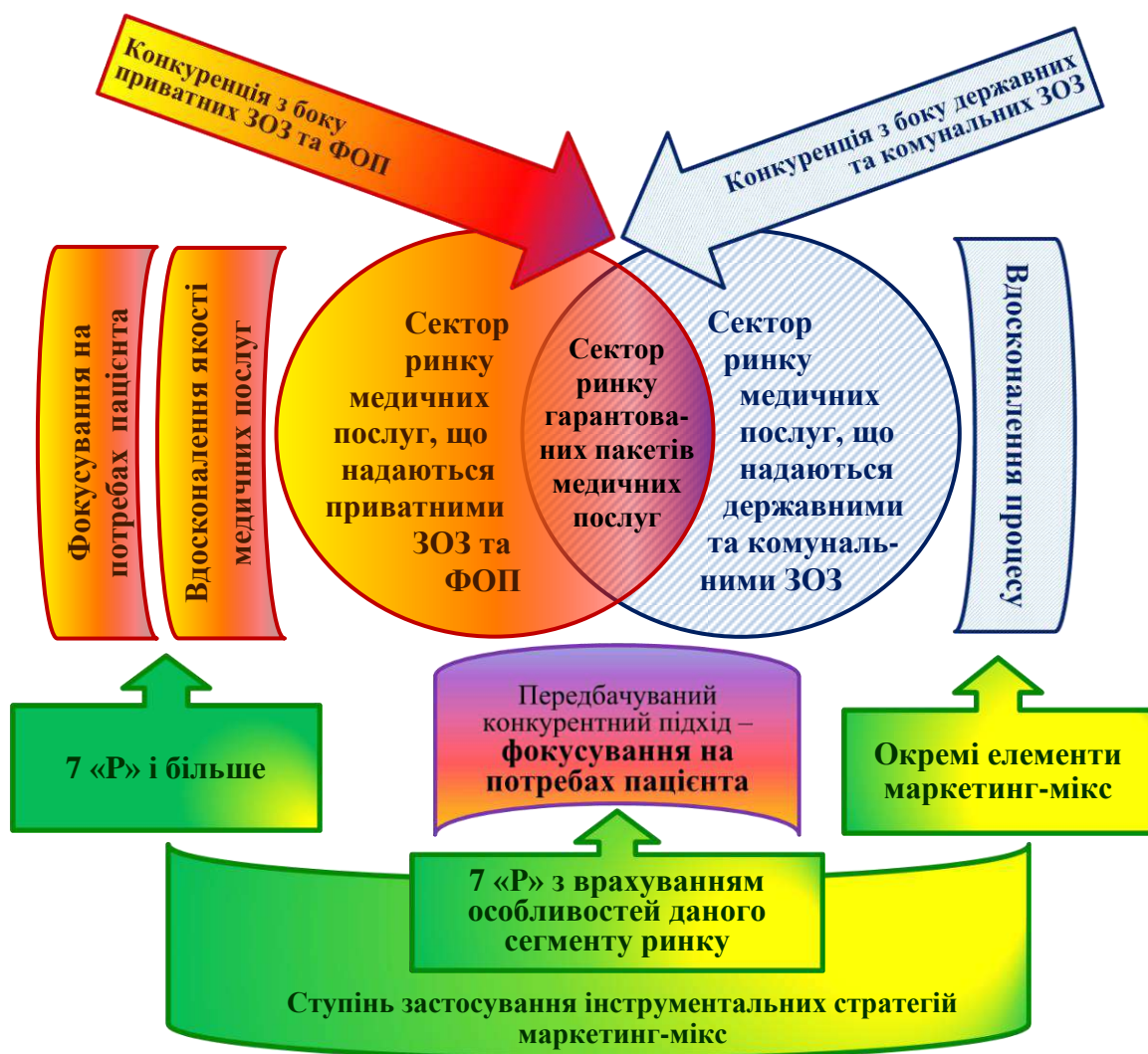


Рис. 1.3. Сектори ринку медичних послуг в контексті конкуренції ЗОЗ різних форм власності

Джерело: складено автором

Багатьма дослідниками вивчаються конкурентні підходи, засновані на якості, ціні (витратах), асортименті медичних послуг (у контексті найкращого задоволення потреб споживачів). Так, Thomson R.B. зазначає, що «якість послуги, ціни і асортимент послуг, що пропонуються закладами, визначають форми конкуренції на ринку медичних послуг» [23].



Butler T.W, Leong G.K., своєю чергою, акцентують увагу на стримуванні витрат при постачанні послуг, що послідовно призводить до найкращого результату у процесі, і зазначають, що програми якості – необхідний компонент, проте не достатній. Гнучкість у диференціюванні послуг залежно від потреб споживачів потрібна після того, як лікарні розвинули достатню компетенцію [35].

Отже, ЗОЗ можуть отримувати вигоди від конкуренції за якістю медичних послуг, за вдосконаленням процесу надання послуг, за фокусуванням на потребах пацієнтів (рис. 1.4).

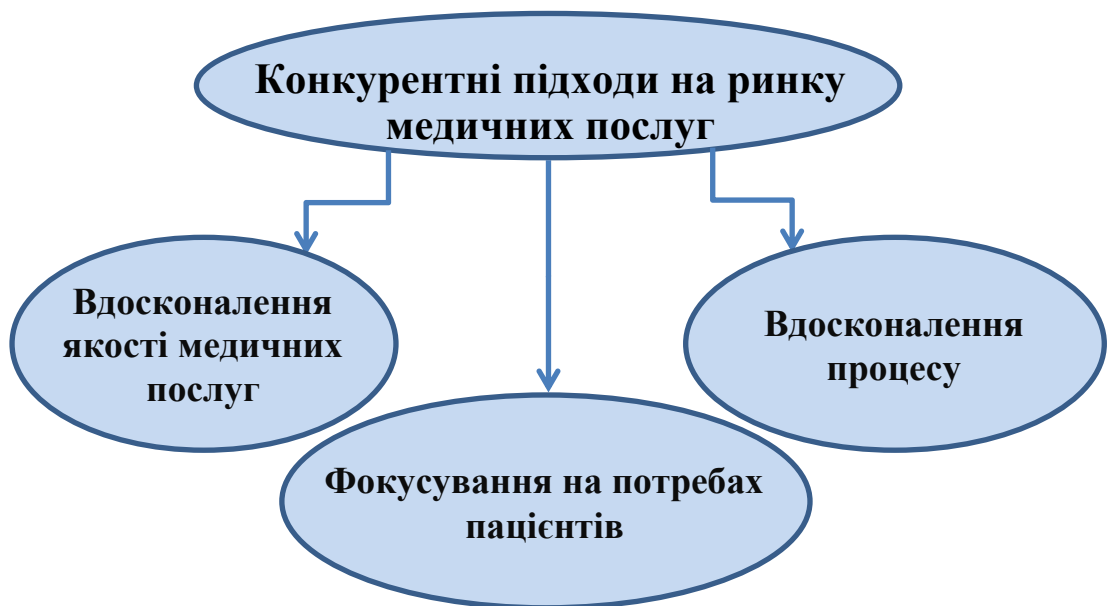


Рис. 1.4. Конкурентні підходи ЗОЗ на ринку медичних послуг

*Джерело:* Складено автором

Узагальнимо конкурентні підходи, умови їх застосування та обмежуючі фактори у табл. 1.1.

Конкурентний підхід на основі вдосконалення якості медичних послуг. Заклади змагаються за якістю послуг, щоб залучити більше пацієнтів і поліпшити економічні показники та ефективність операційної діяльності. Спеціалізовані ЗОЗ можуть покращувати якість, залучаючи пацієнтів прямо або опосередковано через приватних лікарів первинної ланки. У межах страхування здоров'я пацієнти мають послуги високої якості за помірними цінами.

Таблиця 1.1

## Конкурентні підходи ЗОЗ на ринку медичних послуг

Конкурентні підходи	Дослідники	Умови застосування	Обмежуючі фактори для ЗОЗ
1	2	3	4
1. Вдосконалення якості медичних послуг	Shannon S.E., Mitchell P.H. (2002), Valdmanis V.G., Rosko M.D., Mutter R.L. (2008), Thomson R.B. (1994), Wu W. (2014), Hendricks K.B., Singhal V. R. (2001), Kunst P. (2000), Minkman M., Kees A., Huijsman R. (2007)	1. Необхідність визначення набору якісних індикаторів для порівняння ЗОЗ. 2. Розроблення національних програм якості та нагород за якість	1. Вплив страхування і приватних лікарів. 2. Складність вимірювання якості медичних послуг. 3. Суб'єктивність оцінювання якості
2. Вдосконалення процесу	Harrington H.J. (1991), Cook S. (1996), Tucker A.L. (2004), Jack E.P., Powers Th.L. (2009), Ittner C.D., Larcker D.F. (1997), Spanyol A. (2006), Goyal S.K., Deshmukh S.G. (1992), Fullerton R.R., Mcwatters Ch.S. (2001), Miles R.E., Snow C.C. (1978), Porter M.E. (1985), Skinner W. (1974), Hayes R.H., Wheelwright S.C. (1984), Flynn B.B., Sakakibara S., Schroeder R.G. (2013), Li L.X., Benton W.C., Leong G.K. (2002), Thakur M., English W., Hoffman W. (1986), Buler T.W., Leong G.K., Everett L.N. (1996), Heineke J. (1995), McDermott C., Stock G.N. (2007), Kc D.S., Terwiesch C. (2011), Clark J.R., Huckman R.S. (2012), Hussey P.S., de Vries H., Romley J., Wang M.C., Chen S.S., Shekelle P.G., McGlynn E.A. (2009), Hill C.W.L., Hoskisson R. (1987), de Souza L.B. (2009), Zwanziger J., Glenn A., Melnick G.A., Bamezai A. (2000), Trinh H.Q., Begun J.W. (1999), Kralewski J.E., Wingert T.D., Feldman R., Rahn G.J., Klassen T.H. (1992), Monden Y. (1998), Trinh H.Q., O'Connor S.J. (2002), Cleverley W.O. (1992), Green F.B., Amenkhienan F., Johnson G. (1992), Chen A., Hwang Y., Shao B. (2005), Hollingsworth B. (2008)	1. Наявність ефективних методів вимірювання процесу та контролю результатів. 2. Оптимізація управління процесом. 3. Оцінювання ефективності лікарні за показниками: вартість процедури, тривалість перебування, смертність. 4. Оптимізація доходів і витрат.	1. Фіксовані інвестиції, досягнення високої рентабельності інвестицій. 2. Обмежений доступ до дешевих ресурсів. 3. Несприйняття ринком агресивної ціни зі знижками як сигналу низької якості. 4. Пропускна здатність

## Продовження табл. 1.1

1	2	3	4
3. Фокусування на потребах споживачів	Gaynor M., Vogt W. (2000), Lindrooth R.C. (2008), Marcin J.P., Li Zh., Kravitz R.L., Dai J.J., Roche D.M., Romano P.S.(2008), Snail T.S., Robinson J.C. (1998)	1. Орієнтація на інноваційну діяльність та врахування гетерогенності в перевагах пацієнтів. 2. Систематичний моніторинг задоволеності пацієнтів. 3. Розроблення системи ефективних показників для оцінювання задоволеності пацієнтів. 4. Створення унікального комплексу додаткових послуг.	1. Вузька спеціалізація ЗОЗ. 2. Недостатність ресурсів для забезпечення різномірних потреб споживачів. 3. Неможливість розширення сервісу через відсутність державних програм та нормативного регулювання.

*Джерело:* Складено автором

Отже, закладам доведеться опосередковано змагатися за пацієнтів, зважаючи на діяльність інших суб'єктів, таких як, наприклад, лікарі приватної практики, страхові організації та закупівельники послуг (НСЗУ), які здійснюють ефективний контроль за потоком пацієнтів у ЗОЗ.

Важливим на думку більшості науковців у даній царині є визначення як індикаторів ЯМД для ЗОЗ загалом (щоб порівняти наявний та нормативний рівень), так і методики оцінки якості медичних послуг пацієнтами конкретного закладу в контексті порівняння очікуваної та сприйнятої якості для визначення рівня задоволеності та лояльності споживачів [36, 37].

Досягнення лідерства за якістю означає, що якість медичних послуг даного закладу на ринку є, як мінімум, вище за середню величину. В світовій практиці існують нагороди за якість, що надаються закладам з метою визнання їх переваги в різноманітних аспектах якості, що мають відношення до безпеки медичних послуг, клінічної гнучкості і пристосування до вимог клієнтів, укомплектованості медичним персоналом тощо. Наприклад, в США діють такі нагороди: Leapfrog Group Top Hospital Award – відзначає укомплектованість

ЗОЗ кваліфікованим медичним персоналом і безпечність практики; John M. Eisenberg Patient Safety and Quality Award – робить наголос на координації медичних послуг, скороченні дефектів надання допомоги і публічно демонструє результати отриманих закладом показників діяльності. Ці нагороди забезпечені через національні або державні програми якості, які контролюють показники діяльності ЗОЗ на регіональному, державному і національному рівнях. Існують дослідження, в яких обґрунтовується положення, що нагороди за якість надають повноваження топ-менеджерам для фокусування закладу на стратегії якості [38]. Дослідниками встановлено зв'язок між отриманням премій за якість і такими показниками, як ціна, вартість, ринкова частка і прибутковість в інших галузях [39]. Висока оцінка сприйнятої клієнтом якості і оптимальна організаційна структура управління, також є критеріями для отримання премій за якість [40, 41].

На жаль, в Україні не застосовується американський досвід щодо нагородження ЗОЗ преміями за якість. Хоча, як доведено дослідниками, цей досвід США є позитивним, і ми могли б рекомендувати органу виконавчої влади в галузі охорони здоров'я докладно його вивчити та започаткувати премії за якість в Україні.

Конкурентний підхід, заснований на вдосконаленні процесу. Оскільки зміни у віковій структурі населення впливають на підвищення попиту на медичні послуги, а галузь охорони здоров'я в Україні перейшла на принцип пацієнтоорієнтованості, ЗОЗ наразі споживають більше ресурсів, щоб відповідати тенденціям щодо зростання попиту. Тиск з боку НСЗУ та уряду з метою зниження витрат на послуги за безкомпромісних умов збереження рівня якості змушує ЗОЗ шукати нові способи управління витратами і покращувати результати діяльності. Наразі ЗОЗ доведеться змагатися один з одним, щоб не лише захопити недостатні ресурси, але й доставити якісну послугу своєчасно та у ефективній з точки зору витрат формі. Оскільки заклади стикаються зі все складнішими викликами, менеджерам необхідні знання щодо управління процесом. Дослідженнями в сфері управління процесом в охороні здоров'я присвячені праці багатьох закордонних авторів [42-47]. Процес зазвичай охоплює набір дій або завдань, які роблять

результат значимим для клієнтів. Досконалий процес вимагає успішного застосування методів вимірювання та контролю бажаної продуктивності та результатів, і це задіює низку загальних елементів, таких як: безпосередньо сам процес, використання інформації, стосунки з клієнтами/замовниками, управління людськими ресурсами тощо. Процес виконання вимагає від управлінців системного розгляду та концентрації зусиль всієї організації з метою його вдосконалення. Проведені фахівцями дослідження у сфері виробництва в різних галузях промисловості засвідчили, що нижчі витрати виробництва, вища і швидша пропускна здатність, вчасна доставка готової продукції і навіть краща її якість є результатом успішної реалізації ініціатив з виконання процесу [48-52]. Такі переваги дають можливість підприємству створювати і підтримувати чіткі конкурентні переваги, навіть в умовах жорсткої конкуренції на ринку. Окрім того, зосередження на удосконаленні процесу може дозволити підприємствам забезпечити якість (на тому ж рівні або вищу) завдяки збільшенню продуктивності ресурсів або зниженню витрат [49, 53, 54]. Враховуючи позитивні результати, які виникають внаслідок вдосконалення процесу виробництва, як це засвідчено в інших галузях, вважається, що підприємства галузі охорони здоров'я можуть отримати подібні переваги у разі фокусування на процесі.

Варто відмітити, що більшість західних фахівців, орієнтованих на вивчення операційної діяльності, зосереджуються лише на питаннях стосовно страхового захисту витрат закладу, плануванні потенціалу або персоналу [55-58] і не досліджують ширше, на організаційному рівні, наслідки вдосконалення процесу. Тільки нещодавно дослідники почали вивчати співвідношення між рівнем націленості на операційну діяльність та результатами роботи закладу [59-61]. Ці роботи містять розроблені заходи, що засновані на можливостях закладу (пропускна здатність) або обсязі потоку пацієнтів, які потім співвідносяться з показниками ефективності ЗОЗ, такими як вартість процедури, тривалість перебування і смертність. Хоча ці дослідження отримали певну підтримку з боку менеджерів ЗОЗ, не дивлячись на те, що вони зводяться до одного чи двох вимірів ефективності діяльності, загальне розуміння переваг,

пов'язаних з вдосконаленням процесу, все ще не має емпіричної підтримки серед широкого кола фахівців.

Витрати на виконання однієї медичної процедури та тривалість перебування в закладі є двома основними показниками ефективності в економічній літературі для ЗОЗ і використовуються як непрямі показники для вимірювання рівня досконалості процесу закладу [62].

Подібно до інших підприємств з дивізіональною структурою управління, лікарняні системи можуть скористатися ефектом «масштабу виробництва» та усунути дублювання обладнання, зменшити адміністративні витрати та покращити ефективність управління трудовими ресурсами та матеріальними запасами [63].

За останні десятиліття у розвинутих країнах світу спостерігається тенденція до старіння населення, яке споживає більше медичних послуг. Американські дослідники зазначають, що близько 10% комунальних закладів закрито через низький рівень наповненості та незадовільні фінансові показники [53]. Решта закладів прагнуть знайти свій шлях для виживання або навіть процвітання на конкурентному ринку медичних послуг. З огляду на таке конкурентне навантаження, менеджери закладів звертаються до ініціатив щодо вдосконалення процесу, таких як «менеджмент ощадливого виробництва», «шість сигм», «стандартизація процесів» тощо.

Вважається, що ці ініціативи щодо вдосконалення процесу покращують пропускну спроможність та економію коштів, які є важливими для створення конкурентної переваги, яка може допомогти закладам змагатись за пацієнтів [64-67]. Таким чином, ЗОЗ мають переформатувати свої операційні процеси, щоб задовольнити попит, стримуючи витрати. В контексті виробництва і сфери послуг головна мета для удосконалення процесу – «збільшити доходи, максимально скорочуючи витрати та виключаючи відходи» [68]. ЗОЗ, не зважаючи на їх статус прибуткових або неприбуткових підприємств через різні фінансові цілі, стикаються з тими ж проблемами доходів і витрат.

Існує ряд досліджень, в яких фахівці намагаються визначити зв'язок між операційними стратегіями та фінансовими показниками. Наприклад,

Cleverley W.O. доводить, що заклади, які пропонують нижчі ціни на послуги, мають кращий фінансовий результат. Автор крім того демонструє, що лідерство у витратах – найголовніша стратегія, яка призводить до кращого фінансового результату, зваженого окупністю інвестицій [69, 70].

У контексті ЗОЗ, ряд дослідників встановили різні джерела неефективної експлуатації та ідентифікували сфери, в яких заклади можуть поліпшити свою діяльність [71, 72]. Ці дослідження використовують контрольні показники, щоб визначити ефективність закладу, але не надають докладну інформацію про кількісні переваги, що асоціюються з наскрізним удосконаленням виконання процесу.

Конкурентний підхід, заснований на фокусуванні на потребах пацієнтів. Існує фундаментальний аспект конкуренції: заклади будуть постійно розвиватися та адаптуватися до інноваційних продуктів та послуг, яких потребують пацієнти [30]. Основний акцент конкуренції між ЗОЗ – це задоволення потреб пацієнтів. Гетерогенність у перевагах пацієнтів призводить до того, що заклади здійснюють диференціацію клінічних та неклінічних параметрів медичних послуг [73]. Наприклад, ЗОЗ зазвичай пропонують пацієнтам одномісні та двомісні палати з телевізорами та телефонами. Переважно, заклади мають висококласні передпокої та хол для очікування. Ці зручності є результатом їх реагування на запити пацієнтів, які чутливі до неклінічних складових послуги. Що стосується конкуренції за клінічними параметрами, ЗОЗ, як правило, мають два варіанти. Перший полягає в тому, щоб зосередити увагу на невеликому наборі вузькоспеціалізованих процедур, що забезпечує високі результати [74], інший – створення унікального комплексу відповідних послуг, що дозволяє закладу диференціювати себе з-поміж конкурентів [57].

Існує декілька засобів для задоволення закладом різноманітних потреб клієнтів [28], серед яких перегляд та розширення асортименту послуг, тобто диференціація, редизайн інтер'єру, елімінація послуг, що не користуються попитом тощо. Ці стратегії загалом мають сприятливий вплив, тому що вони спрямовані на задоволення потреб споживачів за допомогою спектру медичних і немедичних послуг, які користуються попитом, крім того, вони дозволяють

закладу захистити ринкову частку, оптимізувати витрати і збільшити ефективність процесу. З цього приводу Lindrooth R.C. зазначає: «Стратегії диференціації нарощують ринкову силу і створюють вагомий стимул для задоволення різноманітних потреб пацієнтів» [73].

Проте в літературі бракує досліджень щодо реальних вигод, які може мати ЗОЗ на основі диференціації послуг. Найчастіше наявні дослідження концентруються на вивченні переваг щодо надання обмеженого набору цілеспрямованих послуг. Окремі дослідники виявили наявність ефекту від якості та експлуатаційних характеристик послуг [74]. Незважаючи на те, що диференціація послуг була визнана важливою стратегією завдяки позитивному ефекту від економії масштабу, економії операційних витрат та контролю за ризиками [75, 76], фахівцями не приділяється достатня увага вигодам, що можуть бути отримані завдяки фокусуванню на різноманітності послуг для задоволення потреб споживачів.

Отже, проведений нами аналіз літературних джерел, в яких висвітлено особливості конкурентних підходів на основі вдосконалення якості послуг, вдосконалення процесу їх надання та фокусування на потребах пацієнтів і вигоди, які може мати ЗОЗ, створюючи відповідні конкурентні переваги та застосовуючи для них адекватні стратегії, ставить завдання вибору і формування маркетингової конкурентної стратегії ЗОЗ.

## 1.2. Маркетингова конкурентна стратегія закладів охорони здоров'я: поняття, класифікація, методологія формування

Конкурентна стратегія підприємства дозволяє дати відповідь на питання, як воно конкурує на цільовому ринку, за рахунок чого витримує конкурентний тиск і отримує перемогу в конкурентній боротьбі. При тому, що в різних джерелах ці стратегії мають різні назви – «конкурентні стратегії», «маркетингові стратегії», «підприємницькі стратегії», «корпоративні стратегії»,



«портфельні стратегії» «стратегії бізнесу» тощо, мова завжди йде про одне і те саме – як підприємству діяти на ринку і задовольняти потреби споживачів кращим, ніж у конкурентів, способом.

Окремі дослідники (Завгородняя А.В., Ямпольская Д.О., Кметь Е.Б., Ким А.Г.) зазначають, що у реальній практиці досить часто керівники не проводять відмінностей між загальною корпоративною стратегією підприємства і стратегією маркетингу [77, с. 178].

По-перше, основний обсяг інформації, який використовується при стратегічному плануванні, надається відділом маркетингу, функціонально відповідає за зв'язок підприємства з його цільовими ринками. По-друге, в основі розробки стратегії підприємства лежать ключові питання, пов'язані з аналізом ринків, конкурентів, споживачів, формуванням конкурентних переваг. У цій частині забезпечення стратегічного процесу управління напрямки розробки загальної стратегії і стратегії маркетингу або дуже близькі, або збігаються. При такому підході стратегії підприємства (корпоративні) і стратегії маркетингу можна вважати рівнозначними поняттями [78].

Обґрунтування даного підходу ґрунтується на думці Ansoff Н.І. про те, що «...загальна маркетингова концепція дозволила збалансувати конфліктуючі вимоги маркетингу і виробництва. У другій половині ХХ століття засоби досягнення успіху змінилися, а услід за ними модифікувалися і пріоритети менеджменту». Принципово важливим у цій цитаті Ansoff Н.І. є акцент, зроблений автором на фразі «загальна маркетингова концепція», що свідчить на користь нашої позиції, що управлінська концепція маркетингу суб'єкта, яку формував і реалізовував відділ маркетингу, кардинально змінила свій управлінський «масштаб». Вона стала «загальною», тобто єдиною, – не тільки для маркетингового відділу або управління, але й для всього підприємства, пріоритетною в його менеджменті, трансформувавшись, таким чином, з управління маркетингом на підприємстві в маркетингове управління суб'єктом [79].

Маркетингова стратегія ЗОЗ, судячи з вищезазначеного, пов'язана з маркетинговими аспектами функціонування закладу на всіх його рівнях – загально-корпоративному, стратегічних бізнес-одиниць, маркетинговому функціональному та інструментальному, що підтверджується поглядами відомого вітчизняного фахівця в галузі стратегічного маркетингу Куденко Н.В. [80].

Отже, якщо стратегія медичної організації – «це визначення основних довгострокових цілей та задач підприємства і затвердження курсу дій, розподіл ресурсів, необхідних для досягнення цих цілей» [81], то маркетингова стратегія ЗОЗ – це напрям та комплекс дій для досягнення цілей щодо конкуренції та задоволення пацієнтів на ринку медичних послуг засобами маркетингу. Ми розглядаємо маркетингову стратегію як загальний для усього закладу вектор для досягнення визначених на певний період цілей, спираючись на думку Kotler Ph., Shalowitz J., Stevens R.J., що «маркетингова стратегія, як правило, є невід'ємною частиною бізнес-стратегії, яка забезпечує широке спрямування усіх функцій організації» [82, с. 502].

Наша візія рівнів маркетингової стратегії ЗОЗ подана на рис. 1.5. Виділення нами трьох конкурентних стратегій на рівні бізнес-одиниць ЗОЗ – лідерства за якістю медичної послуги, вдосконалення процесу та фокусування на потребах пацієнтів – буде обгрунтовано нижче при розгляді генеричних стратегічних підходів за Porter M. E.

Оскільки маркетингова стратегія припускає створення конкурентних переваг, визначимо термін «конкурентна перевага». Конкурентна перевага – досягнення ЗОЗ, яке вигідно відрізняє його в очах пацієнтів від інших закладів.

Методологічні аспекти, які покладені в основу формування маркетингових конкурентних стратегій, передбачають визначення принципів, методів, моделей, класифікації, механізму, підходів і схем. Зупинимось стисло на їх характеристиці. Загальними принципами, на яких фундуються стратегії, в т.ч. маркетингові конкурентні, є: послідовність, наступність, циклічність, науковість, комплексність, об'єктивність, дієвість, часова визначеність, простота, несуперечливість, відособленість, реалізованість, оперативність, економічна доцільність, моделювання тощо.

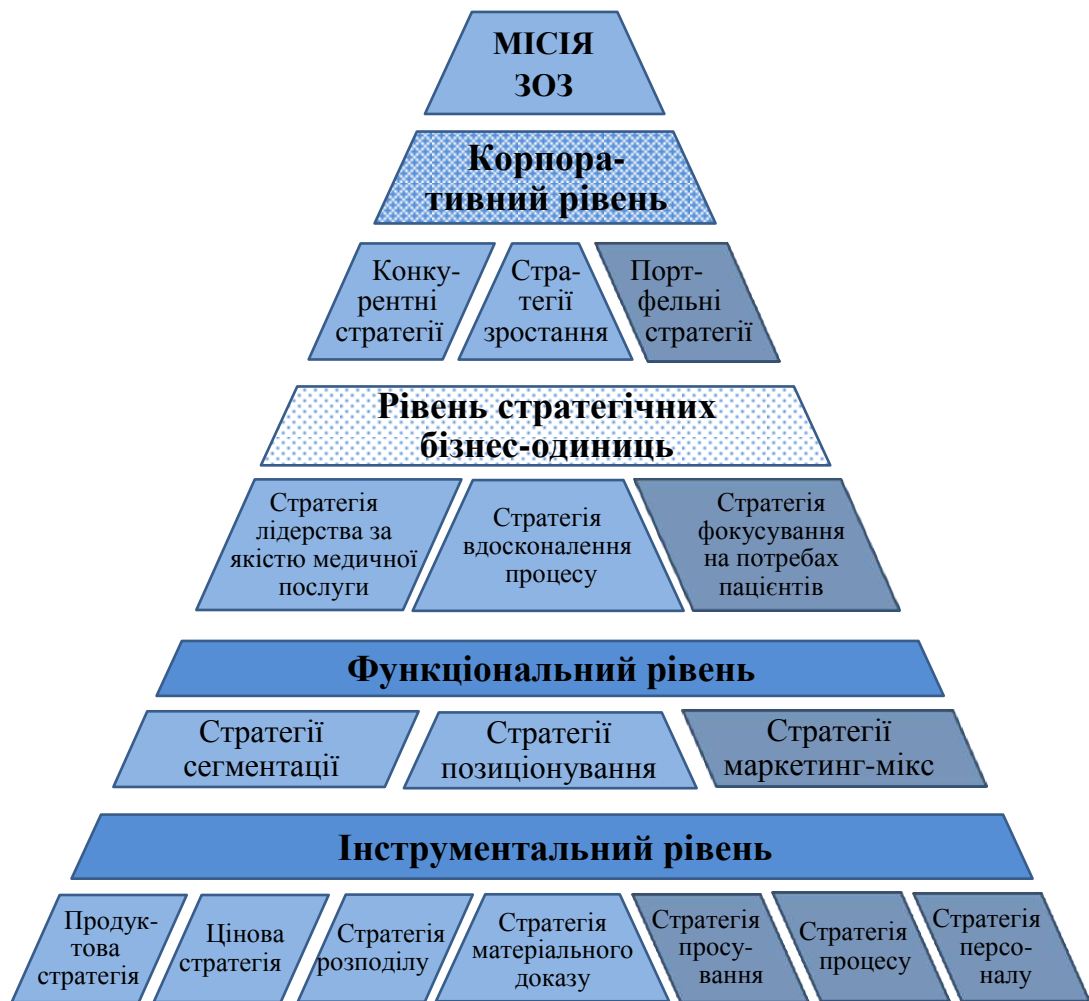


Рис. 1.5. Рівні маркетингової стратегії ЗОЗ

*Джерело:* Складено автором на основі [77-80]

Оскільки пацієнт-орієнтований підхід є визначальним у діяльності ЗОЗ, пропонуємо, крім загальних, специфічні принципи для побудови маркетингових конкурентних стратегій: максимізація цінності для пацієнта; спрямованість на якість медичних послуг; формування унікальної пропозиції спектру послуг; зосередженість на сервісній складовій медичних послуг; відповідність попиту; виокремлення ключових факторів успіху; орієнтованість на пакетне ціноутворення для платних послуг; перехід на платежі за циклами догляду, комплексний платіж; орієнтованість на інновації у підміксах процесу, продукту, персоналу; спрямування на цільовий сегмент ринку; оцінка тенденцій маркетингового середовища; націленість на оптимізацію витрат; органічне поєднання медичної, економічної та соціальної ефективності.

Методи формування стратегій розглядаються в роботах Bradfield R., Bradley H., Brown S., Burt G., Cairns G., Foster M.J., Godet M., Hodgson T., Kahn H., Ogilvy J.A., Saaty T., Van Der Heijden K., Wright G. та ін. Kahn H. є засновником сценарного методу. На його думку, при вирішенні стратегічних завдань слід «відходити від простих екстраполяцій і мислення за аналогією, які є безсумнівно важливі, але не дають того рівня відриву від дійсності, який характерний саме для стратегічного мислення» [83]. Сценарії дозволяють дослідникам бути націленими на впорядкування власного сприйняття майбутнього з метою прийняття ефективних стратегічних рішень. На відміну від традиційних підходів (екстраполяції тенденцій) в разі сценарного аналізу розробляються допоміжні сценарії можливих варіантів майбутніх подій. В межах кожного сценарію формуються найбільш прийнятні з точки зору потенційних ризиків стратегічні альтернативи. Даний підхід дає можливість коригувати стратегії по мірі отримання нових даних, сприяючи динамічному, процесному характеру прийнятих рішень і їх збалансованості з точки зору своєчасного і адекватного врахування небезпек і загроз. В цілому це дозволяє істотно знизити ризики і забезпечити прийняття ефективних рішень.

Метод аналізу ієрархій запропоновано Saaty T.L. – «це теорія вимірювання за допомогою парних порівнянь, яка спирається на судження експертів для отримання шкали пріоритетності» [84]. Методом аналізу ієрархій називається математичний інструмент системного підходу до складних проблем прийняття рішень в частині вибору альтернатив за допомогою їх багатокритеріального рейтингування. Основне застосування методу – підтримка прийняття рішень за допомогою ієрархічної композиції завдання і рейтингування альтернативних рішень.

Що стосується традиційного підходу до формування стратегії, то його стисло можна подати таким чином: майбутнє може бути передбачене (шляхом екстраполяції поточних тенденцій, експертних оцінок, професійних прогнозів тощо); стратегія створюється в конкретні часові рамки і закріплюється в стратегічному плані, який є керівництвом до дії; після створення плану починається впровадження або здійснення стратегії; реалізується єдина стратегія, визнана найбільш ефективною; коригування реалізованої стратегії

здійснюється в залежності від зміни ситуації, що склалася.

Необхідно відзначити, що традиційний і сценарний підходи до стратегічного планування не виключають, а органічно доповнюють один одного. У ЗОЗ з невисоким рівнем невизначеності при відносно невеликих строках планування застосування традиційних методів є цілком виправданим. Проте, навіть при несценарній розробці конкурентної стратегії, у неї закладаються такі елементи сценарного підходу, як можливість оптимізації, аналіз ризиків та моніторинг факторів зовнішнього оточення.

В основі конкурентних стратегій ЗОЗ на ринку медичних послуг лежать методологічні підходи, що базуються на певній моделі формування стратегії і розставляють по-різному дослідницькі акценти. Нижче наведена характеристика десяти наукових шкіл стратегічного менеджменту, об'єднаних в три групи: регламентуючу, описову, структурну [85, 86] (табл. 1.2). Проведений порівняльний аналіз дозволяє зробити висновок про те, що моделлю, яка найбільш повно у сучасних умовах відображає сутність процесу розробки конкурентної стратегії ЗОЗ та дає можливість враховувати так звані «революційні струси» в зв'язку з реформуванням галузі та постійними законодавчими новаціями, є модель школи конфігурації.

На думку Хайрова Р.Р., дана школа об'єднала практично всі ключові елементи процесу розробки стратегії, що виділяються іншими школами в його «типовій» структурі [87].

Дергачова В.В., Мельник В.О., Бельтюков Є.А., Некрасова Л.А. виділяють такі підходи і схеми формування конкурентних стратегій: «поетапний процес розвитку стратегій; факторна схема визначення конкурентної стратегії компанії; механізм формування альтернатив; циклічна і ієрархічна моделі процесу стратегічного планування; оцінка рівня конкурентоспроможності підприємства тощо» [88]. Проте кожний підхід має свої недоліки: «відсутність чітко вираженої ієрархії за значимістю елементів, недооцінка ролі конкурентного середовища та ринкової позиції підприємства при виборі конкурентної стратегії, відсутність багатоваріантності дій залежно від сформованих умов (алгоритмізації) та ін.» [89].

Таблиця 1.2

## Основні підходи до тлумачення конкурентних стратегій ЗОЗ

Групи наукових шкіл	Назва наукової школи (основоположники)	Трактування	Недоліки підходів наукової школи щодо можливості їх імплементації у формування конкурентних стратегій ЗОЗ
1	2	3	4
Регламентуючі	Дизайну (Chandler A., Selznick F., Andrews K. та ін.)	Конкурентна стратегія – це осмислений процес	<ul style="list-style-type: none"> <li>- фактори зовнішнього середовища організації можна визначити, проаналізувати і оцінити тільки одноосібно менеджером;</li> <li>- алгоритм може працювати тільки для однорівневих систем;</li> <li>- має місце наявність розриву між керівником, який формує стратегію, і виконавцями стратегії, в результаті відбувається викривлення вхідної та вихідної інформації на різних рівнях організації</li> </ul>
	Планування (Ansoff H.I., Lorange P., Steiner G.A. та ін.)	Формальний процес розробки та реалізації конкурентної стратегії	<ul style="list-style-type: none"> <li>- відірваність планового відділу від реальних проблем підприємства в поточний момент часу;</li> <li>- недостатня увага до пошуку і вибору стратегічних альтернатив;</li> <li>- сильна формалізація процесу розробки конкурентної стратегії, що не дозволяє закладу бути гнучкою</li> </ul>
	Позиціювання (Porter M. E., Hatten K., Schendel D. та ін.)	Аналітичний процес вибору, що відповідає стану закладу	<ul style="list-style-type: none"> <li>- стратегія формується тільки вищим менеджментом і спускається до виконавців як наказ до дії за обраним планом;</li> <li>- стратегія розробляється з метою досягнення економічних цілей;</li> <li>- певні стратегії даної школи непридатні для медичної галузі, яка не є зрілою та стабільною;</li> <li>- деякі положення стратегій дають тільки переваги першого ходу в конкурентній боротьбі</li> </ul>
Описові	Підприємницька (Mintzberg H., Collins O., Moore D.G. та ін.)	Розроблення конкурентної стратегії засноване на стратегічному передбаченні	<ul style="list-style-type: none"> <li>- сформована стратегія може бути безуспішною і мати негативний вплив на заклад, оскільки розробляється однією людиною – лідером, а його компетенція не завжди буває винятковою</li> </ul>
	Когнітивна (Simon H.A., Makridakis S., Duhaime I.M., Schwenk C.R. та ін.)	Конкурентна стратегія – це процес пізнання	<ul style="list-style-type: none"> <li>- розглядає стратегію як статичний процес, не сумісний з динамікою і складнощами її розробки</li> </ul>

## Продовження табл. 1.2

1	2	3	4
	Навчання (Lapierre R., Lindblom C., Quinn B. та ін.)	Конкурентна стратегія – це процес розвитку на базі імітаційних моделей	- варіант «проб і помилок» при повторюваних діях, які стають стратегіями, обов'язково спричинить додаткові витрати часу і ресурсів; - цей варіант може виявитися абсолютно неприйнятним в певних ситуаціях
Структурні	Влади (McClelland D.C., Sarrazin J., Pettigrew S. та ін.).	Розроблення конкурентної стратегії – це переговорний політичний процес	- надмірне «захоплення» політикою здатне негативно вплинути на процес розробки стратегії, оскільки узгодження стратегічних цілей ЗОЗ може стати предметом жорстких і тривалих дискусій
	Культури (Feldman S., Barney J., Firsirotu M., Rieger F. та ін.)	Формування конкурентної стратегії – це колективний процес соціальної взаємодії	- максимальна орієнтація на врахування всіх аспектів організаційної культури може створити проблеми в разі необхідності коригування стратегії
	Зовнішнього середовища (Droge C., Toulouse J-M., Hannan M. T., Freeman J. та ін.)	Процес розроблення конкурентної стратегії – реакція на зовнішнє середовище	- процес формування стратегії залежить від часу і ситуації, і замість пошуку найкращого варіанту конкурентної стратегії вибирається один або декілька методів її розробки, що найкраще підходять для конкретної ситуації
	Конфігурації (Miller D., Friesen P.H., Kotler Ph. та ін.)	Конкурентна стратегія – процес трансформації	- більшість ЗОЗ не мають багаторівневої організаційної структури та змінюються не стрибками, а постійно і не є стійкими конфігураціями

Джерело: Складено автором на основі [85, 86]

На нашу думку, поетапний процес формування стратегії є найбільш доступним для застосування у ЗОЗ, який можна алгоритмізувати.

Що стосується механізму формування маркетингової конкурентної стратегії ЗОЗ, варто спочатку з'ясувати сутність поняття «механізм». Словник української мови дає декілька визначень: це «внутрішня будова, система чого-небудь; сукупність станів і процесів, з яких складається певне ... явище» [90, с. 695].

Мета механізму – забезпечення розроблення та вибору маркетингової конкурентної стратегії ЗОЗ. Основою для розробки механізму формування та вибору стратегії є стратегічні цілі маркетингу відносно конкурентів, завдання

розробки механізму – формування портфеля маркетингових конкурентних стратегій, забезпечення досягнення стратегічних цілей закладу, вибір відповідних стратегій.

Теоретична база розроблення механізму формування і вибору маркетингової конкурентної стратегії ЗОЗ об'єднує концепції стратегічного планування, стратегічного маркетингу та створення конкурентних переваг, а також системний, маркетинговий, процесний, ситуаційний, стратегічний управлінські підходи. Механізм формування і вибору маркетингової конкурентної стратегії ЗОЗ представлений на рис. 1.6.

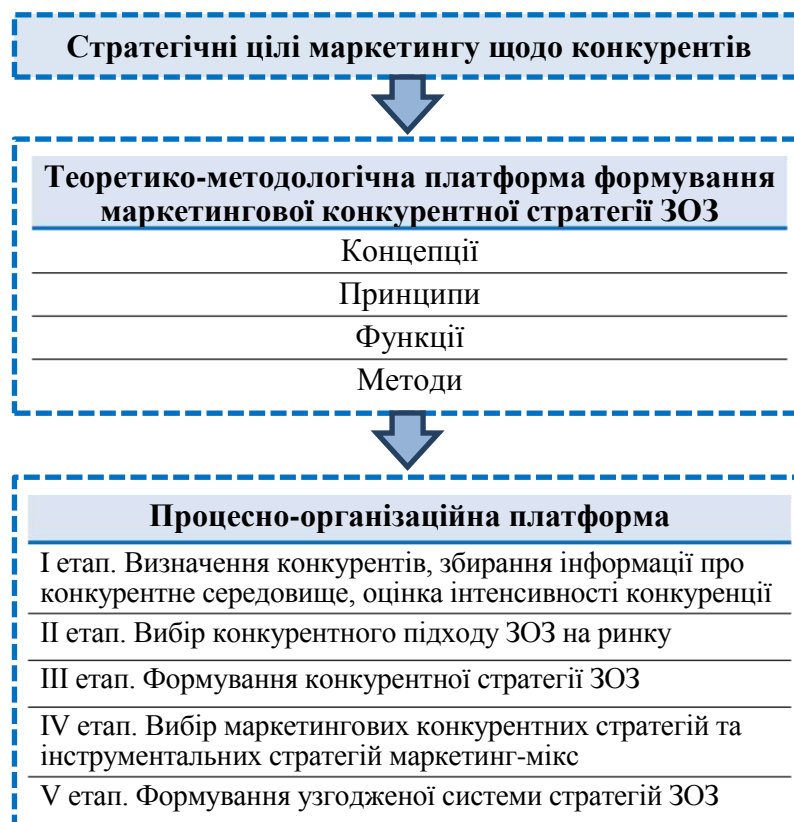


Рис. 1.6. Механізм формування та вибору маркетингової конкурентної стратегії ЗОЗ

*Джерело:* Складено автором

При розробці стратегії ЗОЗ доцільно спиратися на концепцію, запропоновану Porter М.Е.: для досягнення стійкої конкурентної позиції підприємство може скористатися одним з видів конкурентних переваг – низькими витратами або значною диференціацією продукту в порівнянні з



продуктами конкурентів [91]. Ці можливості залежать, у свою чергу, від структури галузі.

Конкурентні переваги у поєднанні з тим ринком, на якому підприємство збирається працювати, дозволяють сформувати і обрати один з трьох стратегічних підходів, за допомогою яких можна досягти рівня ефективності, що перевищує показники в галузі: лідерство у витратах, диференціація і фокусування.

Фокусування припускає зосередження зусиль підприємства на вузькому споживчому сегменті і є можливим, якщо воно здатне задовольняти потреби обраного сегменту краще, ніж конкуренти, а власне сегмент є досить великим, щоб згенерувати необхідну виручку.

Графічно генеричні підходи до формування стратегій конкуренції можна подати таким чином (рис. 1.7).

КОНКУРЕНТНА ПЕРЕВАГА	МАСШТАБ КОНКУРЕНЦІЇ	
	Широкі цільові сегменти	Вузькі цільові сегменти
Мінімізація витрат	1.Лідерство у витратах	3А.Сфокусоване лідерство у витратах
Диференціація	2.Диференціація	3В.Сфокусована диференціація

Рис. 1.7. Генеричні стратегічні підходи за Porter M. E.

*Джерело:* Складено автором на основі [91]

Лідерство у витратах – цей підхід був особливо популярний у 1970-і рр. і припускає досягнення абсолютного лідерства підприємства в тій або іншій галузі у витратах на основі комплексу економічних заходів, що забезпечують досягнення цієї мети, у тому числі: створення виробничих потужностей економічно ефективного масштабу; активізація зусиль зі зниження витрат на основі досвіду підприємства; зниження виробничих і накладних витрат; зниження числа операцій за низькоприбутковими групами клієнтів; оптимізація

витрат у сфері досліджень та розробок тощо. Низькі витрати можуть приносити підприємству низку переваг щодо кожної з груп конкурентних сил.

**Диференціація.** Цей підхід до формування стратегії у рамках концепції Porter М.Е. припускає створення продукції, що сприймається в галузі як унікальна. Диференціація може, зокрема, здійснюватися в різних формах, обумовлених потенційними перевагами підприємства: за престижем дизайну або бренду підприємства; за технологією; за функціональними можливостями; за способами забезпечення сервісу; за способами розподілу продукції (формуванню дилерської мережі) тощо. Стратегія диференціації дозволяє забезпечити прибуток підприємства вище за середньогалузеві значення, оскільки формує стійкі позиції для протистояння п'яти основним конкурентним силам.

**Фокусування.** При виборі цього підходу відбувається концентрація економічних, організаційних, фінансових, управлінських та інших зусиль підприємства на окремому сегменті ринку – категорії споживачів. Фокусування, як і диференціація, може розрізнятися залежно від переваг підприємства. В основі цього підходу лежить загальне припущення про те, що підприємство при його реалізації може досягти вузьких цілей з набагато більшою ефективністю, ніж конкуренти.

Концепція стратегічного управління, що належить Porter М.Е., і запропоновані в її межах підходи до формування стратегії підприємства вимагають проведення значного об'єму аналітичних робіт в частині дослідження стану галузі і конкурентних стратегій. Як видно з представлених вище основних положень теорії, основний акцент зроблено на визначенні базових стратегій підприємства, а також їх застосуванні в реальних ринкових умовах. Процес формування стратегії при цьому з'являється як контрольований суб'єктами управління свідомий процес, але деталізований і формалізований в набагато меншому ступені, ніж представниками школи стратегічного планування (Mintzberg H., Ansoff H.I. та ін.) [85, 86].

Ми пропонуємо інтерпретувати генеричні стратегії, запропоновані Porter М.Е., для ЗОЗ та визначити групи закладів, в яких можливим є використання розглянутих стратегій (табл. 1.3).

Таблиця 1.3

## Інтерпретація генеричних стратегій для ЗОЗ

Характеристики ЗОЗ	Приватні ЗОЗ	КНП та державні ЗОЗ
Стратегія лідерства у витратах		
Спеціалізація	Багатoproфільні клініки	ЦПМСД, опорні ЗОЗ вторинної та третинної допомоги (в госпітальних округах)
Сегмент обслуговування (за географічною ознакою)	Вихід з традиційної зони обслуговування (за межі географічного ринку)	Чітко географічно визначений ринок
Умови застосування	Жорстка стандартизація послуг, економія витрат	
Попит	Масовий	
Диференціація		
Спеціалізація	Невеликі клініки, що надають спеціалізовану допомогу та їх філії	-
Сегмент обслуговування (за географічною ознакою)	Вихід з традиційної зони обслуговування за рахунок відкриття філій	-
Умови застосування	Унікальна дефіцитна послуга, якісний супутній сервіс	-
Попит	Вибірковий	-
Сфокусоване лідерство у витратах		
Спеціалізація	Приватні кабінети, що надають первинну допомогу	Амбулаторії загальної практики-сімейної медицини у сільській місцевості, фельдшерські пункти, фельдшерсько-акушерські пункти
Сегмент обслуговування	Вузька споживча ніша	Вузький або ізольований споживчий сегмент
Умови застосування	Досконале знання потреб споживачів, економія на витратах	Стандартний набір послуг з долікарської та первинної медичної допомоги
Попит	Масовий	
Сфокусована диференціація		
Спеціалізація	Вузько спеціалізовані приватні клініки за певним напрямом медицини, санаторно-курортні заклади	Спеціалізовані НДІ, республіканські центри, санаторно-курортні заклади
Сегмент обслуговування (за патологією пацієнтів)	Вузька споживча ніша	
Умови застосування	Унікальність послуги за якістю клінічних та неклінічних параметрів, інновації у лікуванні за певними напрямками	
Попит	Ексклюзивний	

Джерело: Складено автором

Отже, стратегія лідерства у витратах призначена для багатoproфільних приватних ЗОЗ, які обслуговують великі і різноманітні групи пацієнтів з різною патологією, а також центри первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД), опорних ЗОЗ, які обслуговують певну географічну нішу (госпітальний округ). Для цих ЗОЗ передбачене бюджетне фінансування та можливість надавати платні медичні послуги.

Диференціація припускає вибудовування такого сервісу, який значно відрізнятиметься від масового. Ці відмінності можуть створюватися за допомогою унікальної або дефіцитної медичної послуги, яка не входить до переліку гарантованих пакетів медичних послуг, або завдяки якісному супутньому сервісу, або шляхом їх поєднання. Нині ця стратегія характерна для приватних ЗОЗ. Деякі невеликі медичні центри залучають пацієнтів з усієї країни, відкриваючи філії в різних населених пунктах.

Сфокусоване лідерство у витратах припускає фокусування на вузькому споживчому сегменті та досконале знання потреб споживачів. З точки зору ЗОЗ така стратегія підходить закладам, які обслуговують «ізолювані» географічні сегменти та фінансуються з бюджетів територіальних громад – амбулаторії загальної практики-сімейної медицини в сільській місцевості, фельдшерські пункти, фельдшерсько-акушерські пункти. З іншого боку, така стратегія доцільна для приватних ЗОЗ, які традиційно обслуговують той або інший регіон і надають такі ж послуги, як і подібні заклади в інших регіонах країни.

Стратегія сфокусованої диференціації припускає, як і попередня, наявність вузької споживчої ніші – групи пацієнтів, що страждають «спорідненими» патологіями, та вузьку спеціалізацію ЗОЗ за певним напрямом медицини (наприклад курортологія).

За такою стратегією в Україні здійснюють діяльність низка спеціалізованих приватних клінік. Крім того, стратегія є доцільною для спеціалізованих медичних НДІ і республіканських центрів. Ці ЗОЗ мають бути лідерами у своїх напрямках та розробляти нові методи та підходи до лікування і надання медичних послуг.

Крім ЗОЗ, що використовують зазначені чотири конкурентні стратегії, можна виділити заклади, які Porter M.E. називає «застряглими на середині». Внаслідок того, що і зниження витрат, і диференціація, і фокусування породжують конкурентні переваги, керівник закладу може спробувати реалізовувати всі стратегії одночасно, що призведе до серйозних проблем. Оскільки диференціація припускає інвестиції в створення відмінностей, а лідерство у витратах – оптимізацію процесів і економію, усунути протиріччя між ними надзвичайно складно. Крім того, у пацієнтів формуються певні очікування від ЗОЗ – або високої якості послуги, або низької ціни, або врахування особливостей своєї групи, географічної або клінічної. Якщо пацієнт не зможе сформулювати певне очікування або в процесі надання послуги воно не буде реалізоване, то вірогідність його первинного або подальшого звернення різко знижується.

Porter M.E. вказує, що одночасна реалізація двох або трьох стратегій можлива лише за умови організації двох або трьох незалежних бізнес-одиниць в межах ЗОЗ.

Отже, на основі генеричних конкурентних стратегій Porter M.E. виділимо три конкурентні стратегії для рівня бізнес-одиниць.

Перша конкурентна стратегія – вдосконалення процесу – працює в межах цілого ринку, тобто відповідає стратегії лідерства у витратах. Заклади, що обирають цю стратегію, зазвичай стандартизують свої послуги і покращують ефективність, щоб досягти лідерства за витратами і оборотністю активів.

Друга конкурентна стратегія – лідерства за якістю медичних послуг – застосовується в широких ринкових межах, оскільки заклади можуть розвивати унікальні сервісні лінії для задоволення індивідуальних потреб широких верств пацієнтів.

Третя конкурентна стратегія – фокусування на потребах пацієнтів – споріднена з генеричним стратегічним підходом сфокусованої диференціації за Porter M.E., тобто, є зосередженням, концентрацією на встановленні лідерства закладу у вузькому сегменті ринку за виконанням специфічних складних, унікальних лікувальних процедур.

Дослідження генеричних стратегічних підходів за Porter M.E. та формування на їх основі конкурентних стратегій для ЗОЗ дозволяє запропонувати концептуальну структуру конкуренції між закладами на ринку медичних послуг (рис. 1.8).

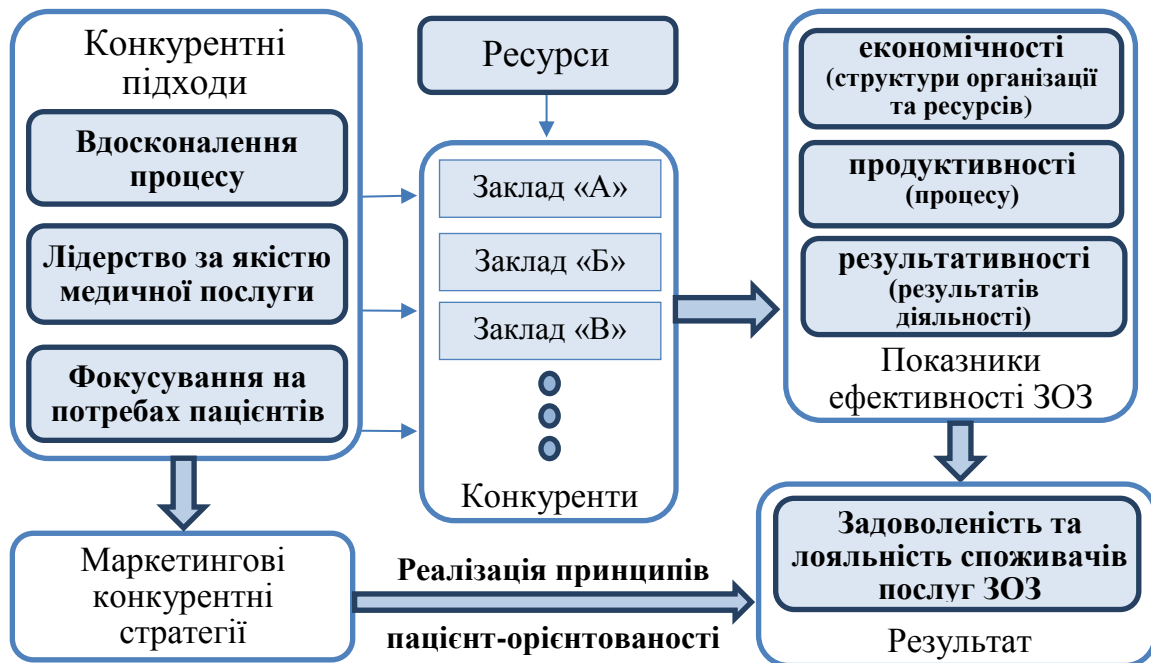


Рис. 1.8. Концептуальна структура конкуренції між ЗОЗ на ринку медичних послуг

Джерело: Складено автором на основі [23]

Отже, ми розглянули три генеричні стратегічні підходи до формування конкурентної стратегії ЗОЗ та визначили основні стратегії, які фундуються на трьох конкурентних підходах – вдосконаленні процесу, лідерстві за якістю послуг, фокусуванні на потребах пацієнтів. Проте існує різноманіття конкурентних стратегій, які можуть використовуватися закладами на ринку медичних послуг. На нашу думку, існує необхідність їх систематизації та класифікації (табл. 1.4).

Генеричні стратегії за Porter M.E. розглянуто нами вище. Є сенс розглянути інші стратегії в контексті запропонованої класифікації та з урахуванням особливостей медичної послуги. Так, до числа класичних моделей, що використовуються для розробки стратегії, належить матриця

можливостей за товарами і ринками, уперше запропонована Ansoff Н.І., що має назву «Вектор зростання» [86].

Таблиця 1.4

**Типи основних маркетингових конкурентних стратегій закладів на ринку медичних послуг**

<b>Автор</b>	<b>Стратегії, орієнтовані на витрати ЗОЗ</b>	<b>Стратегії, орієнтовані на якість медичної послуги</b>	<b>Стратегії, орієнтовані на потреби пацієнтів</b>
Porter M.E.	Лідерство у витратах	Стратегія диференціації	Стратегія сфокусованої диференціації Стратегія фокусування на витратах
Ansoff H.I.	Стратегія проникнення на ринок	Стратегія розробки нових продуктів Стратегія розвитку ринку	Стратегія диверсифікації
Kotler Ph.	Стратегія лідера (за витратами) Стратегія претендента на лідерство (за витратами)	Стратегія лідера (за якістю) Стратегія претендента на лідерство (за якістю)	Стратегія послідовника Стратегія нішовика
Юданов А., Раменський Л., Friesewinkel H., Grime J.P.	Віолентна стратегія («гордий лев», «могутній слон», «неповороткий бегемот»)	Експлерентна стратегія («перші ластівки»)	Патієнтна стратегія («хитрі лисиці») Комутантна стратегія («сірі миші»)
Treacy M., Wiersema F.	Стратегія виробничої досконалості	Стратегія лідерства за продуктом	Стратегія близькості до споживача
Trout J., Ries A.	Оборонна війна Наступальна війна	Флангова війна	Партизанська війна
Ohmae K.	Стратегії, націлені на корпорації («вибірковість і послідовність», «виробляти або купувати», підвищення ефективності витрат)	Стратегії, націлені на конкурентів («сила образу», «заробити на різниці в структурі прибутку і витрат», «тактика для легкоатлетів», «люди-гроші-речі» (яп. Hito – Kane – Mono))	Стратегії, націлені на споживача (сегментація за цілями, сегментація за охопленням ринку, ресегментація ринку, відслідковування тенденцій зміни в складі та структурі клієнтів, зміни їх цілей)
Chan K.W., Mauborgne R.	Стратегія червоного океану	Стратегія червоного океану	Стратегія блакитного океану
Pino R.	Силова стратегія	Стратегія корпоративного айкідо (теорія атаки, теорія захисту)	
von Krogh G., Cusumano M.A.	Стратегія збільшення обсягів виробництва («scaling»)	Стратегія копіювання («duplication»)	Стратегія дроблення («granulation»)

Джерело: Складено автором

Відповідно до цього аналітичного інструменту підприємство може обрати одну з чотирьох стратегічних альтернатив збереження або збільшення частки ринку і, отже, утримання або посилення конкурентних переваг виробника (постачальника) послуг: стратегія проникнення на ринок; стратегія розробки нових послуг; стратегія розвитку ринку; стратегія диверсифікації. Варто зазначити, що матриця була розроблена для вибору та формування стратегії розвитку підприємств, що спеціалізуються на виробництві та реалізації товарів. Сучасна ситуація на ринку медичних послуг та зростання числа ЗОЗ приватної форми власності змушують по-новому розглянути умови формування стратегії за цією методикою.

Стратегія проникнення на ринок, або економії витрат, застосовується ЗОЗ для вже існуючих медичних послуг на існуючих ринках. Є ефективною за умов, зростання ринку медичних послуг та передбачає застосування інтенсивного просування послуги, що дозволяє збільшити обсяги діяльності та залучити нових клієнтів. Стратегія розробки нових продуктів рекомендована для виведення нових медичних послуг на ринки, що склалися і давно освоєні, та застосування закладами, які надають нові або модифіковані послуги, що користуються високим попитом у пацієнтів. Стратегія розвитку ринку орієнтована на ЗОЗ, які виходять на нові ринки з існуючими медичними послугами. Метою надавача медичної послуги є збільшення обсягу постачання і вихід на нові сегменти ринку, на яких попит на ці послуги є незадоволеним. Стратегія диверсифікації є доцільною для ЗОЗ, коли необхідно освоїти новий сегмент ринку та запропонувати нові медичні послуги для задоволення виявлених потреб пацієнтів.

Крім того, набір маркетингових конкурентних стратегій пропонує Kotler Ph., які ґрунтуються на оцінці частки ринку, яку має ЗОЗ [82]. Ми їх об'єднали у три групи відповідно до орієнтації на витрати, якість або задоволення потреб.

1) стратегії лідера та претендента на лідерство (за витратами) – включають з боку ЗОЗ активні (наступальні) дії для завоювання частки ринку



медичних послуг за рахунок використання «ефекту кривої досвіду» та пасивні (оборонні) дії – для захисту завойованого ринку;

2) стратегії лідера та претендента на лідерство (за якістю) – передбачають розширення частки ринку за рахунок пропозиції медичних послуг високої якості, їх диференціації та додаткового сервісу;

3) стратегії послідовника та нішовика об'єднують успіх ЗОЗ у вузькому сегменті або ринковій ніші та пропонування унікальних медичних послуг для завоювання лідерства.

Принципи біологічного підходу, розроблені Раменським Л. та Grime J.P. [92, 93], покладені в основу класифікації конкурентних стратегій за типом конкурентної поведінки, запропонованої Friesewinkel Н та Юдановим А. [94, 95]. Основні типи конкурентних стратегій в цій класифікації згруповані таким чином:

1. Віолентна стратегія – пропонується для великих ЗОЗ, полягає в зниженні витрат, наданні стандартизованих медичних послуг та економії за рахунок «ефекту масштабу». Такі заклади асоціюються з «гордими левами», «могутніми слонами» та «неповороткими бегемотами», в залежності від темпів розвитку і рівня диференціації;

2. Експлерентна стратегія притаманна для ЗОЗ, орієнтованих на інновації в продуктивній політиці та технологіях, які асоціюються з «першими ластівками»;

3. Патієнтна та комутантна стратегії. Перша з них є нішевою стратегією і передбачає надання пацієнтам унікальних високоспеціалізованих медичних послуг. ЗОЗ діють на вузькому сегменті ринку як «хитрі лисиці». Друга стратегія – «сірих мишей» – полягає у проникненні закладу на залишковий сегмент ринку і гнучкому реагуванні на потреби пацієнтів з метою їх повного задоволення.

Наступний підхід до класифікації конкурентних стратегій запропонований Treacy M. та Wiersema F. [96]. Вони визначили три «ціннісні дисципліни», як способи доставки цінностей споживачеві, які ми інтерпретуємо як: досконалість процесу, лідерство за якістю медичних послуг і близькість до пацієнта.

Виробник медичної послуги з метою завоювання лідерства на ринку повинен зробити вибір на користь однієї з цих цінностей.

Якщо досконалість процесу виробництва та надання послуги передбачає раціональне поєднання професійних знань медичного персоналу, ефективних медичних технологій та менеджменту, то лідерство за якістю медичних послуг ґрунтується на продуктових інноваціях.

Стратегію близькості до споживача можуть використовувати ЗОЗ, орієнтовані на задоволення унікальних індивідуалізованих потреб конкретних пацієнтів та максимальне врахування їх запитів. Основна увага приділяється розвитку довгострокових партнерських стосунків із пацієнтами, адаптації пропонуванних послуг до їхніх потреб, делегуванню додаткових функцій медичному персоналу, що працює з пацієнтами безпосередньо. Чинником успіху є поєднання високої кваліфікації як медичних працівників, так і зусиль усього персоналу закладу, зокрема менеджерів та організаторів охорони здоров'я у сфері використання сучасних методів просування продукту.

Trout J., Ries A. у [97] описують так званий стратегічний квадрат, який може бути побудований для будь-якої галузі. Квадрат складається з чотирьох типів конкурентних стратегій: оборонна війна – для лідера ринків, наступальна війна – для найближчого переслідувача лідера, флангова війна – для середняків галузі, партизанська війна – для невеликих нішових гравців.

Інтерпретуємо дані стратегії для ЗОЗ. Так, стратегія оборонної війни базується на таких принципах: це гра тільки для ринкового лідера; краща стратегія оборони – це мужність атакувати самого себе; сильні кроки конкурентів завжди треба блокувати; в резерві завжди мають бути певні інструменти та засоби. Наступальна війна – це стратегія найближчого переслідувача лідера, досить сильного ЗОЗ, який спроможний вести тривалі атаки на лідера. Він використовуватиме такі прийоми, як урізування цін, знижки, гарантії, технологічні інновації. Флангова війна охоплює низку стратегій флангових атак: низькою або високою ціною; обсягом наданих медичних послуг; на основі зміни їх характеристик; через продуктові інновації; вдосконаленням

розподілу. Партизанська війна базується на умінні ЗОЗ підлаштовувати тактику під конкурентів, її принципами є: знайти сегмент, який занадто малий для лідера, проте досить прибутковий для партизана; не поводитися як лідер (мінімум адміністративного штату та швидке прийняття рішень); готовність у будь-який момент згорнути діяльність.

Модель стратегічного планування 3К (The 3C's Model) Ohmae K. [98] передбачає виділення трьох ключових чинників успіху підприємства, які одночасно є трьома головними гравцями при реалізації стратегії: Корпорація (Corporation), Споживач (Client) та Конкуренти (Competitors). Згідно з даною моделлю можна виділити типові стратегії для ЗОЗ, спрямовані на досягнення стійкої конкурентної переваги, які забезпечуються поєднанням цих чинників у так званий «стратегічний трикутник» (strategic triangle).

Стратегії, націлені на корпорацію, передбачають максимізацію переваг ЗОЗ відносно конкурентів у сферах, найбільш критичних для досягнення успіхів у галузі. Стратегія «вибірковість і послідовність» передбачає досягнення вирішальної переваги в одній найважливішій сфері, що допоможе досягти успіху в інших напрямках, які мають наразі середній для галузі рівень. Стратегія «виробляти або купувати» дозволяє досягти стійкого лідерства за витратами у ситуації їх швидкого зростання та неспроможності конкурентів оперативно реагувати на ці зміни, коли ЗОЗ здатний гнучко міняти обсяг надання послуг відповідно до змін попиту. Стратегія «підвищення ефективності витрат» може бути виконана трьома основними методами: більш ефективне зниження основних витрат порівняно з конкурентами; оптимізація кількості послуг, що надаються, або виконуваних функцій; використання схожих ключових функцій спільно з іншими бізнес-одиницями підприємства або навіть із сторонніми підприємствами.

Стратегії, націлені на споживача є основою для формування інших двох стратегій і передбачають обов'язкову сегментацію споживачів у зв'язку з неоднорідністю їх потреб та неможливістю задовольняти абсолютно усі запити з однаковою ефективністю. Тому ЗОЗ рекомендується проводити таке

сегментування, яке б дозволило створити конкурентну перевагу для конкретної групи споживачів та зосередити зусилля на задоволенні саме їх потреб: за цілями та за охопленням ринку, а також здійснювати періодично ресегментацію та відслідковувати тенденції для врахування змін в середовищі.

Стратегії, націлені на конкурентів, засновані на пошуку можливостей диференціації ЗОЗ від конкурентів в усіх сферах, починаючи від закупівель витратних матеріалів та обладнання, формування базових характеристик медичної послуги, до безпосередньо медичного обслуговування. В цьому контексті виділяються стратегії «сила іміджу», «заробити на різниці в структурі прибутку і витрат», «тактика для легкоатлетів», «люди-гроші-речі».

Наступні типи маркетингових конкурентних стратегій, які пропонуються нами для ЗОЗ, є стратегії «червоного» та «блакитного океану», розроблені Kim W.C. та Mauborgne R. у [99]. Основною ідеєю стратегії «блакитного океану» є створення попиту на послугу на основі інновації цінності для підвищення конкурентоспроможності ЗОЗ на противагу стратегії «червоного океану», у якій зосереджено увагу на боротьбі в існуючому ринковому просторі. Цілі стратегій подані у табл. 1.5.

*Таблиця 1.5*

**Порівняльна характеристика цілей стратегій «червоного океану» та «блакитного океану»**

<b>Цілі стратегії «червоного океану»</b>	<b>Цілі стратегії «блакитного океану»</b>
Конкурувати на існуючому ринку	Створювати вільний від конкуренції ринок
Перемагати конкурентів	Викорінити конкуренцію
Використати існуючий попит	Формувати і використати новий попит
Знаходити компроміс між унікальними перевагами і ціною	Відмовитися від компромісів між унікальними перевагами і ціною
Адаптувати всю систему операційної діяльності підприємства відповідно до її стратегічного вибору: унікальні переваги або низька ціна	Адаптувати всю систему операційної діяльності підприємства так, щоб запропонувати за низькою ціною продукти, що мають унікальні переваги

*Джерело:* Складено автором на основі [99]

Можливо, найважливішою особливістю стратегії «блакитного океану» є те, що вона відкидає фундаментальний принцип традиційної стратегії: між

унікальними перевагами і ціною повинен існувати компроміс. Згідно з цією тезою ЗОЗ можуть або пропонувати пацієнтам цінніші для них послуги за більш високою ціною, або створювати прийнятні пропозиції при нижчій ціні. Оскільки цінність для клієнта складається з переваг продукту і його ціни, а цінність для ЗОЗ – із співвідношення витрат і ціни, стратегія «блакитного океану» формується тільки тоді, коли усі дії підприємства, від яких залежать переваги продукту, ціна і витрати, коректно погоджені. Це і є загальний системний підхід, який перетворює формування «блакитних океанів» на стабільну стратегію, яка об'єднує увесь спектр функціональної і операційної діяльності ЗОЗ.

Стратегія «червоного океану» припускає «протидію» конкурентам і витіснення їх з ринкового сегменту. На відміну від неї, стратегія «блакитного океану» передбачає ведення бізнесу там, де немає конкуренції. Вона ставить своєю метою створення нового цільового сегменту, а не захоплення вже існуючого.

На нашу думку, побудувати ефективну стратегію «блакитного океану», для ЗОЗ можливо на базі досліджень в таких сферах:

1. Інноваційно-інвестиційна діяльність конкурентів.
2. Галузеві фактори конкуренції (особливо послуги-субститути) та взаємодії між ними.
3. Обсяг послуг, що отримує пацієнт, в межах стандартної ринкової пропозиції.

Зокрема, відслідковуючи появу інноваційних продуктів в сфері інформаційних технологій, топ-менеджмент ЗОЗ може оптимізувати виробничі процеси та показники діяльності, наприклад, за рахунок поєднання стратегій «блакитного океану» та технології блокчейн (впорядкованих баз інформації).

Codrin A. визначає блокчейн як децентралізовану систему, в якій транзакційні або архівні відомості записуються, і зберігаються в одноранговій мережі персональних комп'ютерів, так званих вузлах. Це незмінна публічна цифрова книга, дуже схожа на базу даних. На думку експертів, блокчейн дійсно

є потужною технологією, яка може викликати інноваційні зрушення практично в будь-якій галузі [100].

На нашу думку, розробка ринкових стратегій на основі запровадження технології блокчейн у медичну галузь дасть змогу ЗОЗ отримати такі переваги:

1. Скоротити час очікування та прийому пацієнтів. Складні процеси реєстрації, що повторюються при кожному зверненні пацієнта до різних закладів створюють великі витрати часу пацієнтом і постачальником. Використання ж розподілених реєстрів пацієнтів у блокчейн (бухгалтерській книзі) може дозволити уникнути повторюваних дій та витрат часу на реєстрацію.

2. Зменшити адміністративні витрати. Скорочення паперової роботи при заповненні на місці у постачальника веде до скорочення чисельності адміністративного персоналу, а отже зниження накладних витрат.

3. Зменшити число помилок при введенні даних. Розподілений реєстр системи охорони здоров'я (регістр) може містити електронні копії документів, інформацію про попередні звернення, зменшуючи кількість помилок через ручне або повторне введення інформації.

4. Знизити ризик недотримання термінів розгляду скарг пацієнтів. Прозорість претензійної діяльності та універсальний реєстр скарг в галузі охорони здоров'я дозволять менеджерам та особам, які здійснюють контроль, систематично аналізувати претензії на усіх етапах надання послуги.

5. Створити надійну систему захисту інформації про пацієнтів на всіх стадіях лікування впродовж життя. Пацієнти довіряють третім особам, таким як лікарні та інші ЗОЗ, зберігати та захищати від розголошення конфіденційну інформацію. У розподіленому реєстрі пацієнтів (реєстрі) з'являється можливість зберігати інформацію про пацієнта та його скарги, що збільшує прозорість обробки даних.

6. Забезпечити доступність прийому у лікаря. Коли пацієнт потребує медичної послуги, він звертається до ЗОЗ з метою запису на прийом. Як правило, перед встановленням дати та часу прийому відбувається декілька

зворотних взаємодій (наприклад, щорічне обстеження потребує лабораторного дослідження, тобто задіяння інших видів послуг). Універсальний реєстр медичних відвідувань сприятиме узгодженню численних графіків різких ЗОЗ, не вимагаючи від кожного з них мати власний реєстр медичних відвідувань.

7. Збільшити гнучкість цін. За допомогою розподілених реєстрів пацієнтів (регістрів) блокчейн інформація щодо цін на послуги буде доступною через розподільчу мережу. Пацієнт матиме змогу отримати дані щодо середньої ціни на певну послугу на певній території, для певного віку, у певному ЗОЗ.

Загалом технологія блокчейн є ефективною у таких напрямках, як:

- якість медичної інформації (забезпечення кібербезпеки, захист персональних даних, нерозголошення лікарської та медичної таємниці, постійне оновлення і поширення у різних ЗОЗ достовірної інформації, необхідної для лікування, відсутність дублювання, помилок, претензій);
- доступ пацієнтів до медичної інформації та контроль достовірності записів;
- уніфікація договорів на обслуговування пацієнтів, швидкість оплати послуг;
- налагодження прозорого зв'язку між ЗОЗ для постійного відслідковування проходження платежів, рецептів та медичної документації, усунення шахрайства;
- швидкість оформлення документів (скорочення паперової складової).

Наступна стратегія, представлена у табл. 1.4, – стратегія «корпоративного айкідо», що протиставляється традиційній «силовій» стратегії – запропонована Pino R. [101]. Окремі її елементи співзвучні дослідженням мотивів створення стратегічних альянсів, наприклад, близькі ідеї містяться в роботах Garrett B., Dussauge P. [102] та ін.

«Силова» стратегія передбачає ведення цінової війни між конкурентами, тобто орієнтована на мінімізацію витрат. У кінцевому підсумку такий варіант стратегії розглядається як програшний для усіх сторін, оскільки призводить до зниження доходу, цін та ставить під сумнів якість послуг в очах пацієнтів.

Стратегія ж «корпоративного айкідо» націлена на зміцнення ринкових

позицій ЗОЗ за рахунок концентрації на розвитку і самовдосконаленні для нейтралізації сильних сторін конкурента та підпорядкування останнього своїм діям. Маркетингова стратегія, заснована на принципах айкідо, припускає розробку ЗОЗ таких інструментів, які б гарантовано забезпечували захист своїх позицій і вдосконалення діяльності. Ця стратегія складається з двох концепцій: теорія атаки з її засадничими принципами, і теорія захисту.

Теорія атаки включає два різні елементи: внутрішні (стратегічні, агресивні наміри і спрямованість на атаку) і зовнішні (саме підприємство, його ресурси, технічна інфраструктура, швидкість і характер маневрів). Теорія захисту також включає внутрішні (основні цінності і стержнева ідеологія, що розділяється усіма співробітниками) і зовнішні (динаміка і своєчасність оборонних дій, технічна інфраструктура ЗОЗ) аспекти. Функціональна комбінація атаки і захисту розвиває характерну для айкідо дисципліну координації і досягнення рівноваги.

Істотно відмінним від попередніх є підхід до формування стратегій підприємства von Krogh G. та Cusumano M.A. [103]. Автори пропонують три основні стратегії: збільшення обсягів виробництва («scaling»), копіювання («duplication») і дроблення («granulation»). На відміну від Porter M. E., Treacy M. та Wiersema F., автори вважають, що не існує єдиної оптимальної стратегії, а може бути задіяно декілька стратегій одночасно.

На нашу думку, завдання маркетингових конкурентних стратегій для ЗОЗ – встановлення та збереження конкурентної переваги за продуктами і ринками. Вони тісно пов'язані з ефективним використанням обмежених ресурсів і передбачають задоволення пацієнтів за рахунок завоювання лідерства на ринку.

Враховуючи вище викладене, маркетингову конкурентну стратегію ЗОЗ можна розглядати як формально визначений напрям розвитку закладу, який залежить від сфери, форм і факторів конкуренції на ринку медичних послуг, доступних ресурсів діяльності, системи маркетингу, що дозволяють реалізувати перспективні загальноорганізаційні цілі з позиції пацієнт-орієнтованості.

Процес розробки маркетингової конкурентної стратегії ЗОЗ включає стратегічне планування і стратегічне управління та дозволяє:



- підтримувати спрямований у майбутнє спосіб мислення та поведінки;
- координувати рішення та дії в галузі маркетингу;
- інформувати співробітників про цілі та необхідні ресурси;
- мотивувати співробітників, якщо від досягнення цілей підприємства залежить досягнення їх особистих цілей (кар'єра, зарплата);
- створювати передумови для оцінки та контролю результатів.

Віханський О.С., Наумов А.І. пропонують розглядати процес стратегічного управління як динамічну сукупність п'яти взаємозалежних управлінських процесів: аналізу середовища; визначення місії і цілей; вибору стратегії; виконання стратегії; оцінки і контролю виконання [104].

Згідно з поглядами Mintzberg H., Alstrend B., Lempel J. при розробці стратегії основна увага приділяється формуванню планів з метою контролю ефективності досягнення стратегічних орієнтирів [105].

Можна виділити два підходи до розробки конкурентної стратегії: ресурсний і ринковий. З позиції ресурсного підходу стратегія кожного ЗОЗ «формується з метою використання саме того набору ресурсів (компетенцій), який є», внаслідок чого буде досягнуто певне становище підприємства на ринку. Ринковий підхід до формування стратегії припускає зворотне: встановлення потреби в ресурсах залежно від становища ЗОЗ на ринку. У цілому розглянуті підходи до формування маркетингової конкурентної стратегії мають загальні риси: визначення напрямків розвитку закладу, попередній аналіз зовнішнього середовища ЗОЗ, а також аналіз внутрішніх можливостей, переваг і слабких сторін. З огляду на стан фінансування медичної галузі, а також правовий статус переважної більшості ЗОЗ як неприбуткових підприємств, ми вважаємо, що первинними будуть ресурси (потенціал ЗОЗ), оскільки цілепокладання виходить від наявних ресурсів і потенціалу закладу, без ресурсів неможливо не тільки яке-небудь становище на ринку, але й існування закладу. При реалізації поставлених стратегічних цілей першочергового вирішення потребує проблема дефіциту ресурсів ЗОЗ (матеріальних, фінансових, трудових, інформаційних).

Таким чином, в основу вибору стратегії нами покладено ресурси, потенціал закладу і управління ними. З цього не випливає, що конкурентоспроможність ЗОЗ у довгостроковій перспективі залежить лише від вірного вибору ресурсів та уміння реалізовувати свій потенціал дієвіше, ніж підприємства-конкуренти. Є інші чинники, як внутрішні, так і зовнішні, які впливають на конкурентоспроможність підприємства, але вони втрачають свою значущість у досягненні поставленої мети при відсутності ресурсів підприємства.

У загальному вигляді, без деталізації, етапи розробки конкурентної стратегії можна представити у вигляді схеми, зображеної на рис. 1.9.



Рис. 1.9. Схема розробки маркетингової конкурентної стратегії ЗОЗ

*Джерело:* Складено автором

Перший етап розробки маркетингової конкурентної стратегії ЗОЗ – внутрішній аудит, який здійснюється з метою аналізу власних ресурсів.

Завданням внутрішнього аудиту є аналіз внутрішнього середовища, і в першу чергу, клінічних показників, які характеризують процес. Важливою складовою внутрішнього аудиту є клінічний аудит, що дозволяє проаналізувати ресурсне забезпечення процесу створення і надання медичної послуги та її якості. Проблеми клінічного аудиту як одного із засобів контролю якості медичних послуг розглядалися в працях вітчизняних дослідників, серед яких: Багдасарян В.Є., Бірюков В., Богомаз В.М., Зіменковський А.Б., Сміянов В.А., Степаненко А.В., а також зарубіжних авторів Davies H.T.O., Donaldson L., Halligan A., O'Brien M.A., Oxman A.D., Rosati G., Rumsey M., Seddon M., Ugolini G., Young J.M., Zanotti S. та ін. Однак зміст терміну «клінічний аудит» по-різному тлумачиться фахівцями, що говорить про незавершеність процесу ідентифікації властивостей цього поняття та недостатність дослідження можливостей його практичного застосування у вітчизняних ЗОЗ. Окремі дослідники під клінічним аудитом розуміють перегляд ефективності лікування тієї чи іншої патології, інші – інспекційний контроль або критичний аналіз усталених, морально застарілих схем діагностики, лікування або профілактики [106, 107]. На думку Halligan A., Donaldson L. [108], клінічний аудит має значний потенціал щодо впливу на ЯМД, яка надається пацієнтам.

За визначенням National Institute for Clinical Excellence (NICE) [109], «клінічний аудит – це процес поліпшення якості, спрямований на вдосконалення надання допомоги пацієнтам і результатів шляхом систематичного аналізу медичної допомоги на відповідність чітким критеріям з подальшим впровадженням змін. Тобто, різні аспекти процесів і результатів наданої допомоги вибираються і систематично оцінюються щодо відповідності чітким критеріям. Там, де це показано, проводяться зміни на індивідуальному, груповому рівнях або на рівні служби, а далі використовується система моніторингу для підтвердження поліпшень в наданні медичної допомоги».

На нашу думку, клінічний аудит є невід'ємною складовою управління ЗОЗ, інструментом менеджменту, спрямованим на підвищення ефективності закладу та задоволеності пацієнтів шляхом систематизованого та послідовного

оцінювання ризиків та слабких сторін діяльності і формування рекомендацій для вдосконалення клінічного процесу загалом та медичних послуг зокрема.

За результатами внутрішнього аудиту загалом, та клінічного аудиту, зокрема, в подальшому буде складатися план заходів щодо реалізації розробленої стратегії.

Другим етапом розробки стратегії є аналіз зовнішнього середовища – аналіз ринку, конкурентів, клієнтів (пацієнтів). На даному етапі продуктивним може бути використання зовнішнього аудиту.

Базою для розробки маркетингової конкурентної стратегії слугує інформація про ресурсозабезпеченість ЗОЗ, про кон'юнктуру ринку, про становище закладу на ньому, про адекватність і досяжність поставлених цілей, про конкурентів і рівні конкуренції в галузі. Взагалі, інформація як засіб зниження невизначеності та ризику може сприяти реалізації певних цілей ЗОЗ, в силу чого дуже важливим є своєчасне отримання і достовірність інформації. Також аналітичний матеріал, отриманий в процесі розроблення стратегії, дає можливість як топ-менеджерам, які розробляють та реалізують конкурентну стратегію, так і стейкхолдерам ЗОЗ, мати чітке уявлення про сильні та слабкі сторони закладу за допомогою SWOT-аналізу. Цей метод запропонований в 1963 році в Гарварді на конференції з проблем бізнес-політики професором Кеннетом Ендрюсом і є широко відомим і загальновизнаним методом стратегічного планування, який детально описаний у величезній кількості загальнодоступних джерел. Тому в більш детальному описі SWOT-аналізу в даній роботі немає сенсу. Однак все це анітрохи не заважає тому, що SWOT-аналіз піддається критиці, часто цілком справедливій, обґрунтованій і добре аргументованій. Лише наведемо думку Поплавської Ж.В., Михальчишин Н.Л., Данилович-Кропивницької М.Л. та ін., що «сучасні галузі не мають сталої структури, тому стратегії порівняння сильних і слабких сторін підприємства з можливостями і загрозами галузі (аналіз п'яти сил конкуренції Портера, SWOT-аналіз) не відповідають сучасним реаліям, коли стратегія може створювати структуру галузі на користь підприємства для побудови нового ринкового простору» [110, с.166].

ЗОЗ переважно використовують SWOT-аналіз як найбільш доступний і відносно простий інструмент. Окрім того, він рекомендується фахівцями для КНП, які не мають досвіду стратегічного управління, але зобов'язані розробляти Стратегію розвитку підприємства для роботи з НСЗУ [111].

Інструментами аналізу макросередовища підприємства, як відомо, є PEST-аналіз, побудова моделі п'яти сил Porter M.E., матриця можливості / вразливості та ін. Методика проведення PEST-аналізу передбачає виявлення і оцінку впливу факторів макросередовища як на поточні, так і на майбутні результати діяльності підприємства. Відповідно до цієї методики виділяються чотири групи найбільш значущих чинників впливу: політико-правові (P), економічні (E), соціокультурні (S), технологічні (T). Рекомендуємо такий аналіз здійснювати органам управління територіальними громадами для кожного регіону при формуванні стратегії розвитку території.

Для виявлення та аналізу зовнішніх факторів, що впливають на конкурентоспроможність, ми пропонуємо застосувати матрицю можливості / вразливості, яка будується за показниками двох складових: контроль над факторами з боку ЗОЗ; рівень значимості фактора для стратегічного вибору [112]. Отримані всередині матриці поля мають різне значення для організації. Особливу увагу слід приділяти полю, що знаходиться у верхньому правому куті матриці, – стратегічному квадранту. Фактори зі стратегічного квадранту є об'єктом контролю та потребують ретельного вивчення, перебувають у центрі уваги при вчиненні найважливіших стратегічних дій, підлягають моніторингу.

Модель п'яти сил Porter M.E. дозволяє не тільки оцінити поточний стан галузі, але й визначити її рушійні сили та їх динаміку. При цьому оцінюються: внутрішньогалузева конкуренція, можливість появи нових конкурентів і товарів-замінників (субститутів), вплив на галузь постачальників і споживачів. Проте варто враховувати, що даний інструмент аналізу описує лише поточний стан галузі і не дозволяє визначити зміни, що відбуваються в конкурентному оточенні підприємства. Модель п'яти сил конкуренції Porter M.E. дозволяє не

тільки оцінити поточний стан галузі, але й визначити інтенсивність конкуренції з використанням методу експертних оцінок.

Наступний етап – встановлення мети ЗОЗ. В медичній галузі є досвід використання SMART-аналізу (управління за цілями). На SMART-аналіз спирається більша частина стратегічних рішень в області управління охороною здоров'я [113]. Пов'язано це насамперед з активним переходом на проектно-орієнтовану модель управління, яка передбачає кількісний вимір показників ефективності діяльності ЗОЗ і галузі охорони здоров'я в цілому. В ході аналізу визначається мета через такі характеристики: Specific – конкретність; Measurable – вимірність; Achievable – досяжність; R: Realistic – реалістичність, Relevant – доречність, відповідність і адекватність; Related – узгодженість із загальною стратегією, Reasonable – розумність, обґрунтованість, раціональність; Rewarding – корисність; Results-oriented – орієнтованість на конкретні результати; Time-Bound – визначеність у часі. Від правильної постановки стратегічних цілей залежить подальший розвиток організації в цілому, тому використання SMART-аналізу в комплексі з іншими методами – раціональне рішення для ефективного реалізації маркетингових конкурентних стратегій. Важливе місце цей інструмент стратегічного управління займає в системі управління якістю ЗОЗ, коли існує гостра необхідність вимірювання і оцінки отриманих результатів діяльності. Після визначення мети складається програма дій, яка в перспективі дозволить закладу посісти кращу конкурентну позицію, отримати економічний ефект.

Етап аналізу результатів пов'язаний з розробленням критеріїв і показників, необхідних для оцінки ефективності маркетингових конкурентних стратегій. При їх обґрунтуванні ми виходили з розглянутих методологічних положень у трактуванні понять «критерій» і «показник» в енциклопедичній, а також спеціальній літературі [114, 115]. Саме поняття «критерій» у сучасній науковій літературі трактується неоднозначно. Особливо це явно спостерігається при співвідношенні понять «критерій» і «показник», іноді допускається змішування цих неоднозначних категорій. Критерій – це мірило, за допомогою якого здійснюється оцінка явищ, процесів, станів. В цілому ж критерій означає точку зору, яка є мірилом для визначення, оцінки предмета,

явища; ознака, покладена в основу класифікації предметів, явищ, понять. Тут спостерігається зв'язок понять «критерій» і «міра». Цей зв'язок дуже важливий, оскільки висловлює якісно-кількісну визначеність. Критерій – це ознака, за якою можна судити про відмінність стану одного явища від іншого. Критерій ширше показника, який є складовим елементом критерію і характеризує зміст його. Отже, критерій виражає найбільш загальну ознаку, за якою відбувається оцінка, порівняння реальних явищ, якостей, процесів. А ступінь прояву, якісна сформованість, визначеність критеріїв виражається в конкретних показниках.

Ефективність маркетингової конкурентної стратегії визначається рівнем її економічної обґрунтованості на етапі розробки і результативністю на етапі реалізації цілей ЗОЗ. У працях таких авторів, як Ойнер О.К., Ambler T., Carpenter G., Clark B., Drucker P.F., Gooner R., Joshi Y., Kaplan R.S., Kumar V., Lovelock C.H., Morgan N., Norton D.P., Reibstein J., Rust T., Sisodia R.S., Sheth J.N., Strivastava R., Wirtz J. ефективність маркетингових стратегій вимірюється в контексті економічності, продуктивності і результативності [116 – 125], що є підґрунтям для вибору нами оцінювальних критеріїв ефективності маркетингової конкурентної стратегії ЗОЗ.

Таким чином, з усього різноманіття методів і підходів до формування маркетингових конкурентних стратегій ми намагалися виділити найбільш вживані і актуальні для ЗОЗ. Вважаємо, що їх комплексне використання дозволить топ-менеджменту отримати найбільш достовірні дані для вибору ефективної конкурентної стратегії закладу.

### 1.3. Медична послуга в комплексі маркетингу закладу охорони здоров'я як фундамент формування конкурентних стратегій

Для того, щоб повною мірою з'ясувати сутність медичної послуги та розглянути її в контексті маркетингової конкурентної стратегії ЗОЗ, розглянемо, насамперед, поняття послуги загалом. Так, не дивлячись на

швидкий розвиток сфери послуг донині не вироблено загальновизнаної дефініції терміну «послуга». Останнім часом набуло поширення наступне визначення послуги, надане Hill C.W.L. та Hoskisson R.: «Послуга – це зміна стану особи або товару, що належить певній економічній одиниці, що відбувається в результаті діяльності іншої економічної одиниці з попередньої згоди першої» [63, с. 331]. Це визначення дозволяє розглядати послугу як конкретний результат корисної діяльності, що дає змогу вважати її предметом торгівлі.

Для послуги у сфері нематеріального виробництва, на думку Kotler Ph., властиві наступні характеристики: невідчутність, нерозривність виробництва і споживання, невіддільність від джерела, непостійність якості, неможливість збереження. Він підкреслює, що послуги розрізняються також залежно від спрямування на задоволення потреб конкретних суб'єктів – персональні послуги або потреби підприємства [126].

Тультаєв Т.А. виділяє також шосту характеристику: «взаємозамінюваність послуг товарами, що мають матеріальну форму, тобто здатність товарів замінювати ті послуги, які задовольняють однакові або аналогічні потреби» [127, с. 15]. Це підтверджується тим, що більш повільне зростання продуктивності у сфері послуг веде до збільшення цін на послуги в порівнянні з цінами на товари. Природно, що багато споживачів замінюють відносно дорогі послуги дешевшими товарами (ефект заміщення).

Деякі автори відносять до характеристик послуг гетерогенність, а саме унікальність будь-якої послуги унаслідок різних реакцій, поведінки, сприйняття кожного клієнта [128]. Маркетинг послуг специфічний настільки, наскільки послуги відрізняються від матеріально-речових продуктів, а ринок товарів – від ринку послуг. Завдання маркетингу послуг зазвичай похідні від маркетингових цілей підприємства сфери послуг і є їх конкретизацією: підвищення надійності послуг; зростання конкурентоспроможності виробника; безпека обслуговування клієнтів. Традиційна концепція маркетинг-мікс (4 «Р») – товар, ціна, місце і просування – розширена для підприємств сфери послуг до 7 «Р» [129]. Додаються чинники: люди (персонал, клієнти, ті, хто прямо або



опосередковано задіяний в процесі надання послуг); процес (послідовні дії з надання послуги); матеріальні докази (фізичне оточення, обстановка і атмосфера, в якій споживачеві надається послуга, інформування, що допомагає просувати послугу на ринку) [130]. Певні автори додають ще один елемент – восьме «Р» – партнерство – вибудовування таких взаємин з клієнтами, коли останні, задоволені наданою послугою і лояльні до закладу, стають по суті його промоутерами.

В межах дослідження особливу увагу необхідно приділити коректності використовуваних в галузі охорони здоров'я дефініцій. Аналіз показав, що сучасний стан досліджень системи охорони здоров'я, реформи, що здійснюється в даній сфері, посилюють дискусійність відносно термінологічного інструментарію, що використовується. Тому, насамперед, вважаємо за доцільне структурувати термінологічну базу сфери охорони здоров'я (табл. 1.6). Співвідношення даних понять можна проілюструвати таким чином (рис.1.10).

Медична послуга є центральною складовою комплексу маркетингу ЗОЗ, а її якість – головною конкурентною перевагою. Формування ефективної маркетингової конкурентної стратегії закладу вимагає дослідження особливостей медичних послуг, а також їх класифікації, оскільки розвиток нових технологій веде до появи на ринку різних медичних послуг та товарів. Медичні послуги в економіці України представлені 5,5% серед всього різноманіття послуг за даними Державної служби статистики України [131].

Вони структуруються відповідно до лікарських спеціальностей, напрямів сучасної медичної діяльності і видів медичних послуг відповідно:

- терапія, хірургія, педіатрія, рентгенологія, радіологія, імунологія, дієтологія, дерматологія, гістологія, мікробіологія, нейрофізіологія, психіатрія, стоматологія, онкологія, кардіологія та ін.;
- клінічна, медико-профілактична, науково-дослідна, організаційно-управлінська спеціалізації;
- стаціонарна, диспансерна, санітарно-курортна, амбулаторно-поліклінічна, хоспісна та ін. [129].

Таблиця 1.6

### Основні поняття у сфері охорони здоров'я

Поняття	Визначення поняття	Місце в структурі визначень
Охорона здоров'я	«Система заходів, що здійснюються органами державної влади та органами місцевого самоврядування, їх посадовими особами, закладами охорони здоров'я, фізичними особами-підприємцями, які зареєстровані в установленому законом порядку та одержали ліцензію на право провадження господарської діяльності з медичної практики, медичними та фармацевтичними працівниками, громадськими об'єднаннями і громадянами з метою збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя»	Включає всі представлені нижче терміни
Медицина	Галузь наукової та практичної діяльності, що вивчає нормальні та патологічні процеси в організмі людини, різноманітні захворювання, патологічні стани, методи їх запобігання та зміцнення здоров'я людини	Підсистема охорони здоров'я із специфічними прийомами, якими вона здійснюється
Медична діяльність	«Комплексна система, що включає організацію надання громадянам медичної допомоги, її безпосереднє надання в рамках діагностичних, лікувальних і профілактичних заходів, а також контроль якості медичних послуг, що надаються»	Та частина медицини, яка надається на професійному рівні і охоплює медичну допомогу і послугу
Медичне обслуговування	«Діяльність закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію в установленому законом порядку, у сфері охорони здоров'я, що не обов'язково обмежується медичною допомогою, але безпосередньо пов'язана з її наданням»	Той набір медичних послуг, який потрібний для підтримки характеристик об'єкту послуг в заданому стані тривалий період часу
Медична послуга	«Послуга, що надається пацієнту закладом охорони здоров'я або фізичною особою-підприємцем, яка зареєстрована та одержала в установленому законом порядку ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, та оплачується її замовником»	Та частина медичного обслуговування, яка характеризується взаємоузгодженістю і платним характером
Медична допомога	«Діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами»	Включає лише практичну сферу медицини

Джерело: Складено автором на основі [132, 133]

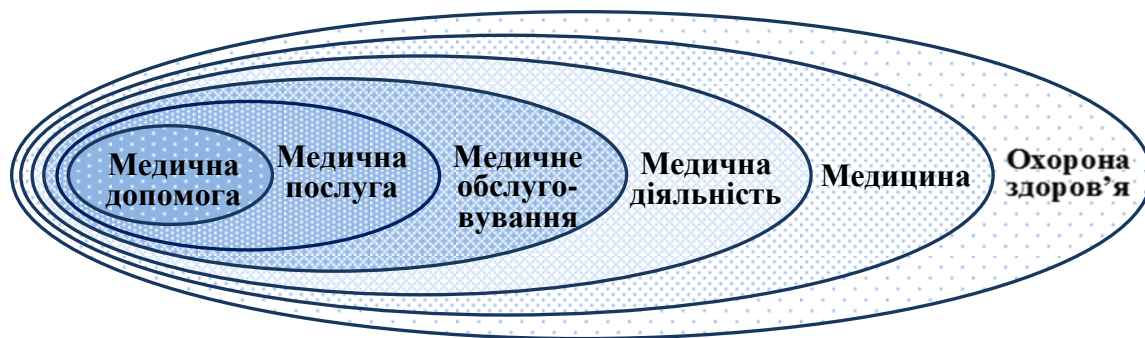


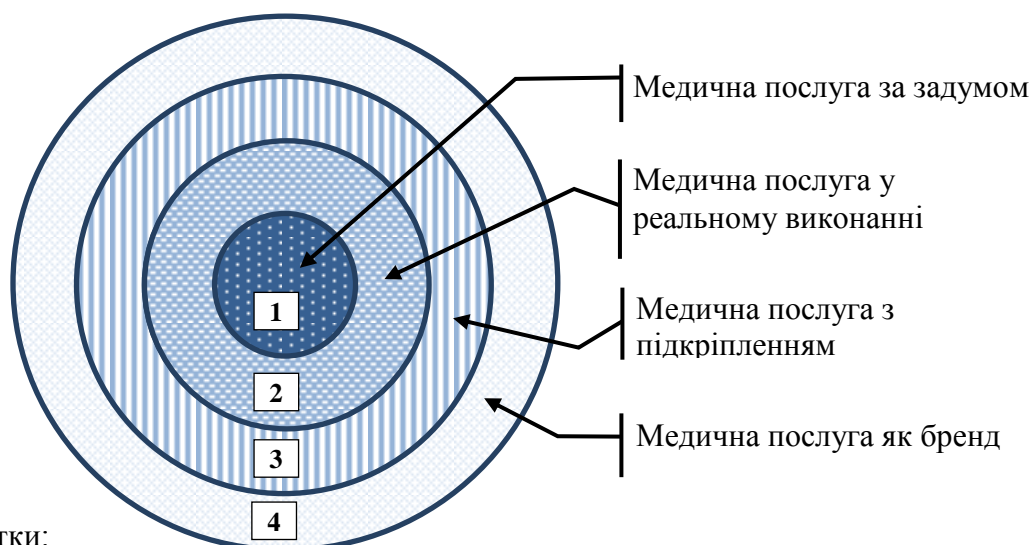
Рис. 1.10. Співвідношення понять в галузі охорони здоров'я

*Джерело:* Складено автором

Наразі в Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» з'явилась дефініція «медична послуга» (див. табл. 1.6). Зіставимо її трактування з іншими, що містяться, передусім, в офіційній документації ВООЗ. Так, медичні послуги – це надання консультаційних і діагностичних послуг, догляд за хворими для попередження або лікування захворювань, погіршення здоров'я, травм або інших фізичних і психологічних порушень [129]. Ці послуги надаються працівниками охорони здоров'я, такими як фахівці, лікарі загальної практики, включаючи фельдшерів, медсестер і працівників суміжних медичних галузей [134]. Тобто медична послуга – це процес, який полягає у взаємодії медичного персоналу і пацієнта з метою досягнення кращих показників здоров'я.

Розглянемо окремі визначення медичних послуг, що існують в економічній літературі. Лісіцин Ю.П. відзначає, що «головна економічна і медична категорія – медична послуга, як відомо, не духовне поняття, а матеріалізоване, таке, що виявляється в конкретній діяльності медика та парамедичного персоналу зі здійснення конкретних заходів профілактики, діагностики, лікування, реабілітації, адміністративно-господарських, управлінських та інших дій, спрямованих на збереження, зміцнення, поліпшення, відтворення індивідуального і суспільного здоров'я» [135, с. 6]. Заслуговує на увагу визначення, надане Столяровим С.А.: «Медична послуга – це будь-яка професійна дія, спрямована на зміну або збереження фізичного або психічного здоров'я, з метою здобуття користі її споживачем (пацієнтом) в тій

або іншій формі» [136, с. 123]. Враховуючи різноманітність поглядів на медичну послугу, вважаємо за доцільне запропонувати таку дефініцію: «Під медичною послугою розуміється процес взаємодії між персоналом ЗОЗ і пацієнтом з метою відновлення, зміцнення та підтримки його здоров'я, який спирається на довіру до закладу, задоволеність та лояльність пацієнта, заснованих на отриманні медичної допомоги та обслуговування належної якості» [129]. Введення даного терміну дозволило нам сформулювати мультиатрибутивну модель медичної послуги (рис.1.11).



Примітки:

<sup>1</sup> медичне обслуговування у відповідності до законодавства (сучасні методи лікування; сучасне лікувальне обладнання, висока кваліфікація персоналу)

<sup>2</sup> сукупність споживчих переваг для пацієнта щодо певного виду обслуговування (комфортне перебування; лікувальне харчування; інформаційне забезпечення пацієнта про лікувальні можливості закладу; надання допомоги в оформленні документів на лікування або обстеження; організація зустрічі, супроводу до приймального відділення, розміщення у лікувальному відділенні; маркетинговий супровід пацієнта на усіх етапах реалізації медичної послуги)

<sup>3</sup> сукупність додаткових споживчих переваг для пацієнта при зверненні до закладу охорони здоров'я (організація доставки пацієнтів до закладу охорони здоров'я; встановлення телефону в лікарняну палату; використання санвузла; розміщення особистого транспорту на автостоянці закладу охорони здоров'я; допомога в отриманні додаткових консультацій або процедур як у даному, так і в інших закладах охорони здоров'я регіону; допомога в прийомі відвідувачів пацієнта та їх розміщення при необхідності; організація від'їзду пацієнта транспортом закладу охорони здоров'я; надання детальних рекомендацій пацієнту щодо наступного лікування та реабілітації; надання допомоги пацієнтам у придбанні рекомендованого медичного обладнання для використання у домашніх умовах, домашній догляд)

<sup>4</sup> бренд як сукупність інформації про медичну послугу та заклад охорони здоров'я (індивідуальні атрибути: назва, логотип, візуальні елементи, що диференціюють послугу від продуктів конкурентів; образ, імідж, репутація закладу охорони здоров'я та послуги в очах клієнтів, партнерів, громадськості), брендинг

Рис. 1.11. Мультиатрибутивна модель медичної послуги

Джерело: Складено автором

Принципові відмінності послуг медичного характеру від інших видів послуг витікають з наступних міркувань. Медицина – це галузь, в якій більшість споживачів є недостатньо орієнтованою. Споживачі не знають, в яких послугах і в якому обсязі вони мають потребу і яким чином відреагує організм на певне медичне втручання. За своєю суттю ринок медичних послуг є експертним ринком, він дуже специфічний, складний, перебуває в постійному розвитку і оновленні. Медичні послуги в порівнянні з іншими мають такий характер, що в більшості випадків вибір здійснюється не самим пацієнтом, а його лікарем, оскільки люди недостатньо обізнані про медичні послуги, і саме лікар робить вибір за пацієнта та вирішує, яким чином буде організовано лікування. Ця ситуація вимагає від лікаря уміння роз'яснити споживачеві послуги необхідність і корисність обстежень та процедур, а також пояснити їх об'єктивні ціннісні характеристики [129].

У сфері надання медичних послуг існують наступні ризики: ризик виконавця, який пов'язаний з рівнем кваліфікації персоналу, фізичний, фінансовий, психологічний, соціальний, ризик втрати часу. Наявність ризиків в медичних послугах диктує необхідність формування стосунків між ЗОЗ і пацієнтом на вищому ступені довіри, лояльності, ніж в інших галузях.

Медичні послуги відносяться до об'єктів пасивного попиту, про які споживач не замислюється до настання моменту необхідності в їх придбанні. Це призводить до того, що потенційні клієнти рідко реагують на маркетингові зусилля ЗОЗ. Вони найчастіше не аналізують ціни на послуги, не виявляють кращі клініки, не вивчають ділову репутацію до моменту гострої потреби. Елемент випадковості вибору підсилює природу ризиків медичних послуг. Тому найбільшого успіху у сфері надання платних медичних послуг досягне той заклад, який зможе змусити потенційного споживача, потреба якого в отриманні медичної послуги лише може виникнути в майбутньому, звернути увагу на її конкурентні переваги в порівнянні з іншими учасниками ринку [129].

Характерні риси медичної послуги як економічної категорії відображено у табл. 1.7.

Таблиця 1.7

**Характерні риси медичної послуги як економічної категорії**

<b>Властивість медичної послуги</b>	<b>Характеристика</b>
Невідчутність	неможливість продемонструвати ефект послуг конкретному пацієнтові до моменту надання
Індивідуальний характер	призначення конкретному індивідуумові
Нерозривність процесів надання і споживання	збіг в часі і просторі споживання послуги з її виробництвом
Складність структури	є результатом діяльності декількох категорій медичних працівників
Неоднорідність якості	невизначеність кінцевого ефекту, наявність чинників ризику
Висока соціальна спрямованість	зміцнення суспільного здоров'я населення, підвищення продуктивності суспільної праці
Довіра	впевнене очікування від всіх виконавців послуги компетентних усвідомлених дій
Пріоритетність	верховенство інтересів пацієнта, юридичний захист його прав
Довготривалість	забезпечення медичним наглядом та опікою в усі періоди життя людини незалежно від характеру захворювання, стану органів та систем її організму, на підставі взаємовідносин між лікарем та пацієнтом
Вірогідність	неможливість гарантування результату
Відсутність передачі права власності	неможливість передачі права власності при наданні послуги
Залежність результату як від виробника/постачальника, так і споживача	дотримання лікарем стандартів якості, а пацієнтом – приписів лікаря; сумісна співпраця пацієнта та лікаря для досягнення результату
Невід'ємність від виконавця	виробництво та надання послуги тією ж самою особою, яка наділена таким правом згідно з чинним законодавством
Низький рівень заміності	обмеженість послуг-субститутів

*Джерело:* Складено автором на основі [137-143]

При дослідженні медичної послуги як правової категорії всі ознаки поділяються на класичні, які дозволяють віднести медичні послуги до роду об'єкта цивільних прав «послуги», та кваліфікуючі, які характеризують саме медичну послугу. До класичних ознак віднесено: у своїй більшості, нематеріальний, неречовий, невідчутний результат медичної послуги; водночас споживання послуги разом із її виробництвом; невіддільність послуги від особи виконавця. До кваліфікуючих ознак медичної послуги віднесено: спрямованість

на особливу мету – діагностику, лікування, профілактику захворювань, наявність особливого об'єкту впливу – здоров'я людини, професіоналізм діяльності, порушений суверенітет покупця, важливість співпраці сторін [129].

Вважаємо за необхідне розглянути як кваліфікуючу ознаку медичної послуги можливість настання негативних наслідків для здоров'я (побічних ефектів). Саме ця особливість пояснює підвищені вимоги щодо інформування споживача медичної послуги про можливі альтернативні варіанти медичного втручання, їхніх ризиків та наслідків, а також необхідність отримання від пацієнта-замовника у письмовому вигляді «санкції» на вторгнення до сфери його фізичної та психічної недоторканності.

Важливим методологічним аспектом нашого дослідження є розроблення класифікації медичних послуг. Розподіл медичних послуг на види за різними критеріями є важливим при формуванні стратегії ЗОЗ в умовах ринку. З метою розробки найбільш повної та коректно систематизованої класифікації медичних послуг, яка охоплює різноманітні економічні та правові критерії, доцільно ознайомитись з їх класифікацією, яка застосовується в міжнародній практиці.

Класифікація медичних послуг залежно від рівня надання подана в табл. 1.8.

Медичні послуги залежно від форми власності закладу, який їх надає, можна поділити на послуги державних, комунальних та приватних ЗОЗ. Окрім такого поділу існує розподіл, прийнятий Генеральною угодою з торгівлі послугами та іншими міжнародними організаціями. Згідно з ним виділяють: платні (комерційні) медичні послуги (що надаються на платній основі приватними лабораторіями, клініками, госпіталями, лікарями приватної практики і оплачуються пацієнтами безпосередньо або за допомогою приватного страхування); некомерційні послуги (що надаються на безкоштовній основі волонтерами в ЗОЗ, а також гуманітарними міжнародними і пацієнтськими організаціями) [129].

Стосовно особливостей платних (комерційних) медичних послуг необхідно відзначити, що вони витікають із специфіки самого ринку медичних послуг:

Таблиця 1.8

**Класифікація медичних послуг залежно від рівня надання**

<b>Вид медичної допомоги/послуги</b>	<b>Опис</b>
Екстрена	полягає «у здійсненні медичними працівниками невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на врятування та збереження життя людини у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я»
Первинна	передбачає «надання консультації, проведення діагностики та лікування найбільш поширених хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів, здійснення профілактичних заходів; надання невідкладної медичної допомоги у разі розладу фізичного чи психічного здоров'я пацієнта, який не потребує екстреної, вторинної або третинної медичної допомоги»
Вторинна (спеціалізована)	передбачає «надання консультації, проведення діагностики, лікування, реабілітації та профілактики хвороб, травм, отруєнь, патологічних і фізіологічних (під час вагітності та пологів) станів»
Третинна (високо-спеціалізована)	передбачає «надання консультації, проведення діагностики, лікування хвороб, травм, отруєнь, патологічних станів, ведення фізіологічних станів (під час вагітності та пологів) із застосуванням високотехнологічного обладнання та/або високоспеціалізованих медичних процедур високої складності»
Четвертинна*	високо-ризиковані, індивідуальні, високо-інноваційні, високо-технологічні послуги за спеціальними медичними показами, надаються в наукових медичних центрах
Домашній догляд, громадські та інші медичні послуги*	профілактичні заходи з підтримки здорового способу життя населення (профілактика тютюнопаління, дієтологія); домашній догляд і допомога з післяопераційної реабілітації; косметична/естетична медицина
Паліативна	«комплекс заходів, спрямованих на полегшення фізичних та емоційних страждань пацієнтів на останніх стадіях перебігу невиліковних захворювань, а також надання психосоціальної і моральної підтримки членам їх сімей»
Медична реабілітація	включає «систему медичних та інших заходів, спрямованих на відновлення порушених чи втрачених функцій організму особи, на виявлення та активізацію компенсаторних можливостей організму з метою створення умов для повернення особи до нормальної життєдіяльності, на профілактику ускладнень та рецидивів захворювання»

*Примітка.* \*Не визначені у чинному законодавстві як окремий вид медичної допомоги/послуги

*Джерело:* Складено автором на основі [132]



- реалізацію платних послуг значно обмежує можливість отримання їх безкоштовно в державних та комунальних закладах;
- попит на платні медичні послуги обмежений, при цьому попит на безкоштовні надмірний;
- виграшний стан постачальника послуги у сфері інформації – споживачі часто не можуть оцінити не тільки необхідність придбання послуги, але й витрати, необхідні для її отримання;
- на ринку платних послуг споживач висуває завищені вимоги до якості та обслуговування [141].

Головна роль платних медичних послуг полягає в задоволенні частки потреб населення в медичному обслуговуванні, які не покриваються державними медичними гарантіями (рис. 1.12).

Стосовно медичних послуг також доцільно виділити ще один їх вид – умовно некомерційні, які надаються державними та комунальними закладами у межах державних програм та програм соціального страхування, і що є некомерційними для пацієнта на момент отримання (незалежно від обсягу наданої медичної послуги).

За основними напрямками та специфічними формами пропозиції медичних послуг і задоволення медичних потреб виділяють:

I. Медичні послуги із збереження життя (зокрема, в перинатальному періоді, при екстремальних ургентних станах, загрозливих для життя пацієнта, в похилому віці, паліативні медичні послуги при невиліковних захворюваннях тощо).

II. Медичні послуги з метою повернення здоров'я, відновлення і збереження певного рівня працездатності при її тимчасовій втраті. Види медичних послуг в цьому сегменті розподіляються за напрямками: спрямовані на лікування гострих і профілактика загострень хронічних захворювань; спрямовані на недопущення переходу тимчасової втрати працездатності в стійку (інвалідність); зі збереження і підтримки певного ступеня хронічних станів та інвалідності [129].

III. Медичні послуги, що зберігають і підтримують стан здорового організму. До цього сегменту відносяться імунопрофілактика, диспансеризація, косметологічні послуги тощо.

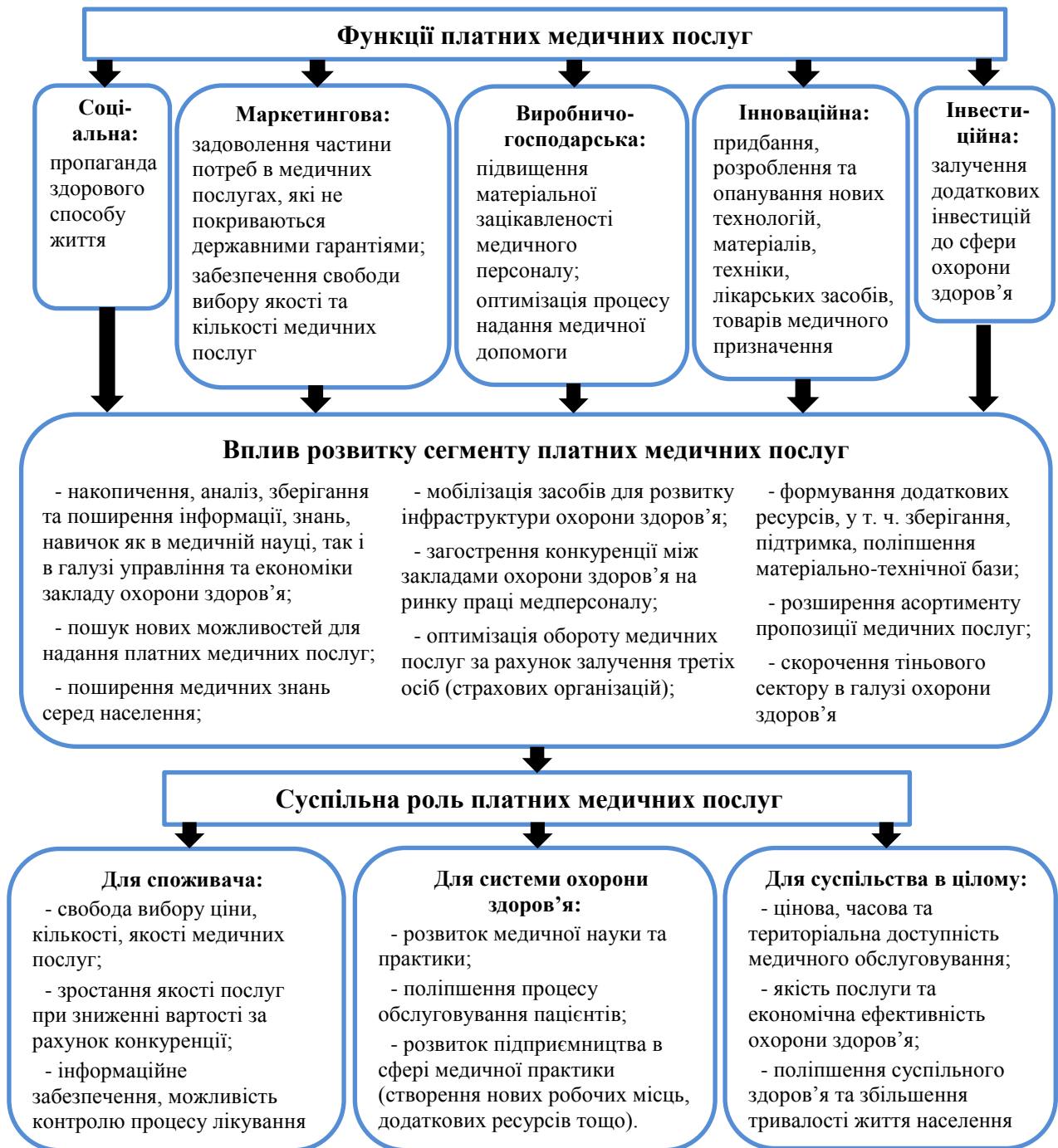


Рис. 1.12. Функції платних медичних послуг

*Джерело:* Складено автором на основі [142-147]

У сучасній цивільно-правовій доктрині [142, 149-153] відсутня правова класифікація медичних послуг, що викликає необхідність більш глибоко та системно вивчити особливості цивільно-правового регулювання відносин між замовником та виконавцем. Доцільно покласти в основу такої класифікації ознаку ступеня взаємодії виконавця та споживача медичної послуги та виділити

три групи медичних послуг: медичні послуги консультативного характеру; медичні послуги у вигляді неінвазивного медичного втручання; медичні послуги у вигляді інвазивного медичного втручання. Остання група, в свою чергу, поділяється на дві підгрупи: медичні послуги у вигляді медичного втручання інвазивної форми, що не передбачають відносно відокремлений речовий результат і медичні послуги у вигляді медичного втручання інвазивної форми, що передбачають відносно відокремлений матеріальний результат. Кожна з цих груп може бути охарактеризована своїм об'єктом впливу ступенем та видами ризиків при наданні послуг, характеристиками результатів послуг, способів встановлення термінів надання, наявністю або відсутністю гарантійних зобов'язань виконавця [129].

Пропонуємо узагальнити існуючі види медичних послуг за різними критеріями, як соціально-економічними, так і юридичними (табл.1.9).

Таблиця 1.9

### Класифікація медичних послуг

Критерій класифікації	Види послуг
1	2
Залежно від форми власності надавача послуги	<ul style="list-style-type: none"> <li>– послуги державних ЗОЗ;</li> <li>– послуги комунальних ЗОЗ;</li> <li>– послуги приватних ЗОЗ та ФОП</li> </ul>
За рівнем закладу охорони здоров'я та видом медичної допомоги, що надається	<ul style="list-style-type: none"> <li>– екстрена;</li> <li>– первинна;</li> <li>– вторинна;</li> <li>– третинна;</li> <li>– четвертинна;</li> <li>– медична реабілітація;</li> <li>– паліативна та хоспісна;</li> <li>– домашній догляд і громадські медичні послуги</li> </ul>
За джерелом фінансування	<ul style="list-style-type: none"> <li>– за рахунок державного та місцевих бюджетів;</li> <li>– що надаються в рамках ОМС;</li> <li>– що надаються в рамках добровільного медичного страхування;</li> <li>– що надаються за прямим фінансуванням</li> </ul>
За функціональним видом	<ul style="list-style-type: none"> <li>– медичні;</li> <li>– фармацевтичні;</li> <li>– санітарні тощо</li> </ul>
За характером впливу	<ul style="list-style-type: none"> <li>– інформаційні;</li> <li>– консультаційні;</li> <li>– освітні</li> </ul>

## Продовження табл. 1.9

1	2
За комплексністю	– прості; – складні; – комплексні
За статусом споживача	– суспільні; – колективні; – індивідуальні
За призначенням	– профілактичні; – лікувальні; – оздоровчі; – реабілітаційні
За місцем у сфері послуг	– державні; – приватні
За кінцевою метою надавача	– комерційні; – некомерційні
За ступенем контакту з пацієнтом	– високої контактності; – низької контактності
За статусом постачальника послуги	– послуги ЗОЗ; – послуги приватних лікарів; – послуги в межах автоматизованих систем
За рівнем кваліфікації постачальника послуги	– що потребують високої кваліфікації; – що потребують середньої кваліфікації
За цільовою орієнтацією	– профілактичні; – лікувально-діагностичні; – соціальні
За мірою плановірності	– планового характеру; – екстреного характеру
За суб'єктами надання	– долікарські; – лікарські
За ознакою ступеня взаємодії виконавця і споживача медичної послуги	– консультаційного характеру; – у вигляді інвазивного втручання; – у вигляді неінвазивного втручання

*Джерело:* Складено автором

Запропоновані нами дефініція «медична послуга» та класифікація медичних послуг за різними соціально-економічними та правовими критеріями сприятиме, на наш погляд, врегулюванню суперечливих моментів у регламентації зобов'язань з надання послуг.

Ми неодноразово підкреслювали, що пріоритетною конкурентною перевагою ЗОЗ є якість медичної послуги. Крім того, ЯМД є обов'язковою умовою її надання, і згідно з Європейською хартією прав пацієнта (2002)

«кожна людина має право доступу до високоякісних медичних послуг на основі встановлення та дотримання чітких стандартів якості» [129]. «За несвоєчасне і неякісне забезпечення необхідною медичною допомогою, що призвело до тяжких наслідків, винні особи несуть відповідальність відповідно до закону» [132, ст. 37]. Якість медичної послуги є необхідною і обов'язковою складовою медичної діяльності та фундаментом побудови маркетингових конкурентних стратегій ЗОЗ.

Аналіз літератури, присвяченої проблемам конкурентоспроможності підприємств, свідчить, що існує декілька підходів до визначення сутності конкурентних переваг. Досить поширеним є визначення конкурентних переваг як тих характеристик, споживчих властивостей продукту або марки, які створюють для підприємства певну перевагу над її безпосередніми конкурентами. Така перевага досягається шляхом надання споживачам більших благ: або за рахунок реалізації більш дешевого продукту, або завдяки пропозиції високоякісних продуктів з набором елементів сервісу, проте за порівняно вищими цінами. Даний підхід розглядає конкурентні переваги головним чином з позиції споживачів [129].

Визначимо ключові конкурентні переваги ЗОЗ, на яких фундуються три основні конкурентні стратегії (рис. 1.13).



Рис. 1.13. Ключові конкурентні переваги ЗОЗ

Джерело: Складено автором

Для того, щоб ті або інші характеристики ЗОЗ можна було розглядати як конкурентні переваги, вони повинні відповідати наступним критеріям:

- по-перше, ці характеристики мають бути значущими з точки зору умов конкуренції в галузі охорони здоров'я і вимог ринку медичних послуг, тобто повинні відповідати ключовим факторам успіху;
- по-друге, вони мають бути стійкими за умов турбулентного ринкового середовища і важкодоступними для відтворення конкурентами;
- по-третє, ці характеристики повинні бути наочними для клієнтів. Тобто ЗОЗ має використовувати їх при розробці своєї маркетингової і, зокрема, рекламної стратегії.

На нашу думку, завдання конкурентних стратегій полягає в тому, щоб не тільки встановити конкурентну перевагу ЗОЗ по продуктах і ринках, але й зберегти цю перевагу. Конкурентні стратегії тісно пов'язані з ефективним використанням наявних і потенційних ресурсів і передбачають задоволення споживачів за рахунок завоювання лідируючих ринкових позицій. Залежно від стану зовнішнього оточення і внутрішнього потенціалу ЗОЗ необхідно з низки типових конкурентних стратегій сформувати свою оригінальну стратегію, яка дозволить розвинути і успішно використовувати реальні конкурентні переваги.

## Висновки до розділу 1

Дослідивши теоретико-методологічні основи формування маркетингової конкурентної стратегії закладів на ринку медичних послуг України доходимо таких ключових висновків.

1. На основі запропонованої концептуальної структурно-логічної схеми формування маркетингової конкурентної стратегії ЗОЗ та моделі «Конкуренція-задоволеність споживачів» автором обґрунтовано наявність зв'язку між ними через реалізацію певної стратегії. Схема вміщує окремі блоки: методологія розробки маркетингової конкурентної стратегії ЗОЗ; поетапний процес

формування та визначення її ефективності; головні вектори дослідження конкуренції та конкурентів; формування моделі «Конкуренція-задоволеність споживача».

2. Узагальнення результатів аналізу наукової літератури щодо поняття, класифікації, методології формування маркетингової конкурентної стратегії закладу охорони здоров'я та медичної послуги в комплексі маркетингу ЗОЗ як фундаменту формування конкурентних стратегій дозволило проаналізувати такий понятійно-категоріальний апарат, як «стратегія медичної організації», «маркетингова стратегія», «конкурентна перевага» та надати визначення понять «маркетингова стратегія ЗОЗ», «конкурентна перевага ЗОЗ», «маркетингова конкурентна стратегія ЗОЗ». Маркетингову конкурентну стратегію автор розуміє як формально визначений напрям розвитку закладу, який залежить від сфери, форм і факторів конкуренції на ринку медичних послуг, доступних ресурсів діяльності, системи маркетингу, що дозволяють реалізувати перспективні загальноорганізаційні цілі з позиції пацієнт-орієнтованості. Крім того, як підсумок розгляду регламентованих законодавчо визначень «охорона здоров'я», «медицина», «медична діяльність», «медична допомога», «медичне обслуговування», «медична послуга» запропоновано дефініцію медичної послуги як процесу взаємодії між персоналом ЗОЗ і пацієнтом з метою відновлення, зміцнення та підтримки його здоров'я, який спирається на довіру до закладу, задоволеність та лояльність пацієнта, заснованих на отриманні медичної допомоги та обслуговуванні належної якості.

3. Розгляд особливостей конкуренції на ринку медичних послуг актуалізує проблематику дослідження факторів, які її ускладнюють. Це дозволило розширити існуючий перелік та подати його в наступному складі: якість медичної послуги, медичне страхування, одночасне виробництво і споживання послуги, виняткове значення фактору часу, недосконала конкуренція, правовий статус ЗОЗ, асиметрія інформації, державне регулювання.

Враховуючи фактори, що ускладнюють конкуренцію на ринку медичних

послуг, пропонується поділити ринок на два сектори – сектор ринку послуг, що надаються державними і комунальними закладами, та сектор ринку послуг, що надаються приватними ЗОЗ та ФОП, які взаємно перетинаються і створюють спільний сектор – гарантованих пакетів медичних послуг, що фінансуються державою та надаються ЗОЗ будь-якої форми власності. Передбачається, що в кожному секторі ринку конкуренція має свої особливості, впливає на ринкові цілі приватних та державних і комунальних ЗОЗ, їх конкурентні підходи, конкурентні стратегії та комплекс маркетингових інструментальних стратегій зокрема.

4. Дослідження трьох підходів до конкуренції на ринку медичних послуг – вдосконалення якості послуг, вдосконалення процесу їх надання та фокусування на потребах пацієнтів – дало змогу узагальнити умови їх функціонування, обмежуючі фактори і вигоди, які може отримати ЗОЗ та запропонувати візію рівнів маркетингової стратегії ЗОЗ та видів стратегій на кожному з цих рівнів, розмістивши стратегії лідерства за якістю медичної послуги, вдосконалення процесу та фокусування на потребах пацієнтів на рівень стратегічних бізнес-одиниць, і акцентуючи таким чином їх визначальну роль в управлінні ЗОЗ. Крім того, виокремлено інструментальний рівень з сімома стратегіями маркетинг-мікс (продуктовою, ціновою, розподілу, матеріального доказу, просування, процесу, персоналу).

5. З позиції застосування трьох генеричних стратегічних підходів Porter М.Е. до формування конкурентної стратегії ЗОЗ визначено концептуальну структуру конкуренції між закладами на ринку медичних послуг, яка ґрунтується на реалізації закладами трьох базових стратегій з метою залучення обмежених ресурсів для досягнення цільових результатів (економічність, продуктивність, результативність, задоволеність та лояльність пацієнтів).

На підставі виділення трьох критеріїв для класифікації маркетингових конкурентних стратегій автором сформовано три типи стратегій, адаптованих до специфіки функціонування ЗОЗ та орієнтованих на витрати, на якість медичної послуги і на пацієнта. Запропоновано оптимізувати виробничі



процеси та показники діяльності ЗОЗ за рахунок поєднання стратегій «блакитного океану» та технології блокчейн в умовах запровадження медичних інновацій та інформаційних технологій, що дасть змогу ЗОЗ отримати унікальні конкурентні переваги.

6. Розгляд основних методологічних аспектів формування маркетингових конкурентних стратегій дозволив виділити два підходи до розробки конкурентної стратегії – ресурсний і ринковий, та розглянути основні етапи її побудови. Введено для аналізу внутрішніх факторів ЗОЗ поняття клінічного аудиту, який визначається як невід’ємна складова управління ЗОЗ, інструмент менеджменту, спрямований на підвищення ефективності діяльності закладу та задоволеності пацієнтів шляхом систематизованого та послідовного оцінювання ризиків та слабких сторін і формування рекомендацій для вдосконалення клінічного процесу загалом та медичних послуг зокрема.

7. На підставі власного погляду на медичну послугу автором сформовано її мультиатрибутивну модель, у якій на відміну від існуючих додано рівень медичної послуги як бренду. Автором розроблено класифікацію медичних послуг за різними соціально-економічними та правовими критеріями, що сприятиме врегулюванню суперечливих моментів у регламентації зобов’язань з надання послуг.

Основні результати проведеного дослідження опубліковані в працях [27, 129, 154-161].

## РОЗДІЛ 2

### КОНКУРЕНТНЕ СЕРЕДОВИЩЕ В КОНТЕКСТІ ПРАКТИКИ ФОРМУВАННЯ МАРКЕТИНГОВОЇ СТРАТЕГІЇ ЗАКЛАДІВ НА РИНКУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ УКРАЇНИ

#### 2.1. Фактори та сили, що впливають на конкурентоспроможність закладів охорони здоров'я

Конкурентне середовище – це результат і умови взаємодії великої кількості суб'єктів ринку, що визначають відповідний рівень економічного суперництва і можливість впливу окремих економічних агентів на загальну ринкову ситуацію. Важливим є те, що конкурентне середовище утворюється не лише і не стільки власне суб'єктами ринку, взаємодія яких викликає суперництво, але, передусім, – відносинами між ними. Конкурентне середовище складно чітко відділити від поняття ринок [162, с. 39].

Варто відмітити, що в літературі існують різні думки щодо моделей конкуренції на ринку медичних послуг – модель внутрішнього ринку для бюджетного сектора економіки і модель керованої конкуренції в межах обов'язкового медичного страхування [163-173]. І якщо конкуренція, яка характерна для приватного сектору медицини, аналізується в межах традиційних підходів, то стосовно державного сектору виникають серйозні труднощі не тільки методологічного характеру, але й стосовно проведення необхідних емпіричних досліджень [163]. Не торкаючись всіх аспектів конкуренції в охороні здоров'я, можна спробувати знайти головну, центральну ланку в даному процесі. На наш погляд, в сучасних умовах реформування вітчизняної системи охорони здоров'я такою ланкою є постачальники медичних послуг (надавачі при укладанні договорів з НСЗУ), в якості яких виступають ЗОЗ – амбулаторно-поліклінічні заклади, лікарні, клініки, діагностичні центри тощо.

У ст. 3 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» зазначено, що заклад охорони здоров'я – це юридична особа будь-

якої форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, що забезпечує медичне обслуговування населення на основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників [132]. Проте діяльність окремих ЗОЗ не підлягає ліцензуванню, тому є сенс скоректувати визначення таким чином: заклад охорони здоров'я – це підприємство, установа та організація будь-якої форми власності та організаційно-правової форми, яка має статус юридичної особи та здійснює господарську діяльність в сфері медичного обслуговування населення самостійно або через відокремлені підрозділи на основі професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників.

ЗОЗ можна класифікувати за різними ознаками. Пропонуємо згрупувати заклади за такими ознаками: сфера діяльності, організаційно-правова форма, форма власності, мета здійснення господарської діяльності, доступність медичної допомоги та іншого медичного обслуговування, спеціалізація, наявність ліцензії на провадження господарської діяльності, проходження акредитації, можливість приватизації, орган підпорядкування (сфера управління) (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

### Класифікація ЗОЗ, що діють в Україні

Ознака	Види ЗОЗ
1	2
сфера діяльності	<ul style="list-style-type: none"> <li>- лікувально-профілактичні заклади;</li> <li>- санітарно-профілактичні заклади;</li> <li>- фармацевтичні (аптечні) заклади;</li> <li>- заклади медико-соціального захисту;</li> <li>- установи/заклади системи соціального захисту населення;</li> <li>- інші заклади</li> </ul>
організаційно-правова форма	<ul style="list-style-type: none"> <li>- державні заклади – казенні підприємства та державні установи;</li> <li>- комунальні заклади – КНП або комунальні установи;</li> <li>- приватні заклади (обирають будь-яку організаційно-правову форму);</li> <li>- заклади, які діють у формі господарських товариств;</li> <li>- підприємства, які засновані на власності об'єднання громадян</li> </ul>
форма власності	<ul style="list-style-type: none"> <li>- заклади державної форми власності;</li> <li>- заклади комунальної форми власності;</li> <li>- заклади приватної форми власності;</li> <li>- заклади, засновані на змішаній формі власності</li> </ul>

## Продовження табл. 2.1

1	2
мета здійснення господарської діяльності	- заклади, що діють з метою одержання прибутку; - заклади, що діють для досягнення соціальних результатів
доступність медичної допомоги та іншого медичного обслуговування	- загальнодоступні заклади; - відомчі заклади; - інші заклади, що обслуговують лише окремі категорії населення за професійною, відомчою або іншою не пов'язаною із станом здоров'я людини ознакою
спеціалізація	- лікарняні заклади (однопрофільні, багатoproфільні, спеціалізовані, особливого типу); - амбулаторно-поліклінічні заклади; - заклади переливання крові, швидкої та екстреної медичної допомоги; - санаторно-курортні заклади
наявність ліцензії на провадження господарської діяльності	- заклади, які діють на основі ліцензії; - заклади, які діють без ліцензії
проходження акредитації закладами охорони здоров'я	- заклади, для яких акредитація є обов'язковою; - заклади, яким надано можливість проходити акредитацію добровільно
можливість приватизації	- заклади, які підлягають приватизації; - заклади, які не підлягають приватизації
орган підпорядкування/сфера управління	- заклади, які підпорядковуються Міністерству охорони здоров'я: лікувально-профілактичні заклади, вищі медичні (фармацевтичні) навчальні заклади та методичні кабінети, наукові, науково-дослідні установи, заклади культури, центри, санаторно-курортні заклади, державні підприємства, санітарно-епідеміологічної станції, дезінфекційні станції та державні комунальні підприємства "Профдезінфекція", акціонерні товариства "Укрмедпром", "Науково-дослідне медичне об'єднання "Діалір", дочірні підприємства ПАТ "Укрмедпром", державні підприємства Державного українського об'єднання "Політехмед"; - заклади, які підпорядковуються Міністерству оборони України; - заклади, які підпорядковуються Міністерству внутрішніх справ України; - заклади, які підпорядковуються Службі безпеки України; - заклади, які підпорядковуються Державній прикордонній службі України; - заклади, які підпорядковуються Державній кримінально-виконавчій службі України; - заклади, які підпорядковуються іншим військовим формуванням та правоохоронним органам спеціального призначення, які провадять свою діяльність з урахуванням особливостей, визначених законодавством

Джерело: Складено автором на підставі [174-186]

На нашу думку, запропонована класифікація ЗОЗ може бути корисною при формування конкурентних стратегій для окремих груп закладів, яким властиві спільні фінансові та організаційно-правові умови функціонування.

Конкуренція постачальників медичних послуг є їх суперництвом, спрямованим на досягнення бажаних результатів діяльності в умовах мінливого середовища – починаючи з доступу до ресурсів і закінчуючи можливістю впливати на ті чи інші державні структури. В цьому аспекті конкурентні можливості постачальників медичних послуг можна розглядати як їх конкурентоспроможність. Необхідно відзначити, що якщо протягом десяти років це поняття пов'язували тільки з можливістю виробництва товарів і послуг, то в даний час її трактують в більш широкому спектрі результатів діяльності, що породжує значні труднощі у визначенні даного терміну. Рівень конкурентоспроможності ЗОЗ залежить від впливу різних факторів, тобто умов, обставин, рушійних сил. У складі факторів конкурентоспроможності можна виділити три групи – медико-технологічні, економіко-управлінські та організаційно-правові (рис. 2.1). До медико-технологічних ми віднесли рівень матеріально-технічного забезпечення, рівень кваліфікації медичного персоналу, спектр пропонованих медичних послуг, оптимізація процесів та маршрутів пацієнтів, наявні медичні технології; економіко-управлінські охоплюють витратоємність медичних послуг, нематеріальні фактори (імідж, гудвіл, репутація ЗОЗ), немедичні складові послуги (додатковий сервіс), фінансово-економічний потенціал, рівень менеджменту та маркетингу, інтегровані маркетингові комунікації; організаційно-правовими є стандарти надання медичної допомоги, забезпечення ліцензійних умов, наявність та рівень акредитації ЗОЗ, випадки притягнення лікарів до юридичної відповідальності (цивільно-правової, дисциплінарної, адміністративної, кримінальної) за заподіяну шкоду та інші дефекти надання медичної допомоги, укладання та контроль за дотриманням умов договорів на надання медичних послуг, дотримання прав пацієнтів, наявність скарг та позовів до суду на заклад та лікуючого лікаря, відповідність ведення медичної документації вимогам нормативно-правових актів.



Рис. 2.1. Групи внутрішніх факторів конкурентоспроможності ЗОЗ

*Джерело:* Складено автором

Цей перелік не є вичерпним та може бути доповненим залежно від змін у зовнішньому та внутрішньому середовищах ЗОЗ. Крім того, більшість вищезазначених факторів є взаємопов'язаними та взаємодоповнюючими, незалежно від групи.

Розглянуті фактори ЗОЗ є внутрішніми і передбачають аналіз відповідно медичної, економічної та соціальної ефективності на основі розроблених показників, що буде розглянуто нами в третьому розділі.

Ми пропонуємо здійснити оцінку конкурентоспроможності ЗОЗ за окремими економіко-управлінськими факторами, а саме маркетинговими. Методика заснована на порівняльному аналізі підприємств-конкурентів за маркетинговими чинниками «4Р»: продукт, ціна, просування, розподіл.

Оскільки оцінювалися підприємства сектору ринку гарантованих пакетів медичних послуг, фактор ціни був вилучений, послуги (продукт) оцінювались за двома критеріями – якість та додаткові сервіси, також перелік чинників було розширено за рахунок факторів «персонал» (кваліфікація, доброзичливість), «матеріальний доказ» (облаштування приміщень) та «процес» (застосування сучасних медичних технологій). Всім чинникам конкурентоспроможності експертами присвоюється бальна оцінка, наприклад, від 1 до 10 балів. Недоліком даного методу є значний вплив на повноту і якість аналізу суб'єктивного фактору, а також «ручний» спосіб його застосування. Для підвищення якості аналізу зазвичай залучаються експерти (зовнішні – незалежні – і внутрішні), вводяться кількісні оцінки і низка інших заходів. Крім того пропонуються інструменти автоматизації його застосування [187, 188]. Далі був застосований метод профілів (графічний) для побудови багатокутників конкурентоспроможності.

Як ми вже зазначали вище, у зв'язку з постійними змінами, що відбуваються, зокрема, на регіональному ринку медичних послуг (м. Вінниця та область) у процесі реформування галузі та укладання договорів з НСЗУ, формується сектор ринку гарантованих пакетів медичних послуг. Можемо констатувати, що в даному секторі послуг первинної допомоги станом на 01.06.2020 р. конкурують: у м. Вінниці п'ять приватних ЗОЗ (ТОВ «Медичний центр «Моє здоров'я», ТОВ «Оксфорд Медікал-Вінниця», ТОВ «Слаомед», ТОВ «Технології ресурси інвестиції України», ТОВ «Хелс клінік») та п'ять комунальних закладів (КНП «Центр первинної медико-санітарної допомоги №1 м. Вінниці», КНП «Центр первинної медико-санітарної допомоги №2 м. Вінниці», КНП «Центр первинної медико-санітарної допомоги №3 м. Вінниці», КНП «Центр первинної медико-санітарної допомоги №4 м. Вінниці», КНП «Центр первинної медико-санітарної допомоги №5 м. Вінниці»), а також у м. Бершадь – відповідно ТОВ «Бершадська центральна аптека» та КНП «Бершадський центр первинної медико-санітарної допомоги».

На ринку медичних послуг вторинної допомоги у тому ж сегменті гарантованих пакетів медичних послуг, що надаються спеціалізованими приватними ЗОЗ та КНП (без врахування стоматологічних та однопрофільних), конкурують: у м. Вінниці – приватний заклад ТОВ «Хелс клінік» та три

комунальних ЗОЗ (КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №1», КНП «Вінницька міська клінічна лікарня №3», КНП «Вінницька центральна районна клінічна лікарня» Вінницької районної ради), у м. Бершадь – відповідно ТОВ «Бершадська центральна аптека» та КНП «Бершадська окружна лікарня інтенсивного лікування».

Для аналізу внутрішніх факторів конкурентоспроможності ЗОЗ обрано підприємства сектору ринку гарантованих пакетів медичних послуг з первинної медичної допомоги м. Вінниці: п'ять приватних ЗОЗ та п'ять КНП – ЦПМСД №№ 1, 2, 3, 4, 5. Окремо порівнюємо конкурентоспроможність приватних та комунальних закладів на основі інформації, отриманої від трьох експертів, якими виступили фахівці Департаменту охорони здоров'я Вінницької міської ради. Експертам було запропоновано заповнити таблиці по кожному з десяти закладів. Результати оцінювання внесені у табл. 2.2, 2.3 та графічно відображені на рис. 2.2, 2.3.

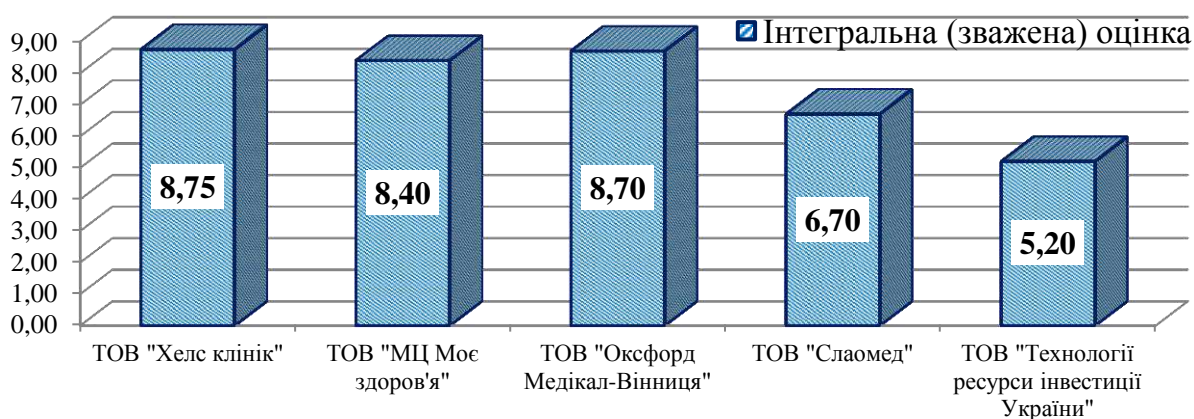


Рис. 2.2. Інтегральна оцінка конкурентоспроможності для п'яти приватних ЗОЗ м. Вінниці

*Джерело:* Складено автором

Наступним кроком було визначення рангів закладів по кожному із семи факторів та побудова діаграм (рис. 2.4, 2.5).

Отже, серед приватних закладів за сумарною бальною та інтегральною оцінкою семи маркетингових інструментів лідером є ТОВ «Хелс клінік» – відповідно 57 та 8,75 балів, серед КНП – ЦПМСД № 5 (має відзнаку «Лідер галузі 2019 року») – відповідно 39 та 6,4 балів.



Таблиця 2.2

**Оцінка конкурентоспроможності за маркетинговими чинниками для приватних ЗОЗ м. Вінниці,  
що надають первинну допомогу за гарантованим пакетом медичних послуг**

Фактор		ТОВ «Хелс клінік»			ТОВ «МЦ Моє здоров'я»			ТОВ «Оксфорд Медікал-Вінниця»			ТОВ «Слаомед»			ТОВ «Технології ресурси інвестиції України»		
назва	вагомість, оцінена експертами	оцінка	зважена оцінка	ранг	оцінка	зважена оцінка	ранг	оцінка	зважена оцінка	ранг	оцінка	зважена оцінка	ранг	оцінка	зважена оцінка	ранг
1. Якість медичних послуг	0,25	8	2,00	3	10	2,50	1	9	2,25	2	5	1,25	4	3	0,75	5
2. Спектр додаткових послуг	0,1	10	1,00	1	9	0,90	2	7	0,70	4	8	0,80	3	7	0,70	4
3. Кваліфікація, доброзичливість медичного персоналу	0,25	10	2,50	1	9	2,25	2	10	2,50	1	7	1,75	3	7	1,75	3
4. Облаштування приміщень, інтер'єр	0,1	9	0,90	1	8	0,80	2	9	0,90	1	6	0,60	3	5	0,50	4
5. Місце розташування	0,05	5	0,25	3	6	0,30	2	10	0,50	1	6	0,30	2	4	0,20	4
6. Комплекс маркетингових комунікацій	0,05	6	0,30	1	5	0,25	2	5	0,25	2	4	0,20	3	2	0,10	4
7. Сучасні медичні технології	0,2	9	1,80	1	7	1,40	3	8	1,60	2	9	1,80	1	6	1,20	4
Сумарна бальна оцінка	–	57	–	–	54	–	–	58	–	–	45	–	–	34	–	–
Інтегральна (зважена) оцінка	–	–	8,75	–	–	8,40	–	–	8,70	–	–	6,70	–	–	5,20	–

*Джерело:* Складено автором

Таблиця 2.3

**Оцінка конкурентоспроможності за маркетинговими чинниками для КНП м. Вінниці,  
що надають первинну допомогу за гарантованим пакетом медичних послуг**

Фактор		ЦПМСД №1			ЦПМСД №2			ЦПМСД №3			ЦПМСД №4			ЦПМСД №5		
назва	вагомість, оцінена експертами	оцінка	зважена оцінка	ранг	оцінка	зважена оцінка	ранг	оцінка	зважена оцінка	ранг	оцінка	зважена оцінка	ранг	оцінка	зважена оцінка	ранг
1. Якість медичних послуг	0,25	6	1,50	2	7	1,75	1	6	1,50	2	6	1,50	2	7	1,75	1
2. Спектр додаткових послуг	0,1	2	0,20	1	1	0,10	2	1	0,10	2	1	0,10	2	1	0,10	2
3. Кваліфікація, доброзичливість медичного персоналу	0,25	8	2,00	3	9	2,25	2	10	2,50	1	8	2,00	3	10	2,50	1
4. Облаштування приміщень, інтер'єр	0,1	4	0,40	3	6	0,60	1	4	0,40	3	4	0,40	3	5	0,50	2
5. Місце розташування	0,05	3	0,15	4	5	0,25	2	5	0,25	2	4	0,20	3	6	0,30	1
6. Комплекс маркетингових комунікацій	0,05	4	0,20	2	5	0,25	1	3	0,15	3	4	0,20	2	5	0,25	1
7. Сучасні медичні технології	0,2	3	0,60	3	5	1,00	1	4	0,80	2	3	0,60	3	5	1,00	1
Сумарна бальна оцінка	—	30	-	—	38	—	—	33	—	—	30	—	—	39	—	—
Інтегральна (зважена) оцінка	—	—	5,05	—	—	6,20	—	—	5,70	—	—	5,00	—	—	6,40	—

Джерело: Складено автором

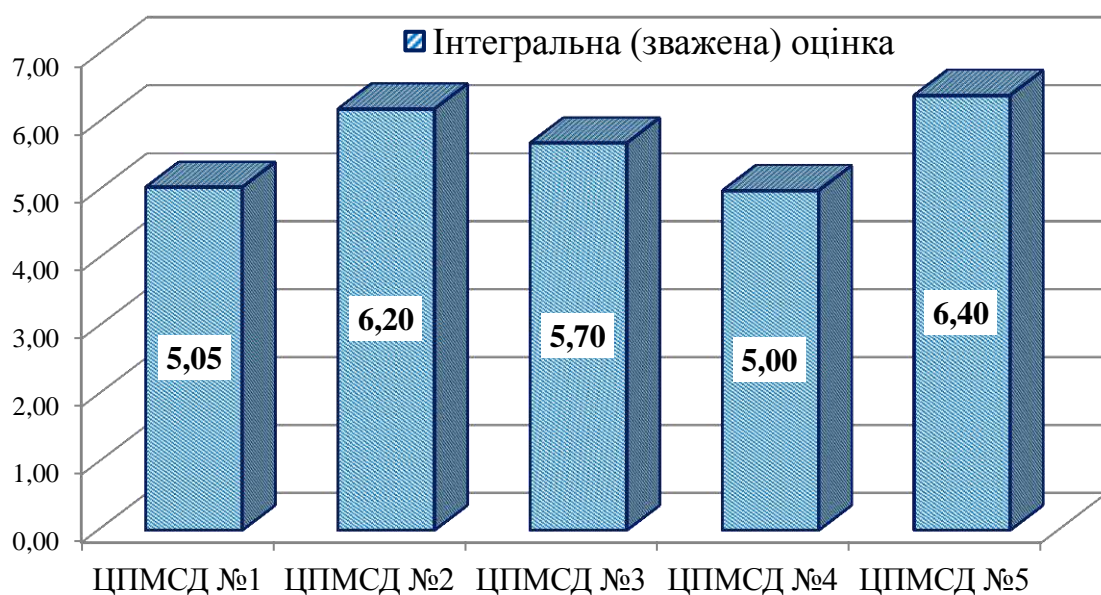


Рис. 2.3. Інтегральна оцінка конкурентоспроможності для п'яти КНП м. Вінниці

Джерело: Складено автором

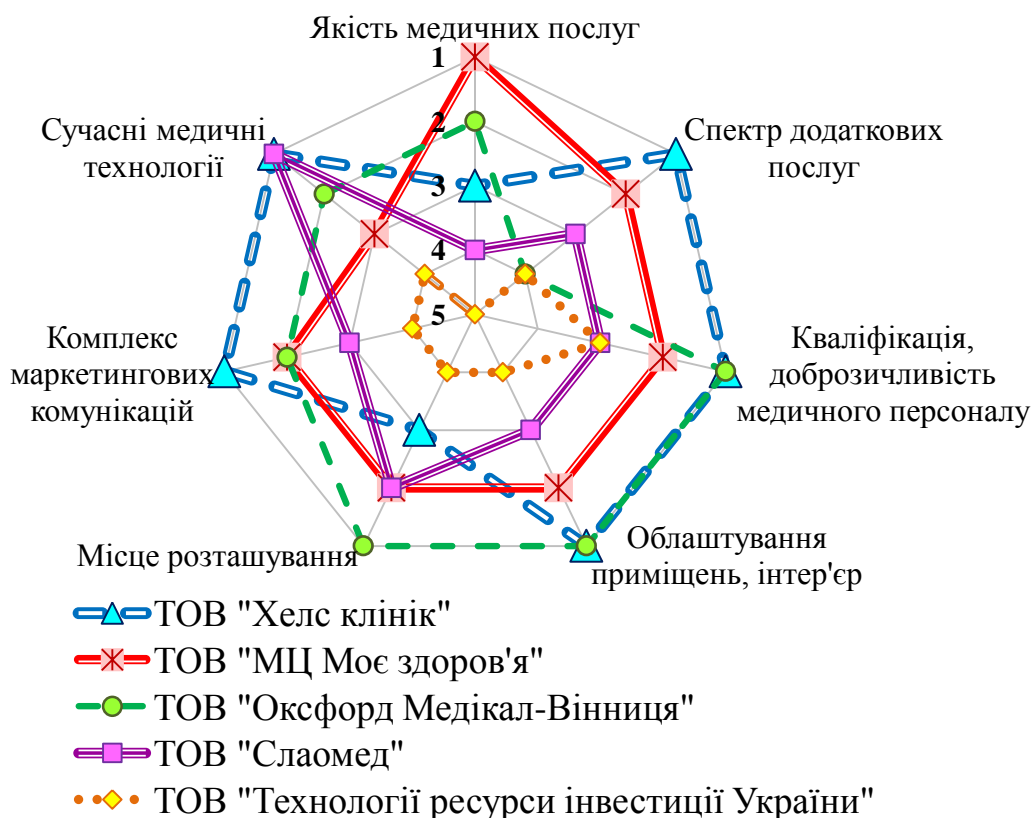


Рис. 2.4. Порівняльна конкурентоспроможність за маркетинговими чинниками для п'яти приватних ЗОЗ м. Вінниці (метод профілів)

Джерело: Складено автором

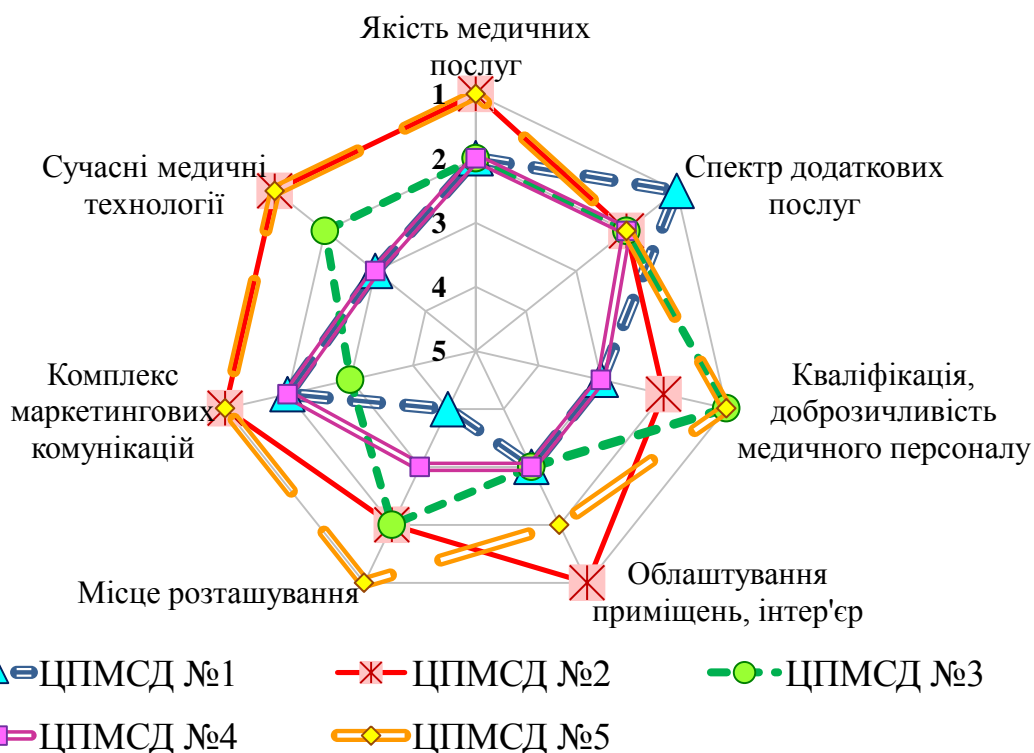


Рис. 2.5. Порівняльна конкурентоспроможність за маркетинговими чинниками для п'яти КНП м. Вінниці (метод профілів)

Джерело: Складено автором

За результатами проведеного аналізу можна визначити конкурентні переваги кожного закладу та рекомендувати інструментальні стратегії маркетинг-мікс для приватних ЗОЗ та КНП. Зрозумілим є переваги приватних закладів, які мають досвід роботи на ринку та досконало володіють маркетинговими інструментами. Так, за якістю медичних послуг лідерами є ТОВ «Медичний центр «Моє здоров'я» та ЦПМСД №5; за спектром додаткових послуг – ТОВ «Хелс клінік», ЦПМСД №1; за кваліфікацією та доброзичливістю медичного персоналу – ТОВ «Оксфорд Медікал-Вінниця», ТОВ «Хелс клінік», ЦПМСД №3, №5; за облаштуванням приміщень та інтер'єром – ТОВ «Оксфорд Медікал-Вінниця», ТОВ «Хелс клінік», ЦПМСД №2; за місцем розташування – ТОВ «Оксфорд Медікал-Вінниця», ЦПМСД №5; за комплексом маркетингових комунікацій – ТОВ «Хелс клінік», ЦПМСД №2, №5; за сучасними медичними технологіями – ТОВ «Хелс клінік», ТОВ

«Слаомед», ЦПМСД №2. Особливу увагу на маркетингові фактори, які впливають на конкурентоспроможність, необхідно звернути ТОВ «Технології ресурси інвестиції України» (у них навіть немає сайту) та ЦПМСД № 4, у яких, на думку експертів, не виявлено жодних конкурентних переваг.

Отже, незважаючи на достатню простоту бального та графічного методів та можливість суб'єктивної оцінки, він може бути використаний в практиці ЗОЗ.

Внутрішні фактори мають тісний зв'язок із зовнішніми. Основні зовнішні фактори, що є загальними для усіх суб'єктів галузі та впливають на систему охорони здоров'я загалом та конкурентоспроможність ЗОЗ, подано в табл. 2.4.

Для виявлення та аналізу зовнішніх факторів, що впливають на конкурентоспроможність ЗОЗ, скористаємося методологією їх оцінки на основі матриці можливості / вразливості [112]. Даний методологічний підхід передбачає вирішення завдань:

- дотриматися повноти і об'єктивності виявлення чинників з метою забезпечення розроблення і прийняття ефективних рішень зі стратегічного управління факторами або можливої адаптації до їх впливу;
- визначити можливі конкурентні переваги ЗОЗ для формування відповідних стратегій закладів приватної і комунальної форми власності на основі мінімізації виявлених загроз.

З цією метою нами проведено оцінку окремих зовнішніх факторів, що впливають на конкурентоспроможність закладів на ринку медичних послуг (табл. 2.5).

Для визначення характеристик прояву деталізованих факторів і рівня їх значущості для діяльності ЗОЗ та розробки конкурентних стратегій необхідно здійснити оцінку зазначених факторів за такими критеріями: контроль над факторами з боку ЗОЗ; рівень значимості фактору для стратегічного вибору.

Для дослідження даних факторів були проведені експертні інтерв'ю з менеджерами середньої і вищої ланки 25 приватних та комунальних підприємств м. Вінниці та Вінницької області, обсяг вибірки склав 25 респондентів. Респонденти оцінювали запропоновані фактори з точки зору їх значимості і рівня контролю над ними за десятибальною шкалою.

Таблиця 2.4

**Зовнішні фактори, що впливають на конкурентоспроможність ЗОЗ**

<b>Фактори</b>	<b>Складові</b>
Економічні	особливості розвитку системи охорони здоров'я, структура ринку медичних послуг, рівень та структура зайнятості у системі, забезпеченість кадрами, диференціація населення на групи за показником доходів, які вони можуть витратити на медичну допомогу тощо
Демографічні	чисельність населення, рівні народжуваності, смертності, природного приросту, градація різних характеристик населення за віковими групами (за різними захворюваннями, медичним втручанням, смертністю тощо), рівень захворюваності тощо
Соціальні	особливості надання послуг соціального характеру (наявність житла, рівень надання комунальних послуг, освітні послуги медичного характеру тощо)
Природно-кліматичні	вплив місцевості проживання людини на різновиди хвороб
Екологічні фактори	вплив діяльності підприємств, екологічних катастроф, нещасних випадків тощо на рівень здоров'я населення
Політичні	лобіювання в законодавчому органі інтересів фінансово-промислових груп, які обумовлюють перерозподіл суспільних ресурсів не на користь охорони здоров'я, сприяють недостатньому фінансуванню галузі, створюючи базу для розвитку тіньової економіки
Науково-технічні	впровадження інформаційних технологій і сучасного програмного забезпечення у ЗОЗ, розвиток системи e-Health, робота з інноваційним діагностичним обладнанням, використання електронних карт пацієнтів, технології блокчейн, впровадження мобільної медицини (mHealth), телемедичних технологій та ін. високотехнологічних втручань тощо
Правові	відображають стан нормативно-правового забезпечення галузі, діяльність спеціально уповноважених органів державної влади та місцевого самоврядування, до компетенції яких віднесено здійснення господарської складової державної політики в сфері охорони здоров'я, а також системи господарсько-правових засобів її реалізації; вимоги технічної, екологічної безпеки, патентно-правові вимоги

*Джерело:* Складено автором

Оскільки число експертів та об'єктів є значним, для підтвердження достовірності результатів дослідження рекомендовано розраховувати коефіцієнт конкордації Кендала (для групи, що складається з  $M$  експертів), що дозволяє визначити ступінь узгодженості думок експертів.

Таблиця 2.5

**Оцінка зовнішніх факторів, що впливають на  
конкурентоспроможність ЗОЗ на ринку медичних послуг**

<b>Фактори</b>	<b>Значимість фактору</b>	<b>Рівень контролюваності фактору</b>
<b>1.Економічні</b>		
1.1. Частка витрат у ВВП на охорону здоров'я	7,9	1,15
1.2. Дефіцит кваліфікованих медичних кадрів через їх старіння та міграцію	7,75	1,2
1.3. Низький рівень платоспроможності	8,35	1,35
<b>2.Демографічні</b>		
2.1. Старіння населення (від'ємний природний приріст)	7,1	1,9
2.2. Рівень захворюваності на соціально небезпечні хвороби	6,4	1,08
2.3. Дитяча смертність	8,45	2,9
2.4. Середня тривалість життя	5,6	2,4
<b>3.Соціальні</b>		
3.1. Вартість комунальних послуг	8,7	1,1
3.2. Якість медичної освіти	5,9	4,15
<b>4.Природно-кліматичні</b>		
4.1. Сезонні коливання захворюваності	7,15	5,12
<b>5.Екологічні</b>		
5.1. Вплив несприятливих екологічних факторів на здоров'я населення	6,52	2,35
<b>6.Політичні</b>		
6.1. Лобіювання інтересів фінансово-промислових груп шляхом прийняття відповідних законів	4,6	1,1
<b>7.Науково-технічні</b>		
7.1. Розвиток системи e-Health	9,5	7,3
7.2. Доступ до телемедичних технологій	5,15	6,5
<b>8.Правові</b>		
8.1. Законодавча регламентованість в галузі охорони здоров'я	9,45	5,9
8.2. Умови ліцензування медичної практики	9,7	1,12
8.3. Захист прав лікарів та пацієнтів	7,45	3,1

*Джерело:* Складено автором

Він розраховується за формулою 2.1 [188]:

$$W = \frac{S}{\frac{1}{12}M^2*(N^3-N)-M\Sigma T_i} \quad (2.1)$$

де  $S$  – сума квадратів відхилень рангів від середнього значення;

$T_i$  – ранг, що надається  $i$ -м експертом;

$M$  – кількість експертів;

$N$  – кількість факторів.

Для полегшення обчислення використано програмний засіб «AtteStat».

$$W = \frac{537561,69}{\frac{1}{12}25^2*(25^3-17)-25*125,67} = 0,664$$

При  $W = 1$  думки експертів повністю узгоджені, а якщо  $W = 0$  – узгодженість відсутня. Отже, коефіцієнт конкордації ( $W = 0,664$ ) свідчить, що думка експертів достатньо однорідна і має середній ступінь узгодженості. За результатами опитування побудовано координатну матрицю можливість / вразливість ЗОЗ (рис. 2.6), у якій виділено чотири групи факторів.

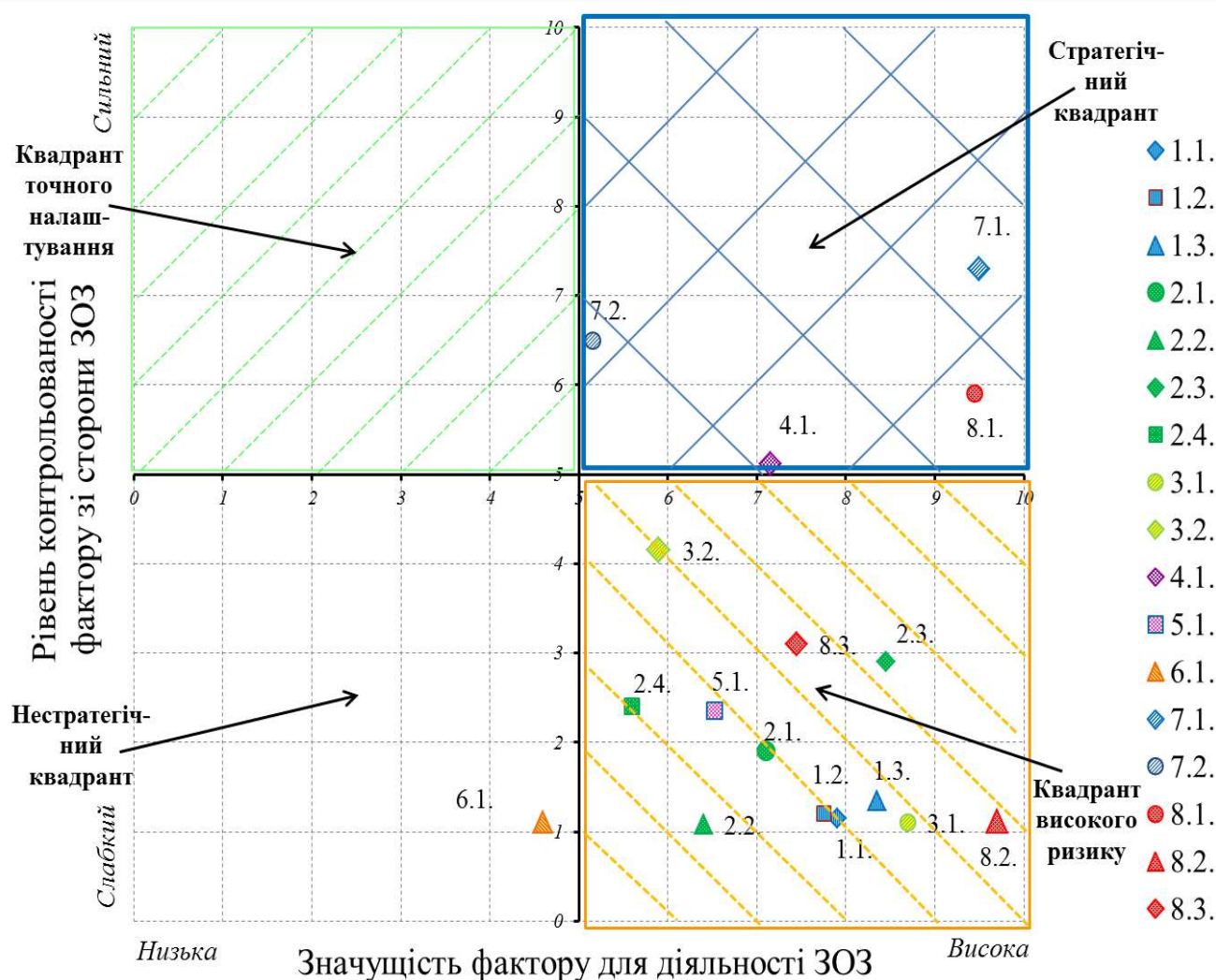


Рис. 2.6. Матриця можливість/вразливість для окремих ЗОЗ м. Вінниці та Вінницької області за результатами опитування менеджерів

Джерело: Складено автором



1. Нестратегічний квадрант. Вміщені у ньому фактори мають відносно низьку значимість для ЗОЗ, що функціонує на ринку, а рівень контролю над ними з боку топ-менеджменту слабкий.

2. Квадрант контролю. Він охоплює фактори, ризик впливу яких на діяльність ЗОЗ є незначним і які контролюються керівництвом.

3. Квадрант вразливості. Фактори, що опинились у квадранті, є критичними з точки зору виживання ЗОЗ та його розвитку, проте контроль над ними наразі є слабким.

4. Стратегічний квадрант. Характеризується факторами, які здійснюють сильний вплив на ЗОЗ і перебувають під контролем з боку керівництва.

Фактори зі стратегічного квадранту є об'єктом контролю та потребують ретельного вивчення, перебувають у центрі уваги при вчиненні найважливіших стратегічних дій, підлягають моніторингу. Саме цю групу факторів необхідно розглядати як пріоритетну щодо виявлення загроз та можливостей при формуванні конкурентних стратегій ЗОЗ. Такими факторами за результатами опитування та побудови матриці визначено: 7.1. Розвиток системи e-Health, 7.2. Доступ до телемедичних технологій, 8.1. Законодавча регламентованість в галузі охорони здоров'я.

Розвиток системи e-Health можливий лише у межах медичної інформаційної системи. Багато гарантованих пакетів медичних послуг передбачають можливість надання телемедичних послуг. А суттєві зрушення в реформуванні галузі можуть відбуватись лише за умов прийняття адекватних нормативно-правових актів та внесення змін у чинні. Як свідчить хід медичної реформи, нині першочерговим завданням ЗОЗ приватної та комунальної форм власності та ФОПів є укладання договорів з НСЗУ – замовником медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій за кошти держбюджету. Основними умовами співпраці з НСЗУ є автономізація ЗОЗ, наявність ліцензії на медичну практику та приєднання закладу та лікарів до медичної інформаційної системи. По суті ЗОЗ і ФОПи конкурують за укладання договорів з метою отримання якомога більшої кількості пакетів

гарантованих медичних послуг, які дозволять забезпечити основне фінансування для КНП та додаткове – для приватних клінік та ФОПів.

Наступний крок – аналіз п'яти сил конкуренції за М. Porter, що впливають на конкурентоспроможність ЗОЗ (рис. 2.7).



Рис. 2.7. Модель сил конкуренції в галузі охорони здоров'я

Джерело: Складено автором на основі [91]

Ці вищезгадані п'ять сил визначають інтенсивність конкуренції, а отже, і привабливість ринку медичних послуг. Кожна з п'яти сил має бути проаналізована наступним чином.

Нові учасники ринку. Новий учасник означає будь-яку організацію, яка не належить до галузі охорони здоров'я, але має капітал та владу для входження на ринок медичних послуг. Нові конкуренти приносять галузі

охорони здоров'я нові медичні можливості та ресурси, але одночасно захоплюватимуть частку ринку у галузі охорони здоров'я.

Нова конкуренція стає все більшою загрозою для галузі охорони здоров'я розвинутих країн, незважаючи на відносно високі бар'єри для входження. Починаючи з середини 2000-х років, у великих містах і мегаполісах з'явилася і успішно себе зарекомендувала поки ще інноваційна для України фінансова та операційна модель обслуговування пацієнтів – retail medical clinic. Це так звані медичні клініки супермаркетів або медичні клініки в місцях роздрібної торгівлі, які розташовуються в найбільших продуктових супермаркетах та аптеках, а також у популярних торгово-розважальних центрах з великою кількістю бутиків, кафе і ресторанів, дитячих майданчиків і кінотеатрів, щоб забезпечити максимальні швидкість, фізичну доступність, зручність і комфортність отримання медичної послуги для клієнтів.

Дані медичні клініки в місцях роздрібної торгівлі або медичні клініки супермаркетів є «нішевими», оскільки зосереджені на наданні досить обмеженого числа платних медичних послуг і діагностичних процедур, але які користуються масовим попитом: діагностика та лікування гострих станів, в тому числі респіраторних інфекцій, грипу, ангіни, інфекцій вуха, сечо-статевої системи, незначних шкірних захворювань, вони також пропонують обмежені профілактичні процедури, лабораторні аналізи та щеплення. Медичні клініки в місцях роздрібної торгівлі орендують невеликі приміщення і забезпечують тільки послуги з первинної медико-санітарної і невідкладної медичної допомоги, тому, як правило, не використовують більшу частину складного медичного обладнання, що застосовується в багатопрофільних ЗОЗ або спеціалізованих медичних центрах. За своєю концепцією де-факто такі клініки досить близько стоять до мережевих діагностичних центрів та центрів лабораторної діагностики, у яких всі зібрані аналізи проводяться в одному місці, а точки прийому біоматеріалів пацієнтів відкриті повсюдно. Медичні клініки в місцях роздрібної торгівлі працюють без попереднього запису («жива черга») до самого пізнього вечора і у вихідні дні, персонал – це, як правило, лікарі загальної практики і

терапевти, середній медичний персонал. На прикладі таких медичних клінік у місцях роздрібної торгівлі став реалізовуватися на практиці новий теоретичний концепт надання медичної послуги – «медична послуга, що надається повсюдно» (everywhere medical care). Цільова аудиторія – відвідувачі супермаркетів і торгово-розважальних центрів, які відчули нездужання, і вирішили мимохідь, не змінюючи поточних планів на шопінг і розваги, зайти і перевіритися у лікаря, щоб отримати призначення на лікування, або ж здорові відвідувачі, що вирішили зробити щеплення. Як правило, серед пацієнтів таких клінік переважають молоді люди, які не страждають хронічними захворюваннями, які не мають постійного постачальника медичних послуг і не прихильні до певних лікарів і лікарень. Зарубіжні пацієнти дуже цінують такий формат медичного обслуговування не тільки за комфорт і фізичну доступність, але і за демократичну цінову політику, що передбачає фіксовані ціни за кожну послугу і маніпуляцію.

Важливо відзначити, що за кордоном медичні клініки в місцях роздрібної торгівлі зазвичай афілійовані або ж є підрозділами великих закладів. Пильної уваги заслуговує також і досвід найбільшої торгової мережі в США Walmart по відкриттю бренду «Клініка турботи» у своїх супермаркетах, які складаються з відділення профілактики, відділення діагностики та імунізації, офтальмологічного відділення та аптеки. Вдала комунікаційна форма вираження позиціонування «Клінік турботи» Walmart враховує дві важливих складових: особливості цільового ринку – покупці торгової мережі Walmart з рівнем доходу нижче середнього і нижчий середній; унікальна вигода (унікальна торговельна пропозиція): «Якісні медичні послуги на кожен день за низьку ціну» [189, 190]. Експерти у сфері охорони здоров'я вельми позитивно оцінюють впровадження даного формату медичного обслуговування, оскільки він дає шанс пацієнтам почати лікування на ранніх стадіях прояву симптоматики захворювання і швидко одужати, що знижує навантаження на амбулаторно-поліклінічні заклади та лікарні. Вони пророкують йому подальший розвиток та інтеграцію з наданням медичних послуг хронічно хворим. В 2016 році в своїй доповіді міжнародна компанія в царині

консалтингу та аудиту Делойт (Deloitte Center for Health Solutions) вказала в складі основних трьох динамічно зростаючих трендів у розвитку медичних послуг на найближче десятиліття наступні: медичні клініки в місцях роздрібної торгівлі, телемедицину і медичне обслуговування на дому [189].

Конкуренція між ЗОЗ – внутрішнє чи зовнішнє суперництво. З-поміж закладів завжди існує конкуренція в різних формах, а ступінь конкуренції визначається в основному такими чинниками:

1. Якщо в одному місті чи районі є декілька закладів, окремі можуть відчувати тиск конкуренції у змаганні за отримання більшого прибутку.

2. Темпи зростання ринку охорони здоров'я: швидкий темп зростання ринку охорони здоров'я дає більше простору для розвитку закладу, а також більше ресурсів для доступу та використання з метою забезпечення швидкого зростання. Коли зростання ринку медичних послуг уповільнюється, чисельність закладів зменшується, а конкурентний тиск зростає. ЗОЗ, які прагнуть отримати конкурентну перевагу, повинні змагатися за збільшення частки ринку.

Загроза з боку продуктів-замінників (альтернативні медичні послуги, домашній догляд, самолікування, амбулаторна хірургія тощо). Як і в багатьох галузях, ЗОЗ також стикаються з конкуренцією з боку альтернативних медичних постачальників. Так звані альтернативні медичні продукти (послуги) охоплюють послуги аптек для самолікування покупців лікарськими засобами, здоровий спосіб життя та звички, спорт, програми зміцнення здоров'я, медичну грамотність, лікування травами, голкорексфлексотерапію, рефлексологію та інші комерційні засоби охорони здоров'я.

Альтернативні медичні продукти неминуче підвищують рівень громадського здоров'я та зменшують загальну соціальну вартість медичних послуг. Звичайно, ЗОЗ повинні вітати таких «конкурентів», однак керівникам закладів необхідно враховувати цей аспект та адаптуватись до потенційних змін при розробці стратегій.

Ринкова влада постачальників (виробів медичного призначення та медичних препаратів, медичних кадрів тощо). Забезпечення витратними

матеріалами складає значну частину бюджету закладу. Необхідні медичні засоби включають фармацевтичні засоби, медичне обладнання, медичні набори реактивів для лабораторної діагностики, а також технічне обслуговування від виробників. Заклади завжди прагнуть отримати цю продукцію від постачальника за низькими цінами, високої якості та у зручному пакуванні. У більшості випадків ЗОЗ, що ведуть переговори з постачальниками, перебувають у вигідному становищі, оскільки поставки зазвичай доступні у широкого кола постачальників. Однак є певні предмети, які є дуже специфічними і виготовляються лише певним постачальником, і в цьому випадку монополія призводить до зменшення ринкової сили закладу.

У країнах ЄС професійні асоціації лікарів є постачальниками медичних кадрів, оскільки здійснюють функцію ліцензування їх професійної діяльності. В Україні вони поки що мають статус громадських організацій та здебільшого виконують організаційну та наукову функції. Реформою передбачено надати їм повноваження здійснювати функцію ліцензування.

Ринкова влада покупців. Це переважно стосується приватних клінік та лікарів, оскільки послуги у більшості лікувальних закладів (первинної ланки) є безкоштовними, вони отримують гроші за пацієнтів від НСЗУ, так само заклади, що надають вторинну і третинну медичну допомогу, будуть фінансуватись згідно з укладеними договорами у найближчому майбутньому. Однак, увага пацієнтів до цін у приватній практиці побічно впливає на прибутковість закладу. Якщо пацієнт віддає перевагу приватним закладам через довгі черги до спеціаліста у комунальних, які перевищують витрати на оплату лікування, заклади втрачають доходи внаслідок недостатньої ефективності. ЗОЗ іноді можуть відшкодувати частину цього доходу, дозволяючи використовувати власні приміщення для приватної практики та стягувати плату за це з провайдера.

Ринкова влада покупців медичних послуг у вітчизняній охороні здоров'я формується в залежності від доходів населення і їх обмежених можливостей здійснювати відповідний вибір, а також від дій замовників визначених обсягів

медичних послуг та страхових організацій, що здійснюють поки що тільки добровільне медичне страхування. Згодом, якщо в Україні запрацює система загальнообов'язкового медичного страхування, до них приєднаються й інші страховики, уповноважені здійснювати цю діяльність.

Проведемо аналіз рівня інтенсивності конкуренції в секторі гарантованих пакетів медичних послуг з первинної допомоги, що надають приватні ЗОЗ та КНП м. Вінниці, на основі вищенаведеної моделі п'яти сил конкуренції за Porter М.Е. за методикою, опрацьованою у низці праць [191-193].

Для оцінки сил конкуренції на ринку залучались ті ж самі експерти – фахівці Департаменту охорони здоров'я Вінницької міської ради. Експертам було запропоновано заповнити таблиці, які характеризують параметри, оцінити їх за трибальною шкалою залежно від ступеню впливу на ЗОЗ, що працюють на даному ринку, – низький, середній, високий. Кожному рівню присвоєно бал – від 1 до 3 (табл. В.1 – В.5 Додатку В). Оцінка рівня загрози входу нових гравців вимірювалась таким чином: 8 балів – низький, 9-16 балів – середній, 17-24 балів – високий; оцінка рівня внутрішньогалузевої конкуренції: 4 бали – низький рівень, 5-8 балів – середній, 9-12 балів – високий; оцінка рівня загрози зі сторони продуктів-замінників: 1 бал – низький рівень, 2 бали – середній, 3 бали – високий; оцінка рівня загрози припинення стосунків з постачальниками: 4 бали – низький рівень, 5-6 балів – середній, 7-8 балів – високий; оцінка рівня загрози припинення стосунків із покупцями: 4 бали – низький рівень, 5-8 балів – середній, 9-12 балів – високий.

У табл. 2.6 узагальнено оцінки п'яти параметрів, які дозволять визначити інтенсивність конкуренції на досліджуваному ринку гарантованих пакетів медичних послуг з первинної медичної допомоги м. Вінниці. У табл. 2.7 наведено підсумки аналізу п'яти сил конкуренції на цьому ринку та запропоновано відповідні маркетингові заходи.

Практичне застосування даної моделі підтверджує «Золоте правило» теорії п'яти сил конкуренції Porter М.Е.: «чим слабкіший вплив конкурентних сил, тим більше можливостей для отримання високого прибутку в галузі має компанія».

Таблиця 2.6

**Оцінювання п'яти сил конкуренції в секторі ринку гарантованих  
пакетів медичних послуг з первинної допомоги м. Вінниці**

Параметр оцінки	Оцінка параметра	Оцінка в балах
<b>1. Оцінювання загрози появи нових учасників ринку</b>		
1.1. Економія на масштабі	Значна	1
1.2. Бренд	відсутні великі гравці з сильним брендом	3
1.3. Диференціація медичної послуги	низький рівень	3
1.4. Рівень інвестицій і витрат для входу в галузь	Високий	1
1.5. Доступ до каналів розподілу	Обмежений	1
1.6. Політика уряду	державна повністю регламентує галузь і встановлює обмеження	1
1.7. Готовність гравців до зниження цін	не готові	3
1.8. Темп зростання галузі	високий і продовжує зростати	3
Підсумковий бал		16
Висновок: рівень загрози входу нових гравців:		середній
<b>2. Оцінювання рівня конкуренції серед ЗОЗ на ринку</b>		
2.1. Кількість гравців	невелика	1
2.2. Темп зростання ринку	Помірний	2
2.3. Рівень диференціації медичних послуг	Стандартизовані	3
2.4. Обмеження у підвищенні цін	державне регулювання	1
Підсумковий бал		7
Висновок: рівень внутрішньогалузевої конкуренції		середній
<b>3. Оцінювання загрози з боку продуктів-замінників</b>		
3.1. Продукти-замінники з позиції «ціна-якість»	існують, але їх частка ринку незначна	2
Підсумковий бал		2
Висновок: рівень загрози зі сторони продуктів-замінників		середній
<b>4. Оцінювання ринкової влади постачальників</b>		
4.1. Кількість постачальників	значна, широкий вибір	1
4.2. Обмеженість ресурсів постачальника в обсягах	ресурсів достатньо	1
4.3. Витрати перемикавання на іншого постачальника	Високі	2
4.4. Пріоритетність напрямку для постачальника	Висока	1
Підсумковий бал		5
Висновок: рівень загрози припинення стосунків з постачальниками		середній
<b>5. Оцінювання ринкової влади покупців</b>		
5.1. Частка покупців з великим обсягом продажу	більше 80% продажу припадає на одного покупця (НСЗУ)	3
5.2. Схильність до перемикавання на продукти-замінники	медичні послуги не є унікальними, існують продукти-замінники	3
5.3. Цінова чутливість	покупці абсолютно нечутливі до цін на медичні послуги даного рівня	1
5.4. Пацієнти не задоволені існуючою якістю послуг на ринку	незадоволеність другорядними характеристиками послуги	2
Підсумковий бал		9
Висновок: рівень загрози припинення стосунків із покупцями		високий

*Джерело:* Складено автором на основі [91, 191-193]



Таблиця 2.7

**Підсумковий аналіз п'яти сил конкуренції в секторі ринку  
гарантованих пакетів медичних послуг з первинної допомоги м. Вінниці**

<b>Сили конкуренції</b>	<b>Рівень</b>	<b>Опис</b>	<b>Маркетингові заходи</b>
Загроза появи нових учасників ринку	середній	Ризик входу нових гравців середній. Існують бар'єри входу – вимоги НСЗУ та високий рівень початкових інвестицій. Держава регламентує діяльність ЗОЗ, встановлює обмеження у вигляді ліцензування, акредитації, стандартизації тощо. Рівень диференціації медичних послуг низький, а економія на масштабі значна, у жодного гравця немає сильного бренду	Проводити постійний моніторинг появи нових приватних ЗОЗ, які уклали договір з НСЗУ, надавачів альтернативних послуг, а також загальногалузових та світових тенденцій. Здійснювати заходи, спрямовані на налагодження довгострокових стосунків з пацієнтами шляхом пропозиції додаткових послуг та розробки програм лояльності
Рівень внутрішньогалузевої конкуренції	середній	Сектор ринку пакетів гарантованих послуг є конкурентним та перспективним. Існує можливість порівняння медичних послуг різних закладів через їх стандартизацію. При виборі закладу пацієнт керується зручністю розташування ЗОЗ та кваліфікацією персоналу. Послуги пацієнтам надаються безоплатно за рахунок бюджету за капітальними ставками (тарифами)	Проводити постійний моніторинг пропозицій конкурентів, особливо приватних ЗОЗ та ФОП. Підвищувати цінність послуги, що сприймається пацієнтом. Підвищувати рівень знань про послуги. Налагоджувати комунікації з пацієнтом 24/7. Розробити зручний та інформативний сайт ЗОЗ та здійснити його SEO-оптимізацію
Загроза з боку продуктів-замінників	середній	існують продукти-замінники, але їх частка ринку незначна	Підтримувати якість первинної допомоги та вдосконалювати її
Ринкова влада постачальників	середній	існує широкий вибір постачальників, які мають достатньо ресурсів, високі витрати перемикавання на іншого постачальника через діючі технології, висока пріоритетність напрямку для постачальника через значні обсяги закупівлі	Вести перемовин щодо зниження цін на витратні матеріали, техніку та її обслуговування, можливостей кредитування та лізингу при закупівлі сучасного обладнання
Ринкова влада покупців	високий	Основним покупцем в секторі гарантованих пакетів є НСЗУ, яка визначає та висуває низку вимог для укладання договорів з надавачами послуг. Існує низка ризиків: виявлення недотримання ліцензійних вимог під час перевірок МОЗ; втрата пацієнтів та відповідних коштів через зміну закладу. Незадоволеність пацієнтів другорядними та немедичними складовими	Запровадити моніторинг осіб, які ще не підписали декларації з лікарем, проводити роз'яснювальну роботу, розміщувати інформацію про здобутки закладу та його лікарів на сайті ЗОЗ, створювати додаткові зручності та ціннісні пропозиції для існуючих пацієнтів. Проводити систематичну самооцінку та клінічний аудит закладу щодо дотримання показників якості медичних послуг, ліцензійних умов, моніторинг задоволеності пацієнтів. Розробити пакети послуг для пацієнтів різних вікових груп та патологій.

*Джерело: Складено автором*

І навпаки, чим вище вплив конкурентних сил, тим вище ймовірність, що жодна компанія не в змозі буде забезпечити високу прибутковість від капіталовкладень. А середня прибутковість галузі визначається найбільш впливовими конкурентними силами» [91].

Для підтримки відповідного рівня конкурентоспроможності ЗОЗ необхідний постійний моніторинг як появи нових підприємств на ринку гарантованих пакетів медичних послуг з первинної медичної допомоги, особливо приватних, так і ФОПів. Керівництво всіх закладів має усвідомити той факт, що успішна діяльність в умовах динамічного мінливого зовнішнього середовища значною мірою залежить від використання сучасних та ефективних інструментів стратегічного управління, які сприяють формуванню та розвитку конкурентних переваг перед суперником і забезпечують його стійке ринкове становище.

## 2.2. Аналіз ринку медичних послуг України

Ринок медичних послуг є комплексною багатофакторною системою, що складається з окремих елементів – ринків областей, міст, районних центрів тощо. Оскільки ринок є системою з притаманними їй властивостями та законами, то дослідження стану будь-якого її елемента дозволить поширити результати на систему в цілому (метод декомпозиції). Ринок медичних послуг може бути визначений як сукупність усіх медичних технологій, виробів медичного призначення, методів організації медичної діяльності, фармакологічних засобів, що реалізуються в умовах конкретної економічної системи. У більш вузькому сенсі під ринком медичних послуг розглядають сукупність існуючих і потенційних виробників і споживачів медичних послуг.

Ринок медичних послуг України перебуває у фазі розвитку, а його зростання має позитивну динаміку. Державні ЗОЗ та КНП не в змозі повністю

забезпечити населення якісними медичними послугами, тому приватний сектор є значимим елементом національної системи охорони здоров'я. На стимулювання розвитку конкуренції у межах цієї галузі спрямовані також ініціативи з реформування системи охорони здоров'я, зокрема впровадження принципу «гроші ходять за пацієнтом».

В той же час процес розвитку ринку медичних послуг має ряд стримуючих чинників, здатних істотно загальмувати зростання цього сегменту (тіньові медичні послуги в секторі, що фінансується з державного бюджету, недосконале нормативно-правового регулювання, відсутність системи загальнообов'язкового медичного страхування та ін.). На усунення цих проблем, а також залучення фінансування в галузь мають бути спрямовані першочергові дії реформаторів.

На результати реформи безпосередньо впливає забезпечення галузі охорони здоров'я достатніми фінансовими ресурсами, яке дещо покращилось за два останні роки (табл. 2.8), проте суттєво відрізняється від розвинутих країн Європи.

*Таблиця 2.8*

**Видатки державного бюджету України на охорону здоров'я**

Показник	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Видатки державного бюджету, млрд. грн.	581,8	681,5	841,4	988,6	1093,0	1180,1
Видатки державного бюджету на охорону здоров'я, млрд. грн.	55,6	60,9	70,2	87,4	95,1	108
Частка видатків держбюджету на охорону здоров'я у ВВП, %	3,8	3,4	3,1	3,2	3,1	2,9
Частка видатків держбюджету на охорону здоров'я у бюджеті, %	9,6	8,9	8,3	8,8	8,7	9,1

*Джерело:* Складено автором на основі [194-196]

З 2020 року в Законі «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування» закріплене захищене фінансування медичних гарантій не нижче 5% від ВВП, натомість у державному бюджеті 2020 року на галузь охорони здоров'я виділяється тільки 2,9% від ВВП. У середньому в країнах-членах ЄС частка видатків на медичне забезпечення у ВВП становить більше 9%. Якщо

проаналізувати окремі показники здоров'я населення України, можна побачити, що за рівнем смертності у світовому рейтингу у 2018 році Україна посіла 6 місце, за рівнем очікуваної тривалості життя – 148 місце [197]. За дослідженнями ВООЗ є пряма залежність між видатками на охорону здоров'я на душу населення та середньою очікуваною тривалістю життя: очікувана тривалість життя зростає за мірою збільшення загальних видатків на охорону здоров'я.

Для розвитку конкурентного середовища особливого значення набувають кількісні характеристики закладів, що надають медичні послуги (табл. 2.9).

*Таблиця 2.9*

**Показники, що характеризують стан мережі закладів охорони  
здоров'я України в 2010, 2012-2019 рр.**

<b>Показники</b>	<b>2010</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
Кількість лікарняних закладів	2763	2369	2156	1793	1775	1743	1714	1671	1640
Кількість амбулаторно-поліклінічних закладів	8993	8339	10784	9773	9962	10165	10373	10502	10567
Кількість лікарняних ліжок, тис.од.	429	370	364	307	333	315	309	302	285
Кількість лікарняних ліжок, на 10 тис. населення	94,0	81,5	80,5	71,9	778,1	74,3	73,1	71,6	67,5

*Джерело:* Складено автором на підставі [198]

Як свідчать статистичні дані, наведені у табл. 2.9, кількість лікарняних закладів з 2010 по 2019 рр. зменшилось на 1123 од., або на 40,6%, відповідно зменшилась чисельність лікарняних ліжок на 144 тис., або на 33,5%.

У зв'язку зі змінами у законодавстві граничний норматив забезпечення стаціонарними лікарняними ліжками у розрахунку на 10 тис. населення складає не більш як 60 ліжок [199], тому зменшення показника є тенденцією, що відповідає сучасним вимогам. Навпаки, кількість амбулаторно-поліклінічних закладів зросло на 1574 од., або на 17,5%. Зміни наведених показників відображають перехід охорони здоров'я на інтенсивний шлях розвитку, який відбувається у процесі реформування галузі, починаючи з прийняття низки нормативно-правових актів – Закону України «Про внесення змін до деяких

законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я», Концепції реформування фінансування системи охорони здоров'я, Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» та ін. [200-202].

Медична практика є господарською діяльністю, яка підлягає ліцензуванню, тобто вхід на ринок медичних послуг є обмеженим. Згідно з вимогами чинного законодавства Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ) як орган ліцензування зобов'язаний вести ліцензійний реєстр. Проте, на дату проведення дослідження (01.06.2020 р.) на сайті МОЗ України був розміщений реєстр станом на 01.01.2017 р., записи щодо змін за останні три роки до нього не внесені, зміни у ліцензуванні відображалися у наказах МОЗ про прийняті рішення. В ліцензійному реєстрі містяться записи про отримання ліцензії на медичну практику понад 22000 суб'єктами господарювання, в т.ч. 17600 приватними постачальниками медичних послуг, з них більше 4600 юридичними особами різних організаційно-правових форм (ПрАТ, ПАТ, ТОВ, ПП) та понад 13000 ФОП.

Рахунковою палатою здійснювався аналіз ліцензування медичної практики. Так, протягом 2016–2017 років та січня – вересня 2018 року МОЗ України видано 5274 ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики, у тому числі 1908 ліцензій – юридичним особам, 3366 – ФОП (табл. 2.10) [203].

*Таблиця 2.10*

**Інформація про прийняті МОЗ рішення щодо ліцензування медичної практики протягом 2016–2017 років і 9 місяців 2018 року**

Показники		2016 рік	2017 рік	9 міс. 2018 року
Кількість діючих ліцензій на початок періоду	юридичним особам	7418	7873	8360
	ФОП	11900	12880	14076
	всього	19318	20753	22436
Видано ліцензій	юридичним особам	454	568	886
	ФОП	956	1327	1083
	всього	1410	1895	1969

*Джерело:* Складено автором на основі [203]

Таким чином, протягом 2016-2018 рр. спостерігалась тенденція до збільшення кількості суб'єктів господарювання, які мали намір провадити медичну практику. Так, у 2017 році МОЗ видано на 34,4% більше ліцензій на провадження господарської діяльності з медичної практики, ніж у 2016 році, а за 9 місяців 2018 року – на 3,9% більше, ніж за весь 2017 рік.

При цьому майже 64% виданих ліцензій отримали ФОП. Протягом 2016–2017 років та 9 місяців 2018 року кількість суб'єктів господарювання збільшилась майже на 16%, при цьому більшість з них – ФОП, що свідчить про прибутковість цієї діяльності [203].

Протягом багатьох років в Україні медичні послуги надавались лише державними постачальниками як «безкоштовна» медична допомога. Перші приватні ЗОЗ та кабінети почали виникати в стоматологічній службі, а згодом приватну практику відкрили лікарі інших спеціальностей. Згідно зі статистичними даними інформацію про мережу ЗОЗ приватної форми власності в Україні та кадри, що здійснюють приватну практику, подано в табл. 2.11.

*Таблиця 2.11*

**Мережа ЗОЗ приватної форми власності і медичні кадри, що здійснюють приватну практику, в Україні за 2010, 2012-2019 рр.**

<b>Заклади і кадри</b>	<b>2010</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
Лікарняні заклади	92	94	97	81	84	90	104	131	147
Заклади, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу	1574	1767	1811	1593	1701	1763	1848	1864	1972
Приватні кабінети	5510	5533	5655	4852	4986	5046	5344	6437	6055
Лікарі приватної практики	13000	14007	15255	13549	14063	15504	16671	18844	20563

*Джерело:* Складено автором на основі [204]

Динаміка зростання чисельності приватних ЗОЗ свідчить про розширення ринку приватних медичних послуг (рис. 2.8, 2.9). Як свідчать дані рис. 2.8 та 2.9, чисельність ЗОЗ приватної форми власності, починаючи з 2017 року має стійку тенденцію до зростання. Порівняно з 2010 роком кількість амбулаторно-поліклінічних ЗОЗ зросла на 398 од., або 25%, а лікарняних – на 55, або 60%.

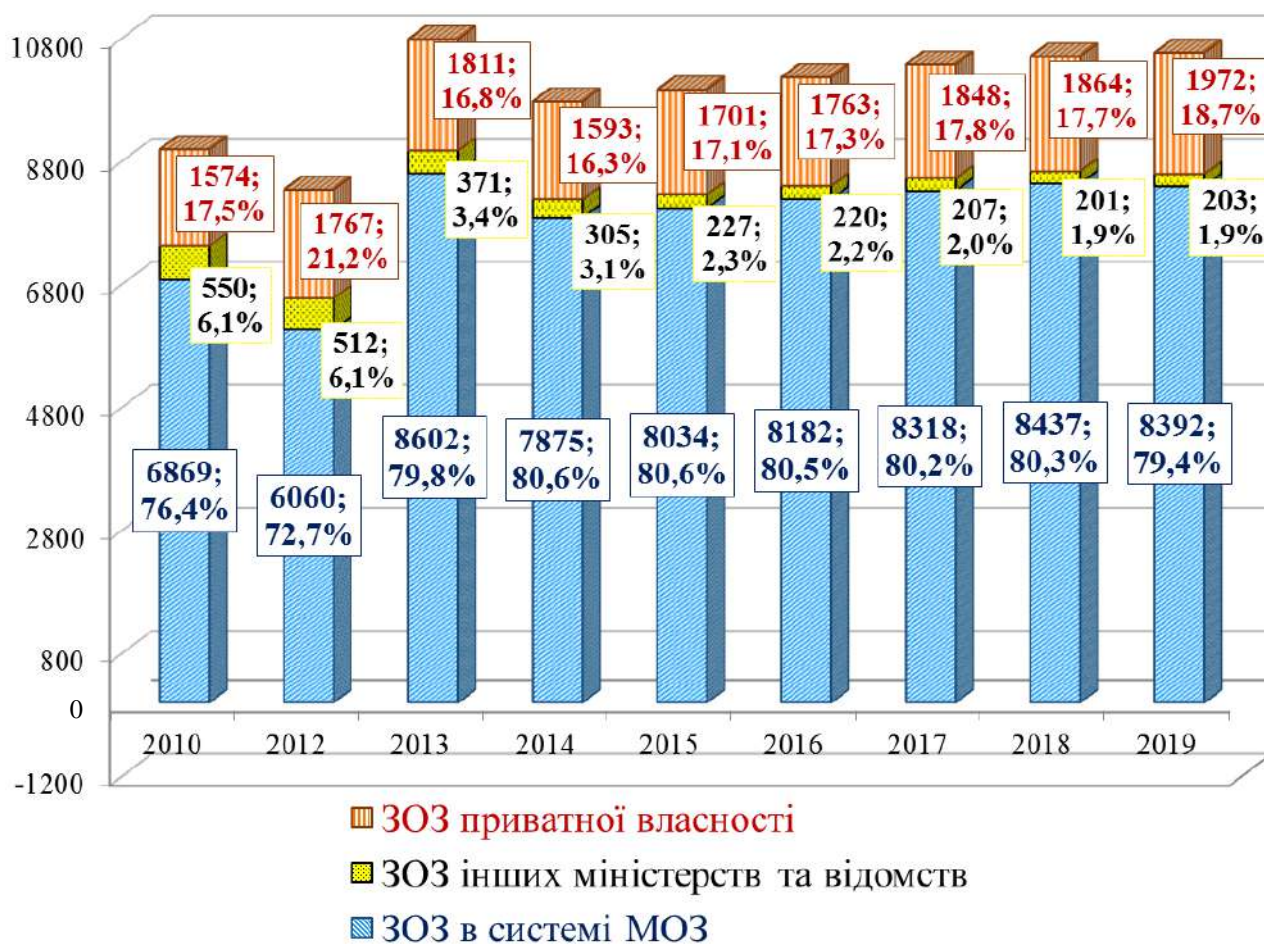


Рис.2.8. Динаміка кількості амбулаторно-поліклінічних ЗОО за органами підпорядкування, 2010, 2012-2019 рр.

Джерело: Складено автором на підставі [204]

На думку експертів, приватна медицина в Україні займає біля 15% усього обсягу медичних послуг. За оцінками експертів, річний обсяг ринку приватних медичних послуг України становить 1,3 млрд дол. США, медичними послугами користуються 1 млн пацієнтів, або 14% [205].

Ринок медичних послуг, які надаються ЗОО приватної форми власності, має відмінні риси.

Якість послуг. На відміну від державного сектора, на ринку приватних медичних послуг спостерігається конкуренція між учасниками, що стимулює їх до постійного підвищення ефективності своєї роботи, поліпшення якості послуг, що надаються за рахунок залучення висококваліфікованого персоналу, покупки нового обладнання.



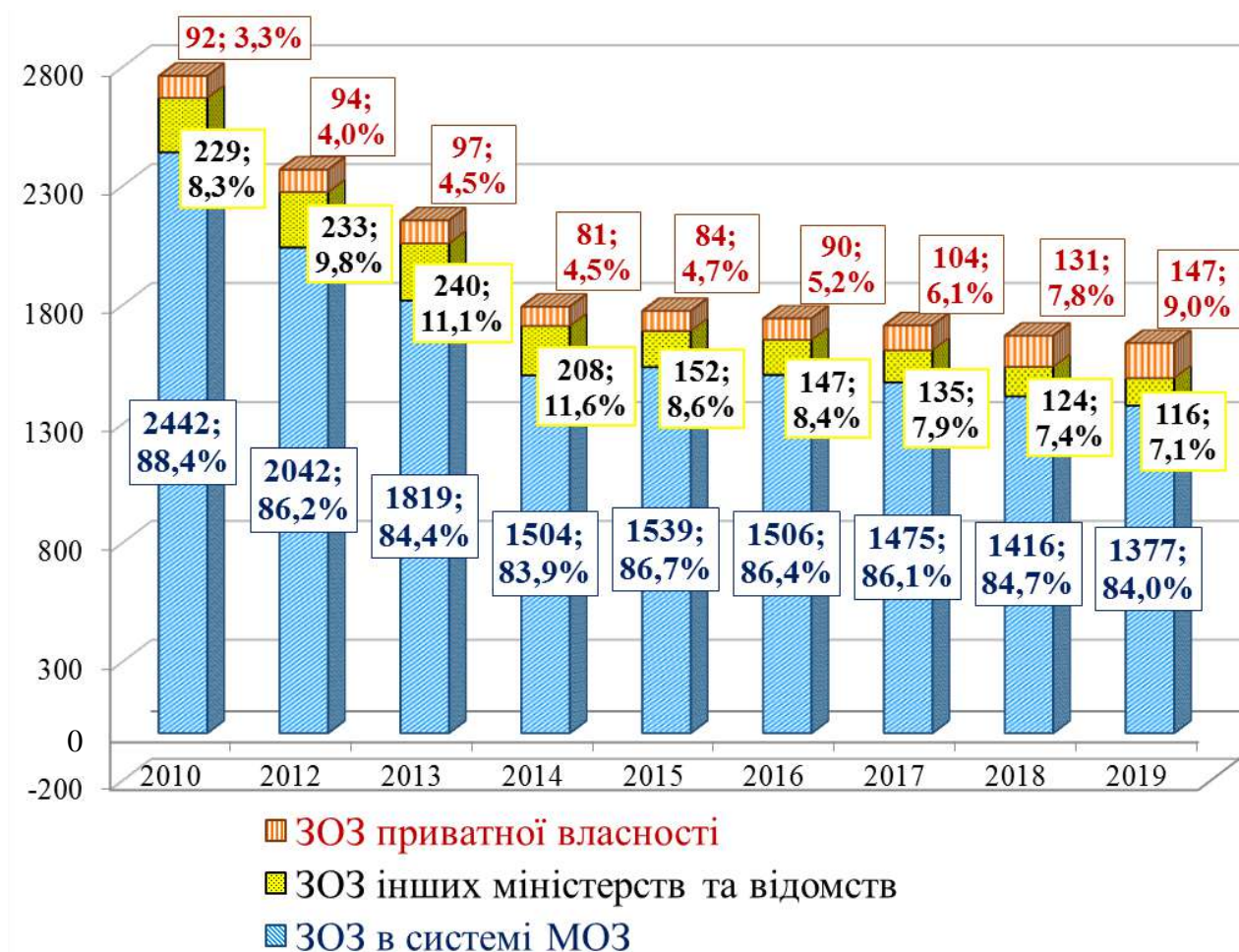


Рис. 2.9. Динаміка кількості лікарняних ЗОЗ за органами підпорядкування, 2010, 2012-2019 рр.

Джерело: Складено автором на підставі [204]

Персонал. Згідно з даними статистики МОЗ України спостерігається старіння медичного персоналу, а також нестача лікарів на існуючих штатних посадах. У наступних періодах є вірогідним гострий дефіцит лікарів окремих спеціалізацій. Так, за даними МОЗ України в 2019 році загальна кількість лікарів склала 184713 осіб, з яких частка працівників пенсійного віку становила 24,7%. Однією з причин зменшення кількості зайнятих лікарів є низький рівень заробітних плат медичного персоналу. Проте, що стосується приватного сектору, заробітна плата лікарів-працівників приватних закладів, є значно вищою. Крім того, до роботи у приватних ЗОЗ залучаються найбільш кваліфіковані кадри, що мають гарну репутацію та значний досвід.



Укрупнення гравців ринку. Ще однією тенденцією ринку приватних медичних послуг є укрупнення гравців ринку за рахунок розширення профілю і формату закладу, а також розвитку мережі медичних центрів (рис. 2.10).

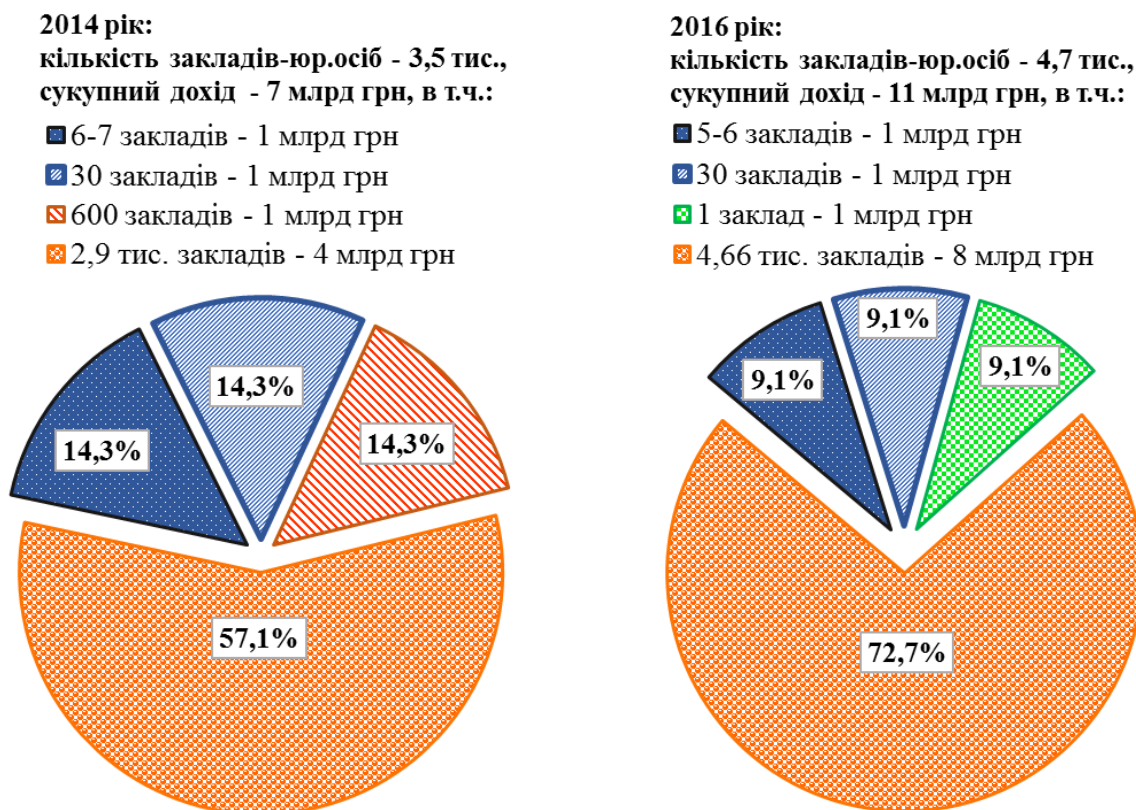


Рис. 2.10. Сукупний дохід та кількість приватних ЗОЗ-юридичних осіб у 2014 та 2016 рр.

*Джерело:* Складено автором на основі [205 – 207]

Як свідчить рис. 2.10, у 2016 році відокремився один потужний гравець ринку з часткою 9,1%, частка великих 36 закладів несуттєво зменшилась – з 28,6 до 27,3%, частка середніх 600 закладів включена до сукупної частки решти учасників ринку-юридичних осіб, яка зросла з 71,4 до 72,7%.

Частка населення, яке користується медичними послугами у приватних ЗОЗ, безпосередньо залежить від двох чинників: рівня реальних доходів і кількості клінік. У 2018 році за результатами опитувань тільки 2,1% населення за останній рік зверталися в приватні заклади, ще 1,9% користувалися послугами виклику лікаря додому.

У 2018 році основним фактором, який сприяв вибору того чи іншого приватного закладу в Україні була компетентність лікаря, а в Вінницькій області – рекомендація друзів (знайомих, родичів) (табл. 2.12).

Таблиця 2.12

**Причини вибору лікаря або закладу, до якого респондент не прикріплений**

<b>Причини вибору приватного лікаря або ЗОЗ приватної форми власності*</b>	<b>Кількість згадувань по Україні, %</b>	<b>Кількість згадувань по Вінницькій обл., %</b>
Звернення за рекомендацією друзів (знайомих, родичів)	29,4	39,6
Компетентний лікар	38,3	16,8
Зручне місце розташування	14,9	11,6
Доброзичливий лікар	14,5	20,8
Можливість лікування широкого спектру захворювань	5,5	-
Час очікування в черзі	7,9	6,6
Висока якість медичних послуг в порівнянні з державними закладами	7,9	11,8
Наявність необхідного обладнання	19,3	13,5
Доступна вартість послуг	6,7	-
Інші причини		

Примітка. \*Не більше 3 причин для одного респондента

*Джерело:* Складено автором на основі [208]

До речі, нами проведено власне дослідження, метою якого було виявлення загальної задоволеності та вивчення думки пацієнтів щодо надання медичної послуги та факторів, які впливають на вибір ними закладу. Результати узагальнено у 3 розділі.

В Україні щорічно спостерігається зростання ринку медичних послуг, які надаються ЗОЗ приватної форми власності, в умовах збільшення вартості наданих послуг, появи нових гравців і зростання довіри до приватних закладів. У 2018 році в Україні загалом було надано медичних послуг в приватному секторі на суму в 21,8 млрд. грн. За підсумками 2018 року темпи приросту ринку медичних послуг, які надаються ЗОЗ приватної форми власності, сповільнилися до 16,6%, після зростання на 34,5% в 2017 році (рис.2.11).



Рис. 2.11. Динаміка ємності ринку медичних послуг України, які надавалися ЗОЗ приватної форми власності, за 2016 – 2018 рр., млрд грн  
*Джерело:* Складено автором на підставі [198, 209]

Зниження приросту ємності ринку, в першу чергу, можна пов'язати з певним насиченням ринку. У 2018 році реальні доходи населення в Україні росли повільніше через збільшення інфляції та високі ціни на комунальні послуги.

У 2015-2018 роках зростання ринку приватної медицини в основному відбувалося за рахунок нових клієнтів, які вибирали медичні послуги у приватних ЗОЗ на противагу державним та комунальним, мотивовані зменшенням рівня захворюваності (через вищу якість надання послуг, вірогідніший шанс постановки правильного діагнозу, більш сучасне обладнання для лікування та реабілітації).

Крім того, зважимо на те, що клієнти приватних клінік, особливо в сегменті преміум, мають більш високі рівні доходів, а отже вищу якість життя.

Ринок медичних послуг, які надаються ЗОЗ приватної форми власності, можна сегментувати за рівнем урбанізації. Київ як столиця і найбільше місто України є регіоном-лідером на ринку приватної медицини з розвинутою

мережею ЗОЗ і приватних кабінетів. Далі йдуть Харків, Дніпро, Одеса і Львів (рис. 2.12).

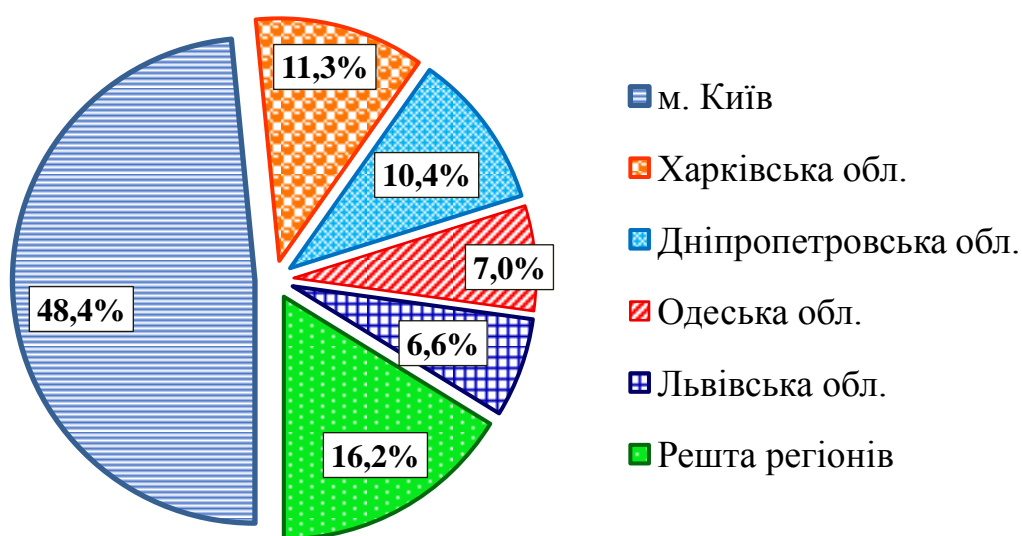


Рис. 2.12. Регіональна структура приватних медичних послуг України  
в 2018 р., %

*Джерело:* Складено автором на підставі [209]

У Харкові налічується велика кількість клінік, і вони, як правило, є малими підприємствами. У Києві, Одесі та Львові в основному зосереджені великі оператори.

Для оцінки структури ринку медичних послуг за спеціалізаціями, які надаються ЗОЗ приватної форми власності по Україні загалом, аналізувалися дані фінансової звітності за основними кодами КВЕД, даними Держстату України та Центру медичної статистики МОЗ України (рис. 2.13).

Своєю чергою, структура регіонального ринку Вінницької області визначалась на основі даних ліцензійного реєстру МОЗ України станом на 01.01.2017р. (Додаток Г) та прийнятих рішень МОЗ України з ліцензування медичної практики за 2017-2018 рр. (рис. 2.14). Крім того, останніми роками спостерігається значне зростання чисельності лікарів приватної практики як по Україні загалом, так і по Вінницькій області. Тому нами окремо визначено структуру ринку медичних послуг, що надавалися ФОП, у 2016 та 2018 рр. (рис. 2.15).

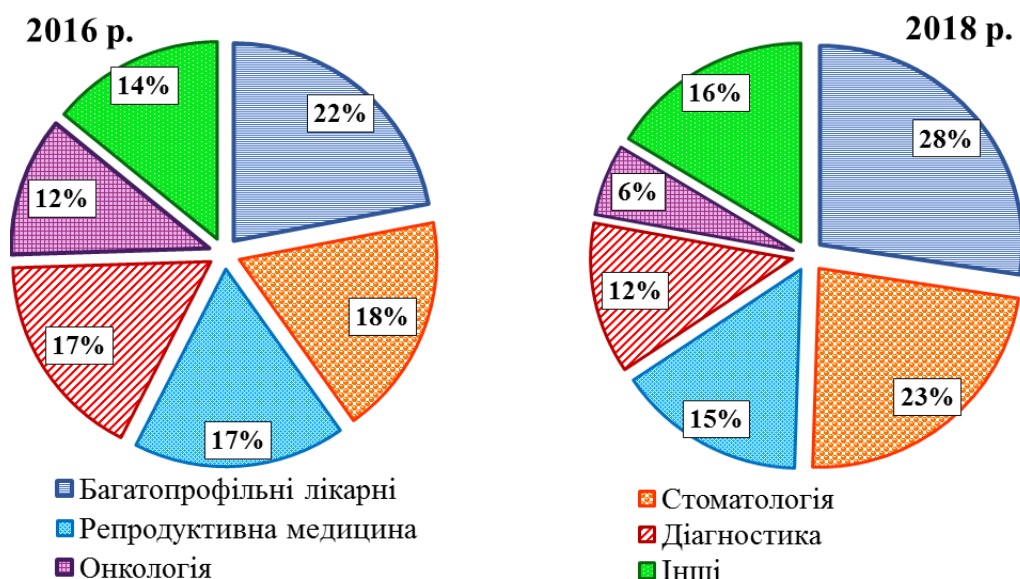


Рис. 2.13. Структура ринку медичних послуг України, які надавалися ЗОЗ приватної форми власності, за спеціалізаціями в 2016 і 2018 рр., % (без урахування стоматологічних кабінетів)

Джерело: Складено автором на основі [203, 209, 210]

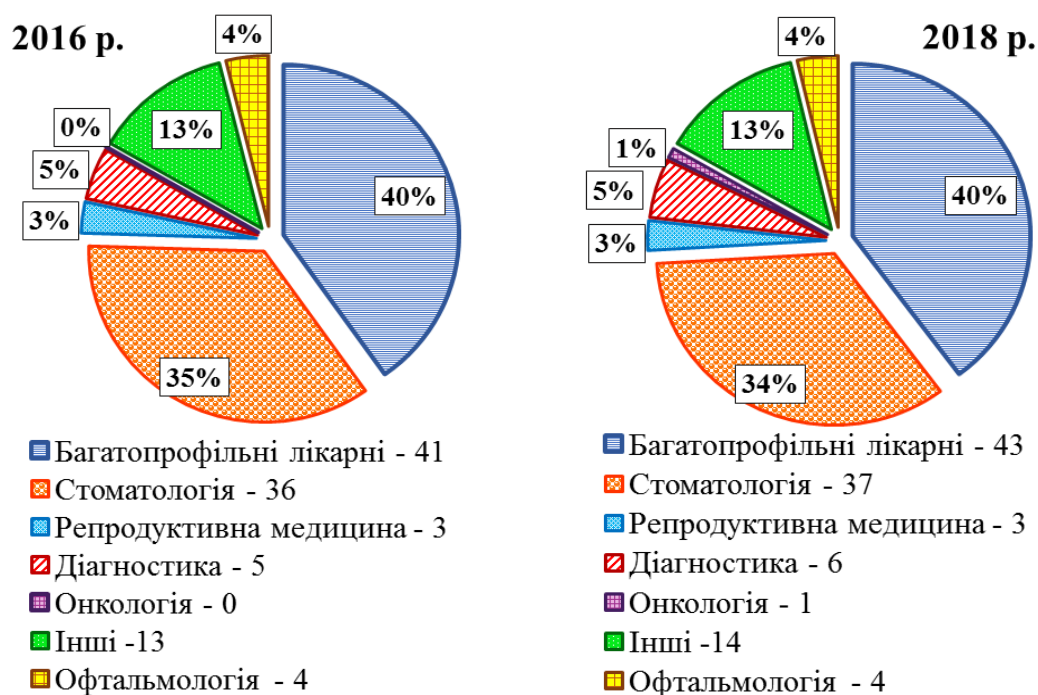


Рис. 2.14. Структура ринку медичних послуг Вінницької області, які надавалися ЗОЗ приватної форми власності, за спеціалізаціями, відповідно до ліцензійного реєстру в 2016 і 2018 рр., %

Джерело: Складено автором на основі додатку Г

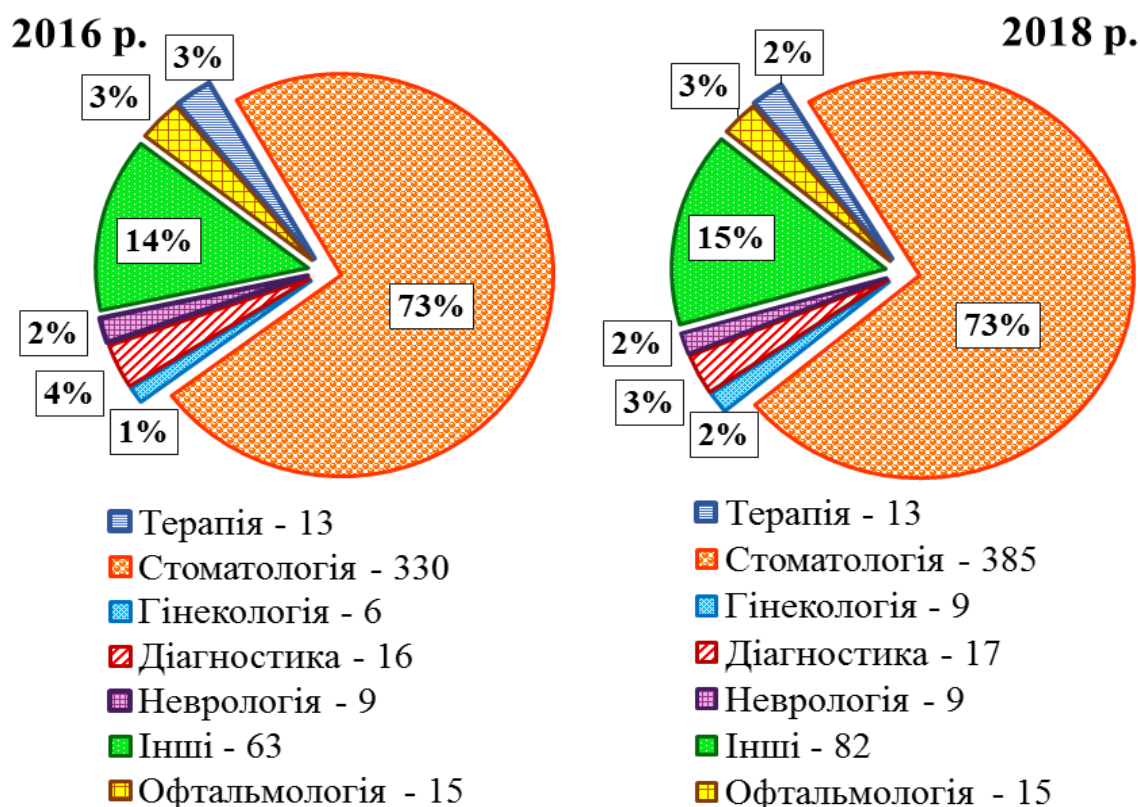


Рис. 2.15. Структура ринку медичних послуг Вінницької області, що надавалися ФОП, за спеціалізаціями в 2016 і 2018 рр.

*Джерело:* Складено автором на основі додатку Б

З 2012 року на ринку медичних послуг України, які надаються ЗОЗ приватної форми власності, зросла частка багатoproфільних лікарняних та амбулаторно-поліклінічних закладів, в першу чергу зміна структури відбувалася під впливом вимог ринку, згідно з якими для більшості середніх і великих гравців дана модель бізнесу є найперспективнішою, що, в свою чергу, дозволяє охопити максимальне коло потенційних клієнтів.

Розподіл приватних і державних та комунальних лікарняних закладів по великих містах є нерівномірним. Київ випереджає інші міста за кількістю лікарняних та амбулаторно-поліклінічних закладів всіх форм власності. Основною причиною такої високої концентрації є більш високий рівень доходів населення, а також високий рівень інвестицій в даний регіон. Якщо говорити конкретно про приватну медицину, то майже всі великі клініки за останні 2



роки були зосереджені на розширенні свого бізнесу саме в місті Києві (табл. 2.13).

Таблиця 2.13

**Розподіл лікарняних та амбулаторно-поліклінічних закладів всіх форм власності у великих містах у 2018 році**

Міста	Державні та комунальні ЗОЗ		Приватні ЗОЗ	
	Лікарняні	Амбулаторно-поліклінічні	Лікарняні	Амбулаторно-поліклінічні
Київ	24	102	19	355
Дніпро	6	24	9	56
Одеса	8	28	8	41
Харків	13	55	10	83
Львів	10	60	9	44

*Джерело:* Складено автором на основі [209, 210]

Як видно з табл. 2.13, у столиці функціонує 126 державних та комунальних ЗОЗ і 376 приватних. У першій п'ятірці міст знаходяться також Дніпро, Одеса, Харків і Львів. У додатку Д містяться дані про фінансові показники та медичний персонал 40 найбільших приватних багатoproфільних та спеціалізованих ЗОЗ України. Рентабельність приватних ЗОЗ складає 5-30% на рік залежно від сегменту.

На рис. Е.1 та Е.2 (Додаток Е) наведено дані по найбільших 20 закладах приватної форми власності. Загалом місця в першій двадцятці приватних ЗОЗ посіли заклади різних профілів та спеціалізацій, які порівнювати між собою дуже складно (4 лабораторії, одна з яких має в підпорядкуванні 221 філію у всіх регіонах України, 8 багатoproфільних лікарень, 3 санаторії, 5 вузькоспеціалізованих клінік). Стосовно регіонального ринку медичних послуг, що надаються приватними ЗОЗ, варто зазначити, що у двадцятку лідерів за рейтингом найкращих приватних медичних закладів міста Вінниці за відгуками вінничан увійшло 8 стоматологічних, 5 багатoproфільних та 7 вузькоспеціалізованих клінік (табл. Г.1). Загалом у рейтинг увійшло 78 стоматологічних клінік та 117 медичних центрів та лабораторій [211, 212].

З 2015 по 2019 рік частка закладів приватної медицини збільшилася з 12 до 20% з врахуванням ФОП. Відповідно частка ринку медичних послуг, які надаються ЗОЗ державної та комунальної форми власності, за підсумками 2019 року склала 80% (рис. 2.16).

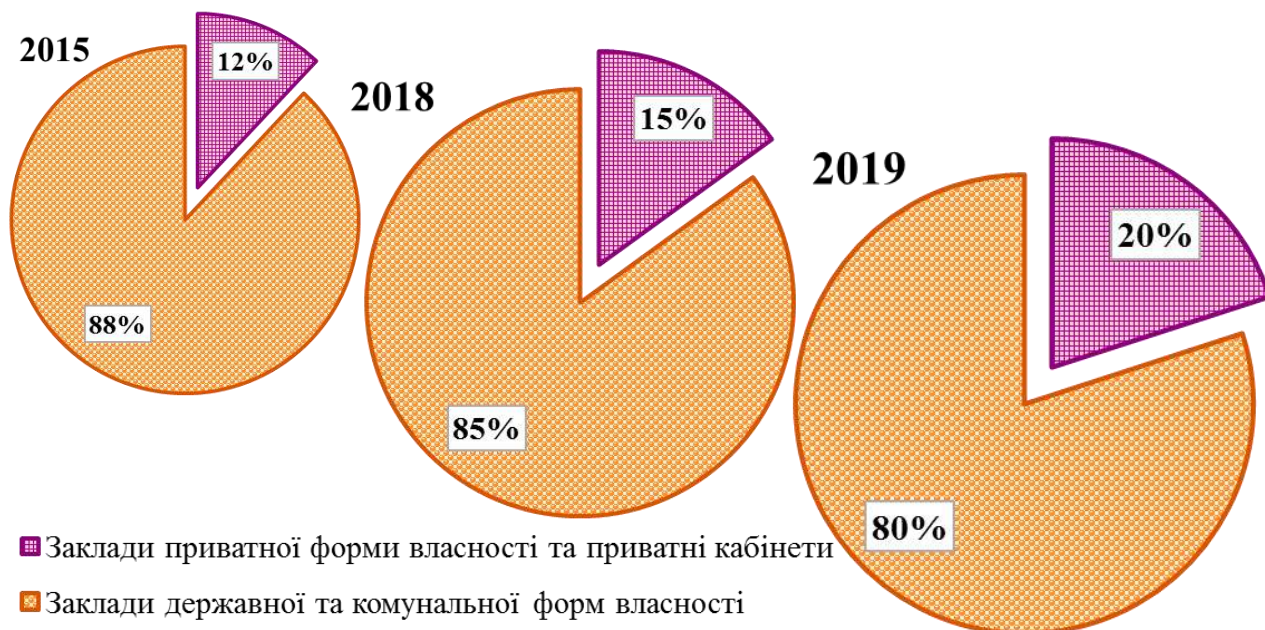


Рис. 2.16. Структура ринку медичних послуг України  
в 2015, 2018 і 2019 рр. у грошовому вираженні, %

*Джерело:* складено автором на основі [210]

Ринок медичних послуг, які надаються ЗОЗ приватної форми власності, за останні 4 роки виріс на 71%, державні витрати на медичні послуги також суттєво зросли в абсолютному вираженні. У 2020 році згідно із затвердженим Державним бюджетом України витрати на охорону здоров'я заплановані в обсязі 108 млрд. грн., що в 1,9 разу більше у порівнянні з 2015 роком.

За оцінками операторів ринку медичних послуг досить вагому частку займає так звана «доплата з власної кишені пацієнта» в державному секторі (тіньовий ринок) (табл. 2.14).

За даними Держстату, обсяги наданих послуг з охорони здоров'я ЗОЗ всіх форм власності у 2017 році становили 3327,8 млн грн, що на 27,3% більше, ніж у 2016 році (2613,5 млн грн), а в 2018 році – 4377,2 млн грн, що на 31,5% більше, ніж у 2017 році.



Таблиця 2.14

**Розрахунок обсягу ринку медичних послуг України в 2014-2016 рр.  
(тільки «живий потік» від пацієнтів)**

Показники	Сума, млн.грн			Динаміка показників (темп приросту)		
	2014 р.	2015 р.	2016 р.	2015 р./ 2014 р.	2016 р./ 2015 р.	2016 р./ 2014 р.
«Живий потік» – у приватні медичні центри						
Офіційні доходи учасників ринку (задекларовані)	4829	10564	10573	118,8%	0,1%	118,9%
Незадекларовані доходи учасників ринку	2415	5282	4758	118,7%	-9,9%	97,0%
Приватно-практикуючі лікарі	1116	1488	3567	33,3%	139,7%	219,6%
Всього:	8360	17334	18898	107,3%	9,0%	126,1%
«Живий потік» – у державні медичні центри						
Прийом лікарів	1695	2395	13927	41,3%	481,5%	721,7%
Операції в стаціонарі	6485	7866	8004	21,3%	1,8%	23,4%
Перебування в стаціонарі	600	4801	5081	700,2%	5,8%	746,8%
Амбулаторні операції	2928	2952	2974	0,8%	0,7%	1,6%
Пологи	2303	1425	1511	-38,1%	6,0%	-34,4%
УЗД-обстеження	2584	2650	2745	2,6%	3,6%	6,2%
Рентгенівські обстеження	2083	4348	2505	108,7%	-42,4%	20,3%
КТ-обстеження та	-	165	167		1,2%	
МРТ-обстеження	-	66	58		-12,1%	
Всього:	18678	26668	36972	42,8%	38,6%	97,9%
<b>РОЗМІР РИНКУ</b>	<b>27038</b>	<b>44002</b>	<b>55870</b>	<b>62,7%</b>	<b>27,0%</b>	<b>106,6%</b>

*Джерело:* Складено автором на основі [210]

Рахунковою палатою на основі офіційної звітності Казначейства, Держстату та матеріалів аудиту ДФС проаналізовано структуру сукупних витрат на охорону здоров'я (видатки за рахунок бюджетів усіх рівнів на фінансування закладів з охорони здоров'я та отримані ними кошти за надані

платні послуги з охорони здоров'я) у 2016–2017 роках і протягом 9 місяців 2018 року (табл. 2.15).

Таблиця 2.15

**Інформація про обсяги витрат на охорону здоров'я у розрізі різних джерел фінансування у 2016–2017 роках і протягом 9 місяців 2018 року**

млн грн

Період	К-сть захворювань, уперше зареєстрованих (тис.)	Всього витрат	У тому числі за рахунок:					Середні витрати на лікування одного захворювання (грн)
			фінансування із загального фонду бюджетів усіх рівнів			наданих послуг		
			всього	у тому числі:		всього*	з них платниками ПДВ	
				державний бюджет	місцеві бюджети			
2016 рік	27361,4	85122,0	64416,7	11118,1	53298,6	20705,3	5896,3	3111,0
2017 рік	26614,5	118896,2	87889,8	15207,1	72682,7	31006,4	11496,2	4467,3
9 міс. 2018 р.	—	89408,2	65413,1	8704,9	56708,2	23995,1	10780,5	—
Разом	—	293426,4	217719,6	35030,1	182689,5	75706,8	28173,0	—

Примітка: \*включає суми:

- надходжень до спеціальних фондів державного і місцевого бюджетів (доходи державних і комунальних закладів охорони здоров'я, отримані за надані платні послуги (2016 рік – 11086,9 млн грн, 2017 рік – 14502,8 млн грн, 9 міс. 2018 року – 10297,6 млн грн);
- задекларованих обсягів доходів юридичних осіб, які перебували на спрощеній системі оподаткування та надавали послуги з охорони здоров'я (2016 рік – 1884,9 млн грн, 2017 рік – 2504,2 млн грн, 9 міс. 2018 року – 2535,3 млн грн);
- задекларованих обсягів доходів ФОП, які перебували на спрощеній системі оподаткування та надавали послуги з охорони здоров'я (2016 рік – 1837,2 млн грн, 2017 рік – 503,2 млн грн, 9 міс. 2018 року – 381,7 млн грн);
- обсягів доходів інших закладів охорони здоров'я – платників ПДВ, які надавали послуги з охорони здоров'я (2016 рік – 5896,3 млн грн, 2017 рік – 11496,2 млн грн, 9 міс. 2018 року – 10780,5 млн гривень).

*Джерело:* Складено автором на основі [203]

Отже, протягом 2016–2017 років і 9 місяців 2018 року медична галузь України майже 74,1% фінансування отримала із загального фонду державного і місцевих бюджетів, 12,2% – це кошти спеціального фонду, який формувався за

рахунок надання ЗОЗ державної і комунальної форм власності платних послуг, 13,7% – кошти, отримані приватними ЗОЗ за надання послуг.

При цьому кошти, отримані ЗОЗ – платниками ПДВ за надання послуг з охорони здоров'я, становили не більш як 9,6%. Слід зазначити, що за 2017 рік обсяги фінансування медичної галузі порівняно з 2016 роком зросли майже на 40%, а середні витрати на лікування одного захворювання – на 43,5%, що на 30 відсоткових пунктів вище, ніж загальний рівень інфляції за цей період (13,7%).

Водночас аналіз результатів проведених Держстатом спостережень щодо рівня доступності медичних послуг у 2016–2017 роках засвідчив, що для чверті населення України вони є недоступними. Так, кількість домогосподарств, у яких хто-небудь із членів протягом 2016 року за потреби не зміг отримати медичну допомогу, придбати ліки та медичне приладдя, становила 22,7%, протягом 2017 року – 29,1%. У 2017 році кількість домогосподарств, у яких хто-небудь із членів за потреби не зміг скористатись медичними послугами, збільшилась майже за всіма найпоширенішими видами таких послуг порівняно з 2016 роком.

Наприклад, у 2017 році не змогли відвідати стоматолога на 22,1% домогосподарств більше, ніж у 2016 році, зробити протезування – на 42,9%, провести медичне обстеження – на 26,2%, отримати лікувальні процедури – на 30,1%, отримати лікування у стаціонарі – майже вдвічі. Лише показник кількості домогосподарств, члени яких не змогли відвідати лікаря, зменшився на 4,8%. При цьому головна причина відмови від отримання медичної послуги – занадто висока її вартість [203].

У 2017 році витрати домогосподарств на оплату послуг з охорони здоров'я також збільшились порівняно з 2016 роком, однак частка таких витрат у загальних грошових витратах зменшилась. Так, якщо у 2016 році витрати домогосподарств на оплату цих послуг у середньому становили 95,7 грн на місяць (2,1% загальних грошових витрат), то у 2017 році – 110,7 грн на місяць (1,9% загальних грошових витрат). Середньомісячні витрати домогосподарств у II півріччі 2018 року збільшились до 140 грн на місяць, а їхня частка в

загальних грошових витратах становила 2% [203]. Рівень доступності медичного обслуговування, вчасне і якісне лікування громадян в Україні переважно залежать від ефективності діяльності державних і комунальних ЗОЗ. Однак протягом періоду, що досліджувався, правове врегулювання діяльності державних і комунальних ЗОЗ, зокрема в частині надання платних послуг з охорони здоров'я, було недосконалим.

Протягом 2016–2017 років і 9 місяців 2018 року медична галузь України отримала з різних джерел 293,4 млрд грн, з них за рахунок плати за надані послуги з охорони здоров'я – 75,7 млрд грн. Водночас в Україні відсутній належний контроль за формуванням вартості надання платних послуг з охорони здоров'я державними та комунальними ЗОЗ, а також за якістю надання цих послуг. Внаслідок цього у 2016–2017 роках і спостерігалася вищезазначена недоступність послуг для майже для чверті населення [203].

У подальших періодах на ринку медичних послуг будуть спостерігатися такі тренди для ЗОЗ приватної форми власності:

1. Поява нових гравців на ринку. Незважаючи на високий рівень необхідних інвестицій, сфера медичних послуг є перспективним бізнесом, оскільки послугами закладів приватної медицини все ще користується досить мала частка українців у порівнянні з країнами Європи, що в перспективі дає можливість збільшення цієї кількості в декілька разів. З іншого боку, поява на українському ринку нових інвесторів буде зростати при поліпшенні інвестиційного клімату.

2. Розширення мережевих гравців шляхом відкриття нових клінік або поглинання одиночних гравців в Києві та інших регіонах України. На місто Київ, як і раніше, буде припадати ключова частка ринку медичних послуг, що надаються приватними ЗОЗ. На ринку України можна виділити до 10 великих клінік, чиї доходи і рівень інвестицій в обладнання в рази перевищує показники для середніх і дрібних гравців, однак це не заважає останнім розвиватися на даному ринку як в Києві, так й інших регіонах України. Однак, більша частина

гравців все-таки орієнтована на людей із середнім доходом, які поступово переходять до послуг приватних ЗОЗ.

3. Диференціація та диверсифікація послуг за рахунок відкриття нових напрямків. Застосування в лікуванні інновацій дає можливість залучати медичний персонал з досвідом роботи у передових закордонних закладах та лікування складних захворювань, а наявність сучасного обладнання в клініці дозволить максимально точно визначати діагноз і проводити лікування. Найбільша частка медичного персоналу з таким досвідом припадає на великі приватні клініки міста Києва. Прогнозованою тенденцією є поява абсолютно нових гравців і розширення існуючої мережі закладів. Середні та малі підприємства – багатoproфільні клініки – будуть працювати в напрямку розширення асортименту медичних та диверсифікації супутніх послуг.

4. Розширення участі приватних ЗОЗ та ФОП у реформуванні медичної галузі шляхом укладання договорів з НСЗУ (наприклад, станом на 01.11.2020 р. по Вінницькій області договори на надання послуг укладені з 7 приватними клініками та 14 ФОП із загальної кількості 139 надавачів, по Україні – з 232 клініками та 401 ФОП із 3117 ЗОЗ) [213].

### 2.3. Аналіз інструментальних стратегій маркетингу закладів на регіональному ринку медичних послуг

Необхідність витримувати конкуренцію, розвиватися, займати та утримувати належні конкурентні позиції на ринку і позитивний імідж у споживачів-пацієнтів ставить перед топ-менеджментом ЗОЗ завдання управління конкурентоспроможністю на засадах маркетингу, що, в свою чергу, вимагає розроблення ефективних маркетингових інструментальних стратегій.

Насамперед з'ясуємо теоретичну складову дослідження, спираючись на погляди різних авторів щодо маркетингу-мікс для послуги загалом та медичної

послуги зокрема. Існує думка вчених, серед яких Booms B., Bitner M., Lovelock C., Ahmad A., що маркетингові стратегії щодо медичних послуг можуть бути звичайно класифіковані за складовими маркетингу-мікс на сім головних стратегій, а саме продуктову, цінову, збутову (розподільчу), комунікаційну, стратегію персоналу, стратегію матеріального доказу і стратегію процесу (у відповідності до «7Р» – продукт, ціна, місце, просування, люди (учасники, персонал), матеріальний доказ, процес) [116, 214, 215]. Дослідники дійшли висновку, що традиційна модель «4Р» та побудовані на її основі маркетингові стратегії адекватні для маркетингу товарів, а не послуг. Унікальні характеристики послуг створюють унікальні маркетингові проблеми та виклики, для вирішення яких потрібні спеціальні стратегії маркетингу. Тому стратегія маркетингу послуг повинна включати мікс з «7Р» і відповідну структуру, яка, можливо, матиме впливовий ефект на діяльність лікарні [116].

Маркетинг-мікс розглядається дослідниками як одне з основних понять маркетингової теорії. Наприклад, Palmer A. вважає маркетинг-мікс “набором інструментів, доступних підприємству, аби сформувати природу його пропозиції для клієнтів” [216, с. 10]. McCarthy E.J. започаткував маркетинг-мікс, або «4Р» маркетингу (product, price, promotion, place – продукт, ціна, місце, просування) у 1964 році, згодом Booms B. та Bitner M. розширюють маркетинг-мікс до «7Р» та додають ще три елементи до традиційної моделі: people, physical evidence and processes – учасники, матеріальний доказ та процеси [214].

Додаючи personnal, physical assets, procedures – персонал, фізичні активи і процедури – до маркетингу-мікс для послуг, як зазначає Lovelock C., теоретики започаткували нову галузь в теорії та практиці менеджменту, відокремлену від маркетингу матеріальних товарів [116]. Ahmad A. вважає, що в сфері охорони здоров'я, більше, ніж в інших царинах сервісу, продуктом є person – особа. Коли пацієнт думає про медичну послугу, він думає про лікаря [215]. Цю точку зору підтримують Kotler Ph., Armstrong G., додаючи, що пацієнт описує подумки медичну послугу через образи людей, які її постачають. Тому п'ятим елементом маркетингу-мікс є people – люди організації [217].

Наведемо окремі визначення основних елементів маркетингу-мікс для медичної послуги. Kotler Ph., Armstrong G. визначають послугу як невідчутні дії та їх виконання, що визначені спроектованим інтерактивним процесом з метою задоволення потреб та очікувань пацієнтів, і переконання їх в тому, що цей процес здійснено за допомогою матеріальних продуктів [217]. Ціна – це кількість грошей або вартість корисності інших речей для придбання продукту або послуги. Більш широко, ціна – це сума всіх цінностей, якими клієнти поступаються, аби отримати переваги наявності або використання продукту чи послуги. Місце для медичної послуги, з точки зору Jones R., повинно розглядатися в контексті трьох дистрибуційних рішень: фізичний доступ, доступ часу та інформаційний доступ з метою просування [218]. Shimp T. зазначає, що просування включає всі, доступні для продавця компоненти, за допомогою яких здійснюється повідомлення цільовому ринку про медичну послугу; окрім того, вони утворюють комунікаційний мікс (наприклад, реклама, стимулювання збуту, особистий продаж, директ-маркетинг та зв'язки з громадськістю) [219]. Bitner доводить, що персонал (люди) складається зі штату (медичний та адміністративний) з відповідними міжособистісними навичками, стосунками та знаннями з метою надання медичної послуги, що оплачується пацієнтом [220]. Kasper H., Helsdingen P., Vries J. обґрунтовують, що матеріальний доказ – це оточення, в якому здійснюється доставка послуги та будь-яких матеріальних продуктів, що полегшує виконання й комунікацію обслуговування. Пацієнти шукають та отримують матеріальні свідоцтва для впевненості у вірогідній якості послуги, що надається [221]. Процес, за визначенням Kotler Ph., Armstrong G. – це процедури, механізм їх здійснення та потік дій, за допомогою яких отримується медична послуга. Рішення щодо процесу докорінно торкається доставки послуги пацієнту [217]. Keegan O., McGee H. визначають задоволеність пацієнта як відношення та загальну орієнтацію особи у напрямку до повного одужання. Задоволеність охоплює як пізнавальний, так й емоційні аспекти та стосується попереднього досвіду, очікувань і соціальних контактів [222].

Залежно від елементів маркетингу-мікс розрізняють відповідні варіанти

маркетингової стратегії. Перша – продуктова, або стратегія послуги. Концепція послуги як основного елементу сервісу ґрунтується на тому, що вона має задовольняти потреби визначеної цільової групи клієнтів. Як вважають Carter R., Ennew C., Wright M., сервісний продукт – центральний компонент маркетингу-мікс будь-якої маркетингової стратегії послуг [223]. Grönroos C. визначає послугу як діяльність або серію дій більш або менш невідчутної природи, які звичайно, але не обов’язково відбуваються при взаємодії між клієнтом і обслуговуючим персоналом та / або фізичними ресурсами чи товарами та / або системами постачальника послуг з метою забезпечення вирішення проблем клієнтів [224]. Отже, продуктова стратегія – як маркетингова стратегія першого елементу маркетингу-мікс – може у підсумку визначатися як кінцевий результат задоволення потреби, який отримується клієнтом під час купівлі/оплати послуги від закладу. Медична послуга може бути охарактеризована безпосередньо або опосередковано через процедури, що виконуються кваліфікованим медичним персоналом, оскільки обслуговування в сфері охорони здоров’я має на меті вплив на здоров’я людини. В цьому полягає складність, пов’язана з чіткою диференціацією різноманітних дій в межах медичного обслуговування [225]. Визначення унікальних характеристик послуг, які складають її суть як продукту, є загалом нелегким завданням. Lovelock C. переконує, що ключовий аспект продуктової стратегії для закладу, що працює в сфері охорони здоров’я, – вирішувати проблеми, які створюються цими характеристиками. Тому, коли ці заклади шукають управлінські рішення для подолання труднощів, вони здійснюють спробу диференціювати себе з-поміж інших [116]. Це може бути досягнуто за допомогою асортименту високоякісних послуг, брендингу, запровадження нових послуг та обслуговування клієнтів. ЗОЗ зазвичай пропонують широкий асортимент сервісних продуктів для задоволення потреб та бажань різноманітних груп клієнтів. Багато сервісних галузей, зокрема охорона здоров’я, стикаються з жорсткою конкуренцією. Сильні бренди створюються не лише на ринку, але й в уявленнях клієнтів. Keller K. класифікує послуги за двома категоріями. По-перше, послуги, відокремлені від товарів; по-



друге, послуги, з якими товари пов'язані [226]. Отже, можемо висунути гіпотезу, що продуктова стратегія ЗОЗ має істотний позитивний вплив на його діяльність.

Цінова стратегія. Забезпечення прибутковості і довгострокового виживання сервісного підприємства, заснованих на задоволенні потреб клієнтів, є справою маркетингу. Nagle T., Holden R. підкреслюють наступне: якщо ефективна продуктова, збутова та комунікаційна стратегії засівають успіх підприємства, то ефективна цінова стратегія приносить урожай [227]. Тільки ефективна цінова стратегія може компенсувати витрати на створення та реалізацію інших елементів маркетингу-мікс і призводить до фінансового успіху. Цінова стратегія має бути інтегрованою і погодженою з іншими стратегіями маркетингу-мікс аби досягти цілей підприємства. Ціна – один з фундаментальних елементів комплексу маркетингу та маркетингових стратегій. Деякі дослідники свідчать, що ціна – лише чинник для інших маркетингових стратегій, який створює доходи для підприємства, тоді як всі інші пов'язані з витратами [116, 226]. Ступінь складності цінової стратегії у сервісному секторі є відносно важливим внеском до вищого ступеня однорідності між більшістю груп послуг та відділяє постачання послуг та операційні системи. Проте, на нашу думку, при дослідженні цінових стратегій важливо вивчити сприйняття менеджерами різних цінових стратегій, які вони звичайно використовують у маркетинговій діяльності. Витрати мають істотну частку в ціні медичної послуги. Менеджери повинні враховувати корпоративні цілі так ретельно, як витрати, встановлюючи ціни на послуги. Повне покриття витрат є недостатнім, зважаючи на факт, що лікувальному закладу потрібно відповідати його монетарним завданням і бути дохідним. На додаток до розгляду витратної складової зазначимо, що на цінову стратегію ЗОЗ істотно впливає еластичність попиту. Цінова еластичність попиту вимірюється змінами попиту споживачів на послуги залежно від будь-яких змін в ціні. Такий підхід як сегментація підтримує думку, що різні групи споживачів потребують диференційованих послуг і тому для них необхідним є розроблення різних цінових стратегій [214]. Отже, можемо висунути гіпотезу, що цінова стратегія ЗОЗ має істотний

позитивний вплив на його діяльність.

Стратегія розподілу/збуту. Угоди купівлі-продажу дають товарам та послугам можливість бути доступними. Так, встановлено, що важливість каналів розподілу змінюється залежно від видів закладів. ЗОЗ потрібно розвивати успішні команди з продажу, які мають необхідні базові навички, знання і мотивацію щодо постачання медичних послуг. ЗОЗ, які надають медичні послуги, повинні спрямовувати діяльність в сфері розподілу на вирішення трьох задач: фізична доступність, доступність у часі та доступність інформації та просування. Так, стоматологічні поліклініки, розташовані в людних місцях та пішохідних зонах сприяють фізичній доступності і зручності для споживачів. Вони також працюють по вихідних днях та у вечірні години, забезпечуючи кращу доступність у часі. І вони залежать від трафіку купівель у торговельних центрах (доступність просування) більше, ніж від словесних рекомендацій лікаря, створюючи попит. Доступність означає здатність пацієнта/клієнта легко дістатись та відбутися без проблем з місця розташування закладу, що надає послуги, завдяки її ефективному розташуванню та просторовій орієнтації. Renner C., Palmer E. вивчали запити клієнтів у якісних послугах під час спортивних подій і впевнились, що цей засіб сприяє доступності та має істотний вплив на сприйняття якості певними групами спортивних уболівальників. Тому їхні дослідження забезпечують підґрунтя для включення доступності як структурного дескриптора процесу надання послуг, починаючи з управлінських рішень. Доступність у часі має справу з трьома чіткими проблемами: час роботи, період часу очікування (надання послуги) та час між запитом і отриманням [228]. Отже, можна побудувати ще одну гіпотезу: ефективна стратегія розподілу має позитивний вплив на діяльність ЗОЗ.

Стратегія просування (комунікаційна стратегія). Просування і комунікації – один з ключових компонентів маркетингу-мікс медичних послуг, за допомогою яких лікарні можуть повідомити про свої продукти клієнтам [116]. Менеджери лікарні повинні насамперед дослідити потреби клієнтів в середовищі, яке обслуговується, і згодом обрати відповідні інструменти комунікації, що

допоможуть задовольнити потреби споживачів, принесуть ЗОЗ прибуток і потенціал приросту та дозволять вирішити поставлені перед закладом завдання. Просування може забезпечити можливість закладу диференціювати себе на корпоративному рівні й як бренд. Стратегія просування складається з низки компонентів, які відомі як «комунікаційний мікс». Кожному інструменту притаманні різні переваги та недоліки, тому сервісні підприємства пробують використовувати більше одного інструменту комунікацій для того, щоб максимізувати переваги і мінімізувати недоліки кожного. Andaleeb S. вважає, що рекламування відіграє провідну роль в боротьбі ЗОЗ за частку ринку і прибуток. Декілька специфічних причин враховуються в даному контексті. Передусім, очевидним є те, що для закладів зріс конкурентний тиск. Тому багато адміністраторів збільшили свої маркетингові зусилля у відповідь на конкуренцію. Рекламування – критичний компонент цих зусиль [229]. Andaleeb S. досліджував рекламування як важливий інструмент комунікацій для ЗОЗ по двох причинах. По-перше, реклама – інструмент конкуренції для закладу. Його ефективне використання повинне допомогти лікарням, аби залучити й зберегти клієнтів в умовах швидко змінного середовища, де клієнти все більше схильються до вибору правильної лікарні. По-друге, дослідження засвідчило, що 50 відсотків споживачів не забувають побаченої або прослуханої лікарняної реклами. Слоган може діяти через обидва канали. Lovelock C. зазначає, що інформаційний вплив відбувається, коли інформація приймається як свідчення реальності [116]. На противагу, нормативний вплив здійснюється через згоду, яка означає, що особа відповідає вербально висловленим очікуванням референта. Отже, стратегія просування має позитивний вплив на діяльність ЗОЗ.

Стратегія матеріального доказу. Jones R. вважає, що зовнішній вигляд робочого місця, інтер'єр лікарні асоціюється з матеріальним проявом, раніше ідентифікованим як структурний дескриптор [218]. Вигляд робочого місця пов'язаний лише з аспектами навколишнього середовища, які по суті є мінливими та не підлягають дизайну. Вони включають чистоту, охайність, які першочергово визначають загальний вигляд місця надання послуг. Наприклад,

робоче місце, де надається послуга, може бути брудним або захаращеним різноманітними інструментами, що може відштовхнути клієнта та змусити відмовитись від послуги. Такі речі як, наприклад, меблі, стінне покриття, картини створюються дизайнерами як складові інтер'єру, проте можуть не відповідати дизайну приміщення, якщо вони будуть брудними, пошкодженими, розбитими, неналежно розташованими або зношеними [223]. Унікальні невідчутні характеристики медичних послуг мають неабияке значення для формування стратегії маркетингу, і матеріальний доказ дозволяє їм отримати зовнішню матеріальну форму. Інші дослідники в галузі маркетингу послуг підкреслили нагальну важливість матеріального доказу в сервісних бізнес-структурах для того, щоб послати послідовне повідомлення і зберегти послідовний образ підприємства. Palmer A. зосередився на суттєвій ролі забезпечення матеріальності як істотного компонента пропозиції послуг підприємства [116, 216]. Lovelock C. переконував, що, матеріальний доказ – один з життєво важливих компонентів парадигми 8Р для управління послугами, якими підприємство може забезпечити матеріальні об'єкти для клієнтів протягом процесу доставки послуги та матеріальні метафори, які використовуються в таких інструментах комунікацій як реклама, логотип і бренд [116]. Отже, на основі вивчення літературних джерел можна висунути гіпотезу, що стратегія матеріального свідоцтва має позитивний істотний вплив на ефективність діяльності ЗОЗ.

Стратегія доставки/процесу. Процес – один з ключових елементів розширеного комплексу маркетингу в сфері послуг. Пояснюється це тим, що саме процес першочергово впливає на рішення покупця щодо купівлі послуги і рівень задоволення потреб клієнта. Виявлено, що управлінськими проблемами, з якими стикаються топ-менеджери з чотирьох різних сфер послуг, є підтримка якості обслуговування, наймання персоналу та стажування працівників [220]. Вони визнають, що процес має три головних компоненти, а саме: послідовність дій (стандартизована або індивідуальна на замовлення), число кроків (один або комплекс), участь клієнта. Думка пацієнта про послугу формується під впливом

його досвіду щодо процесу. Він може бути розподілений на три фази, а саме: приєднання (долучення), інтенсивне використання та відокремлення. У медичній діяльності фаза приєднання настає, коли пацієнт долучається до процесу надання послуги для того, щоб отримати суто медичну допомогу. Хірургічна послуга як така постачається в інтенсивній фазі споживання. В хірургічних послугах постачання і інтенсивне споживання послуг – одночасні процеси, що є взаємодією між пацієнтом і матеріальними та невідчутними виробничими ресурсами постачальника медичної послуги [223]. Інтенсивна фаза споживання завершується фазою відокремлення, протягом якої пацієнт виходить з процесу хірургічної послуги. Кожна фаза може містити різні допоміжні елементи у формі просування або підтримки послуги. Grönroos С. представляє процес постачання послуги як її зовнішнє виконання [224]. Його дескрипторами є: тривалість, наявність робочого місця і працівника, емпатія, самовпевненість та зусилля працівника, надійність – здатність доставити ту послугу, яка обіцялась клієнтові при першому та кожному подальшому контакті, участь клієнта. Отже, наступною гіпотезою може бути така, що стратегія процесу має позитивний істотний вплив на ефективність діяльності ЗОЗ.

Стратегія персоналу. Люди відіграють ключову роль у сервісному підприємстві, особливо протягом процесу доставки послуги, коли учасники мають взаємодіяти з клієнтами. У маркетингу послуг довгий час підкреслювалась важливість штату і особливо контакту клієнта з персоналом як визначальних компонентів у постачанні послуг високої якості і внеску до повного задоволення потреб клієнта [214]. Нині роль людей у постачанні послуг значно змінюється через власне контекст послуги. Проте, галузь охорони здоров'я – це сфера, де штат медичного персоналу розглядається як такий, що має особливу важливість. Це має широке переконання з-поміж науковців та практиків, оскільки повна якість доставки послуги для ЗОЗ визначається, серед інших речей, природою взаємовідносин між клієнтом та постачальником медичної послуги. Дослідники відмічають рутинну й особливу взаємодію як шаблон і критичний епізод [214]. Взаємини з клієнтами складаються з різних

видів епізодів, які відрізняються відношенням до змісту, частоти, тривалості й регулярності. Лікар має суттєву свободу вибору у задоволенні потреб клієнта, і характер взаємодії в значній мірі засновується на атрибутах досвіду та довіри. Якості досвіду можуть бути оцінені лише протягом або після споживання медичної послуги. Атрибути довіри є складними для оцінювання, навіть після споживання медичної послуги. У сфері охорони здоров'я більше, ніж в інших галузях сервісу, продуктом є особа. Коли пацієнт уявляє медичну послугу, він думає про лікаря. Пацієнт представляє медичну послугу через образи людей, які її доставляють. Тому сьомим «Р» маркетингу є персонал. Отже, стратегія персоналу має позитивний істотний вплив на діяльність ЗОЗ.

Визначені нами гіпотези були перевірені у практичному дослідженні сімох маркетингових стратегій у ЗОЗ різних форм власності м. Вінниці та Вінницької області. З метою збору первинної інформації щодо впливу зазначених стратегій на ефективність діяльності ЗОЗ регіону було проведено опитування керівного медичного персоналу 25 ЗОЗ за допомогою анкети (Додаток Д). Було розповсюджено 240 анкет, відсоток повернення анкет – 77% (185 анкет). Ступінь згоди опитуваних визначалась за допомогою шкали Лайкерта (від 1 балу – повна незгода до 7 балів – повна згода) [230]. Результати опитування оброблені за допомогою пакету статистичних програм SPSS 17.0.

Насамперед необхідно проаналізувати демографічні показники респондентів, оскільки це безпосередньо впливає на результати анкетування і дозволяє коректно їх інтерпретувати (табл. 2.16).

Отже, серед респондентів переважають особи старші 41 року (65%). Особи до 40 років представлені молоддю віком 30-40 років (35%). Щодо освітнього рівня, то 92% опитаного персоналу цих лікарень мають вищу освіту, з них 10% мають освітньо-кваліфікаційний рівень «магістр» та науковий ступінь. Щодо фаху, то 62% респондентів мають медичну освіту, решта за освітою менеджери. Переважна більшість респондентів (83%) мають стаж роботи у ЗОЗ від 11 та більше років.

Таблиця 2.16

## Демографічні характеристики респондентів

Перелік характеристик	Кількість респондентів, осіб	Частка, %
1	2	3
1. Вік, років		
до 30	10	5
30-40	56	30
41-50	105	57
51-60	0	0
понад 60	14	8
2. Освітній рівень		
середня	0	0
середня спеціальна	14	8
вища	152	82
магістр, кандидат наук	19	10
3. Фахова освіта		
медична	114	62
економічна (менеджер)	71	38
4. Стаж роботи, років		
менш ніж 5	6	3
5-10	26	14
11-15	120	65
16-20	4	2
понад 20	29	16
5. Посада		
головний лікар	34	18
начмед	30	16
комерційний директор	28	15
заступник комерційного директора	25	14
менеджер медичної частини	17	9
менеджер-рецепціоніст	26	14
менеджер з маркетингу	9	5
менеджер по зв'язках з громадськістю	16	9
6. Розмір ЗОЗ (число ліжкомісць)		
менш ніж 150	23	92
150-299	1	4
300 і більше	1	4

Джерело: Складено автором [230]

Що стосується посад, то в опитуванні переважно взяли участь головні лікарі, начмеди та комерційні директори відповідно 18, 16 та 15%. Найменше представництво мають менеджери з маркетингу (5%), тому що більшість ЗОЗ не мають таких посад. Зрештою, що стосується розмірів ЗОЗ за кількістю ліжкомісць, то 23 заклади (92%) є невеликими (до 150) [230].

В нашому дослідженні використали множинний лінійний регресійний аналіз, оскільки необхідно вивчити вплив декількох (семи) предикторів (незалежних змінних моделі) на змінну відгуку (залежну кількісну змінну). Цей різновид лінійно-регресійного аналізу дозволяє не тільки прогнозувати значення залежної змінної за відомими значеннями декількох змінних-предикторів, але також оцінити ступінь незалежного впливу кожного з предикторів на значення змінної відгуку.

Модель, що відображає лінійний взаємозв'язок між єдиною залежною та декількома незалежними змінними, є прямою лінією, яка описується рівнянням (2.2):

$$Y_i = (B_0 + B_1 * X_{1i} + B_2 * X_{2i} + \dots + B_n * X_{ni}) + \varepsilon_i \quad (2.2),$$

де  $Y_i$  – значення залежної змінної;

$B_0$  – константа;

$B_1, B_2, \dots, B_n$  – регресійні коефіцієнти для відповідних незалежних змінних;

$X_{1i}, X_{2i}, \dots, X_{ni}$  – значення незалежних змінних;

$\varepsilon_i$  – різниця між прогнозованим та фактичним значенням залежної змінної  $Y$  для  $i$ -го учасника (випадкова похибка моделі).

Існує певний розкид даних, або розсіяння значень залежної змінної від певного значення змінних-предикторів. Мірою цього розкиду є сума квадратів (сума варіацій), яка відображає загальну варіабельність змінної відгуку. Це різниця між фактичними значеннями залежної змінної та її середнім значенням. Частка загальної варіабельності змінної відгуку виражається у вигляді коефіцієнту детермінації (міри лінійної моделі). Програма SPSS розраховує значення всіх показників автоматично та видає результат у вигляді таблиць, де  $r$  – кореляція Пірсона,  $B$  – коефіцієнти регресії, Std. Error – стандартна похибка розрахунків, Beta –  $\beta$ -коефіцієнт,  $t$  – Т-критерій,  $p$  – статистична значимість, sig. – рівень статистичної значимості,  $F$  – критерій відношення середнього квадрата між групами до середнього квадрату всередині групи,  $R^2$  – коефіцієнт детермінації.



Коефіцієнт кореляції Пірсона застосовується для змінних з інтервальною шкалою. Він дозволяє охарактеризувати лінійний зв'язок між двома змінними за вказаними параметрами (табл. 2.13): його наявність (є / немає), напрямок (спадає / зростає) і силу (дуже слабка / слабка / помірна / сильна). На підставі статистичної значущості (по суті ймовірності настання досліджуваної події) перевіряється практична придатність побудованих моделей. Рівень  $p \leq 0,05$  використовується в якості критерію встановлення статистичної значущості. Він означає, що з імовірністю 95% можна стверджувати, що досліджувана подія сталася не випадково, тобто пов'язана з певною системою. Статистична значимість в SPSS може бути одно- (1-tailed Sig.) або двосторонньою (2-tailed Sig.). Одностороння значимість (1-tailed Sig.) показує напрям, в якому друге досліджуване середнє відрізняється від першого. В результаті t-тесту можна з'ясувати, чи відрізняється значно реальне середнє значення будь-якої змінної від середнього значення по всій вибірці. У стовпчику Sig. даної таблиці міститься статистична значимість тестової статистики F.

Стовпчик B таблиці містить коефіцієнти регресії (нестандартизовані). Вони служать для формування регресійного рівняння 2.2, за яким можна розрахувати величину залежної змінної при різних значеннях незалежних. Особливий рядок Constant містить важливу інформацію про отриману регресійну модель: значення залежної змінної при нульових значеннях незалежних змінних. Чим вище значення константи, тим гірше підходить обраний перелік незалежних змінних для опису поведінки залежної змінної. У загальному випадку вважається, що константа не повинна бути найбільшим коефіцієнтом в регресійному рівнянні. У нашому випадку величина константи менше 1, що є досить гарним результатом.

Також важливою характеристикою регресійної моделі є коефіцієнт  $R^2$ , що показує, яка частка загальної варіації залежної змінної описується обраним набором незалежних змінних. Величина  $R^2$  змінюється від 0 до 1. Як правило, цей показник не повинен перевищувати 0,5 (чим він вищий, тим показовішою є побудована регресійна модель). У нашому випадку  $R^2 = 0,745$  – це означає, що регресійною моделлю описано тільки 74,5% випадків (дисперсії в підсумковій оцінці ефективності ЗОЗ). Таким чином, при інтерпретації результатів

регресійного аналізу слід постійно мати на увазі істотне обмеження: побудована модель справедлива тільки для 74,5% випадків. Ще одним значущим показником, що визначає якість регресійної моделі, є величина стандартної похибки розрахунків (стовпчик Std. Error of the Estimate). Даний показник варіюється в межах від 0 до 1. Чим він менше, тим надійніше модель (у загальному випадку показник повинен бути не менше 0,5). Після того, як визначили склад предикторів, що формують змінну відгуку, можна визначити напрямок і силу впливу на неї кожного окремого предиктора. Це дозволяє зробити стовпчик Beta, що містить стандартизовані  $\beta$  – коефіцієнти регресії. Дані коефіцієнти також дають можливість порівняти силу впливу змінних між собою. Знак перед  $\beta$ -коефіцієнтом показує напрямок зв'язку між незалежною і залежною змінними. Позитивні  $\beta$ -коефіцієнти свідчать про те, що зростання величини даного предиктора збільшує залежну змінну (у нашому випадку всі незалежні змінні ведуть себе подібним чином).

Програма починає роботу з введення всіх потенційних предикторів у модель і розраховує внесок кожного з них в прогножуючу здатність моделі (t-тест для кожного предиктора). Табл. 2.17 є матрицею парної кореляції Пірсона між сімома інструментальними стратегіями маркетинг-мікс (предикторами) та ефективністю діяльності ЗОЗ, виміряною через задоволеність пацієнтів (ЕДЗЗП) (змінною відгуку), та складається з двох частин. В першій – подано розраховані програмою SPSS коефіцієнти кореляції Пірсона для оцінки лінійного зв'язку змінних-предикторів та змінної відгуку, в другій – результати одностороннього (1-tailed) тесту та внесок кожного предиктору в кореляцію (при  $N=185$ ).

Відносно кореляційного зв'язку між показниками-предикторами можна зазначити, що п'ять з семи показали досить щільну позитивну кореляцію зі змінною відгуку ЕДЗЗП, що свідчить про вплив маркетингових стратегій на ефективність діяльності ЗОЗ, оскільки коефіцієнт кореляції перебуває у діапазоні 0,521–0,216. При цьому кореляція всіх п'яти позитивних позицій маркетинг-мікс була суттєвою ( $p < 0,05$ ).

Таблиця 2.17

**Кореляція Пірсона між маркетинговими стратегіями і показником ЕДЗП**

Предиктори	ЕДЗП	Продуктова стратегія	Цінова стратегія	Стратегія розподілу	Стратегія і просування	Стратегія матеріального доказу	Стратегія процесу	Стратегія персоналу
<b>Кореляція Пірсона (r)</b>								
ЕДЗП	1	0,521	0,060	0,073	0,301	0,388	0,390	0,216
Продуктова стратегія	0,521	1	0,316	0,034	0,286	0,452	0,306	0,253
Цінова стратегія	0,060	0,316	1	0,236	0,272	0,183	0,328	0,221
Стратегія розподілу	0,073	0,034	0,236	1	0,235	0,117	0,031	0,041
Стратегія просування	0,301	0,286	0,272	0,235	1	0,220	0,360	0,313
Стратегія матеріального доказу	0,388	0,452	0,183	0,117	0,220	1	0,494	0,337
Стратегія персоналу	0,390	0,306	0,328	0,031	0,360	0,494	1	0,350
Стратегія процесу	0,216	0,253	0,221	0,041	0,313	0,337	0,350	1
<b>Односторонній тест Sig. (1-tailed)</b>								
ЕДЗП	-	0	0,160	0,190	0	0	0	0,003
Продуктова стратегія	0	-	0	0,344	0	0	0	0,001
Цінова стратегія	0,160	0	-	0,002	0,001	0,013	0	0,004
Стратегія розподілу	0,190	0,344	0,002	-	0,002	0,081	0,350	0,316
Стратегія просування	0	0	0,001	0,003	-	0,002	0	0
Стратегія матеріального доказу	0	0	0,013	0,081	0	-	0	0
Стратегія процесу	0	0	0	0,350	0	0	-	0
Стратегія персоналу	0,003	0,001	0,004	0,316	0	0	0	-
ЕДЗП	185	185	185	185	185	185	185	185
Продуктова стратегія	185	185	185	185	185	185	185	185
Цінова стратегія	185	185	185	185	185	185	185	185
Стратегія розподілу	185	185	185	185	185	185	185	185
Стратегія просування	185	185	185	185	185	185	185	185
Стратегія матеріального доказу	185	185	185	185	185	185	185	185
Стратегія персоналу	185	185	185	185	185	185	185	185
Стратегія процесу	185	185	185	185	185	185	185	185

Джерело: Складено автором [230]

Єдині дві змінні, які не виявили значної позитивної кореляції, – це стратегія розподілу ( $r = 0,073$ ,  $p = 0,190$ ), стратегія ціноутворення ( $r = 0,060$ ,  $p = 0,160$ ). Однак серед усіх предикторів продуктова стратегія найкраще співвідноситься з ЕДЗЗП, оскільки вона має найвищу позитивну кореляцію з нею, що також є суттєвим: ( $r = 0,521$ ,  $p < 0,05$ ) [230].

Отже, цілком імовірно, що ця змінна найкраще спрогнозує та / або пояснить дисперсію. Результати аналізу продемонстрували, що модель множинної регресії (табл. 2.18), яка складається з компонентів стратегії маркетинг-мікс, значно покращила здатність пояснювати змінну результатів.

Таблиця 2.18

### Рейтинг значимості параметрів моделі множинної регресії / ЕДЗЗП

Модель	Нестандартизовані коефіцієнти		Стандартизовані коефіцієнти	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
<b>Constant</b>	0.652	0.460	-	1.430	0.150
Продуктова стратегія	0.347	0.080	0.360	4.490	0.000
Цінова стратегія	0.029	0.060	0.120	1.580	0.020
Стратегія розподілу	0.041	0.090	0.090	0.990	0.320
Стратегія просування	0.169	0.080	0.170	2.170	0.030
Стратегія матеріального доказу	0.174	0.040	0.150	2.070	0.040
Стратегія персоналу	0.175	0.100	0.160	1.870	0.040
Стратегія процесу	0.152	0.080	0.040	0.520	0.030
<b>Залежна змінна: ЕДЗЗП</b>		<b><math>R^2 = 0.73</math></b>	<b>Скоригований <math>R^2 = 0.745</math></b>	<b>F = 11.71</b>	<b>P &lt; 0.05</b>

Джерело: Складено автором

Замінивши значення B, які вказують на індивідуальний внесок кожного предиктора, у рівнянні 2.2, модель стає визначеною:

$$ЕДЗЗП = (0.652 + 0.347ПС + 0.029ЦС + 0.041СР + 0.169СП + 0.174СМД + 0.175СПЕР + 0.152СПР) + \varepsilon,$$

де ПС – продуктова стратегія;

ЦС – цінова стратегія;

СР – стратегія розподілу;

СП – стратегія просування;

*СМД* – стратегія матеріального доказу;

*СПЕР* – стратегія персоналу;

*СПР* – стратегія процесу.

Таким чином, значення *В* інформують про співвідношення ЕДЗЗП та інструментальних стратегій маркетинг-мікс. Розглядаючи значення *В* у першому стовпчику, можемо відзначити, що продуктова стратегія має найвищий позитивний зв'язок зі змінною ЕДЗЗП ( $V=0,347$ ). Інші чотири предиктори (стратегії просування, матеріального доказу, персоналу та процесу) суттєво пов'язані зі змінною відгуку (значення  $V=0,169, 0,174, 0,175, 0,152$  відповідно). Тоді як стратегія ціноутворення ( $V=0,029$ ) та стратегія розподілу ( $V=0,041$ ) не мають суттєвого впливу на ЕДЗЗП.

Проведене дослідження переконує, що продуктова стратегія в ЗОЗ еволюціонує не випадково, а через планомірні зусилля топ-менеджерів ЗОЗ. Тому саме на елементах продуктової стратегії (якість, асортимент, бренд та ін.) як конкурентних перевагах має бути сформована маркетингова конкурентна стратегія ЗОЗ на ринку медичних послуг [230].

Дослідження виявило досить високий вплив на ефективність діяльності ЗОЗ стратегії персоналу. Якість послуг, що створюються і надаються, точність і швидкість постановки діагнозу, оптимальність вибраних методів лікування захворювання – усе це залежить від професіоналізму медичного персоналу. З іншого боку, важливим чинником в досягненні прийнятних фінансових результатів діяльності ЗОЗ є ефективність роботи його керівництва і допоміжних працівників.

Багато топ-менеджерів потужних американських компаній вважають утримання своїх ключових співробітників (*employee retention*) головним чинником успіху діяльності [231-233]. Тому люди і їх досвід є найвищою цінністю для будь-якої організації, і ЗОЗ тут не є виключенням.

На нашу думку, слід ввести у вжиток терміноконструкцію «ретеншн персоналу ЗОЗ», дослівний переклад якої як «утримання персоналу» не повною мірою відображає зміст поняття як процесу втілення комплексу заходів,

завдяки яким заклад створює такі умови для персоналу, які мінімізують його плинність і забезпечують оптимальні соціально-економічні та етико-психологічні умови професійної діяльності та відновлення.

За останні роки в Україні спостерігаються тенденції до відтоку медичних кадрів за кордон. За неофіційними даними за кілька останніх років близько 70 тисяч медичних працівників виїхали з країни, з них 10 тисяч – лікарі. В Україні не ведеться статистика трудової міграції за професіями. За даними Держстату, в 2015-2017 роках з України виїхало 1,303 млн працівників [234]. Але навіть за відсутності статистичних даних щодо кількості медиків, які виїхали працювати за кордон, лишається питання: чи не призведе трудова міграція до нестачі фахівців в Україні.

Статистичні дані МОЗ свідчать, що упродовж останніх семи років відбуваються зміни у кількості вакантних посад лікарів: на кінець 2019 року вакантними залишались 24691 штатна посада лікарів, що на 2169 більше, ніж на кінець 2013 року, або на 9,63% (рис. 2.17).

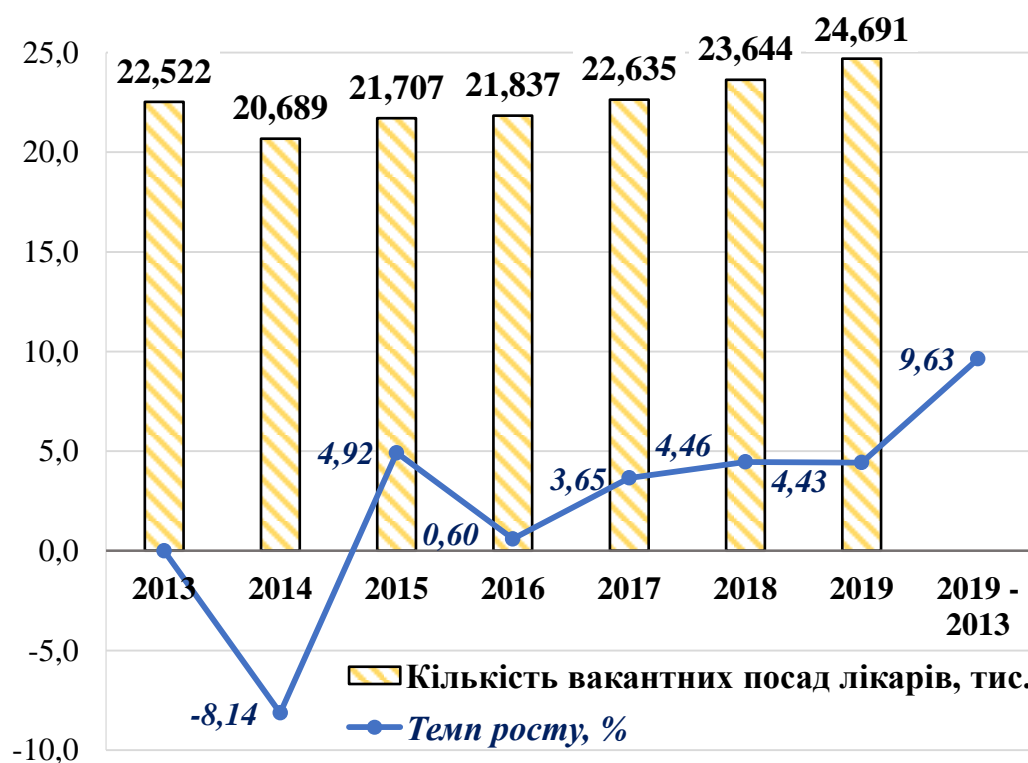


Рис. 2.17. Динаміка темпу росту кількості вакантних посад лікарів в Україні в 2013-2019 рр.

Джерело: Складено автором на основі [204]

Основною причиною виникнення міграції медичних працівників є відмінність у заробітній платі. Крім того, на міграцію впливають і кращі умови медичної діяльності, рівень новітніх технологій, можливості підвищення кваліфікації, отримання нового професійного досвіду та певних соціальних гарантій у країні-реципієнті (приймаючій країні). За даними МОЗ України, станом на 1 січня 2020 року укомплектованість штатних лікарських посад фізичними особами становить 82,1%, в т. ч. у ЗОЗ – 78,3%, та посад середнього медичного персоналу – 89,2%, в т.ч. у ЗОЗ – 85,2% (рис. 2.18) [204].



Рис. 2.18. Укомплектованість штатних лікарських посад та посад середнього медичного персоналу фізичними особами ЗОЗ України в 2010, 2012-2019 рр., %

Джерело: Складено автором на основі [204]

Як свідчить аналіз, головними причинами скорочення чисельності лікарів є: значна кількість осіб пенсійного віку (станом на 01.01.2020 р. 24,7% з-поміж лікарів та 12,5% з-поміж середнього медичного персоналу); низька заробітна плата, що змушує лікарів і медичних сестер залишати державну медицину, а іноді й взагалі медичну діяльність, або емігрувати. За деякими даними, у Європі й США працює близько 20 тисяч лікарів із країн колишнього СРСР, у т.ч. і з України.

Згідно з даними Держстату середня зарплата медпрацівника в 2019 році становила 7087 грн, а середня зарплата лікаря в Україні в 2020 році (з квітня по вересень) збільшилася майже до 9 тис.грн. Проти інших видів економічної діяльності заробітна плата в охороні здоров'я залишається однією з найнижчих, не зважаючи на започатковану реформу охорони здоров'я в Україні (табл. 2.19) [234].

Таблиця 2.19

**Динаміка середньомісячної заробітної плати за видами економічної діяльності у 2010-2019 роках**

*(у розрахунку на одного штатного працівника, грн)*

<b>Вид діяльності</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
Промисловість	2578	3119	3497	3774	3988	4789	5902	7631	9633	11788
Будівництво	1777	2294	2543	2727	2860	3551	4731	6251	7845	9356
Оптова та роздрібна торгівля; ремонт автотранспортних засобів і мотоциклів	1898	2371	2739	3049	3439	4692	5808	7631	9404	10795
Транспорт, складське господарство, поштова та кур'єрська діяльність	2648	3061	3405	3582	3768	4653	5810	7688	9860	11704
Сільське, лісове, рибне господарство	1467	1852	2094	2344	2556	3309	4195	6057	7557	8856
Інформатизація та телекомунації	3185	3705	4360	4659	5176	7111	9530	12018	14276	17543
Освіта	1884	2077	2532	2696	2745	3132	3769	5857	7041	8135
Охорона здоров'я	1624	1768	2204	2374	2463	2853	3435	5023	5898	7087
Фінансова та страхова діяльність	4695	5433	6077	6326	7020	8603	10227	12865	16161	19132
<b>Усього</b>	<b>2250</b>	<b>2648</b>	<b>3041</b>	<b>3282</b>	<b>3480</b>	<b>4195</b>	<b>5183</b>	<b>7104</b>	<b>8865</b>	<b>10497</b>

*Джерело:* Складено автором на основі [234]

Для порівняння протягом останніх років у країнах ЄС спостерігається зростання рівня середньої заробітної плати [235]. У 2017 році порівняно з 2014 роком заробітна плата зросла приблизно на 2,02% (2014 рік – 1 489 євро/міс., 2017 рік – 1 520 євро/міс.). У країнах-членах ОЕСР заробітна плата лікарів (як сімейних, так і приватних) значно вища, ніж середня заробітна плата по країні.



У 2015 році приватні сімейні лікарі в Австрії, Канаді, Франції та Великій Британії заробляли приблизно в три рази більше, ніж у середньому по країні, у Німеччині – більш ніж у чотири рази.

Аналіз середньорічної заробітної плати лікарів у деяких країнах ЄС подано на рис. 2.19.

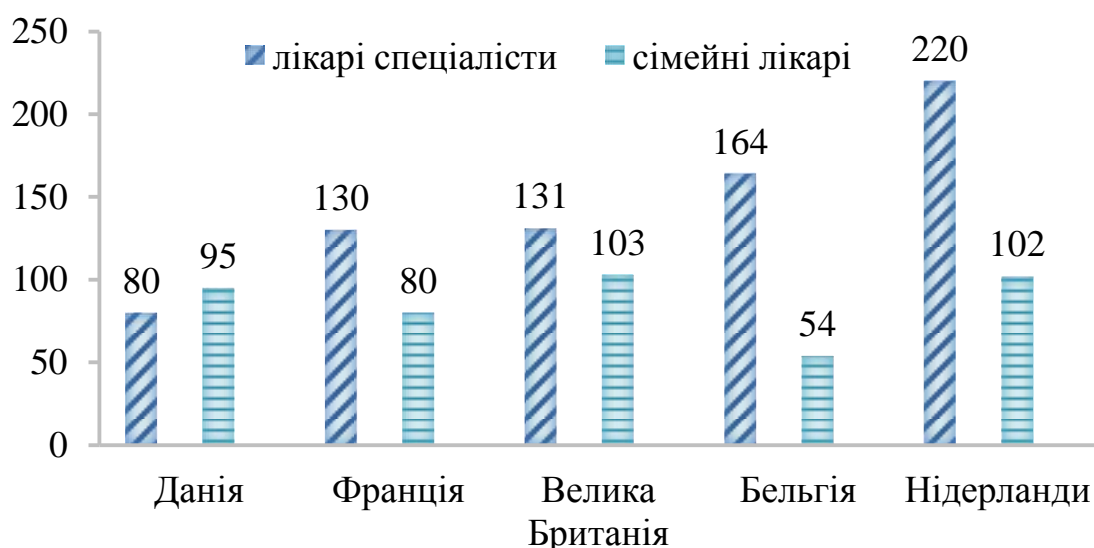


Рис. 2.19. Аналіз середньої річної заробітної плати лікарів-спеціалістів та сімейних лікарів у деяких країнах ЄС, 2015 рік, тис. євро.

*Джерело:* Складено автором на основі [235]

Крім заробітної плати, важливим фактором соціальної захищеності лікарів у країнах ЄС є функціонування професійних медичних асоціацій у вигляді закритих профспілок, які зазвичай ведуть переговори з місцевими органами влади, беруть участь у складанні контрактів, де обумовлюються заробітна плата і умови праці лікарів. Доступ до таких асоціацій вимагає наявності медичної освіти, ліцензій (у багатьох країнах їх видають самі асоціації), необхідність складання тестових іспитів для емігрантів [236].

Втрата висококваліфікованих та досвідчених працівників безпосередньо впливає на зниження якості медичних послуг та загальний рівень стану здоров'я населення. З огляду на це, основними напрямками реформування системи охорони здоров'я є створення належних умов праці та забезпечення

відповідної високооплачуваної заробітної плати, підвищення престижу даної професії, підвищення якості медичної освіти.

Зростання конкуренції припускає, що в умовах постійного насичення ринку медичних послуг медичними закладами і кабінетами різного профілю повинні залишитися і отримати пріоритетний розвиток тільки ті підприємства, які можуть запропонувати людям послуги найвищої якості за конкурентною ціною.

Високі вимоги до ЯМД населенню з раціональним використанням доступних ресурсів задовольняються за допомогою формування і підтримки високоефективної команди з чітко регламентованими і розмежованими повноваженнями. На думку експертів, створення високоефективних команд дозволить підвищити продуктивність, поліпшити якість, поліпшити умови праці і життя працівників, скоротити плінність кадрів і кількість прогулів, понизити рівень конфліктності, стимулювати новаторство, набути великої гнучкості, досягнути зниження витрат в межах 30-70% [237].

Організації з високоефективними командами функціонують на декількох ключових принципах. Передусім, це підтримка інновацій і творчості в колективі, стимулювання постійного навчання і самовдосконалення, швидкість і гнучкість в ухваленні управлінських рішень, підвищене почуття відповідальності.

Стосовно ЗОЗ ефективне управління персоналом і його мотивацією переслідує наступні цілі:

- 1) поліпшити фінансовий результат за рахунок: своєчасного і повного забезпечення матеріальною і нематеріальною винагородою відповідно до досягнутих цільових показників, оцінкою якості роботи; залучення на конкурентній основі високопрофесійних лікарів та інших фахівців, розміщення їх на посадах відповідно до вимог компетенцій, подальшої ротації і підвищення кваліфікації; формування сприятливої корпоративної культури в колективі і зниження ризику втрати та «вимивання» кваліфікованих кадрів і реалізації програм їх збереження; впровадження корпоративної ідеології, спрямованої на

підвищення відповідальності за виконувані завдання, що заохочує ініціативу і творчість працівників, розуміння персональної значущості і ролі в реалізації місії закладу; підготовки адекватних програм мотивації персоналу;

2) підвищити якість кінцевих результатів діяльності ЗОЗ за рахунок постійного вдосконалення знань, навичок і умінь працівників шляхом постійного залучення їх до розробки і ухвалення рішень і ротації кадрів для створення високоефективних робочих груп; стимулювання проведення консультацій з провідними лікарями і висококваліфікованими фахівцями в усіх царинах медицини і на усіх етапах лікувально-діагностичного процесу, передачі накопиченого досвіду і знань; заохочення горизонтальних (між фахівцями різних підрозділів) і вертикальних (між фахівцями і керівництвом підрозділів) форм співпраці персоналу; впровадження практики самостійного своєчасного контролю і аналізу за відповідністю фактичних результатів цільовим (нормативним); використання ефективних методів оцінки якості діагностики і лікування пацієнтів; мотивації персоналу, що ґрунтується на управлінні за цілями і показниками.

Принципами мотивації персоналу є: об'єктивність при визначенні розмірів винагороди; передбачуваність щодо заохочення залежно від результатів; адекватність винагороди трудовому внеску, досвіду і кваліфікації кожного співробітника; своєчасність; значимість стимулювання для співробітника; справедливість. Використання вказаних принципів має здійснюватися на основі відповідних інструментів, що дозволяють обґрунтовано і об'єктивно заохочувати персонал ЗОЗ. Такими інструментами є показники оцінки діяльності, метод бальних оцінок і факторного порівняння, методи оцінки і атестації персоналу, використання нормативів.

Система мотивації має бути закріплена в керівній документації і бути зрозумілою і прозорою для кожного співробітника. Наприклад, для обґрунтованого застосування системи премій за результати праці в посадову інструкцію включають обов'язок працівника виконувати підзвітні показники діяльності. Тільки юридично і документально закріплені методи мотивації для

усіх рівнів управління дають підстави знижувати розмір виплат за невиконання встановлених показників діяльності конкретним працівником.

Матеріальні і нематеріальні методи повинні застосовуватися в комплексі і доповнювати один одного. Сукупність нефінансових засобів, а також можливість підвищувати професійні навички і знання можуть надаватися усім без виключення співробітникам закладу, тоді як грошові способи компенсації праці диференціюються залежно від функціонально-посадових обов'язків, роду діяльності, специфіки виконуваної роботи.

Дослідження свідчать, що використання в системі мотивації тільки одного грошового стимулювання недостатньо і неефективно, оскільки для багатьох працівників важливими мотивами є задоволеність виконуваною роботою, розуміння корисності результатів праці для людей, зручне робоче місце, визнання особистих заслуг, статусність, набір привілеїв, наявність компенсаційного пакету, можливість самостійно приймати рішення, цікава робота і заохочення творчого підходу [237].

Важливим в стимулах роботи ЗОЗ є застосування нематеріальних методів мотивації, впроваджуючи які вдається оптимізувати структуру витрат на персонал і підвищити рентабельність. Нерідкі випадки, коли працівник готовий відмовитися від додаткової надбавки до зарплати в обмін на роботу в дружньому колективі, з хорошими можливостями кар'єрного зростання і публічним визнанням його заслуг.

Стимулювання потребує комплексного підходу, який охоплює низку заходів:

1. «Компенсаційний пакет» – до його складу входять пільги, пов'язані з графіком роботи і оплатою неробочого часу співробітника, – святкові дні і відпустка, період тимчасової непрацездатності, перерви на обід і відпочинок, надання відповідним категоріям персоналу гнучких режимів праці і вихідних днів. Зазвичай в цій групі розглядається і соціальний пакет послуг: медичне страхування; відшкодування ЗОЗ частини рахунків працівника, його комунальних витрат; часткова оплата харчування (обідів, пізніх сніданків) в

робочий час; оплата частини транспортних витрат; оплата абонементів на відвідування фітнес-центрів, басейнів; компенсація витрат, пов'язаних з експлуатацією орендованої житлової нерухомості;

2. Персональні пільги і преференції, які надаються залежно від персональних заслуг людини. Це можуть бути додатково оплачувана відпустка, путівки на відпочинок разом з сім'єю. В якості окремих преференцій практикується надання права участі в корпоративних заходах – внутрішньофірмових святах, присвячених значимим подіям, на які працівники запрошуються зі своєю сім'єю, або заміські та екскурсійні поїздки;

3. Підвищення і затвердження статусу працівника. Наприклад, заохочення співробітників за їх роботу у вигляді згадок в засобах масової інформації, публікацій інтерв'ю, нагороджень іменними подарунками, вручення грамот, присвоєння почесних звань («Найкращий лікар відділення», «Найкраща медсестра» тощо). До цієї категорії відносяться і винагороди, які змінюють статус співробітника і виражаються в кар'єрному просуванні, підвищенні довіри колективу і керівництва, делегуванні повноважень, навчанні співробітника за кошти підприємства. Для деяких працівників визнанням заслуг і професійних якостей можуть бути підтримка їх науково-дослідної роботи, запрошення на участь у науково-практичних конференціях [238].

Не менш значимими стимулами для персоналу є зарахування до кадрового резерву, визнання професіоналізму керівництвом ЗОЗ, інформаційна підтримка заслуг серед пацієнтів.

Особливість багатопрофільного ЗОЗ полягає в тому, що практично увесь колектив має справу з пацієнтами, які звернулися до закладу, маючи, як правило, проблеми з особистим здоров'ям, а не з неживими речами. Звідси особливі вимоги повинні висуватися колективу до корпоративної культури і лікарської етики. Корпоративна культура – це свого роду філософія клініки, система її цінностей і способів реалізації; норм і правил поведінки співробітників, які сприяють досягненню її стратегічних цілей і місії. Етичні стандарти – це наповнення корпоративної культури змістовним сенсом з точки

зору «допустимого», «дозволеного» і «недозволеного»: забезпечення задоволеності пацієнтів, щира турбота про їх здоров'я; чесність і дотримання загальнолюдських норм, лікарської таємниці, внутрішніх розпорядчих документів і регламентів підприємства; достовірність будь-якої інформації, призначеної як для внутрішнього, так і для зовнішнього користування, а також дотримання її конфіденційності; гідна поведінка співробітника при виникненні конфлікту інтересів; використання ресурсів ЗОЗ в інтересах справи, коректні стосунки із засобами масової інформації; повага і визнання індивідуальності кожного працівника і відсутність різних форм дискримінації.

Вищевикладені постулати, які переважно є загальновідомими, відіграють значиму роль в екстремальних умовах, коли загальноприйняті стандарти раптом починають не дотримуватися. До таких умов, поза сумнівом, відноситься економічна криза і пов'язані з нею проблеми зростання безробіття, скорочення заробітної плати, зростання споживчих цін, зростання конкуренції і боротьба за виживання на різних ринках. В зв'язку з цим спостерігається зростання прихованих конфліктів. Наявність прихованих конфліктів в колективі – небезпека для клініки, що несе ризик демотивації персоналу, втрати ключових співробітників, відокремлення команди. Тому тема їх зниження або керованості має бути невід'ємною частиною антикризового менеджменту [238].

Фахівці виділяють декілька ознак наявності прихованих конфліктів: нерозуміння і неузгодженість цілей організації на різних рівнях ієрархії; переважання особистих цілей співробітників над корпоративними; нерозуміння співробітниками того, що на даний момент відбувається в закладі; неправильний розподіл функцій – у окремих працівників виникає відчуття, що вони працюють більше, ніж інші; недостатня увага керівництва до оцінки діяльності підлеглих.

На нашу думку, дієвим інструментом, який допомагає виявити сильні і слабкі сторони медичної діяльності, зрозуміти причини уповільнення клієнтського потоку, побачити механізми залучення нових працівників та їх

збереження є клінічний аудит, який дає відповідь на питання: як підвищити ефективність ЗОЗ за наявних умов, якому буде присвячено підрозділ 3.2.

## Висновки до розділу 2

Дослідження конкурентного середовища в контексті практики формування маркетингової стратегії закладів на ринку медичних послуг України дало змогу зробити певні висновки й узагальнення.

1. ЗОЗ визначені як центральна ланка процесу конкуренції в охороні здоров'я, оскільки вони є виробниками та постачальниками медичних послуг. Запропоновано дефініцію «заклад охорони здоров'я»: це підприємство, установа та організація будь-якої форми власності і організаційно-правової форми, яка має статус юридичної особи та здійснює господарську діяльність в сфері медичного обслуговування населення самостійно або через відокремлені підрозділи на основі професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників.

Обґрунтовано групування ЗОЗ за ознаками: сфера діяльності, організаційно-правова форма, форма власності, мета здійснення господарської діяльності, доступність медичної допомоги та іншого медичного обслуговування, спеціалізація, наявність ліцензії на провадження господарської діяльності, проходження акредитації, можливість приватизації, орган підпорядкування (сфера управління).

2. У складі внутрішніх факторів конкурентоспроможності виділено три групи – медико-технологічні, економіко-управлінські та організаційно-правові. До медико-технологічних зачисляємо рівень матеріально-технічного забезпечення, рівень кваліфікації медичного персоналу, спектр пропонованих медичних послуг, оптимізація процесів та маршрутів пацієнтів, наявні медичні технології; до економіко-управлінських – витратосмність медичних послуг,

нематеріальні фактори, немедичні складові послуги, фінансово-економічний потенціал, рівень менеджменту та маркетингу, інтегровані маркетингові комунікації; до організаційно-правових – стандарти надання медичної допомоги, забезпечення ліцензійних умов, наявність та рівень акредитації ЗОЗ, випадки притягнення лікарів до юридичної відповідальності, укладання та контроль за дотриманням умов договорів на надання медичних послуг, дотримання прав пацієнтів, наявність скарг та позовів до суду на заклад та лікуючого лікаря, відповідність ведення медичної документації вимогам нормативно-правових актів.

Здійснено оцінку конкурентоспроможності ЗОЗ за маркетинговими факторами на основі методів бальної оцінки та графічного (профілів) десяти підприємств-конкурентів (п'яти приватних та п'яти КНП) у секторі ринку гарантованих пакетів медичних послуг з первинної медичної допомоги м. Вінниці. За результатами сумарної бальної та інтегральної оцінки виявлено лідерів – ТОВ «Хелс клінік» серед приватних закладів (відповідно 57 та 8,75 балів) та ЦПМСД №5 серед КНП (відповідно 39 та 6,4 балів), а також визначено конкурентні переваги кожного закладу: ТОВ «Хелс клінік» – якість медичних послуг, спектр додаткових послуг, облаштування приміщень та інтер'єр, сучасні медичні технології; ЦПМСД №5 – якість медичних послуг, кваліфікація та доброзичливість медичного персоналу, комплекс маркетингових комунікацій, місце розташування.

3. За результатами проведення експертних інтерв'ю з менеджерами середньої і вищої ланки 25 приватних та комунальних підприємств м. Вінниці та Вінницької області проведено оцінку окремих зовнішніх факторів, що впливають на конкурентоспроможність закладів на ринку медичних послуг на основі матриці «можливість/вразливість». Виділено фактори зі стратегічного квадранту матриці, які є найбільш важливими при вчиненні стратегічних дій, до яких зачислено такі: розвиток системи e-Health, доступ до телемедичних технологій, законодавча регламентованість в галузі охорони здоров'я.



4. Проведено аналіз рівня інтенсивності конкуренції в секторі гарантованих пакетів медичних послуг з первинної допомоги, що надають приватні ЗОЗ та КНП м. Вінниці, на основі моделі п'яти сил конкуренції Porter М.Е. із застосуванням методу експертної оцінки. Визначено високий рівень загрози таких сил, як ринкова влада покупців, середній – нових учасників ринку, внутрішньо-галузевої конкуренції, ринкової влади постачальників та з боку продуктів-замінників; запропоновано маркетингові заходи для послаблення впливу виявлених загроз на ринкову діяльність досліджуваних ЗОЗ.

5. З'ясовано основні тенденції ринку медичних послуг України, його обсяг, динаміку, потенціал, структуру. Обсяги наданих послуг з охорони здоров'я ЗОЗ всіх форм власності у 2017 році становили 3327,8 млн грн, що на 27,3% більше, ніж у 2016 році (2613,5 млн грн), а в 2018 році – 4377,2 млн грн, що на 31,5% більше, ніж у 2017 році. Доведено, що ринок медичних послуг України перебуває у фазі розвитку, а його зростання має позитивну динаміку. З 2015 по 2019 рік частка закладів приватної медицини збільшилася з 12 до 15% з врахуванням приватних кабінетів ФОП. Доведено, що у структурі медичних послуг, які надаються ЗОЗ приватної форми власності, переважають поліклінічні (28%) та стоматологічні (23%), решта представлена послугами з репродуктивної медицини (15%), діагностичними (12%), онкологічними (6%), іншими (16%). Ринок медичних послуг, які надаються ЗОЗ приватної форми власності, за останні 4 роки виріс на 71%, державні витрати на медичні послуги також суттєво зросли в абсолютному вираженні. У 2020 році згідно із затвердженням Державним бюджетом України витрати на охорону здоров'я заплановані в обсязі 108 млрд. грн., що в 1,9 разу більше у порівнянні з 2015 роком. Протягом 2016–2017 років і 9 місяців 2018 року медична галузь України отримала з різних джерел 293,4 млрд грн, з них за рахунок плати за надані послуги з охорони здоров'я – 75,7 млрд грн.

Узагальнено ринкові тенденції для ЗОЗ приватної форми власності, до яких зачисляємо появу нових гравців на ринку; розширення мережевих гравців

шляхом відкриття нових клінік або поглинання одиночних гравців, передовсім, у великих містах України; диференціацію та диверсифікацію послуг за рахунок відкриття нових напрямків; розширення участі приватних ЗОЗ та ФОП у реформуванні медичної галузі шляхом укладання договорів з НСЗУ.

6. Спираючись на погляди різних авторів щодо інструментальних стратегій маркетинг-мікс для медичної послуги, визначено низку гіпотез щодо позитивного істотного впливу кожної з них на діяльність ЗОЗ, які були перевірені в емпіричному дослідженні. Для з'ясування правдоподібності запропонованих гіпотез проведено опитування керівного медичного персоналу 25 закладів різних форм власності м. Вінниці та Вінницької області за допомогою анкети, для обробки даних використано методику множинного лінійного регресійного аналізу за допомогою пакету статистичних програм SPSS 17.0. Встановлено досить щільну позитивну кореляцію між п'ятьма стратегіями та ефективністю діяльності ЗОЗ, не виявили значної позитивної кореляції лише стратегія розподілу та цінова стратегія. Найвища позитивна кореляція виявлена для продуктової стратегії. Обґрунтовано доцільність акцентувати планомірні зусилля топ-менеджерів ЗОЗ на елементах продуктової стратегії, а також стратегії персоналу при розробці конкурентної маркетингової стратегії.

7. Вперше запропоновано нову терміноконструкцію «ретеншн персоналу ЗОЗ», який розуміємо, як процес втілення комплексу заходів, завдяки яким заклад створює такі умови для персоналу, які мінімізують його плинність і забезпечують оптимальні соціально-економічні та етико-психологічні умови професійної діяльності та відновлення.

На підставі аналізу статистичних даних та ін. джерел доведено існування негативних тенденцій в галузі охорони здоров'я України щодо укомплектованості посад, вікової структури, заробітної плати, міграційних тенденцій, соціальної та професійної незахищеності медичних працівників, що веде до відтоку кадрів в інші сфери та актуалізує проблему збереження персоналу. Констатовано, що втрата висококваліфікованих та досвідчених

працівників негативно впливає на якість медичних послуг та загальний рівень стану здоров'я населення.

Запропоновано низку заходів щодо мотивації персоналу ЗОЗ: компенсаційний пакет, персональні пільги та преференції, підвищення та затвердження статусу медичного працівника тощо.

Основні результати проведеного дослідження опубліковані в працях [230, 238 – 245].

### **РОЗДІЛ 3**

## **ФОРМУВАННЯ МАРКЕТИНГОВОЇ КОНКУРЕНТНОЇ СТРАТЕГІЇ ЗАКЛАДІВ В УМОВАХ ТРАНСФОРМАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ УКРАЇНИ**

3.1. Напрями розбудови маркетингової конкурентної стратегії та оцінювання її ефективності

Нами визначено декілька напрямів розбудови маркетингової конкурентної стратегії ЗОЗ:

- 1) алгоритмізація процесу розроблення стратегії;
- 2) диференціація стратегічного маркетингового плану для ЗОЗ різних форм власності;
- 3) формування оптимальної маркетингової конкурентної стратегії ЗОЗ;
- 4) вибір інструментальних стратегій маркетинг-мікс відповідно до обраної маркетингової конкурентної стратегії.

Процес розроблення та впровадження маркетингової конкурентної стратегії подається нами у вигляді алгоритму, який завдяки притаманним процесу алгоритмізації властивостям детермінованості, масштабності, адекватності, зрозумілості діє для виконавця як фактор зменшення розриву між теорією і практикою розроблення стратегії (рис. 3.1).

У запропонованому нами алгоритмі розробки маркетингової конкурентної стратегії місія ЗОЗ визначається в межах загальних цілей на стадії створення інформаційної бази, а на стадії складання плану конкретизується, набуваючи чіткого і лаконічного формулювання. З нашої точки зору, місія займає першу позицію стратегічного плану в силу її узагальненості і багатозначності, а в наступних пунктах плану місія розкривається, деталізується, реалізується.

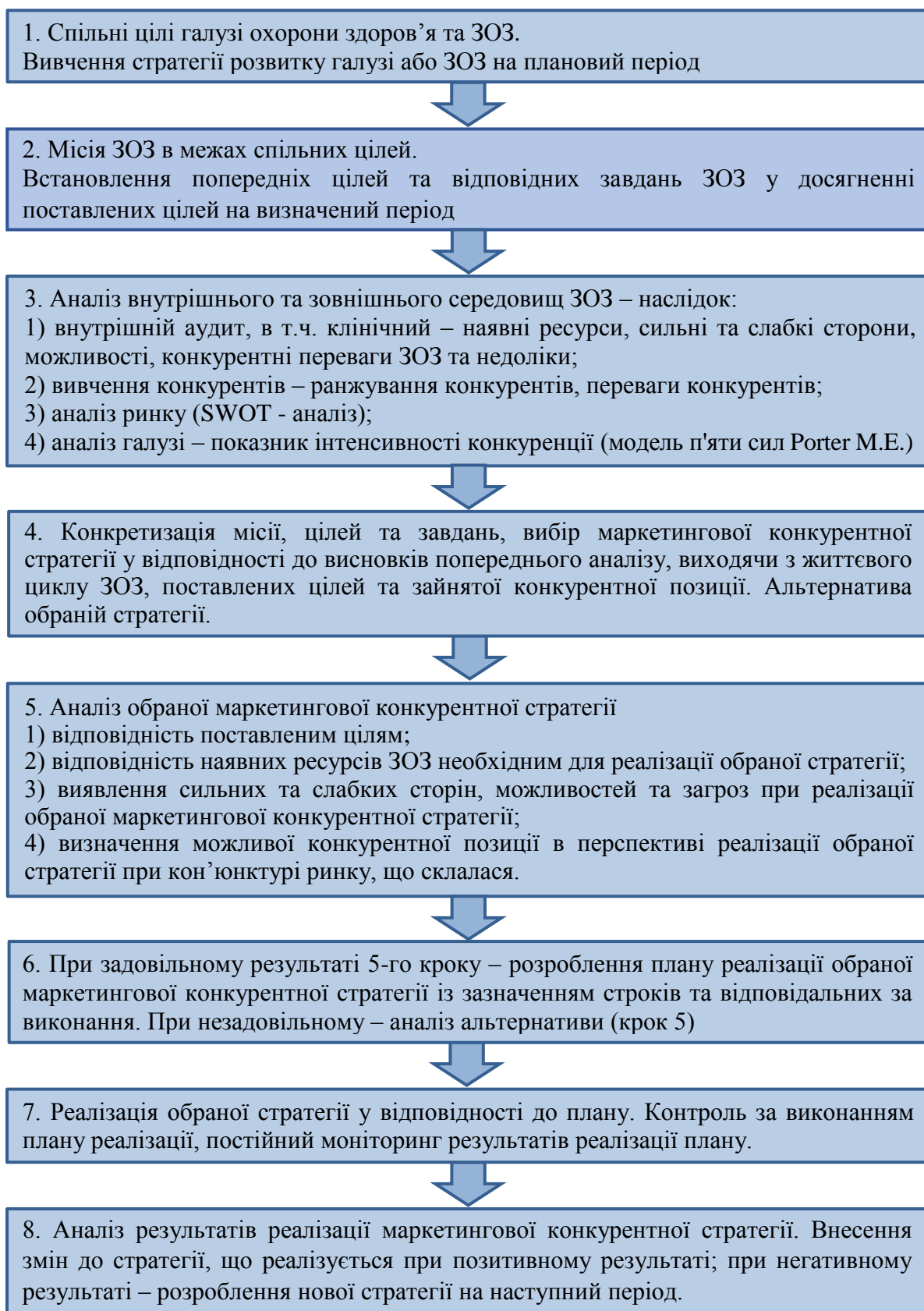


Рис. 3.1. Алгоритм розроблення та реалізації маркетингової конкурентної стратегії ЗОЗ

Джерело: Складено автором

Цілі – це конкретні показники з певними значеннями, яких має досягти ЗОЗ за певний період або у встановлені терміни, з певними критеріями оцінки діяльності. Іноді на практиці може виникнути необхідність в оперативному коригуванні цілей і стратегії. Зазначимо, що при розробці конкурентної стратегії неможливо врахувати всі фактори, що впливають на вибір стратегії підприємства. Однак, при формалізації цілей треба стежити, щоб вони відповідали п'яти SMART-критеріям.

Після погодження з керівництвом та затвердження план приводиться у виконання у визначені терміни. Основна складність на етапі реалізації полягає в необхідності компетентного виконання розробленого плану, дотримуючись всіх інструкцій і термінів, та достовірно оцінити дієвість реалізованої стратегії. Постійний моніторинг результатів, необхідний на цій стадії, не повинен пригнічувати мотивації виконавців працювати ефективно. На стадії реалізації досить важливим є вміння менеджерів обирати оптимальну схему мотивації управлінського впливу на поведінку працівників ЗОЗ з метою досягнення стратегічних цілей.

Контроль над виконанням плану реалізації, постійний моніторинг результатів реалізації плану своєчасно виявляє помилки, упущення стратегічного планування. За допомогою моніторингу і контролю можуть бути своєчасно виявлені і скориговані невраховані ресурси, переоцінені та недооцінені можливості, проблеми організаційного і технічного характеру, помилки в прогнозах тощо. Підсумки моніторингу слугують інформаційною базою аналізу результатів реалізації маркетингової конкурентної стратегії, внаслідок якого на наступний звітний період при загальному позитивному результаті проводиться відповідне коректування плану реалізації стратегії, а при негативному результаті розглядається завідомо запропонована альтернативна стратегія або розробляється нова стратегія.

Запропонований нами алгоритм дає можливість представити розроблення маркетингової конкурентної стратегії як процес із восьми кроків, які можна об'єднати у п'ять етапів (рис. 3.2).

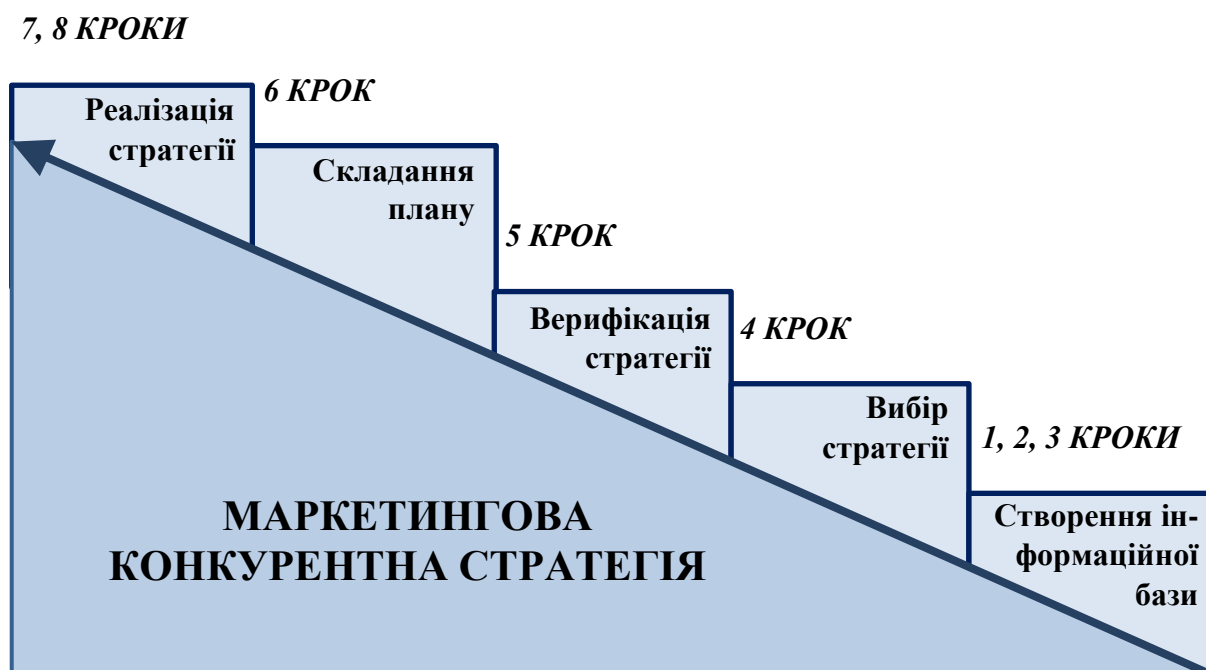


Рис. 3.2. Поетапний (покроковий) процес розроблення маркетингової конкурентної стратегії ЗОЗ

*Джерело:* Складено автором

Перший етап процесу розроблення маркетингової конкурентної стратегії (створення інформаційної бази даних (кроки 1, 2 і 3)) може бути реалізована аудиторями, призначеними керівником ЗОЗ для внутрішнього аудиту, або незалежними аудиторями, а також маркетологами та менеджерами, що проводять тематичні опитування пацієнтів. На другому етапі результати проведеної аналітичної роботи розглядаються вищим менеджментом для остаточного визначення в цілому для ЗОЗ пріоритетних цілей, завдань, конкурентної стратегії, альтернативи обраній стратегії.

Поставлені завдання керівництво ЗОЗ розподіляє локально за функціональними підрозділами у відповідності до ресурсів, потенціалу, можливостей їх вирішення.

З позиції ресурсного підходу варто врахувати, що необхідні для досягнення конкурентних переваг ресурси можуть бути мізерними. У цьому випадку на стадії вибору стратегії важливим є вміння топ-менеджерів оптимізувати розподіл ресурсів. Після перерозподілу ресурсів здійснюється аналіз поставлених завдань,

обраної стратегії і верифікація їх з наявними можливостями реалізації стратегії. Наступним кроком є вибір відповідного способу реалізації поставленої задачі та маркетингової конкурентної стратегії за підрозділами. Вибір стратегії і верифікація припускають попереднє структурування стратегій за рівнями та призначенням стратегічних дій (див. рис 1.5).

Результати аналізу і верифікації з конкретними пропозиціями, висновками і рекомендаціями доводяться до керівництва ЗОЗ з розроблення маркетингової конкурентної стратегії підприємства. У разі якщо обрана стратегія не пройшла верифікацію, можна звернутися до альтернативної версії стратегії. Ми пропонуємо на стадії верифікації також проводити комплексне аналітичне дослідження, що вивчає невідповідності, розриви між поточним станом ЗОЗ і бажаним, використовуючи SWOT-аналіз. Для проведення глибокого і достовірного аналітичного дослідження важливо мати у штаті ЗОЗ кваліфікованих менеджерів та маркетингологів. Застосування SWOT-аналізу необхідно для систематизації наявної інформації і подальшого прийняття управлінських рішень. Тому SWOT-аналіз можна назвати проміжною ланкою між формулюванням конкурентної стратегії ЗОЗ та розробкою конкурентного плану. Результати ретельно проведеного SWOT-аналізу стають фундаментом четвертого етапу процесу розробки маркетингової конкурентної стратегії.

Загальновідома структура стратегічного плану для формування маркетингової конкурентної стратегії стосовно ЗОЗ інтерпретується нами наступним чином:

- 1) основні цінності – орієнтири, які дозволяють скоординувати інтереси учасників медичного процесу – закладу, його медичного персоналу та пацієнтів;
- 2) місія ЗОЗ – загальна мета;
- 3) візія – ключові ідеї бажаного маркетингового розвитку закладу;
- 4) формалізовані цілі – транспарентні і конкретні ринкові показники;
- 5) структурування стратегії – диференціація стратегічних дій за рівнями (див. рис. 1.5);



6) стратегічні завдання та їх опис – що потрібно зробити для досягнення поставлених ринкових цілей та способи розв'язання кожної задачі;

7) показники діяльності;

8) конкретні дії.

Пропонуємо у табл. 3.1 диференціювати дані вісім елементів стратегічного маркетингового плану для ЗОЗ різних форм власності. Як видно з табл. 3.1, більшість елементів стратегічного плану відрізняються у приватних закладах та КНП, оскільки при плануванні враховуються наявні ресурси і, в першу чергу, джерела фінансування, а також можливість розпоряджатися прибутком.

Варто також зауважити, що однією з проблем у сфері стратегічного планування КНП є брак кваліфікованих спеціалістів, відсутність навичок проведення стратегічного аналізу. Отже, стратегічне управління вимагає поєднання глибоких знань предмета по суті і володіння аналітичними методами. Найчастіше проблема може полягати не стільки в розробці стратегії, скільки в тому, що обрану стратегію не можуть адекватно сприйняти і реалізувати керівництво та медичний персонал закладу. На наш погляд, коректна формалізація конкурентної стратегії допоможе узгодити зусилля менеджменту та працівників у досягненні поставлених цілей ЗОЗ.

З нашої точки зору, до основних елементів успішної реалізації стратегії можна віднести:

- формування плану здійснення стратегії у вигляді чітких і досяжних цільових установок;
- доведення до персоналу закладу формалізованої стратегії в доступному для розуміння вигляді, з метою залучення їх до процесу;
- своєчасне забезпечення всіма необхідними ресурсами;
- сумлінне виконання завдань та здійснення покладених функцій на кожному рівні управління.

Конкретні дії вимагають застосування методів аналізу, що призводить до алгоритмізації, систематизації та завершеності плану та дозволяє оперативно та ефективно вирішувати поставлені завдання.

Таблиця 3.1

**Складові маркетингового стратегічного плану  
для ЗОЗ різних форм власності**

Складові стратегії	КНП та державні заклади	Приватні ЗОЗ
Основні цінності закладу	Командна робота, професіоналізм, любов до професії і пацієнта, відповідальність, взаємоповага, етика та медична деонтологія	
	Наставництво, задоволення потреби пацієнта у допомозі незалежно від його матеріального становища	Служіння пацієнту (клієнт-партнер в процесі лікування), високі стандарти якості, інновації
Місія	Збереження і відновлення здоров'я кожного пацієнта, який звернувся по допомогу.	Надання пацієнтам своєчасної комплексної високотехнологічної медичної допомоги, що заснована на принципі партнерства з пацієнтом та членами його сім'ї, супроводження пацієнта, створення у закладі простору постійних позитивних змін для задоволення потреб персоналу, клієнтів, територіальної громади, суспільних і державних інститутів.
Візія	Заклад, доступний для клієнтів.	Заклад, що має статус медичного центру певної спеціалізації, що здійснює комплексне обслуговування, надає гарантований пакет медичних послуг високої якості з метою задоволення потреб клієнтів.
Цілі	Надання медичної допомоги певного рівня (за спеціалізацією) населенню з використанням діагностичних та лікувальних технологій в умовах амбулаторії/ стаціонару	Задоволення потреб пацієнтів щодо медичних і немедичних складових послуг, досягнення та утримання переваг над конкурентами, завоювання частки ринку, забезпечення зростання прибутку
Завдання	Надання гарантованих пакетів медичних послуг та платних медичних послуг, забезпечення високої якості медичних послуг, що надаються, підвищення кваліфікації медичного персоналу, забезпечення виконання інших завдань, визначених у стратегії розвитку територіальної громади (засновника ЗОЗ)	Оптимізація обсягу і структури споживання медичних послуг, збалансування попиту і потреб споживачів, налагодження активного систематичного взаємозв'язку між лікарем та пацієнтом, максимізація соціальної активності, забезпечення рентабельності діяльності ЗОЗ,
Показники діяльності	За стратегічними напрямками: фінансові, маркетингові, мотивації і розвитку персоналу, операційних процесів (медична статистика), ресурсне забезпечення, інновації	
Конкретні дії	Визначення основних конкурентів, збирання інформації про конкурентне середовище, оцінка інтенсивності конкуренції, вивчення задоволеності пацієнтів, визначення конкурентних переваг в сфері маркетингу, формування комплексу маркетингу	
	Ранжування конкурентів, визначення конкурентної позиції даного ЗОЗ, проведення SWOT- та PEST-аналізу	Сегментація ринку, ретеншн персоналу, формування маркетингового портрету конкурента, аналіз карти стратегічних груп конкурентів, оцінка ступеню монополізації ринку, аналіз п'яти сил конкуренції

*Джерело: Складено автором*

Доступними для ЗОЗ методами аналізу та оцінювання ринкового середовища є SWOT-аналіз і PEST-аналіз, які були проведені нами для закладів, що працюють на ринку медичних послуг м. Вінниці.

Можливості і загрози відображають зовнішні фактори розвитку ринку медичних послуг, своєю чергою, сильні та слабкі сторони – внутрішні фактори. Проведений SWOT-аналіз дозволяє виявити взаємозв'язок між факторами, що впливають на розвиток ринку медичних послуг м. Вінниці, і сформувати ефективну маркетингову конкурентну стратегію будь-якого ЗОЗ (табл. 3.2).

За результатами проведеного SWOT-аналізу сформовано можливі стратегії для ЗОЗ на ринку медичних послуг міста Вінниці. Загалом можемо відзначити, що ЗОЗ на регіональному ринку потребують впровадження стратегії розвитку та маркетингових конкурентних стратегій.

З метою виявлення змін та тенденцій розвитку детермінантів зовнішнього і внутрішнього середовищ, а також чинників, що впливають на стратегічний розвиток ЗОЗ та розроблення маркетингових стратегій, скористаємося PEST-аналізом. Інформаційною базою PEST-аналізу ринку медичних послуг м. Вінниці слугувала анкета (додаток И), за допомогою якої оцінювалась сила впливу факторів на діяльність ЗОЗ, а результати опитування оброблялись за допомогою кількісних та якісних методів (табл. И.1). Анкета поширювалась серед менеджерів 25 ЗОЗ міста Вінниці. PEST-аналіз проводили в декілька етапів. Перший етап – визначення зовнішніх чинників та загроз, що впливають на ринок медичних послуг м. Вінниці (SWOT-аналіз, табл. 3.2). Другий – розрахунок коефіцієнтів вагомості виділених факторів впливу на міські ЗОЗ, який оцінювався за трибальною шкалою (1 бал – вагомість незначна; 2 бали – середня, 3 бали – висока) (табл. И.2). Третій етап – проведення оцінки ймовірності зміни фактору (за п'ятибальною шкалою, де 1 – мінімальна ймовірність зміни фактора, а 5 – максимальна). До аналізу залучено 10 експертів з числа топ-менеджерів 25 ЗОЗ (табл. 2.16). Четвертий етап – вивчення загального рівня впливу факторів на розвиток ринку медичних послуг міста Вінниці, що дозволяє менеджерам здійснювати контроль факторів маркетингового середовища (табл. 3.3).

Таблиця 3.2

## SWOT-аналіз ринку медичних послуг м. Вінниці

<p><b>Внутрішні фактори</b></p> <p><b>Зовнішні фактори</b></p>	<p><b>Сильні сторони</b></p> <p>С.1. Наявність навчальних закладів з підготовки медичного персоналу (Вінницький національний медичний університет, Вінницький медичний коледж);</p> <p>С.2. Підтримка місцевими органами влади розвитку охорони здоров'я в регіоні;</p> <p>С.3. Зростаючий попит на диверсифіковані види медичних послуг;</p> <p>С.4. Розвинена мережа приватних та комунальних ЗОЗ;</p> <p>С.5. Підвищення заробітної плати медичного персоналу;</p> <p>С.6. Покращення матеріально-технічної бази ЗОЗ;</p> <p>С.7. Автономізація ЗОЗ</p>	<p><b>Слабкі сторони</b></p> <p>Сл.1. Недостатній рівень інтегрованих маркетингових комунікацій;</p> <p>Сл.2. Відсутність стратегічного планування в КНП та недостатній його рівень у приватних ЗОЗ;</p> <p>Сл.3. Обмеженість маркетингового бюджету;</p> <p>Сл.4. Неефективні стратегії персоналу;</p> <p>Сл.5. Тіньові платежі за послуги;</p> <p>Сл.6. Наявність дефектів надання медичних послуг та скарг пацієнтів;</p> <p>Сл.7. Відсутність ефективних інструментів внутрішнього контролю (клінічного аудиту)</p>
<p><b>Зовнішні можливості</b></p> <p>М.1. Реформування фінансування галузі;</p> <p>М.2. Впровадження сучасних платних послуг у діяльність КНП;</p> <p>М.3. Високий попит на медичні послуги;</p> <p>М.4. Наявність цільових програм територіальної громади «Стратегія розвитку Вінниці 2020» (її структурна складова «Вінниця – здорове місто»);</p> <p>М.5. Залучення висококваліфікованих медичних кадрів</p>	<p><b>Можливі стратегії</b></p> <p>1. Збереження існуючих та формування нових конкурентних переваг ЗОЗ (М.2, М.3, М.5, С.3, С.5, С.6, С.7);</p> <p>2. Диференціація та диверсифікація сервісної складової медичних послуг (М.3, М.4, С.2, С.3, С.4);</p> <p>3. Розвиток персоналу (М.5, С.1, С.5);</p> <p>4. Збереження частки ринку (М.3, С.3)</p>	<p><b>Можливі стратегії</b></p> <p>1. Унікальність бренду (М.3, М.4, М.5, Сл.1, Сл.2);</p> <p>2. Онлайн-інструменти (веб-сайт, інтернет-реклама, управління репутацією, SEO-оптимізація – М.3, М.4, Сл.1, Сл.2);</p> <p>3. Зовнішні комунікації між лікарями (М.2, М.3, М.5, Сл.1, Сл.4, Сл.5);</p> <p>4. Маркетинг роботодавця (М.1, М.4, М.5, Сл.4)</p>
<p><b>Зовнішні загрози</b></p> <p>З.1. Зростання рівня конкуренції між ЗОЗ комунальної та приватної форм власності;</p> <p>З.2. Невчасне реагування на зміни у зовнішньому середовищі;</p> <p>З.3. Зростання цін на лікарські засоби, витратні матеріали і обладнання;</p> <p>З.4. Високий рівень захворюваності та смертності від інфекційних захворювань;</p> <p>З.5. Інфляція;</p> <p>З.6. Фінансова криза;</p> <p>З.7. Стрімкий відтік кваліфікованого медичного персоналу</p>	<p><b>Можливі стратегії</b></p> <p>1. Оптимізація мережі ЗОЗ, медичний рітейл (З.1, З.2, З.4, С.2, С.3, С.4);</p> <p>2. Стратегія розвитку ЗОЗ (З.1, З.2, С.2, С.7);</p> <p>3. Коопетиція між ЗОЗ (З.1, З.5, З.6, З.7, С.2, С.6)</p>	<p><b>Можливі стратегії</b></p> <p>1. Ретеншн персоналу (З.1, З.7, Сл.4, Сл.5, Сл.6, Сл.7);</p> <p>2. Фокусування на потребах пацієнтів (З.1, З.2, З.5, З.6, Сл.1, Сл.2, Сл.3);</p> <p>3. Вдосконалення процесу (З.1, З.2, З.3, З.4, Сл.3, Сл.7)</p>

Джерело: Складено автором

Таблиця 3.3

## Оцінка рівня впливу факторів на діяльність ЗОЗ м. Вінниці

Фактор	Рівень значи- мості	Ймовір- ність зміни фактора	Сумар- на оцінка	Фактор	Рівень значи- мості	Ймовір- ність зміни фактора	Сумар- на оцінка
1	2	3	4	5	6	7	8
<b>Сильні сторони</b>				<b>Слабкі сторони</b>			
Наявність навчальних закладів з підготовки медичного персоналу	1,8	4,0	7,2	Недостатній рівень інтегрованих маркетингових комунікацій	1,5	3,1	4,7
Підтримка місцевими органами влади розвитку охорони здоров'я в регіоні	1,5	3,3	5,0	Відсутність стратегічного планування в КНП та недостатній його рівень у приватних ЗОЗ	2,3	3,0	6,9
Зростаючий попит на диверсифіковані види медичних послуг	2,2	3,9	8,6	Обмеженість маркетингового бюджету	1,4	3,2	4,5
Розвинена мережа приватних та комунальних ЗОЗ	1,5	2,8	4,2	Неефективні стратегії персоналу	1,9	3,6	6,8
Підвищення заробітної плати медичного персоналу	2,6	4,7	12,2	Тіньові платежі за послуги	1,5	3,3	5,0
Покращення матеріально-технічної бази ЗОЗ	2,0	3,0	6	Наявність дефектів надання медичних послуг та скарг пацієнтів	2,3	3,4	7,8
Автономізація ЗОЗ	1,8	3,3	5,9	Відсутність ефективних інструментів внутрішнього контролю (клінічного аудиту)	2,0	3,1	6,2
<b>Зовнішні можливості</b>				<b>Зовнішні загрози</b>			
Реформування фінансування галузі	2,8	3,9	10,1	Зростання рівня конкуренції між ЗОЗ комунальної та приватної форм власності	2,4	4,0	9,6
Впровадження сучасних платних послуг у діяльність КНП	1,5	3,4	5,1	Невчасне реагування на зміни у зовнішньому середовищі	1,7	3,7	6,3

Продовження табл. 3.3

1	2	3	4	5	6	7	8
Високий попит на медичні послуги	2,2	3,4	7,5	Зростання цін на лікарські засоби, витратні матеріали та обладнання	2,0	4,5	9,0
Наявність цільових програм територіальної громади «Стратегія розвитку “Вінниця 2020”»	1,2	3,0	3,6	Високий рівень захворюваності та смертності від інфекційних захворювань	2,4	4,3	10,3
Залучення висококваліфікованих медичних кадрів	2,7	3,8	10,3	Стрімкий відтік кваліфікованого медичного персоналу	2,0	3,8	7,6
				Інфляція	1,4	3,0	4,2
				Фінансова криза	1,7	4,4	7,5

Джерело: Складено автором

П'ятий етап – зведення даних у таблицю PEST-аналізу (табл. 3.4).

Таблиця 3.4

### PEST-аналіз ринку медичних послуг м. Вінниці

Фактор	Рівень важливості фактору	Фактор	Рівень важливості фактору
1	2	3	4
Сильні сторони		Слабкі сторони	
Наявність навчальних закладів з підготовки медичного персоналу	7,2	Недостатній рівень інтегрованих маркетингових комунікацій	4,7
Підтримка місцевими органами влади розвитку охорони здоров'я в регіоні	5,0	Відсутність стратегічного планування в КНП та недостатній його рівень у приватних ЗОЗ	6,9
Зростаючий попит на диверсифіковані види медичних послуг	8,6	Обмеженість маркетингового бюджету	4,5
Розвинена мережа приватних та комунальних ЗОЗ	4,2	Неефективні стратегії персоналу	6,8
Підвищення заробітної плати медичного персоналу	12,2	Тіньові платежі за послуги	5,0
Покращення матеріально-технічної бази ЗОЗ	6	Наявність дефектів надання медичних послуг та скарг пацієнтів	7,8
Автономізація ЗОЗ	5,9	Відсутність ефективних інструментів внутрішнього контролю (клінічного аудиту)	6,2
<b>Сума балів по розділу</b>	<b>49,1</b>	<b>Сума балів по розділу</b>	<b>41,9</b>

Продовження табл. 3.4

1	2	3	4
<b>Зовнішні можливості</b>		<b>Зовнішні загрози</b>	
Реформування фінансування галузі	10,1	Зростання рівня конкуренції між ЗОЗ комунальної та приватної форм власності	9,6
Впровадження сучасних платних послуг у діяльність КНП	5,1	Невчасне реагування на зміни у зовнішньому середовищі	6,3
Високий попит на медичні послуги	7,5	Зростання цін на лікарські засоби, витратні матеріали і обладнання	9,0
Наявність цільових програм територіальної громади «Стратегія розвитку Вінниці 2020»	3,6	Високий рівень захворюваності та смертності від інфекційних захворювань	10,3
Залучення висококваліфікованих медичних кадрів	10,3	Стрімкий відтік кваліфікованого медичного персоналу	7,6
		Інфляція	4,2
		Фінансова криза	7,5
<b>Сума балів по розділу</b>	<b>36,6</b>	<b>Сума балів по розділу</b>	<b>54,5</b>

*Джерело:* складено автором

Результати PEST–аналізу ринку медичних послуг за показниками бальної оцінки свідчать про перевагу сильних сторін над слабкими (49,1 та 41,9), а також зовнішніх загроз над зовнішніми можливостями (54,5 та 36,6).

За таких результатів необхідним є формування оптимальної маркетингової конкурентної стратегії для ЗОЗ м. Вінниці, оскільки високим є показник щодо зростання конкуренції між закладами приватної та комунальної форм власності, особливо в секторі гарантованих пакетів послуг. При чому вважаємо за доцільне запропонувати окремі стратегії для КНП та приватних закладів, оскільки місія, візія, цілі, ресурсне забезпечення їх суттєво відрізняються, отже набір маркетингових інструментальних стратегій також буде різним. Так, для КНП та державних закладів на початковому етапі ринкової діяльності доцільними є маркетингові конкурентні стратегії, орієнтовані на вдосконалення процесу, у подальшому, за умов надання конкурентоспроможних платних послуг, можливим є орієнтація на вдосконалення якості та фокусування на потребах споживачів (табл. 3.5).

Таблиця 3.5

**Вибір інструментальної стратегії маркетинг-мікс  
відповідно до обраної маркетингової конкурентної стратегії ЗОЗ**

<b>Маркетингові конкурентні стратегії</b>		
Вдосконалення процесу	Вдосконалення якості	Фокусування на потребах пацієнта
1. Основна мета діяльності ЗОЗ на ринку медичних послуг:		
Мінімізація витрат	Максимізація якості	Максимізація задоволеності пацієнта
2. Завдання ЗОЗ відповідно до мети:		
1. Пошук та закупівля дешевих ресурсів. 2. Оптимізація процесу. 3. Стандартизація послуг. 4. Оптимізація використання виробничої потужності. 5. Підвищення продуктивності. 6. Максимізація пропускну здатності. 7. Розміщення в найбільш економічно ефективному приміщенні. 8. Збільшення обсягу надання медичних послуг.	1. Зростання частки ринку за рахунок якості. 2. Аналіз інновацій в технологіях та методиках лікування. 3. Підбір висококваліфікованого персоналу. 4. Закупівля сучасного обладнання та медичних засобів. 5. Облаштування приміщень на сучасному рівні. 6. Створення унікальної послуги. 7. Оптимізація спектру послуг.	1. Диференціація послуг залежно від потреб споживачів. 2. Дослідження потреб споживачів та максимізація їх задоволення. 3. Створення додаткових сервісів. 4. Налагодження довгострокових стосунків з пацієнтами. 5. Забезпечення безперервної доступності послуг 24/7. 6. Формування пакетних платежів. 7. Наближення до пацієнта за рахунок оптимізації розподілу. 8. Розробка ціннісних програм та програм лояльності.
3. Інструментальні стратегії маркетинг-мікс, придатні для реалізації цілей та завдань:		
1. Цінова (для платних послуг, орієнтованих на витрати). 2. Процесу. 3. Продуктова (для платних послуг, обмежене застосування).	1. Цінова (диференціація цін). 2. Продуктова (з акцентами на медичну складову, репутацію закладу та його лікарів). 3. Персоналу (з акцентом на ретеншн персоналу). 4. Матеріального доказу (з акцентом на сучасне медичне обладнання та інфраструктуру).	1. Продуктова. 2. Цінова. 3. Розподілу. 4. Просування. 5. Матеріального доказу. 6. Персоналу. 7. Процесу. 8. Партнерства.
4. Результат для ЗОЗ:		
1. Досягнення економічної ефективності. 2. Забезпечення медичної ефективності. 3. Покращення соціальної ефективності.		

*Джерело: складено автором*



Для приватних ЗОЗ, залежно від спеціалізації та розміру, можемо рекомендувати наступні стратегії: орієнтовані на вдосконалення процесу – для амбулаторно-поліклінічних закладів, орієнтовані на вдосконалення якості – для невеликих спеціалізованих лікарень, що надають унікальні послуги, орієнтовані на фокусування на потребах споживачів – великі спеціалізовані заклади, що конкурують з аналогічними державними НДІ та центрами. Багатопрофільні заклади, які мають поліклініку, стаціонар, інші лікувально-діагностичні підрозділи, можуть розробляти різні конкурентні стратегії для цих стратегічних бізнес-одиниць.

Для закладів, що конкурують в секторі гарантованих пакетів послуг, важливим є розвиток стратегій, орієнтованих на фокусування на потребах споживачів та відповідних інструментальних стратегій маркетинг-мікс, оскільки саме надання додаткових немедичних послуг, створення інших зручностей може стати для пацієнта вирішальним фактором при виборі закладу та лікаря, а для ЗОЗ – конкурентною перевагою.

Щоб зберегти і примножити свої конкурентні переваги і мати сталий розвиток, ЗОЗ потребує вмілого стратегічного управління та планування, розроблення критеріїв та показників для оцінювання ефективності запровадженої стратегії [246].

Підходи до оцінки ефективності діяльності підприємства викладені зокрема в роботах Drucker P.F. З наявного розмаїття підходів (багатофакторний, галузевий, комплексний) на практиці найчастіше застосовують критеріальний. При цьому під критерієм ефективності розуміють показник (як правило інтегральний), за величиною якого можна судити про ступінь відповідності оцінюваної альтернативи поставленим цілям. Тобто, вибір або формування критеріїв ефективності багато в чому визначається тими цілями, які покладені перед об'єктом оцінювання. Погоджуючись з точкою зору Drucker P.F., що «управляти можна тільки тим, що можна виміряти» [117], вважаємо доцільним визначати ефективність маркетингової конкурентної стратегії з врахуванням особливостей галузі охорони здоров'я, специфіки ЗОЗ як підприємства і

конкурентної ситуації на ринку медичних послуг. Такий підхід дасть змогу не лише оцінити ефективність стратегії, але й активно управляти нею з урахуванням перспектив в умовах ринкової динаміки.

У загальному випадку ефективність можна уявити як функцію від ресурсів, результатів та параметрів зовнішнього середовища, що визначають кон'юнктуру ринку (3.1):

$$E = F(\bar{x}, \bar{y}, \bar{z}) \quad (3.1)$$

де  $E$  – показник ефективності стратегії;

$\bar{x}$  – вектор ресурсів, необхідних для реалізації стратегії;

$\bar{y}$  – вектор планованих (або досягнутих) результатів;

$\bar{z}$  – вектор параметрів зовнішнього середовища, зміна яких призводить до зміни ефективності стратегії.

Оцінка вектору ресурсів відповідає оцінці економічності, оцінка вектору результатів – аналог результативності, вид функціональної залежності характеризує продуктивність, яка визначається сукупністю і взаємозумовленістю застосовуваних технологій.

Оскільки ефективність стратегії є складним, багатоаспектним поняттям, отримати критерій ефективності у вигляді скалярної функції, як правило, не вдається. У цьому випадку можливе використання багатокомпонентного критерію, складові якого – самостійні, незалежні один від одного критерії.

Визнаючи підхід Drucker P.F., Ойнер О.К., що загальна ефективність може розглядатися з двох позицій – зовнішньої і внутрішньої, пропонуємо використовувати їх для оцінювання ефективності стратегій [117, 118, с.17-22]. При цьому під зовнішньою ефективністю слід розуміти доцільність і раціональність використання зовнішніх можливостей ЗОЗ, пов'язаних з його найближчим оточенням (пацієнтами, конкурентами, стейкхолдерами, постачальниками лікарських засобів та виробів медичного призначення).

Внутрішня ефективність – ступінь оптимальності використання внутрішніх ресурсів, можливостей і компетенцій закладу.

Підхід, заснований на поєднанні зовнішньої та внутрішньої ефективності і відповідних їм інтегральних показників, сформованих у розрізі економічності, продуктивності та результативності, дозволить визначити комплексний показник ефективності стратегії ЗОЗ, який може використовуватися на етапі розробки маркетингової конкурентної стратегії – для визначення планової ефективності; в процесі її реалізації – для моніторингу поточної ефективності; на завершальному етапі стратегічного планування – для розрахунку цільової ефективності. Принципова схема оцінки ефективності маркетингової конкурентної стратегії ЗОЗ на основі комплексного підходу представлена на рис. 3.3.

Економічність в даній предметній сфері слід розуміти як рішення стратегічної задачі вибору такої комбінації ресурсів необхідної якості в заданий термін, за якої мінімізуються витрати при цільовому результаті. У цьому випадку розглядаються не тільки напрямки витрачання всіх видів ресурсів, але й ціни їх придбання і умови постачання. Продуктивність є сполучною ланкою між економічністю і результативністю. Більшою мірою продуктивність пов'язана із застосовуваними технологіями: медичними, інформаційними, організаційними. Чим вище рівень застосовуваних технологій, тим вище продуктивність. Результативність характеризує ступінь досягнення цільових показників. Стратегія вважається результативною, якщо при заданій комбінації ресурсів забезпечується максимальний результат. Найчастіше результативність розглядають як різницю між запланованими і фактичними показниками.

Узагальнену процедуру оцінювання ефективності маркетингової конкурентної стратегії ЗОЗ наведено у табл. 3.6. Запропонований підхід дозволить визначати «вузькі місця» в циклі стратегічного маркетингового управління ЗОЗ, оскільки плановий показник ефективності маркетингової конкурентної стратегії багато в чому визначається рівнем і станом системи планування закладу; поточний – залежить від здатності менеджменту реалізовувати поставлені цілі і завдання; цільовий – демонструє здатність ЗОЗ до розвитку.

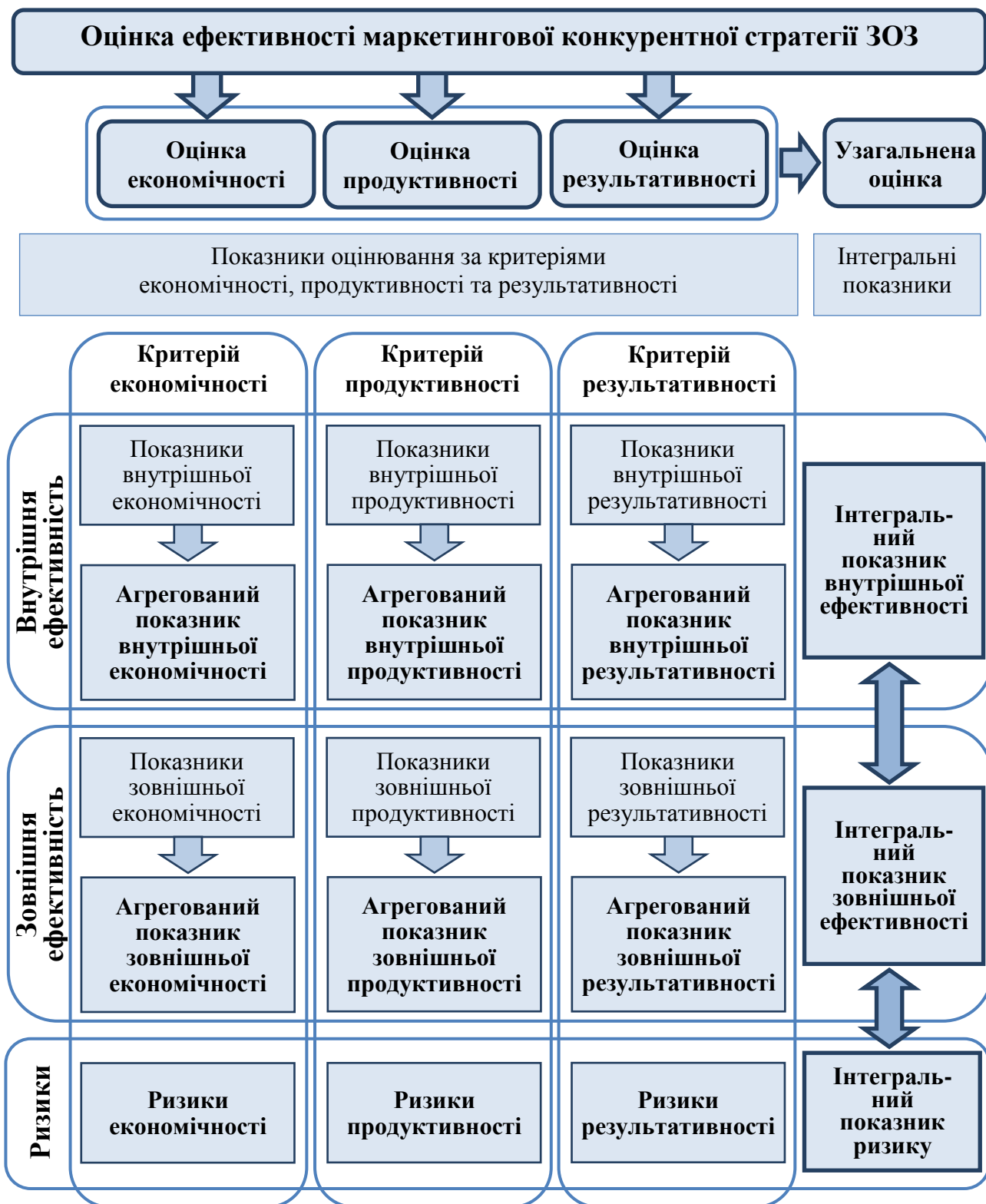


Рис. 3.3. Критерії та показники оцінки ефективності маркетингової конкурентної стратегії 3ОЗ

Джерело: Складено автором на основі [117, 118]

Таблиця 3.6

### Етапи оцінювання ефективності маркетингової конкурентної стратегії ЗОЗ

Назва етапу	Сутність етапу
1	2
I. Оцінювання внутрішньої економічності маркетингової конкурентної стратегії	Формування системи показників для проведення експертної оцінки внутрішньої економічності на основі аналізу та оцінювання раціональності ресурсної складової маркетингової конкурентної стратегії ЗОЗ, тобто оцінка стану (за обсягом, вартістю) матеріальних, трудових, фінансових, організаційних та інформаційних ресурсів. Значення критеріїв економічності оцінюється в балах від 1 до 10
II. Оцінювання зовнішньої економічності маркетингової конкурентної стратегії	Аналіз зовнішніх ресурсів ЗОЗ, що формуються з урахуванням мікросередовища (пацієнтів, стейкхолдерів, постачальників) за допомогою таких показників, як рівень лояльності пацієнтів, рівень довіри партнерів, рівень надійності постачальників, ступінь розпізнавання бренду
III. Оцінювання внутрішньої продуктивності маркетингової конкурентної стратегії	Формування системи показників на основі аналізу технологічної складової. Експертна оцінка стратегії за такими показниками, як реальність, обґрунтованість, оптимальність, точність, повнота охоплення, збалансованість, коригування
IV. Оцінювання зовнішньої продуктивності стратегії	Експертна оцінка на основі показників адаптивності, інтелектуальності, конкурентоспроможності, інноваційності, наукомісткості, здатності до розвитку
V. Оцінювання внутрішньої результативності стратегії	Моніторинг показників, що відображають ключові фактори успіху
VI. Визначення зовнішньої результативності стратегії	Оцінювання за допомогою показників: ступінь задоволеності пацієнтів, рівень сервісу, зростання частки ринку, скорочення витрат на просування
VII. Розрахунок агрегованих показників економічності, продуктивності, результативності стратегії	<p>Обчислення трьох агрегованих показників внутрішньої ефективності в розрізі економічності, продуктивності і результативності стратегії за формулою 3.2</p> $A_j = \sum_{i=1}^{k_j} w_i^j * R_i^j \quad (3.2)$ <p>де <math>k_j</math> – кількість показників; <math>w_i^j</math> – вагомість відповідного показника; <math>R_i^j</math> – значення показника; <math>j</math> – верхній індекс, відповідає рівню оцінки, <math>j = 1, 2, 3</math> (1 – оцінка економічності; 2 – продуктивності; 3 – результативності); <math>i</math> – порядковий номер показника всередині рівня (нижній індекс).</p> <p>Обчислення трьох агрегованих показників зовнішньої ефективності в розрізі економічності, продуктивності і результативності, які розраховуються за формулою 3.3:</p> $B_j = \sum_{i=1}^{k_j} v_i^j * S_i^j \quad (3.3)$ <p>де <math>k_j</math> – кількість показників; <math>v_i^j</math> – вагомість показника; <math>S_i^j</math> – значення показника</p>

## Продовження табл. 3.6

1	2
VIII. Оцінювання інтегрального показника ризику	<p>Визначення рівня ризику <math>R_I^j</math> або <math>R_2^j</math> як ступеню відхилення від бажаного стану за формулами 3.4, 3.5:</p> $R_I^j = 10 - A_j \quad (3.4)$ $R_2^j = 10 - B_j \quad (3.5)$ <p>Розрахунок інтегрального показника ризику</p>
IX. Розрахунок інтегральних показників ефективності стратегії	<p>Обчислення інтегральних показників внутрішньої <math>E_I</math> та зовнішньої ефективності <math>E_E</math> стратегії за формулами 3.6, 3.7:</p> $E_I = \sum_{j=1}^3 x_j A_j \quad (3.6)$ $E_E = \sum_{j=1}^3 x_j B_j \quad (3.7)$ <p>де <math>x_j</math> – вагомість агрегованих показників</p>
X. Формування та інтерпретація комплексного показника ефективності стратегії	<p>Розрахунок комплексного показника ефективності стратегії <math>E_S</math> за формулою 3.8:</p> $E_S = f(E_I, E_E) \quad (3.8)$ <p>Інтерпретація комплексного показника ефективності маркетингової конкурентної стратегії:</p> <p><math>E_S = [0 - 3,3]</math> – низьке значення,  <math>E_S = [3,3 - 6,6]</math> – середнє значення,  <math>E_S = [6,6 - 10]</math> – високе значення ефективності стратегії</p>

Джерело: Складено автором на основі [118]

Щодо конкретних показників, ми їх розглянемо в контексті внутрішнього аудиту ЗОЗ, зокрема клінічного.

3.2. Розробка ефективної конкурентної стратегії закладу на ринку медичних послуг на основі інструментів клінічного аудиту

Успіх реалізації розробленої конкурентної стратегії ЗОЗ залежить від діючої системи контролю, який здійснюється протягом періоду дії стратегії. Контроль передбачає системний аналіз і оцінку виконання рішень відповідно до стратегічного плану і ступеня досягнення стратегічних цілей.

У наказі МОЗ від 28.09.2012 № 752 «Про порядок контролю якості медичної допомоги» визначено такі методи контролю – зовнішній та

внутрішній, самооцінка медичних працівників, експертна оцінка, клінічний аудит, моніторинг системи індикаторів якості, атестація / сертифікація відповідно до вимог чинного законодавства України та законодавства Європейського Союзу [247].

Ефективність і результативність діяльності ЗОЗ мають зростаюче значення в оцінці їх конкурентоспроможності на ринку медичних послуг. Розробка і впровадження в 70-х роках XX століття ряду стандартів в галузь охорони здоров'я (GCP, GLP, CMP, GNP) та створення систем якості в ЗОЗ на основі вимог стандартів TQM і серії ISO 9000 підтвердили доцільність перебудови діяльності галузі охорони здоров'я за індустріальним типом [248].

Впровадження будь-якої базової конкурентної стратегії – лідерства за якістю, або вдосконалення процесу, або фокусування на потребах пацієнтів – в практичну діяльність ЗОЗ вимагає організації клінічного аудиту як інструмента оцінки якості медичної послуги, механізму вдосконалення медичного обслуговування населення, засобу стимулювання професійної діяльності медичного персоналу. Медична допомога / послуга апріорі має бути якісною. Право пацієнта на якісну та безпечну медичну допомогу закріплено у міжнародних стандартах надання медичної допомоги та вітчизняному законодавстві в сфері охорони здоров'я.

Провідною метою клінічного аудиту є поліпшення існуючої клінічної практики (стандартів та процесів) і забезпечення лідерства на ринку медичних послуг на основі постійного пошуку можливостей вирішення найбільш актуальних завдань, що стоять перед ЗОЗ або його структурним підрозділом. До інших цілей клінічного аудиту відносять забезпечення захисту прав громадян в галузі охорони здоров'я і забезпечення населення якісними послугами в рамках гарантованих державних або страхових програм медичної допомоги; вдосконалення діагностики, лікування і реабілітації соціально значущих та інших захворювань, з якими звертається населення [248].

Для досягнення поставлених цілей персоналу ЗОЗ необхідно успішно вирішити ряд завдань:

- сформувати службу контролю якості в ЗОЗ;
- провести оптимізацію управління діяльністю персоналу (стандартизувати процеси, розробити алгоритми діяльності);
- на основі доказової медицини провести ревізію схем лікування, прийнятих в даному ЗОЗ з найбільш важливих і соціально значущих захворювань.

Найбільш поширеною моделлю аудиту медичної послуги є базова модель виміру якості Donabedian A., яка поширена в галузях промисловості та містить наступні компоненти [249]:

- внутрішні ресурси – в медицині до них відносяться також структура, що надає ресурси (наприклад, обладнання та інструментарій лікарів, медичного закладу та поєднання людських ресурсів і рівня кваліфікації);
- процес – це спосіб застосування ресурсів, наприклад, стиль взаємовідносин із пацієнтами;
- результат – це наслідок втручання, що вимірюється як медичними, так і функціональними показниками.

На відміну від класичного контролю якості, клінічний аудит заснований на принципі безперервного покращення якості, відображенням чого служить цикл Deming – Shewhart, або цикл PDCA (Plan– Do–Check– Act), який чітко демонструє циклічність роботи (рис. 3.4), тобто не тільки проведення оцінювальних заходів безпосередньо, але й подальше внесення змін в практику роботи, а також подальший контроль в динаміці [250].

Головним принципом всього процесу клінічного аудиту є те, що він має призводити до вдосконалення клінічної практики з покращенням результатів лікування пацієнтів [248]. Він здійснює систематичний критичний перегляд якості клінічної практики мультидисциплінарною командою. За допомогою клінічного аудиту можна відстежити процеси діагностики, лікування та догляду за пацієнтами, використані ресурси та вплив медичної послуги на результат і якість життя пацієнта.



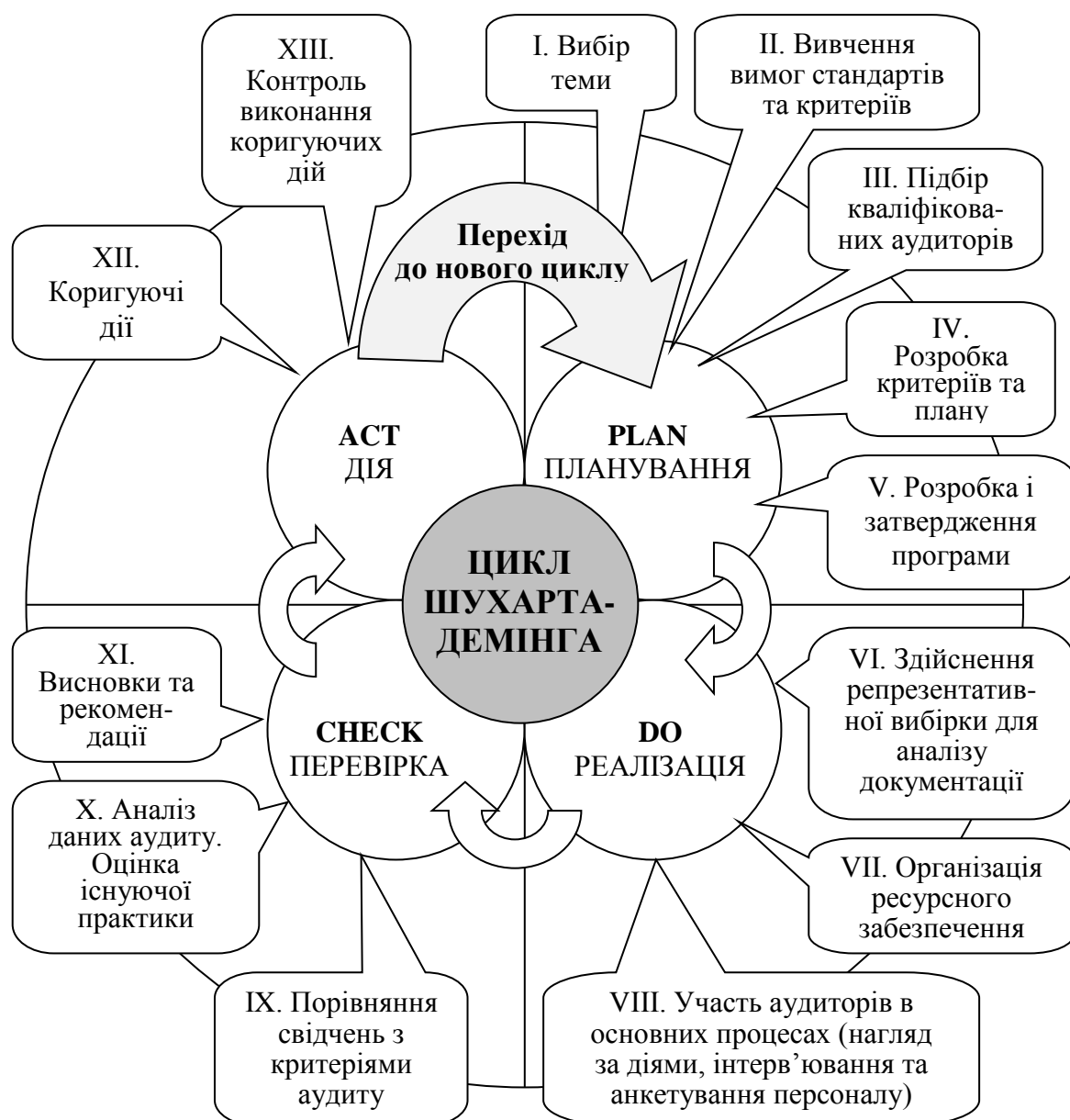


Рис. 3.4. «Спіраль» клінічного аудиту

Джерело: Складено автором на основі [250]

Окрім цього виділяємо такі принципи клінічного аудиту: початок всередині ЗОЗ; контроль наявних даних; конфіденційність; відсутність покарання або обвинувачення за результатами його проведення.

Два фундаментальні принципи клінічного аудиту у ЗОЗ відрізняють його від методу експертних оцінок: конфіденційність (результати дослідження не розголошуються і не використовуються для дисциплінарних стягнень) і вільна кооперація професіоналів медичних та немедичних спеціальностей [106].

Контроль і аудит може об'єднувати ретроспективний характер діяльності. Деякі інші відмінності між цими поняттями наведено в табл. 3.7.

Таблиця 3.7

### Порівняння процесів контролю та аудиту

Контроль	Аудит
Оцінка відповідності за одним або декількома параметрами, «старший контролює підлеглого»	Збір і аналіз повної інформації про певний вид діяльності спеціально створеною робочою групою
Формалізований процес	Формалізовані критерії доповнюються неформальним творчим підходом
Визначення відповідності встановленому раніше рівню	Визначення необхідного рівня із затвердженого плану дій

*Джерело:* Складено автором на основі [106]

Аудит порівнює актуальну практику із стандартами здійснення медичної практики. В результаті цього порівняння будь-які недоліки у існуючій практиці можна виявити та усунути.

В даний час існує декілька моделей клінічного аудиту. Всі вони засновані на принципах PDCA, проте мають і суттєві відмінності. Системи клінічного аудиту Національної служби охорони здоров'я Великобританії (NHS) і США функціонують, передусім, як акредитаційні механізми. Дані системи є особливо перспективними, проте варто зауважити, що практика стандартизації та клінічних аудитів у Великобританії і США була введена понад 30 років тому і в даний час такі методології аудиту використовуються там для подальшого вдосконалення національних систем охорони здоров'я, але вони є малозастосовними для тих країн, де медична практика недостатньо систематизована.

За останні 20 років у світі відбулися якісні зміни в системі охорони здоров'я, що стосуються, зокрема, розвитку так званого пацієнт-орієнтованого підходу, заснованого на принципах поваги до пацієнта і фокусуванні на його індивідуальних інтересах, потребах і цінностях, а також на залученні його до процесу прийняття рішень щодо надання медичної послуги. Даний підхід став основною базою управління сучасним ЗОЗ, оскільки практика підтверджує

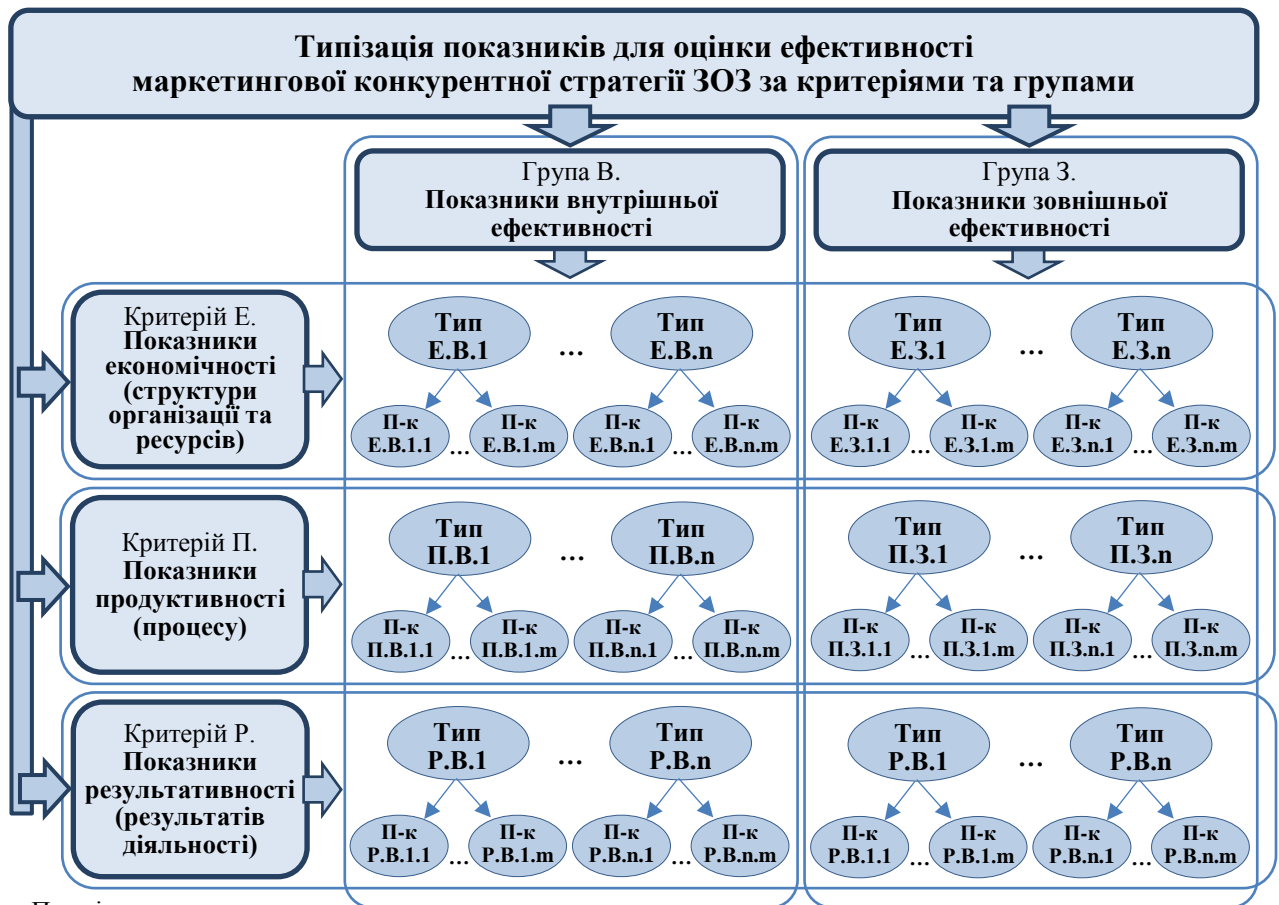
оптимальність прийнятих на його основі управлінських рішень [108]. На прикладі аналізу різних підходів до моніторингу якості проведення діагностики ми сформуваємо методологію клінічного аудиту, орієнтовану на оцінку організації логістики. Тобто клінічний аудит спроможний оцінити ефективність операційної діяльності (клінічного або лікувально-діагностичного процесу) з точки зору менеджменту та оптимізувати логістичну систему ЗОЗ. Ключовим компонентом методології є стандартизована пацієнт-центрична модель клінічного маршруту при виконанні діагностичних досліджень (додаток Ж). Основна ідея аудиту полягає у зіставленні реального стану логістики пацієнта і стандартизованої моделі клінічного маршруту з подальшим формулюванням індивідуалізованих рекомендацій, спрямованих на підвищення якості роботи діагностичного відділення (з урахуванням локальних особливостей). В цілому, методологія аудиту розроблена з урахуванням міжнародних рекомендацій і являє собою систему, що дозволяє підвищити якість як прийому пацієнтів, так і організації роботи всередині відділення.

При розробці стандартизованої моделі ми керувалися Законом України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», ст. 4 якого визначає зокрема такі принципи охорони здоров'я, як: дотримання прав і свобод людини і громадянина в сфері охорони здоров'я та забезпечення пов'язаних з ними державних гарантій; орієнтація на сучасні стандарти здоров'я та медичної допомоги, поєднання вітчизняних традицій і досягнень із світовим досвідом в сфері охорони здоров'я [132]. Крім того, розробка клінічного маршруту пацієнта регламентована нормами наказу МОЗ України від 29.12.2016 №1422, п. 3.10, де зазначено, що клінічний маршрут пацієнта містить алгоритм руху пацієнта по підрозділах ЗОЗ, пунктах контактів з лікарями та іншим медичним персоналом у процесі надання медичної допомоги, а також за потреби взаємодії між ЗОЗ при наданні медичної допомоги з метою виконання вимог стандарту, уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги та нового клінічного протоколу медичної допомоги. Клінічний маршрут пацієнта розробляється у довільній формі з урахуванням особливостей відповідного ЗОЗ» [251]. З огляду

на вище зазначені норми, маршрут пацієнта диференційований на блоки, які передусім відображають принцип оптимального розподілу відповідальності між персоналом. Для кожного блоку сформовані чіткі і лаконічні принципи, що базуються на пацієнт-центричному підході. Запропонована стандартизована пацієнт-центрична модель клінічного маршруту, як нам вважається, відображає найбільш важливі фактори, які можуть вплинути на ЯМД при плануванні і проведенні діагностичних досліджень.

Важливою стадією процесу клінічного аудиту є розроблення критеріїв та показників для оцінювання і прийняття подальших управлінських рішень. Всі показники для оцінки ЯМД структуруються за вже згаданим вище принципом тріади Donabedian A. До речі, цей самий принцип прописаний у вже згаданому наказі МОЗ від 28.09.2012 № 752 (п.7) [247]. У зв'язку з цим можна виділити як клінічні, так і неклінічні показники в кожній складовій тріади (структура / ресурси, процес / діяльність, результати). Варто однак відзначити, що не всі показники ЯМД чітко відносяться до тієї чи іншої частини тріади Donabedian A., вони є одночасно частиною того чи іншого напрямку (наприклад, індекс безпеки пацієнтів, будучи складовою частиною процесного показника, також є показником результату лікування пацієнтів). Нижче, на рис. 3.5 наведено типи показників для ЗОЗ за тріадою Donabedian A., які, на нашу думку, одночасно можуть бути використані топ-менеджерами і для поліпшення клінічного процесу і для оцінювання ефективності обраної маркетингової конкурентної стратегії.

Показники ефективності можна умовно розділити на дві групи – показники внутрішньої ефективності та показники зовнішньої ефективності (див. табл. 3.6), до кожної з яких входить три типи показників: економічності, продуктивності та результативності (табл. 3.8). Отже, в структурі організації лікування докладно оцінюються показники клініко-технологічної та технічної оснащеності ЗОЗ, показники, пов'язані з комфортністю перебування пацієнтів у клініці, показники, пов'язані з наявністю кадрового потенціалу закладу, санітарні норми і обсяг лікарняної інфраструктури.



Примітки:

Е.В.1, ..., Е.В.п – типи показників підгрупи внутрішньої економічності (Е.В.);

Е.З.1, ..., Е.З.п – типи показників підгрупи зовнішньої економічності (Е.З.);

П.В.1, ..., П.В.п – типи показників підгрупи внутрішньої продуктивності (П.В.);

П.З.1, ..., П.З.п – типи показників підгрупи зовнішньої продуктивності (П.З.);

Р.В.1, ..., Р.В.п – типи показників підгрупи внутрішньої результативності (Р.В.);

Р.З.1, ..., Р.З.п – типи показників підгрупи зовнішньої результативності (Р.З.);

П-к – показник;

1, ..., п – кількість типів показників в підгрупі; 1, ..., м – кількість показників певного типу.

Кількість типів та показників в їх межах може бути адаптована під конкретний ЗОЗ залежно від обраної маркетингової конкурентної стратегії.

Рис. 3.5. Типізація показників для оцінки ефективності маркетингової конкурентної стратегії ЗОЗ за критеріями та групами за тріадою Donabedian А.

*Джерело:* Складено автором

Оцінювання процесу здійснюється за допомогою показників, пов'язаних з відповідністю кращим клінічним практикам та репутаційними експертними оцінками, а також запобіганням інфекціям. Переважаючий тип показника для оцінювання внутрішньої результативності – смертність пацієнта, включаючи ризик/індекс смертності (співвідношення фактичної смертності до очікуваної протягом 30 днів з моменту госпіталізації, у тому числі від певних захворювань, наприклад, пневмонії, гострого міокарда), на другому місці – стан здоров'я пацієнта під час і після лікування.

Таблиця 3.8

**Показники для оцінювання ефективності маркетингової конкурентної стратегії ЗОЗ на засадах клінічного аудиту**

Типи показників	Показники
1	2
Показники внутрішньої економічності (структури організації та ресурсів)	
Е.В.1. Показники технічних ресурсів ЗОЗ	Е.В.1.1. Інтегральний індекс технічної оснащеності ЗОЗ; Е.В.1.2. Індекс забезпеченості медичною технікою з того чи іншого медичного напрямку; Е.В.1.3. Наявність інфекційної/ ізолюючої палати.
Е.В.2. Показники клініко-технологічних ресурсів ЗОЗ	Е.В.2.1. Кількість стандартизованих клінічних програм/ технологій (стандартів, протоколів лікування).
Е.В.3. Показники людських ресурсів ЗОЗ	Е.В.3.1. Кадровий потенціал закладу, його динаміка та структура; Е.В.3.2. Якісна структура медичного персоналу.
Е.В.4. Показники послуг, що підвищують ступінь комфортності	Е.В.4.1. Наявність неклінічних послуг – сервісів, що підвищують комфортність перебування пацієнтів (перекладацький сервіс, сервіс шкільного навчання для дитячих лікарень, палати для родичів, сервіс додаткового поглибленого догляду за пацієнтами); Е.В.4.2. Обсяг ресурсів для задоволення потреб цільових груп споживачів в медичних послугах.
Е.В.5. Показники дотримання санітарних норм	Е.В.5.1. Санітарний стан ЗОЗ в цілому; Е.В.5.2. Санітарний стан в приміщеннях різного типу
Е.В.6. Показники лікувальної інфраструктури ЗОЗ та її обсягу	Е.В.6.1. Показники потужності лікарні (кількість ліжко-місць); Е.В.6.2. Пропускна здатність ЗОЗ.
Показники зовнішньої економічності (структури організації та ресурсів)	
Е.3.1. Показники маркетингового мікросередовища.	Е.3.1.1. Рівень лояльності пацієнтів; Е.3.1.2. Рівень довіри партнерів; Е.3.1.3. Рівень надійності постачальників; Е.3.1.4. Ступінь розпізнавання бренду
Показники внутрішньої продуктивності (процесу)	
П.В.1. Репутація ЗОЗ	П.В.1.1. Експертні репутаційні оцінки ЗОЗ (репутаційні оцінки експертів-лікарів, репутаційні оцінки пацієнтів)
П.В.2. Відповідність кращим клінічним практикам	П.В.2.1. Процесно-часові показники виробничої діяльності ЗОЗ; П.В.2.2. Науково-освітня діяльність ЗОЗ (участь у наукових клінічних конференціях, наявність міждисциплінарної клінічної ради); П.В.2.3. Науково-дослідна діяльність ЗОЗ (участь лікарні в науково-клінічних дослідженнях і випробуваннях нових лікарських засобів); П.В.2.4. Фінансова ефективність /показники фінансової діяльності ЗОЗ (витрати з урахуванням випадку виписки і зарплат, рентабельність, співвідношення вартості та клінічної ефективності певного випадку/ епізоду амбулаторного лікування пацієнта, співвідношення мінімальної ціни та високої клінічної ефективності); П.В.2.5. Комунікативна компетентність і доступність медичного персоналу (індекс комунікативної компетентності та доступності медичного персоналу, надання інформації про лікування і його наслідки, показники рівня кооперації медичного персоналу між собою в процесі терапії)

## Продовження табл. 3.8

1	2
П.В.3. Запобігання інфекціям	П.В.3.1. Наявність антиінфекційних заходів
Показники зовнішньої продуктивності (процесу)	
П.3.1. Показники інноваційності	П.3.1.1. Коефіцієнт забезпеченості інтелектуальною власністю; П.3.1.2. Коефіцієнт інноваційності обладнання; П.3.1.3. Коефіцієнт технологічності інноваційних медичних послуг; П.3.1.4. Коефіцієнт інноваційного розвитку
П.3.2. Показники адаптивності	П.3.2.1. Фінансові: ліквідності, платоспроможності, рентабельності, фінансової стійкості, ділової активності; П.3.2.2. Економічні: собівартості, ефективності використання матеріальних ресурсів, ефективності засобів виробництва, оцінки продажу медичних послуг, ефективності використання праці
П.3.3. Показники інтелектуальності	П.3.3.1. Питома вага лікарів, що мають науковий ступінь; П.3.3.2. Кількість патентів, винаходів та ін. об'єктів інтелектуальної власності; П.3.3.3. Плинність кадрів; П.3.3.4. Індекс кваліфікації; П.3.3.5. Витрати на підготовку кадрів та підвищення кваліфікації
П.3.4. Показники конкурентоспроможності	П.3.4.1. Техніко-економічні (якість, витрати на використання послуг); П.3.4.2. Комерційні (кон'юнктура ринку, надання сервісу, реклама, імідж, гудвіл); П.3.4.3. Нормативно-правові (вимоги безпеки медичної послуги, патентно-правові)
П.3.5. Показники наукомісткості	П.3.5.1. Частка витрат на НДДКР у бюджеті ЗОЗ та у загальному обсязі продажу; П.3.5.2. Кількість інновацій, здійснених за останні п'ять років у ЗОЗ; П.3.5.3. Престиж ЗОЗ; П.3.5.4. Оптимізація фінансування досліджень; П.3.5.5. Частка інноваційних продуктів у їх загальній кількості за п'ятирічний період діяльності ЗОЗ; П.3.5.6. Відповідність нових розробок вимогам навколишнього середовища
П.3.6. Показники здатності до розвитку	П.3.6.1. Фаза розвитку ЗОЗ (показник конкурентного статусу); П.3.6.2. Інтегральний показник розвитку ЗОЗ; П.3.6.3. Ступінь реалізації потенціалу ЗОЗ
Показники внутрішньої результативності (результатів діяльності)	
Р.В.1. Смертність пацієнтів	Р.В.1.1. Ризик смертності пацієнтів (показник/індекс смертності пацієнтів протягом 30 днів з моменту госпіталізації, порівняння лікарів між собою з поправкою на ступінь ризику смертності та ускладнень, комплексний показник смертності за 1 рік/ 3 роки); Р.В.1.2. Ризик-обумовлена летальність від конкретних захворювань
Р.В.2. Стан здоров'я пацієнта в процесі лікування та після нього	Р.В.2.1. Післяопераційні та інші ускладнення стану здоров'я (коефіцієнт ускладнень); Р.В.2.2. Ремісія захворювання (повторна госпіталізація); Р.В.2.3. Безпека пацієнта (оцінка ризиків результатів лікування); Р.В.2.4. Госпітальні інфекції (інтегративний індекс рівня безпеки лікарні для пацієнтів)
Показники зовнішньої результативності (результатів діяльності)	
Р.3.1. Показники задоволеності пацієнтів	Р.3.1.1. Індекс задоволеності пацієнтів медичним обслуговуванням; Р.3.1.2. Динаміка попиту на медичні послуги; Р.3.1.3. Кількість пролікованих хворих із очікуваними позитивними результатами лікування; Р.3.1.4. Показники зниження рівня дефектів (відхилень, невідповідностей) в порівнянні з попереднім періодом діяльності;

## Продовження табл. 3.8

1	2
	Р.3.1.5. Дотримання прав пацієнта в сфері охорони здоров'я згідно з чинним законодавством.
Р.3.2. Рівень сервісу (в порівнянні з конкурентами та його динаміка)	Р.3.2.1. Показник зміни складу послуг; Р.3.2.2. Коефіцієнт дотримання вчасності надання послуги; Р.3.2.3. Коефіцієнт задоволеності пацієнтів інфраструктурою ЗОЗ; Р.3.2.4. Коефіцієнт безвідмовності при першому зверненні; Р.3.2.5. Коефіцієнт безвідмовності при терміновому зверненні; Р.3.2.6. Кількість неприйнятих телефонних дзвінків, залишених без уваги за період (показник ефективності телефонних перемовин); Р.3.2.7. Наявність безкоштовних додаткових послуг під час очікування або надання медичної допомоги; Р.3.2.8. Темп зміни кількості скарг за період; Р.3.2.9. Темпи зміни показників рівня сервісу.
Р.3.3. Критерії ліцензування і акредитації за відповідним профілем діяльності ЗОЗ	Р.3.3.1. Відповідність кадровим, організаційним та технологічним ліцензійним вимогам; Р.3.3.2. Наявність акредитації ЗОЗ.
Р.3.4. Показники місткості та частки ринку	Р.3.4.1. Абсолютна частка ринку; Р.3.4.2. Відносна частка ринку; Р.3.4.3. Темп зміни частки ринку
Р.3.5. Показники ефективності витрат на просування	Р.3.5.1. Динаміка зміни витрат на просування; Р.3.5.2. Показник вартості залучення нового пацієнта; Р.3.5.3. Динаміка зміни клієнтської бази після проведення комунікаційних заходів

Загалом, на нашу думку, структурування показників для оцінки якості медичної послуги, на якій фундується будь-яка конкурентна стратегія, за принципом тріади Donabedian A. є логічним, оскільки дозволяє врахувати три взаємозалежних фактори якості – ресурси, процес, результати лікування пацієнтів. Включення до системи оцінювання якості медичної послуги як клінічних, так і неклінічних (або парамедичних) показників дозволяє розширити можливості клінічного аудиту як управлінського інструменту та залучити до його проведення не тільки експертів-медиків, але й менеджерів, маркетингологів, юристів.

Як ми зазначили вище, клінічний аудит є також засобом стимулювання професійної діяльності медичного персоналу.



### 3.3. Ступінь задоволення споживача як головна детермінанта успіху закладів охорони здоров'я в конкурентній боротьбі

Нині ступінь задоволення споживача розглядається як ключовий аспект, що визначає успіх підприємства у конкурентній боротьбі. Взагалі, підприємство має в своєму розпорядженні два способи втримання споживачів: створення умов, що перешкоджають зверненню споживача до інших постачальників; максимальне задоволення споживача. Якщо перший спосіб пов'язаний з багатьма технічними та юридичними складнощами і, до того ж, є непопулярним у суспільстві, то другий забезпечує широкий спектр засобів підвищення іміджу та відомості бренду.

Задоволення – відчуття вдоволення або розчарування, що виникає у людини, яка порівнює свої попередні очікування та реальні якості придбаного товару (або результат) [162]. Тобто, задоволення споживача – функція і очікувань, і реальних експлуатаційних характеристик продукту. Високий ступінь задоволення або вдоволення формують не тільки раціональну перевагу, але й емоційну прихильність до конкретного бренду.

Існують наступні методи виміру ступеню задоволення споживача: система збору скарг та пропозицій; опитування про ступінь задоволення споживачів; метод «таємний покупець»; аналіз причин скорочення клієнтів.

У сфері охорони здоров'я вивчення думки пацієнтів щодо наданої медичної послуги є складовою контролю ЯМД (п. 7 Наказу МОЗ від 28.09.2012 № 752 «Про порядок контролю якості медичної допомоги») [247]. Задоволеність пацієнтів медичною послугою визначає їх споживчу поведінку: висловлювання позитивних відгуків про ЗОЗ, перевагу даного лікувального закладу в разі необхідності звернення по допомогу, підвищення частоти звернення до лікарні, готовність оплачувати послуги більшої вартості. Тим часом незадоволеність медичною послугою призводить до негативних поведінкових реакцій (негативні відгуки про ЗОЗ, зниження витрат на

отримання послуги в цьому закладі або її отримання у інших постачальників послуг).

Нами було проведено опитування пацієнтів приватних та комунальних ЗОЗ шляхом онлайн-анкетування за допомогою Google-форм у три етапи.

1. Виявлення загальної задоволеності та вивчення думки пацієнтів щодо надання медичної послуги та факторів, які впливають на вибір ними закладу.

2. Вивчення взаємозв'язку між фактичною (сприйнятою) якістю наданої медичної послуги, задоволеністю пацієнтів та намірами лояльності до медичного закладу з метою побудови відповідної моделі.

3. З'ясування тенденцій використання маркетингових інструментів у діяльності ЗОЗ та важливості кожного з них для пацієнта при виборі закладу, виявлення взаємозв'язку між застосуванням цих інструментів, задоволеністю та лояльністю пацієнтів.

Слід зазначити, що вибірка сукупність респондентів усіх трьох етапів опитування була випадковою та складалася з осіб, які погодилися його пройти. Анкети поширювалися серед співробітників та студентів Донецького національного університету імені Василя Стуса, студентів Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова, слухачів курсів підвищення кваліфікації організаторів охорони здоров'я, через соціальні мережі та серед учасників Всеукраїнського медичного саміту (20.02.2020 р.) шляхом розповсюдження посилання на Google-диск. Перевагами такого онлайн-опитування є повна конфіденційність, зручність при заповненні та обробці даних, а серед недоліків – неможливість контролювати структуру вибірки, потреба у навичках роботи респондента з формами; важливим є на етапі розробки самого опитувальника дотриматися зрозумілості тез та інструментарію для респондента.

Перший етап опитування проводився у період з 15.12.2019 р. по 15.01.2020 р. та мав на меті з'ясувати фактори, які впливають на вибір ЗОЗ пацієнтом, на їх загальну задоволеність, основні причини та частоту звернення до ЗОЗ, виявити думку пацієнтів щодо переваг у виборі приватних клінік та

вивчити пропозиції щодо покращення роботи комунальних некомерційних підприємств. За анкетною «Загальна задоволеність пацієнтів медичною допомогою (послугами)» (Додаток Л) методом простої випадкової вибірки було опитано 136 респондентів, лівову частку з яких склали студенти Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова. Вибір саме цієї аудиторії для дослідження пов'язаний з тим, що саме студенти-медики регулярно відвідують ЗОЗ та мають значний рівень інформованості щодо сучасного стану галузі та стандартів надання медичної допомоги, а також безпосередній доступ до пацієнтів лікарень різного профілю. Структура вибірки та відповідей на запитання наведені у табл. Л.1.

Так, серед опитаних 76% були віком від 18 до 29 років, 12,5% – особи від 40 до 49 років, 8,1% – 50-59 років, 2,9% – 30-39 років та 0,7% – старші 60 років. Щодо статі, то 72,8% – це жінки. За рівнем освіти більшість (58,1%) – особи із незакінченою вищою освітою, 31,6% – мають вищу, 6,6% – середню та 3,7% – середню професійну освіту. За сферою зайнятості 67,6% – студенти, 16,9% – робітники, 5,9% – підприємці, 4,4% – службовці, 2,2% – пенсіонери. За рівнем доходу: 56,6% опитаних мають нижче 4500 грн, 10,3% – 4500-6000 грн, 8,1% – 6000-8000 грн, 11% мають 8000-10000 грн та 14% – вище 10000 грн. 72,1% опитаних не одружені, 24,3% – перебувають у шлюбі. 19,1% з опитаних мають дітей.

Переважає більшість опитаних (77,2%) звертається до сімейного лікаря за необхідністю, раз на місяць і частіше – всього 4,4%, 13,2% опитаних як правило займаються самолікуванням, 5,1% – ще не обрали сімейного лікаря. Основною причиною звернення у 33,8% була діагностика та лікування хвороби, 16,9% – отримання подальшого направлення до лікаря-спеціаліста, 16,2% – щеплення, 11,8% – зверталися по консультацію, 9,6% – для отримання листка непрацездатності або довідки, 6,6% цікавляться профілактикою захворювань, 5,1% – потребують виписування рецепту. Щодо задоволеності роботою сімейного лікаря, то відповідь «повністю задоволений» надали 33,1%, ще 30,1% – достатньо задоволені, але мають зауваження, 24,3% – скоріше задоволені, ніж

незадоволені; 6,6% – здебільшого не задоволені і 2,9% – повністю незадоволені. Загалом рівень задоволеності роботою сімейних лікарів серед опитаних є досить високим, проте є зауваження, які ЗОЗ варто врахувати для вдосконалення процесу надання медичних послуг.

На запитання про можливі пропозиції для поліпшення роботи сімейних лікарів можна було обрати декілька варіантів та написати власну відповідь. Найпопулярнішою (63,6%) була відповідь «закупити сучасне обладнання для лікування та діагностики» (рис. Л.1), 50,8% опитаних – за «запровадження видачі довідок онлайн», 47% обрали «запровадити електронні черги», 43,3% – «забезпечити онлайн-доступ до медичної інформації про пацієнта», 42,4% – «забезпечити право пацієнта на безпеку медичної послуги (попередження про можливі ризики та побічні ефекти призначеного лікування)», 34,8% – «зменшити очікування в черзі», «забезпечити доступ до протоколів лікування після встановлення діагнозу» – 27,3%; «збільшити норму часу на прийом 1 пацієнта» – 25%. Серед окремих думок, висловлених респондентами було: «забезпечення доступу до відгуків інших пацієнтів та можливості вибору лікаря-спеціаліста на їх основі», «розширити перелік лікарів-спеціалістів відповідно до потреб пацієнтів», «збільшити пропускну здатність відповідно до потреб пацієнтів», «збільшити норму талонів на діагностику та направлень до лікарів-спеціалістів в амбулаторіях», «менше писати, вносити все в комп'ютер і більше уваги приділяли пацієнту».

Основною причиною звернення до лікарів-спеціалістів є діагностика та лікування хвороби (58,1% відповідей), ще для 28% респондентів – це обов'язковий (14%) та добровільний (14%) медичний огляд, 11% опитуваних зазвичай звертаються за консультацією, двоє осіб (1,5%) потребували направлення до стаціонару (обидва із вікової категорії 18-29 років). Розподіл відповідей щодо пропозицій для поліпшення роботи сімейних лікарів проілюстровано на діаграмі (рис. Л.2), автоматично створеній Google-формою за результатами відповідей респондентів.

Як видно із діаграми, що ілюструє частоту звернення до приватних ЗОЗ або лікарів приватної практики (рис. Л.3), переважна більшість респондентів мають досвід звернення до приватних ЗОЗ, в т.ч. регулярно користуються їх послугами – 22,8%, звертаються у невідкладних випадках – 7,8%, ніколи не відвідували такі заклади – 14,7%. На думку опитаних, найважливішими із запропонованих в анкеті перевагами у приватних ЗОЗ та лікарів приватної практики є (рис. Л.4): наявність сучасного обладнання (обрали 80,9% респондентів), приємне оточення, в якому надається послуга (64%), уважне, доброзичливе ставлення до пацієнта (59,6%), відсутність черг (58,8%), гнучкий графік роботи (55,9%), висока кваліфікація лікарів (33,8%), налагодження довгострокових довірливих стосунків (33,8%), зручне місце розташування (29,4%), мінімізація дефектів у наданні медичної послуги (22,8%), наявність необхідного лікаря-спеціаліста (5,9%).

Тобто найголовніших недоліків обслуговування в КНП, відмічених респондентами, немає у приватних закладах, вони стали їхніми перевагами – це наявність сучасного обладнання, приємне оточення, відсутність черг, гнучкий графік роботи. Значна частина опитаних вважає, що у приватних закладах ставлення до пацієнта є більш доброзичливим, кваліфікація лікарів та бажання налагодити довгострокові довірливі стосунки є більш високими. Важливо, що майже 6% опитаних знайшли необхідного спеціаліста саме в приватному закладі, що свідчить про зосередження їх уваги на потребах пацієнтів.

Запитання, що стосувалось факторів вибору ЗОЗ (рис. Л.5) також передбачало можливість вибору однієї або декількох відповідей. Головним фактором вибору закладу для пацієнтів виявлено «якість наданої послуги (отриманий результат)», який обрали 86% опитаних, ще для 51% вирішальну роль відіграє «швидкість надання послуги, її результативність та тривалість ефекту», для 47,1% важливо отримати комплекс послуг в одному місці, 41,2% звертають увагу на ціну послуги, 27,2% орієнтуються на рекомендації родичів або знайомих і для 25,7% є важливою можливість отримати допомогу безкоштовно.

Метою одного з останніх запитань першого етапу опитування було виявити ті додаткові (супутні) послуги, які пацієнти вважають корисними у ЗОЗ. Популярність послуг із запропонованого нами переліку наступна (рис. И.6): діагностична лабораторія – обрали 81,1% опитаних; доступ до Wi-fi мережі – 56,8%; наявність аптеки – 50,8%; кімнати для перебування родичів пацієнта стаціонару – 38,6%; наявність точки харчування – 35,6%; наявність місця для паркування авто – 31,1%; дитяча кімната – 24,2% (при 20% респондентів з дітьми); магазин – 18,2%. Оскільки дане запитання передбачало можливість висловити свою думку та запропонувати додатковий варіант, один із респондентів запропонував діагностичні послуги (МРТ), медичну техніку, місце, де можна залишили тварин.

Завершальні запитання анкети були відкритими та дозволили отримати безліч думок, пропозицій та скарг: «Сприяти безперервному професійному розвитку усіх медичних працівників», «Терміново запровадити страхову медицину. Збільшити державне фінансування галузі, запровадити позавідомчий контроль якості надання послуг», «Отримувати консультації лікаря цілодобово онлайн. Повернути практику виклику лікаря, медичної сестри, лікаря-спеціаліста до хворих, які не можуть самостійно відвідати ЗОЗ», «Забезпечити населення інформацією щодо можливості укласти угоду з приватним сімейним лікарем», «Спростити процедуру направлення до лікаря-спеціаліста при наявності гострих симптомів у пацієнта», «Запровадити можливість отримати послугу спеціаліста у вихідні дні», «Реформувати правильними реформами», «Покращити контроль за безпечністю щеплень та інших медичних маніпуляцій», «Виділяти більше грошей на медицину, особливо на зарплати медпрацівникам», «Розширити перелік патологій у програмі «Доступні ліки» з включенням туди патологій психічної сфери, гастроентерології, неврології, ревматології та ін.», «Ввести страхову медицину; збільшити рівень доходів громадян», «Припинити реформування та прибрати сімейних лікарів», «Проводити щеплення від гепатиту В та дифтерії дорослому населенню, відповідно до календаря профілактичних щеплень, в КНП», «Збільшити

зарплату лікарям вторинної ланки, вдосконалити електронну систему черг та надати змогу видавати довідки онлайн», «Зменшити ціну послуг в приватних закладах до помірних», «Підвищити заробітну плату лікарям».

Нинішній перехід від застарілої системи до конкурентного ринку охорони здоров'я змушує постачальників медичних послуг боротися з дефіцитом фінансування і посиленням конкуренції. Споживачі, які залишилися незадоволеними якістю послуг в КНП, активно звертаються до приватних ЗОЗ, від яких очікують отримати послуги вищої якості та додатковий сервіс. Через ці обставини ЗОЗ в даний час працюють в нових, складних і невизначених умовах. Зіткнувшись із цією ситуацією, постачальники послуг повинні навчитися задовольняти потреби пацієнтів, оптимізуючи свої витрати, та враховувати взаємозв'язок якості послуги, задоволеності пацієнтів нею та лояльності – схильності звернутися повторно саме в цей заклад та порекомендувати його іншим. Тому другий етап опитування був присвячений вивченню взаємозв'язку між фактичною (сприйнятою пацієнтом) якістю наданої послуги, задоволеністю цією послугою та намірами лояльності до закладу і проводився за допомогою анкети, розробленої за методом SERVPERF (Додаток М). Алгоритм цього етапу дослідження наведено на рис. 3.6.

Було опитано 438 респондентів, структуру вибірки наведено у табл. Л.1. Для визначення обсягу вибірки ми скористалися формулою, яка застосовується у випадках, коли попереднє дослідження не проводилося [252]:

$$n = \frac{\frac{z^2 * p(1-p)}{e^2}}{1 + \left(\frac{z^2 * p(1-p)}{e^2 * N}\right)} \quad (3.9)$$

де  $e$  – межа похибки;

$z$  – рівень довіри (табличне значення для рівня довіри 95% складає 1,96);

$p$  – відсоткове значення.

Рекомендованим значенням чисельності вибіркової сукупності для межі похибки +/- 5% за рівня довіри 95% є 400 осіб [252, с. 101].

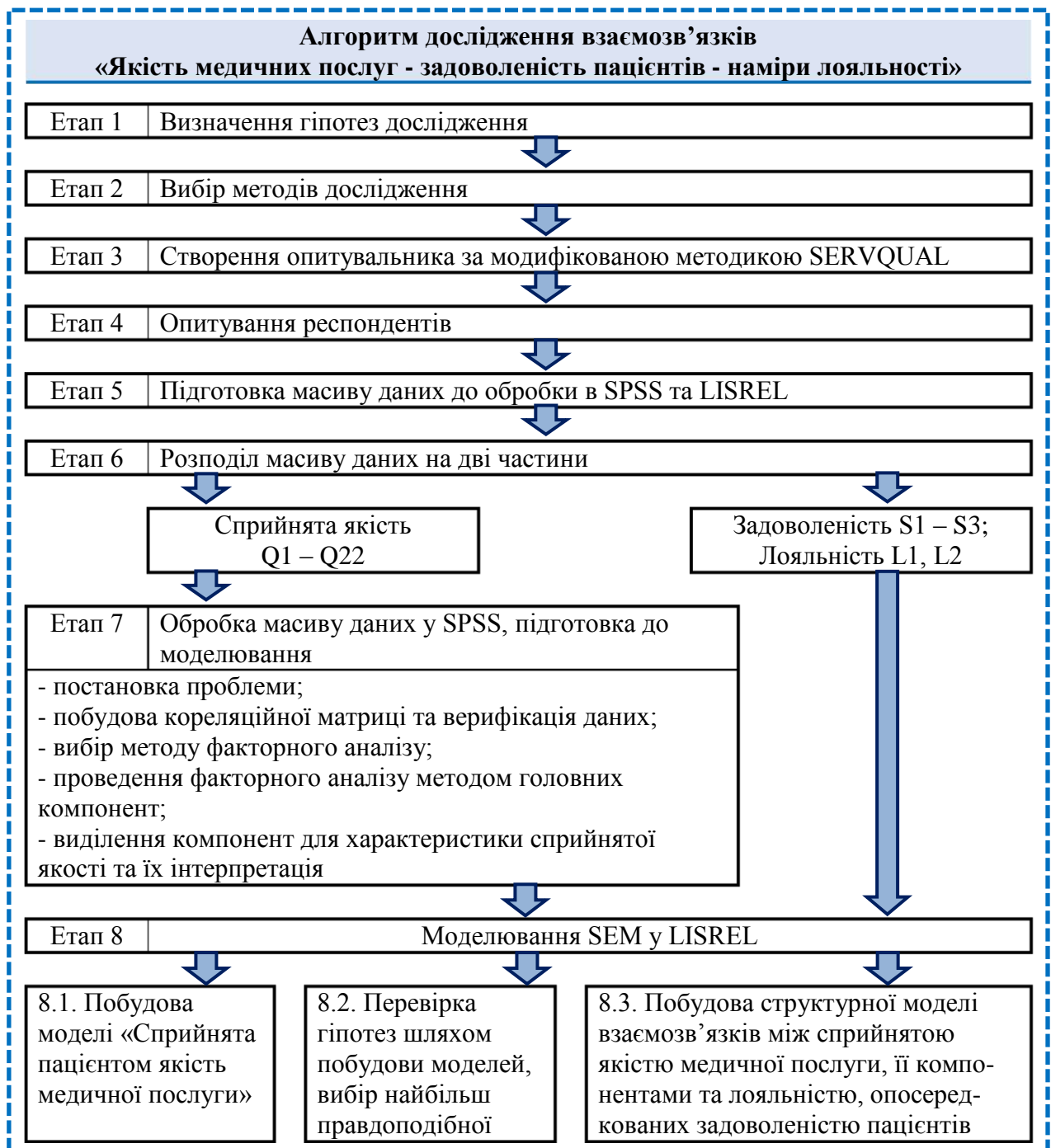


Рис. 3.6. Алгоритм проведення дослідження взаємозв'язків між якістю медичних послуг, задоволеністю пацієнтів та їх намірами лояльності

*Джерело: Складено автором*

Теоретичним підґрунтям другого етапу були праці дослідників, які вивчали задоволеність пацієнтів на основі гіпотетичного зв'язку між якістю послуг, задоволеністю, лояльністю та утриманням клієнтів [253 – 263], але, як свідчить проведений нами аналіз доробку, єдиної думки донині не досягнуто.



Так, автори Hennig-Thurau T., Klee A. зазначають, що задоволеність клієнтів продуктами або послугами підприємства часто розглядається як ключ до успіху підприємства та його конкурентоспроможності у довгостроковій перспективі, вважається основним фактором утримання клієнтів в контексті маркетингу взаємовідносин, проте, емпіричні дослідження в цій царині свідчать, що прямий зв'язок між цими конструкціями є слабким або навіть не існує [255].

Серед науковців висувуються різні гіпотези щодо цього взаємозв'язку:

Гіпотеза 1. Задоволеність пацієнтів забезпечує опосередкований взаємозв'язок між сприйнятою пацієнтами якістю медичної послуги та наміри лояльності пацієнтів до ЗОЗ [253, 256-259].

Гіпотеза 2. Якість послуг та задоволеність клієнтів впливають на лояльність рівною мірою [255, 260, 261 ].

Гіпотеза 3. Сприйнята якість медичної послуги забезпечує взаємозв'язок між задоволеністю пацієнта і його лояльністю [262, 263] (рис.3.7).

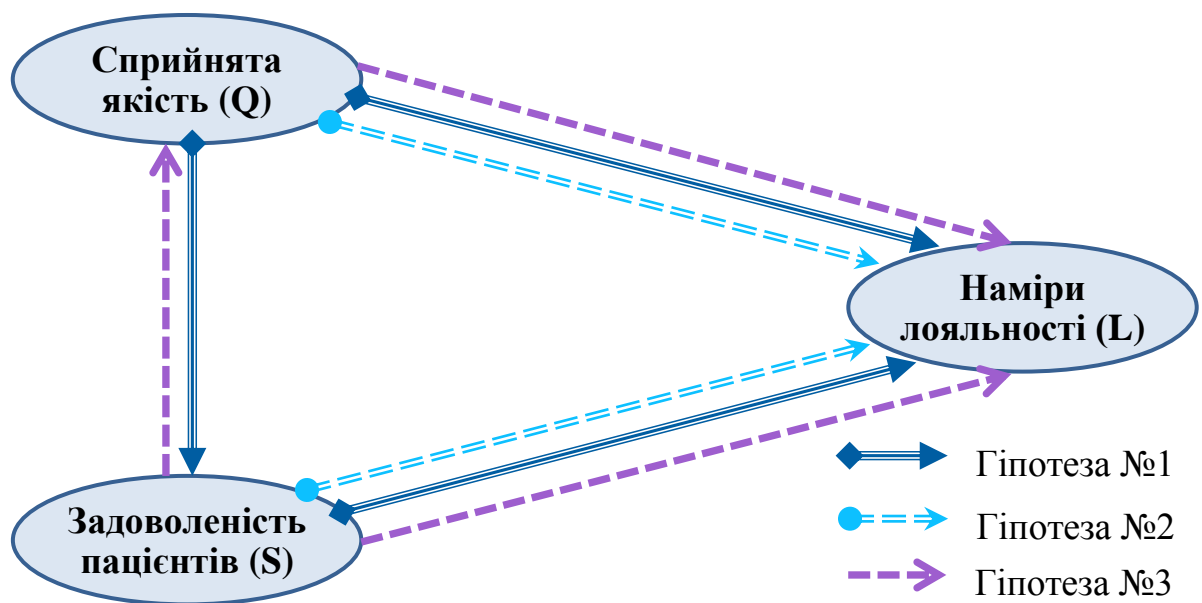


Рис. 3.7. Гіпотези взаємозв'язку між сприйнятою якістю, задоволеністю та лояльністю пацієнтів

Джерело: Складено автором на основі [253, 255-263]

До теперішнього часу розроблено безліч методів оцінки якості послуг, серед яких можна виділити п'ять, які принципово відрізняються один від одного – це: метод критичних випадків; метод SERVQUAL; метод SERVPERF; метод INDSERV; метод Кано. Більшість дослідників у царині охорони здоров'я та медичних послуг надають перевагу методу SERVQUAL та його модифікаціям. Авторство методики належить Parasuraman A, Zeithaml V.A, Berry L. [264]. Дана методика заснована на американській моделі якості послуг та припущенні, що якість послуги – це результат порівняння споживачем своїх очікувань та сприйняття.

Анкета складається з узгоджених пар запитань: 22 елемента очікування і 22 елемента сприйняття, згрупованих в п'ять вимірів, які, як вважається, відповідають ментальній карті споживача послуги. Як компонент очікувань, так і компонент сприйняття опитувальника складається в цілому з 22 пунктів, в тому числі 4 елементи для визначення очевидності (Tangibles), 5 елементів для визначення надійності (Reliability), 4 елементи для спроможності (Responsiveness), 4 елементи для впевненості (Assurance) і 5 елементів для визначення емпатії (Empathy) (табл. 3.9) [264].

Таблиця 3.9

#### Основні стимули в стандартах SERVQUAL та SERVPERF

Назви основних стимулів	Зміст поняття стимулу
Tangibles	«Очевидність, відчутність» – відображає, наскільки визначеною і відчутною є віддача від отримуваної послуги.
Reliability	«Достовірність, надійність» – наскільки достовірними і надійними є для споживача запевнення щодо наданої послуги.
Responsiveness	«Відповідальність, спроможність» – як споживач оцінює ступінь відповідальності, підкріпленої адекватною спроможністю.
Assurance	«Впевненість, забезпеченість» – наскільки особа, яка надає послугу, є компетентною.
Empathy	«Емпатія, проникнення» – відображає наскільки зрозумілими для надавача послуги є потреби споживача

*Джерело:* Складено автором на основі [253, 264].

Анкета призначена для проведення особистого інтерв'ю і вимагає вибірки від середнього до великого розміру для статистичної достовірності. На практиці зазвичай додають такі елементи, як демографічні дані респондента, попередній досвід роботи з брендом або категорією і поведінкові наміри. Таким чином, остаточно анкета може складатися більш ніж з 60 пунктів і зазвичай займає не менше однієї години для кожного респондента.

Вищезазначена довжина опитувальника в поєднанні з вимогами до розміру вибірки призводять до істотних витрат на адміністрування та аналіз даних.

На думку окремих маркетологів, зокрема Kang G., James J., дана методика має й інші недоліки – фокусування на процесі надання послуги і неврахування самого результату [265, 266]. Для наукового пошуку нами обрано метод SERVPERF (SERVICE PERFORMANCE), запропонований Cronin J.J., Taylor S.A. [253]. Вони стверджували, що дослідження відносин між очікуваною і фактичною якістю не є належним підходом до її оцінки. Оцінка якості обслуговування ускладнена через різницю між якістю, що сприйнята клієнтом, і його очікуванням. Основні висновки, які зроблено авторами на основі методу SERVPERF, полягають у тому, що дослідження характеру ставлення споживачів до різних характеристик послуг дозволяє ще на початковому етапі планування оцінити найбільш важливі і цінні характеристики послуги з точки зору задоволеності споживача, а також визначити ті характеристики, удосконалення яких дасть найбільший результат.

Розроблена нами анкета для дослідження складалась з трьох блоків питань: перший блок – для з'ясування оцінки пацієнтами якості медичних послуг; другий – для визначення рівня задоволеності; третій – для виявлення намірів лояльності (Додаток М). Відповідно для оцінки якості було запропоновано 22 ствердження, на кожне з яких респондентам необхідно було надати відповідь за семибальною шкалою Лайкерта (1 – категорично не згоден, 7 – повністю згоден). Ствердження були об'єднані у п'ять стимулів, описаних у табл. 3.9 (табл. 3.10).

Таблиця 3.10

**Описова статистика (середні значення і стандартні відхилення)**

Запитання анкети	Умовні позначення	Середнє значення	Стандартне відхилення
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
Оцінка якості			
EMPATHY		4,25	1,516
1. Персонал закладу (лікар) ввічливий	Q1_empath.	5,06	1,523
2. Персонал закладу доброзичливий, проявляє турботу про пацієнта	Q2_empath.	4,57	1,609
4. Медичний персонал розуміє потреби пацієнтів	Q4_empath.	4,41	1,729
16. Кожному пацієнту приділяється індивідуальна увага	Q16_empath.	4,31	1,834
TANGIBLES		3,91	1,408
5. Наявні інформативні матеріали, пов'язані з наданням медичної послуги, є візуально привабливими	Q5_tangib.	4,09	1,803
15. Кабінети, палати та інтер'єр є візуально привабливими та чистими	Q15_tangib.	4,11	1,831
17. Персонал має приємний зовнішній вигляд	Q17_tangib.	5,28	1,424
19. Обладнання приміщень, передпокою, палат є сучасним	Q19_tangib.	3,60	1,850
22. Прайс-лист послуг є повним, зрозумілим та вичерпним	Q22_tangib.	4,35	1,841
RELYABILITY		3,92	1,441
3. Медична послуга надається вчасно	Q3_relyab.	4,48	1,683
7. Медичні записи є коректними	Q7_relyab.	4,89	1,687
8. Пацієнта попереджають про затримку узгодженого часу (у випадку затримки лікаря для надання термінової послуги)	Q8_relyab.	3,70	1,994
9. Медична послуга надається в чітко в узгоджений час	Q9_relyab.	3,92	1,751
12. Інформування про вартість послуг здійснюється заздалегідь та на належному рівні	Q12_relyab.	4,58	1,861
RESPONSIVENESS		4,14	1,512
6. Персонал виявляє бажання надати послугу	Q6_respons.	4,27	1,780
11. Медичний персонал відповідає на всі питання пацієнта про його стан здоров'я	Q11_respons.	4,75	1,668
13. Персонал готовий реагувати на запити	Q13_respons.	4,39	1,685
14. Медична послуга надається безпосередньо з першого звернення	Q14_respons.	4,51	1,700
ASSURANCE		3,95	1,498
10. Медичний персонал викликає довіру у пацієнтів	Q10_assur.	4,29	1,675
18. Графік роботи закладу (лікаря) є зручним для пацієнтів	Q18_assur.	4,43	1,816
20. Пацієнти відчувають себе у безпеці під час медичного втручання	Q20_assur.	4,04	1,834
21. Пацієнтів інформують про варіанти надання послуги	Q21_assur.	4,43	1,731

Продовження табл. 3.10

1	2	3	4	
Оцінка задоволеності				
1. Як би Ви оцінили загальну якість послуг, що надаються Вашою лікарнею (лікарем)? (якість в цілому)	S1	4,67	2,365	
2. Думаючи про цю лікарню (лікаря) загалом, будь-ласка, оцініть ті блага, які Ви отримали за витрачені кошти	S2	4,66	2,253	
3. В цілому, на скільки Ви задоволені обраним закладом? (загальний рівень задоволеності)	S3	4,73	2,500	
Оцінка лояльності				
1. Чи порекомендуєте Ви даний заклад (лікаря) іншим людям при виникненні такої потреби?	L1	4,35	1,846	
2. Чи відчували Ви себе в достатній безпеці під час отримання послуги, щоб згодом порекомендувати заклад (лікаря) іншим?	L2	4,04	1,834	

*Джерело:* Складено автором

Задоволеність пацієнтів була виміряна з використанням загальної оцінки ступеня задоволеності, оскільки вона відображає особисті переваги пацієнта, очікування пацієнтів і реальність отриманої послуги. Були використані три запитання: 1) Як би ви оцінили загальну якість послуг, що надаються вашою лікарнею лікарем? 2) Думаючи про лікарню (лікаря) загалом, будь ласка, оцініть ті блага, які ви отримали за витрачені кошти. 3) В цілому наскільки ви задоволені обраним закладом? Всі три запитання вимірювалися за десятибальною семантичною диференційною шкалою від 1 до 10 (1 – абсолютно задоволений, 10 – абсолютно незадоволений). Ми використовували інвертовану шкалу оцінок, щоб уникнути повторюваних позитивних або негативних відповідей.

На думку дослідників, десятибальні шкали є кращими, ніж звичайні п'ятибальні шкали, тому що в дослідженнях задоволеності пацієнтів медичною послугою вони демонструють більш високу валідність і коректність. Структурний елемент анкети «Наміри лояльності» було виміряно двома запитаннями з використанням семибальної шкали Лайкерта: «Чи порекомендуєте ви даний заклад (лікаря) іншим людям при виникненні такої потреби?» та «Чи відчували Ви себе в достатній безпеці під час отримання послуги, щоб згодом порекомендувати

заклад (лікаря) іншим?» (1 – категорично не рекомендую, 7 – однозначно рекомендую).

Етапи дослідження охоплювали: постановку проблеми, побудову кореляційної матриці, вибір методу факторного аналізу, визначення числа факторів, обертання факторів, інтерпретація факторів, оцінка придатності моделі.

Для знаходження взаємозв'язку між трьома блоками конструкції і перевірки гіпотез побудуємо модель за допомогою моделювання структурними рівняннями (SEM) з використанням пакету SPSS STATISTICS 17.0 та LISREL8.80.

Пакет SPSS дозволяє побудувати кореляційну матрицю (коефіцієнти кореляції Пірсона, згруповані у матрицю) на основі введеного масиву даних, який містить оцінки респондентів по ствердженнях щодо сприйняття ними параметрів якості медичних послуг (1 блок) (табл. М.1).

Програма SPSS результати розрахунків виводить у вигляді послідовно розміщених таблиць та графіків (опційно), серед яких – індикатори для перевірки відповідності обраних даних основоположним критеріям при проведенні факторного аналізу. Перший з них – це адекватність вибірки для факторного аналізу або міра вибіркової адекватності Кайзера- Мейєра-Олкіна (КМО), яка в нашому випадку складає 0,945, що відповідає безумовному рівню адекватності (рис. М.1). Другий – критерій сферичності Бартлетта (критерій багатомірної нормальності для розподілу змінних – Sig.) – спосіб визначення доцільності обробки вихідних даних, який здійснює перевірку значення кореляції на предмет нульових значень. В нашому випадку його значення Sig.=0 ( $p < 0,05$ ) і свідчить про те, що зібрані дані придатні для дослідження методом факторного аналізу.

У наступній таблиці програма наочно презентує інформацію про те, яку частину дисперсії кожної з включених в аналіз змінних пояснює наведена факторна модель (табл. М.2). Спільність (Communality) є квадратом множинної кореляції змінної як залежної, що використовує фактори як предиктори. Вимірює процент дисперсії в даній змінній, що пояснюється спільно всіма факторами, та може інтерпретуватися як надійність цього індикатора. Загалом, спільності вказують, для яких змінних, що вимірювались, факторний аналіз працює

найкраще та найгірше. Так, змінна Q1 (ствердження 1) – персонал (лікар) закладу ввічливий – пояснюється моделлю на 66,2%, Q22 (ствердження 22) – прайс-лист послуг є повним, зрозумілим та вичерпним – пояснюється на 80,9% тощо. Всі змінні (спільності) мають значення вище 0,3, отже розмір вибірки є достатнім для аналізу результатів.

На наступному етапі було обрано метод головних компонент, який фундується на покроковому пошуку факторів, з яких перший фактор дає пояснення найбільшій частині дисперсії. Далі програма виділяє другий, третій фактори і т.д. При цьому важливо, щоб вони не мали залежності від першого і одночасно давали пояснення найбільшій частині дисперсії, яка залишилася.

З математичної точки зору вилучення факторів має певну аналогію з множинним регресійний аналізом. Виділення факторів триває доти, поки не буде вичерпана вся загальна дисперсія змінних.

При виконанні факторного аналізу з установками за замовчуванням всі фактори, власні значення яких перевищують одиницю, зберігаються для подальшого аналізу. За нашими даними виявлено три компоненти, більші за одиницю (табл. М.3). Перша головна компонента пояснює 57,214% загальної дисперсії, друга – 6,493%, третя – 4,594%. В представленій моделі три головні компоненти (фактори) у сукупності пояснюють 68,301% загальної дисперсії.

Чітких рекомендацій щодо визначення відсотку вихідної дисперсії не існує, але для соціології характерні факторні моделі з 60-70% поясненої дисперсії. Графік власних значень (метод «кам'яного осипу») для нашої моделі показаний на рис. М.2. Всі початкові власні значення при використанні методу головних компонент розраховуються у низхідному порядку, тому на результуючому графіку отримуємо спадну криву. Рекомендація методу «кам'яного осипу» полягає у відборі такої кількості факторів, скільки точок на графіку розташовано до моменту різкого спаду. Тобто у нашому випадку краще взяти три, а не чотири фактори.

Наступним кроком після виділення факторів є їх обертання, метою якого є отримання простої структури, якій відповідає велике значення навантаження

кожної змінної тільки по одному фактору і мале – за рештою факторів. Процедура обертання полегшує інтерпретацію початкової математично коректної структури факторів. Навантаження відображає зв'язок між змінною та фактором, будучи подібним до коефіцієнта кореляції.

SPSS дозволяє виконувати декілька варіантів обертання, при яких вісі повертаються так, щоб утворилась проста структура, яка б задовольняла тому чи іншому критерію. Використано два варіанти обертань – Варімакс (Varimax rotation) та Прямий облімін (Direct oblimin rotation) як найбільш поширені, проте існують у програмі й інші: Квартімакс (Quartimax rotation), Еквімакс (Equimax rotation), Промакс (Promax rotation). Порівнюємо їх результати до обертання та після нього з метою полегшення інтерпретації виділених факторів, відкидаючи значення нижче 0,4 (рис. М.3, рис. М.4, рис. 3.8).

На рис. М.3 а) зображено матрицю компонент до застосування методів ротації (програма відображає її у виведенні для порівняння), у кожному зі стовпців знаходяться значення навантажень кожної із змінних на виділені фактори, які коливаються в діапазоні  $|0,005 \dots 0,881|$  – від низьких, які свідчать про слабку кореляцію, до високих, які дозволяють інтерпретувати виділені фактори. Після виконання ротації навантаження кожного з факторів змінилися, але при такому форматі відображення результатів їх інтерпретація є все ще складним завданням, оскільки незначні навантаження візуально «заважають», тому для її спрощення в діалоговому вікні «Options» (Опції) (рис. М.4) змінимо формат відображення даних, обравши «Sorted by size» (Сортувати за розміром) та «Suppress small coefficients» (Приховати малі коефіцієнти), зазначивши 0,40 в полі «Absolute value below» (Абсолютною вагою нижче).

Слід зазначити, що у подібних дослідженнях, характерних для соціально-поведінкових наук, як правило не враховуються значення навантажень нижче 0,30 – 0,50, тому ми обрали для «відсіювання» саме значення 0,40 як середнє з загальноприйнятих.

Матриці компонент після вищезазначених змін до та після обертання методами Варімакс та Прямий облімін зображені на рис. 3.8.



Component Matrix <sup>a</sup>			
	Component		
	1	2	3
Q4_empath.	,881		
Q13_respons.	,879		
Q6_respons.	,854		
Q10_assur.	,851		
Q20_assur.	,827		
Q3_relyab.	,825		
Q16_empath.	,814		
Q2_empath.	,806		
Q11_respons.	,775		
Q1_empath.	,767		
Q21_assur.	,760		
Q14_respons.	,734		
Q9_relyab.	,714		
Q22_tangib.	,706	,410	
Q8_relyab.	,703		
Q17_tangib.	,701		
Q5_tangib.	,701		
Q15_tangib.	,685		,408
Q7_relyab.	,670		
Q12_relyab.	,665		-,469
Q19_tangib.	,631	,462	
Q18_assur.	,579	,460	

Extraction Method: Principal Component Analysis.  
a. 3 components extracted.

а) Матриця компонент (до обертання)

Rotated Component Matrix <sup>a</sup>			
	Component		
	1	2	3
Q4_empath.	,827		
Q2_empath.	,807		
Q6_respons.	,789		
Q10_assur.	,779		
Q3_relyab.	,757		
Q1_empath.	,743		
Q11_respons.	,735	,454	
Q7_relyab.	,694		
Q8_relyab.	,640		
Q13_respons.	,623	,549	
Q9_relyab.	,589		
Q14_respons.	,510	,408	
Q5_tangib.	,451	,403	
Q22_tangib.		,802	
Q12_relyab.		,777	
Q21_assur.		,698	
Q20_assur.	,474	,552	,443
Q19_tangib.			,814
Q15_tangib.			,758
Q18_assur.			,689
Q16_empath.	,514		,521
Q17_tangib.	,415		,514

Extraction Method: Principal Component Analysis.  
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.  
a. Rotation converged in 5 iterations.

б) Обернена матриця компонент (метод Варімакс)

Pattern Matrix <sup>a</sup>			
	Component		
	1	2	3
Q2_empath.	,907		
Q4_empath.	,894		
Q6_respons.	,847		
Q10_assur.	,828		
Q1_empath.	,819		
Q3_relyab.	,811		
Q11_respons.	,793		
Q7_relyab.	,791		
Q8_relyab.	,680		
Q9_relyab.	,588		
Q13_respons.	,549		
Q14_respons.	,444		
Q16_empath.	,408		
Q5_tangib.			
Q19_tangib.		,851	
Q15_tangib.		,752	
Q18_assur.		,704	
Q17_tangib.		,418	
Q22_tangib.			-,830
Q12_relyab.			-,804
Q21_assur.			-,654
Q20_assur.			-,419

Extraction Method: Principal Component Analysis.  
Rotation Method: Oblimin with Kaiser Normalization.  
a. Rotation converged in 8 iterations.

в) Матриця патернів (метод Прямий облімін)

Structure Matrix			
	Component		
	1	2	3
Q4_empath.	,920	,507	-,560
Q6_respons.	,886	,522	-,530
Q10_assur.	,880	,449	-,602
Q2_empath.	,864	,538	
Q3_relyab.	,853	,531	-,493
Q13_respons.	,823	,566	-,748
Q11_respons.	,814		-,625
Q1_empath.	,811	,466	-,437
Q16_empath.	,732	,696	-,614
Q7_relyab.	,730		
Q8_relyab.	,724	,413	-,462
Q9_relyab.	,707	,467	-,501
Q14_respons.	,683	,526	-,589
Q5_tangib.	,635	,537	-,575
Q19_tangib.	,475	,864	-,421
Q15_tangib.	,580	,832	
Q18_assur.	,417	,752	-,472
Q17_tangib.	,618	,651	-,516
Q22_tangib.	,519	,551	-,882
Q12_relyab.	,537		-,839
Q21_assur.	,633	,523	-,819
Q20_assur.	,722	,646	-,737

Extraction Method: Principal Component Analysis.  
Rotation Method: Oblimin with Kaiser Normalization.

г) Матриця структури (метод Прямий облімін)

Рис. 3.8. Матриці компонент після сортування за розміром та приховання навантажень факторів, менших за  $|0,4|$

Джерело: Складено автором за допомогою пакету програм SPSS Statistics

При інтерпретації факторних навантажень необхідно дотримуватись правила, що фактори слід обирати, враховуючи, що навантаження вище 0,6 свідчить про високу кореляцію між змінними та факторами, а нижче 0,4 – слабку. На рис. 3.8 а) компонента №1 має високу кореляцію з усіма змінними, наступні компоненти №2 та №3 – середню кореляцію з двома-трьома змінними: компонента №2 має зв'язок з Q18, Q19, Q22 (зручність графіку роботи, сучасність обладнання приміщень, повнота прайс-листа послуг), а компонента №2 – з Q12 та Q15 (завчасне інформування про вартість послуг, привабливість та чистота приміщень). Отже, можемо зробити припущення, що компоненти №2 та №3 стосуються платних послуг. Проведемо аналіз оберненої матриці, отриманої методом Варімакс (рис. 3.8 б)). Компонента №1 має високу кореляцію з половиною змінних (11) та середню – з п'ятьма змінними. До переліку цих змінних увійшли всі складові основних стимулів «Empathy» та «Responsiveness», а також більшість складових стимулу «Reliability». Компонента №2 має: високе навантаження змінними Q22, Q12, Q21, які увійшли до різних стимулів «Tangibles», «Reliability», «Assurance» і стосуються належного інформування про різні аспекти обслуговування пацієнта; середнє навантаження змінними Q13, Q20, Q11, Q14, Q5 («Tangibles», «Responsiveness», «Assurance»), які пов'язані з безпосереднім контактом та комунікаціями з медичним персоналом. Компонента №3 має високу кореляцію з Q19, Q15, Q18 (2 змінні входять до стимулу «Tangibles», 1 – до «Assurance») і середню кореляцію зі змінними Q16, Q17, Q20, які відповідно входять до стимулів «Empathy», «Tangibles», «Assurance». Отже, можемо припустити, що компонента №3 характеризує таку складову медичної послуги, як матеріальний доказ.

Порівняємо результати ротації, отримані методом Варімакс з результатами застосування методу Прямий облімін. Передовсім, поглянемо у висновку програми після застосування цього методу на значення кореляції у кореляційній матриці (див. рис. М.3 е)), які показують доцільність вибору між прямокутовим (Варімакс) та косокутовим (Прямий облімін) обертанням. При

значеннях менше 0,32 метод Варімакс є єдиним можливим методом виділення основних компонент, але оскільки ці значення більше, ніж 0,32, слушно розглянути отриману методом Прямий облімін матрицю патернів (рис. 3.8 в)). Компонента №1 матриці патернів має високу кореляцію з дев'ятьма змінними, що співпали зі змінними компоненти №1 в оберненій матриці, отриманій методом Варімакс, та ж сама тенденція спостерігається й щодо компонент №2 та №3, тобто метод Прямий облімін повністю підтвердив результати методу Варімакс.

Отже, в результаті застосування двох методів ротації, нами було виділено три компоненти, що характеризують поняття «якість медичної послуги у сприйнятті пацієнта», виходячи зі змісту розробленої нами анкети:

1) персонал, який характеризується такими якостями: доброзичливість, турбота, готовність та бажання допомагати, емпатія, відповідальність, надійність, ввічливість;

2) комунікації: обов'язковість інформування пацієнтів, заздалегідь, на належному рівні, у доступній формі про способи, методи надання медичної послуги та її вартість; наявність інформативних матеріалів на місці надання послуги;

3) матеріальний доказ: санітарно-гігієнічний стан приміщень, візуальна привабливість інтер'єру, приємний зовнішній вигляд персоналу, зручність графіку роботи.

Виділення трьох компонент, охарактеризованих вище, дозволило перейти до побудови моделі якості і оцінки її придатності та правдоподібності.

Для перевірки теоретичних моделей у соціальних науках загалом та в маркетингових дослідженнях зокрема звичайною практикою є використання методу структурного моделювання рівняннями (SEM), який призначений для оцінки взаємозв'язків між їх елементами та валідності створених конструктів. Найбільш важливі алгоритми побудови та інтерпретації структурних моделей передбачають використання коваріаційних матриць, що вважається найбільш прийнятним для аналізу соціальних явищ.

Нами було застосовано один з доступних (лише англомовних) пакетів програмного забезпечення – LISREL компанії Scientific Software International inc., який є сумісним з пакетом SPSS Statistics, використаним на попередньому етапі дослідження.

В літературі існують численні рекомендації щодо побудови структурних моделей з LISREL – від складних (Byrne B. [267]) до простих (Diamontopoulos A., Siguaw J. [268]). Ми обрали спрощений та прагматичний підхід, викладений Malhotra N., Lopes E., Veiga R. [269]. Автори пропонують процедуру з п'яти етапів: розроблення принципової схеми моделі, підготовка графічної ілюстрації моделі, аналіз вимірювань структурної моделі, верифікація показників відповідності моделі, інтерпретація структурної моделі. Оскільки моделі, що тестуються за допомогою SEM, спираються на теоретичні міркування, їх відповідність емпіричним даним перевіряється дослідником. Наприклад, вплив однієї латентної змінної на іншу передбачає наявність причинно-наслідкового зв'язку, а результат тестування вказує на те, чи правдоподібна ця залежність. Латентні змінні у SEM мають графічне зображення у вигляді овалу, а явні – прямокутника. Крім того, до кожної явної змінної програма розраховує залишкову похибку, що відображає непояснену дисперсію. Кожен взаємозв'язок між змінними позначається в програмі двома типами стрілок і виходить із раніше запропонованих гіпотез. Однонаправлені стрілки означають каузальний, або причинно-наслідковий вплив, його ще називають ефект, двонаправлені відображають кореляцію між змінними, або коваріантність між залишковими непоясненими дисперсіями явних змінних.

Застосована версія LISREL8.80 (Student) має обмеження щодо кількості явних (вимірюваних) змінних (до 12) та кількості символів в їх назвах (до 8), тому для кожної моделі готується масив даних з програми SPSS, в якому кількість досліджуваних характеристик не перевищує 12 та імпортується до LISREL.

Далі за допомогою інструменту Simplis Project за встановленим програмою алгоритмом розроблено концептуальну модель «Сприйнята пацієнтом якість медичної послуги», на основі гіпотези про наявність трьох

базових компонент в її складі, в якій кожна з виділених компонент та саме явище «сприйнята якість» виступили в якості конструктів (латентних змінних), а запитання анкети – в якості предикторів (явних змінних), між якими існують гіпотетичні взаємозв'язки.

Наступним кроком була побудова графічної моделі – діаграми шляху (Path Diagram), що відображає всі зв'язки та їх силу між обраними явними та гіпотетичними латентними змінними. За допомогою одного з інструментів синтаксису у LISREL, натиснувши клавішу «Build Simplis Syntax» в створеному програмою шаблоні прописано гіпотетичні взаємозв'язки між внесеними раніше змінними: ServQual – «сприйнята пацієнтом якість медичної послуги»; Personel – «Персонал», Communic – «Комунікації», PhEviden – «Матеріальний доказ» (трьома компонентами, виділеними та інтерпретованими нами в процесі аналізу головних компонент у SPSS); та 12 параметрами якості медичної послуги, які виявили найвище навантаження трьох вищезазначених головних компонент. Натиснувши кнопку «Run», програма створила діаграму шляху, зображену на рис. 3.9 а).

Далі слідує проста, але важлива, фаза – безпосередньо у графічному відображенні створеної моделі, використовуючи панель інструментів, вносяться модифікації – прописуються додаткові взаємозв'язки, що поліпшують її якість (програма надає пропозиції щодо цього поліпшення у одному з вимірів моделі – див. рис. 3.9 б), та у висновку до неї).

Варто відмітити, що SEM у LISREL дозволяє одночасно оцінювати низку окремих, але взаємозалежних рівнянь, включаючи в обчислення як латентні, так і явні змінні та похибку вимірювання, перевіряючи прямі, непрямі та сумарні співвідношення, хоча в моделі є змінні, які виступають як залежними, так і незалежними змінними. Модель статистично перевіряється на основі одночасного аналізу всіх матриць змінних, за допомогою яких ми могли б оцінити якість відповідності між теоретичними моделями та даними, що використовуються при аналізі та оцінці дисперсії, та ефектах коваріантності між змінними.

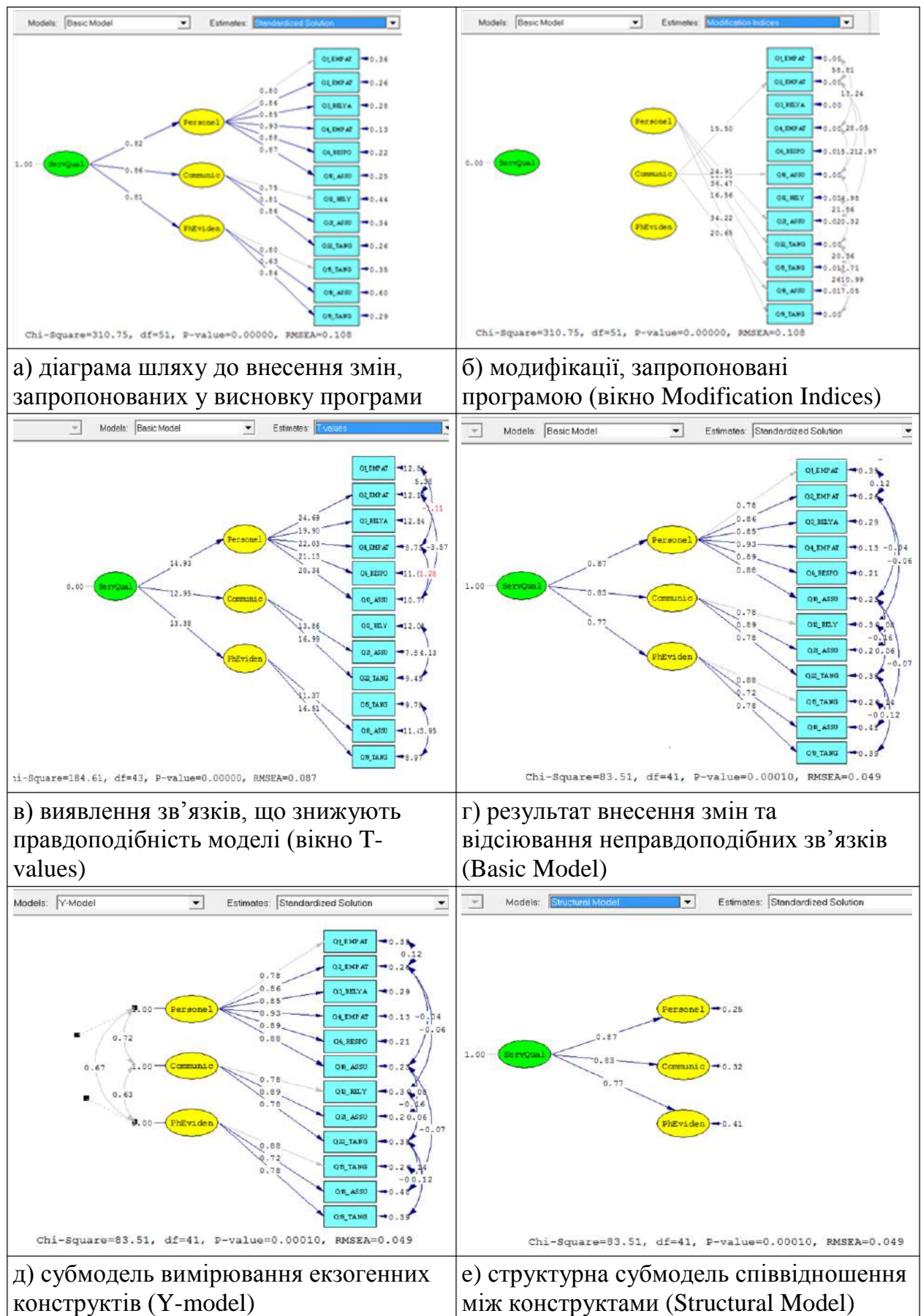


Рис. 3.9. Модель «Сприйнята пацієнтом якість медичної послуги»

Джерело: Складено автором на основі розрахунків в програмі LISREL

Усі запропоновані зміни було протестовано на предмет правдоподібності шляхом поступового прописування та багаторазового перерахунку моделі із включеними до неї зв'язками, вилучаючи ті, що знижують її якість та правдоподібність. Рис. 3.9 в) ілюструє вікно вимірювань моделі T-values, де червоним кольором LISREL відображає ті зв'язки, які не варто включати до неї. Додавання взаємозв'язків зменшує число ступенів свободи моделі(df), показники p-value та RMSEA є нормованими та дозволяють швидко оцінювати внесені зміни, крім того після кожного перерахунку можливо переглянути показники якості відповідності (Goodness-of-fit) моделі, обравши команду меню Output – Fit indices.

На третьому етапі проведено перевірку конвергентної валідності та дискримінантної достовірності за параметрами отриманої структурної моделі. Як правило, отримана базова модель (Basic model), складається з двох типів субмоделей (часто їх називають моделями простоти): субмоделі вимірювання ендогенних та екзогенних конструктів (X-, Y-model) та структурна субмодель або співвідношення між конструктами (Structural model).

В отриманій моделі якість послуги (SERVQUAL) виступає незалежною екзогенною змінною (X), і має високий вплив на сприйняття пацієнтами її компонент та на відповіді респондентів щодо їх параметрів. Решта змінних є залежними і формують Y-модель (рис. 3.9 д)), що складається з трьох конструктів (Personnel, Communications, Physical Evidence), описаних вище, між якими існує висока коваріантність в межах 0,63 – 0,72. Високе навантаження ( $>0,60$ ) явних змінних в межах 0,72 – 0,93 демонструє конвергентну валідність конструктів, наявність достатньої дискримінантної достовірності засвідчено показниками коваріантності між латентними змінними, які бажано мають бути не більше 0,60 і критично – не перевищувати 0,85.

На четвертому етапі процедури проведено верифікацію показників відповідності моделі. Окремі показники якості відповідності моделі «Сприйнята якість» подані у табл. 3.11. Отримані у висновку програми показники перебувають в межах норми.

Таблиця 3.11

**Показники якості відповідності моделі «Сприйнята якість»**

Назва показника	Переклад українською	Еталонні значення	Фактичні показники
Chi-Square	Критерій Хі-квадрат	-	83,51
df	Ступінь свободи	-	41
Chi-Square / df	Добуток Хі-квадрат на ступінь свободи моделі	<5,00	2,04
Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)	Середньоквадратична похибка апроксимації	<0,08	0,049
Non-Normed Fit Index (NNFI)	Ненормований показник відповідності	$\geq 0,90$	0,99
Comparative Fit Index (CFI)	Порівняльний показник відповідності	$\geq 0,90$	0,99
Root Mean Square Residual (RMR)	Середньоквадратичні залишки	$\leq 0,05$	0,067
Goodness of Fit Index (GFI)	Показник статистики якості відповідності	$\geq 0,90$	0,97
Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)	Скоригований показник якості відповідності	$\geq 0,90$	0,94
Parsimony Goodness of Fit Index (PGFI)	Показник відповідності з поправкою на ощадливість	$\leq 0,67$	0,51

*Джерело:* Складено автором на основі [269] та висновку LISREL

Автори рекомендацій по LISREL вказують, що RMSEA, GFI, RMSR та добуток хі-квадрат на ступінь свободи моделі, є більш надійними показниками абсолютної придатності моделі, тоді як індекси NNFI, CFI, PGFI є найважливішими показниками поступового пристосування моделі. Більше того, AGFI – широко застосовуваний показник правдоподібності моделі.

Насамкінець, на п'ятому етапі виконано інтерпретацію структурної моделі «Сприйнята пацієнтом якість». При переході від оцінки моделі вимірювання до інтерпретації структурної моделі акцент зміщується від зв'язків між латентними конструктами та спостережуваними змінними до природи та величини зв'язків між конструктами. Структурна модель (рис. 3.9 е)) містить відповідно чотири елементи: сприйнята якість, персонал, комунікації та матеріальний доказ, вплив незалежної змінної на залежні коливається в межах 0,77 – 0,83, що свідчить про високий взаємозв'язок між



ними. Тобто побудована модель і її шляховий аналіз підтвердили коректність виділених нами пріоритетних трьох компонент якості медичної послуги, на які слід звертати особливу увагу при формуванні маркетингової конкурентної стратегії лідерства за якістю.

Отже, побудована модель «Сприйнята пацієнтом якість медичної послуги» включила в себе 4 латентні змінні та 12 предикторів, з врахуванням змісту яких вербально її можна сформулювати таким чином: «Сприйнята пацієнтом якість медичної послуги формується трьома основними компонентами, кожна з яких, своєю чергою, сприймається споживачем послуги через певний набір характеристик: персонал – має бути ввічливим, доброзичливим, проявляти турботу та бажання допомогти, викликати довіру, розуміти потреби та надавати послугу вчасно; комунікації – пацієнтів слід належним чином та завчасно інформувати щодо варіантів надання послуг та їх вартість, має бути у наявності повний, зрозумілий та вичерпний прайс-лист; матеріальний доказ – графік роботи ЗОЗ має бути зручним, приміщення – візуально привабливими та чистими, а обладнання – сучасним». Дана модель і її шляховий аналіз підтвердили коректність виділених трьох компонент якості медичної послуги, на які слід звертати особливу увагу при формуванні маркетингової конкурентної стратегії лідерства за якістю.

Наступним кроком у обробці та аналізі анкети «Сприйнята якість – Задоволеність – Лояльність» був пошук взаємозв'язків між сприйнятою якістю, задоволеністю пацієнта та його намірами лояльності. Перш ніж перейти до масштабного дослідження із багатьма явними та латентними змінними нами проведено перевірку представлених трьох гіпотез за усередненими значеннями відповідей респондентів по кожному з трьох розділів анкети, які уособлюють у моделях три ключові латентні змінні Q, S, L, позначені на цьому етапі як MQ – середнє значення за розділом «Сприйнята якість», MS – за розділом «Задоволеність пацієнта» та L1 – за розділом «Наміри лояльності» відповідно. Отримано три концептуальні моделі, які відтворюють три гіпотези (рис. М.5).

Попередні висновки, отримані в результаті порівняння побудованих діаграм шляхів: 1) прямий зв'язок  $MQ - L1$  (0,24) є досить низьким, між тим прямі зв'язки  $MQ - MS$  (0,72) та  $MS - L1$  (0,68) є досить високими, 2) опосередкований зв'язок у першій гіпотезі  $MQ - MS - L1$  ( $0,72 \cdot 0,68 = 0,49$ ) є значно вищим за опосередкований зв'язок у третій гіпотезі  $MS - MQ - L1$  ( $0,72 \cdot 0,24 = 0,17$ ), що свідчить на користь першої гіпотези, друга ж гіпотеза спростовується, оскільки вплив  $MQ$  та  $MS$  на  $L1$  не виявився рівнозначним.

У продовження перевірки гіпотез ми перейшли до побудови моделей із багатьма змінними. Оскільки програма LISREL вимагає від дослідника забезпечення так званої ощадливості щодо кількості змінних (не більше 12), до початку побудови діаграм шляху, що перевіряють силу зв'язків між якістю, задоволеністю та лояльністю ( $Q$ ,  $S$  та  $L$ ) п'ять предикторів конструкту «Сприйнята пацієнтом якість» було вилучено. Остаточна модель включає 7 явних змінних, що характеризують латентну змінну  $Q$ , 3 явних змінних для характеристики  $S$  та 2 – для  $L$ . Автори рекомендацій щодо SEM у LISREL пропонуються усувати явні змінні, які не показують мінімальних навантажень, тим самим надаючи перевагу конвергентній валідності, але ми скористалися аналізом самих запитань анкети, перевіривши, щоб обрані запитання не буди схожими за змістом та щоб показники відповідності спрощеної моделі були у межах норми.

Процес дослідження гіпотез проводився за аналогічним алгоритмом побудови моделей. Спершу було проаналізовано взаємозв'язки між латентними змінними попарно, далі – було побудовано три моделі для перевірки трьох гіпотез. Зазначимо, що компоненти якості «Персонал», «Комунікації» та «Матеріальний доказ» не буди задіяні в процесі перевірки гіпотез, проте їх було включено до моделі після виявлення найбільш правдоподібної з них. Результати досліджень оформлено в табл. 3.12, 3.13 та 3.14.

Попарне тестування взаємозв'язків між конструктами продемонструвало, що придатність моделі залежить від кількості задіяних предикторів та зв'язків між ними.

Таблиця 3.12

# Результати тестування взаємозв'язків у досліджуваних моделях-гіпотезах програмою LISREL між

сприйнятою якістю Q, задоволеністю пацієнтів S та намірами лояльності L

Етапи моделювання	Отримані значення показників в результаті SEM у LISREL												
	$\chi^2$	df	$\chi^2/df$	P-value	RMSEA	RMR	SRMR	NFI	NNFI	PNFI	CFI	IFI	PGFI
I	2	3	4	5	6	9	10	11	12	13	14	15	18
Нормативні значення	-	-	<5	<0,05	<0,08	<0,10	<0,080	>0,90	>0,90	>0,50	>0,90	>0,90	>0,45, <0,67
Модель 1: Q→S→L, Q→L*													
Етап 1: Q – S	71,68	29	2,47	0,000	<b>0,058</b>	0,09	0,023	0,99	0,99	0,64	0,99	0,99	0,51
S – L	15,24	3	5,08	0,002	<b>0,097</b>	0,038	0,008	0,99	0,98	0,3	0,99	0,99	0,2
Q – L	88,14	21	4,20	0,000	<b>0,086</b>	0,086	0,027	0,98	0,98	0,57	0,99	0,99	0,45
Етап 2: Q–S–L	105,1	39	2,69	0,000	<b>0,062</b>	0,1	0,028	0,99	0,99	0,58	0,99	0,99	0,48
Модель 2: Q = S, Q→L, S→L													
Етап 1:	198,5	42	4,73	0,000	<b>0,92</b>	0,14	0,039	0,98	0,97	0,62	0,98	0,98	0,5
Модель 3: S→Q→L, S→L													
Етап 1: S – Q	71,68	29	2,47	0,000	<b>0,058</b>	0,09	0,023	0,99	0,99	0,64	0,99	0,99	0,51
Q – L	88,14	21	4,20	0,000	<b>0,086</b>	0,086	0,027	0,98	0,98	0,57	0,99	0,99	0,45
S – L	15,24	3	5,08	0,002	<b>0,097</b>	0,038	0,008	0,99	0,98	0,3	0,99	0,99	0,2
Етап 2: S–Q–L	62,77	36	1,74	0,004	<b>0,041</b>	0,067	0,018	0,99	0,99	0,54	1,00	1,00	0,45
Модель 1, доповнена компонентами якості: (Personnel+Communication+PhEvidence)←PersievedQuality→PatientSatisfaction→Loyalty													
PersQual→Pat Satisf→Loyalt	51,24	36	1,42	0,048	0,031	0,071	0,018	1,00	1,00	0,54	1,00	1,00	0,45

Джерело: Складено автором на основі висновків програми LISREL

Таблиця 3.13

## Взаємозв'язки між конструктами моделей, що перевіряють гіпотези

Моделі	Кореляція між конструктами			Шляхові коефіцієнти				Висновок:
				Прямий вплив			Опосередкований вплив	
Модель 1: Q→S→L	Етап 1:			Етап 2:				
	Q↔S	S↔L	Q↔L	Q→S	S→L	Q→L	Q→S→L	
	0,85	0,93	1,07	0,87	1,18	0,06	1,03	підтверджено
Модель 2: Q = S, Q→L←S	S↔Q	-	-	-	S→L	Q→L	S→L→Q, Q→L→S	
	0,86	-	-	-	0,67	0,42	0,28	спростовано
Модель 3: S→Q→L	Етап 1:			Етап 2:				
	S↔Q	Q↔L	S↔L	S→Q	Q→L	S→L	S→Q→L	
	0,85	1,07	0,93	0,86	0,27	0,72	0,23	спростовано

Джерело: Складено автором на основі висновків програми LISREL

Таблиця 3.14

## Взаємозв'язки між конструктами моделі за гіпотезою 1, доповненої трьома компонентами якості

Напрямок впливу між конструктами	Вплив		
	прямий	опосередкований	
		на задоволеність	на лояльність
Personel $\rightarrow$ PersQUAL*	0,86	0,7482	0,621006
Communic $\rightarrow$ PersQUAL	0,88	0,7656	0,635448
PhEvidence $\rightarrow$ PersQUAL	0,77	0,6699	0,556017
PersQUAL $\rightarrow$ LOYALTY	0,16	-	-
PersQUAL $\rightarrow$ PatSATISF	0,87	-	0,7221
PatSATISF $\rightarrow$ LOYALTY	0,83	-	-

\*Примітки:

Q, PersQUAL (Persieved Quality) – сприйнята якість послуги,

Personel (Personnel) – професійні та особисті характеристики персоналу,

Communic (Communication) – елементи комунікації з пацієнтом,

PhEvidence (Physical Evidence) – санітарно-гігієнічний та технічний стан матеріальної бази (матеріальний доказ)

S, PatSATISF (Patient Satisfaction) – задоволеність пацієнта,

L, LOYALTY – наміри лояльності пацієнта

Джерело: Складено автором на основі висновків програми LISREL

Найкраща якість відповідності моделі – у пари Q – S (10 явних змінних), кореляція між ними склала 0,85; для двох інших попарних зв'язків S – L (5 явних змінних) та Q – L (9 явних змінних) цей показник є вищим, проте ці

взаємозв'язки за придатністю моделі мають середньоквадратичну похибку апроксимації RMSEA вищу, за нормативне значення 0,08, а наявність коваріантності між конструктами, вище 0,85 свідчить про відсутність дискримінантної валідності. При перевірці самих гіпотез в моделі 2 показник RMSEA та RMR перевищили норму, кореляція між конструктами S та Q (0,86) показала наявність високого ступеню взаємозв'язку між ними, проте їх прямий вплив на конструкт L не виявився рівнозначним ( $S \rightarrow L = 0,67$ ,  $Q \rightarrow L = 0,42$ ), тобто явища задоволеності пацієнтів та сприйняття якості послуг ними не є одним і тим самим і вони не однаково впливають на наміри лояльності. Моделі 1 та 3 характеризуються показниками якості відповідності в межах нормативних значень, за числовими значеннями кореляційних взаємозв'язків між конструктами вони є однаковими, проте принципово вони відрізняються тим, який конструкт поставлено на місце незалежної змінної X: в моделі 1 в ролі конструкту X виступила сприйнята якість Q, а в моделі 3 – задоволеність пацієнтів S. Обидві моделі демонструють високі причинно-наслідкові зв'язки у парах  $Q \rightarrow S$  ( $S \rightarrow Q$ ) та  $S \rightarrow L$  і слабкий – у парі  $Q \rightarrow L$ , тобто напряду сприйнята якість не виявляє значного впливу на лояльність пацієнтів, а от задоволеність – впливає значною мірою. Опосередкований вплив між конструктами, який розраховується як добуток шляхових коефіцієнтів, дозволив здійснити вибір між моделями і спростувати гіпотезу 3: шлях опосередкування сприйнятою якістю задоволеності та лояльності дав значно нижчий результат (0,23), ніж прямий зв'язок між ними (0,72), а от у гіпотезі 1 опосередкований шлях дав кращий результат (1,03), ніж прямий (0,06), тобто лише за наявності задоволеності пацієнта висока сприйнята якість послуги впливає позитивно на наміри лояльності пацієнтів.

В результаті доповнення підтвердженої моделі-гіпотези трьома компонентами якості, побудовано та сформульовано модель взаємозв'язків «Компоненти якості – Сприйнята якість – Задоволеність пацієнтів – Наміри лояльності», яку зображено на рис. 3.10.

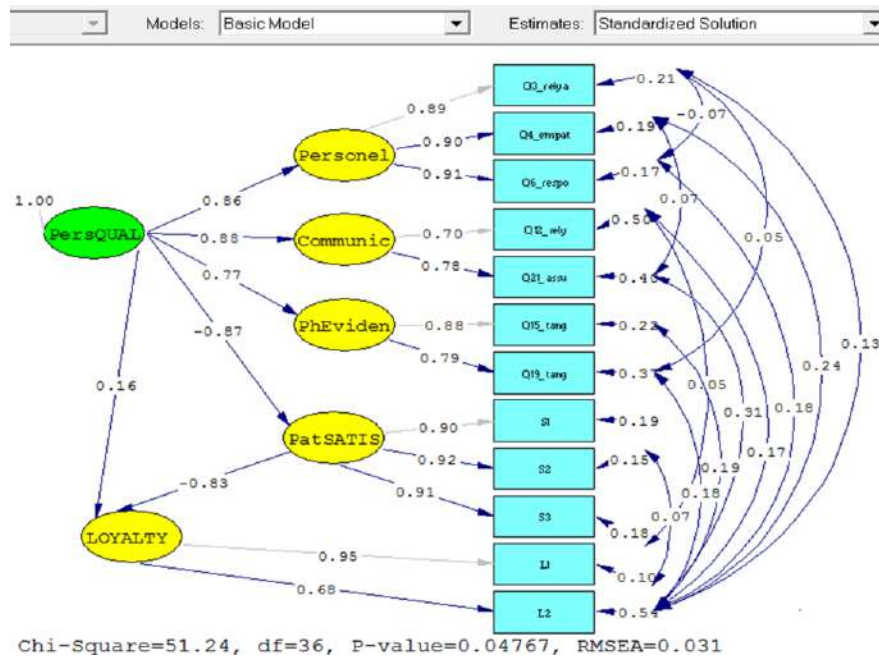


Рис. 3.10. Модель «Структурна модель взаємозв'язків між сприйнятою якістю медичної послуги, її компонентами та лояльністю, опосередкованих задоволеністю пацієнтів»

*Джерело:* Складено автором на основі розрахунків в програмі LISREL

Показники якості відповідності моделі знаходяться в межах нормативних значень (див. табл. 3.12), опосередковані взаємозв'язки між конструктами вказують на високий вплив сприйнятої якості та її компонент на задоволеність пацієнтів та їх наміри лояльності (див. табл. 3.14). Пропонуємо вербально формулювати отриману модель, що містить шість латентних змінних та дванадцять предикторів, таким чином: «Якість медичної послуги сприймається її споживачами через надійність, відповідальність, чуйність персоналу, за умов належного інформування про можливі методи лікування і його вартість та наявності сучасної, в належному санітарно-гігієнічному та технічному стані, матеріальної бази, опосередковано – через задоволеність пацієнтів отриманою послугою – впливає на їх наміри лояльності».

Для вибору та формування маркетингових конкурентних стратегій ЗОЗ важливим є виявлення таких інструментів маркетинг-мікс, застосування яких має найбільший вплив на вибір закладу споживачами послуг.

Імплементація виявлених інструментів, орієнтованих на цінності для споживача, у процес формування стратегії дозволить створити нові конкурентні переваги та підтримувати існуючі.

Виокремити набір таких інструментів дозволив третій етап опитування, проведений за Анкетою «Клієнтоорієнтованість ЗОЗ» (Додаток Н). Даний етап дослідження мав на меті виявити тенденції використання маркетингових інструментів у діяльності ЗОЗ, важливість застосування кожного з них з точки зору пацієнта при прийнятті рішення щодо вибору закладу; встановити існування взаємозв'язку між застосуванням маркетингових інструментальних стратегій, задоволеністю та лояльністю пацієнтів.

На дану анкету дали відповіді 260 респондентів. За структурою вона містила коротку вступну частину, блок запитань щодо особистих даних респондентів та 9 блоків, які містили 73 запитання, 66 з яких мали по дві шкали Лайкерта: 7-бальна для оцінки частоти застосування інструментів маркетингу з погляду пацієнтів та 5-бальна – для визначення важливості кожного з них при виборі закладу; решта 7 запитань були присвячені виявленню загальної задоволеності та намірів лояльності пацієнтів, на які також необхідно було відповісти за шкалами – 10-ти та 7-бальними відповідно. Текст анкети, структура вибірки, середні значення відповідей респондентів на кожне запитання подано в табл. Н.1., Н.2.

Як свідчать результати опитування, найчастіше, на думку пацієнтів, ЗОЗ застосовують інструменти стратегій персоналу, процесу та матеріального доказу, які пацієнти вважають найважливішими при виборі закладу. У продуктивній стратегії респонденти обрали найголовнішими складовими кваліфікацію персоналу (що перетинається із відповідями за стратегією персоналу) та гарну репутацію закладу у наданні медичної послуги; у цінovій стратегії для них найголовнішим є відсутність тіньових схем отримання коштів співробітниками ЗОЗ від пацієнтів; у стратегії розподілу – зручні для пацієнта години роботи; у стратегії просування – заходи, що сприяють продажам, та поширення інформації некомерційного характеру (PR); у стратегії

матеріального доказу – сучасні засоби та обладнання; у стратегії процесу – надання медичних послуг без затримки; у стратегії персоналу – висока кваліфікація, підтверджена документально та фактично.

Для визначення взаємозв'язку між застосуванням маркетингових інструментів, задоволеністю та лояльністю пацієнтів було здійснено моделювання SEM за схожим алгоритмом, що описувався вище та був використаний при виявленні взаємозв'язків між якістю послуги, задоволеністю та лояльністю пацієнтів. В якості предикторів виступили середні значення застосування маркетингових інструментів по складовим у семи підміксах – 1. Product, 2. Price, 3. Place, 4. Promotion, 5. Physical Evidence, 6. Process, 7. Personnel, три запитання щодо задоволеності пацієнтів та два – щодо їх намірів лояльності. Конструкт «Маркетинговий мікс» (Mark.Mix) виступив в ролі незалежного (X-model), а «Задоволеність пацієнтів» (PatSatisfact) та «Лояльність» (Loyalty) – в ролі залежних (Y-model). Отримана модель продемонструвала наявність опосередкованого впливу застосування маркетинг-мікс на лояльність пацієнтів через їх задоволеність (рис. 3.11).

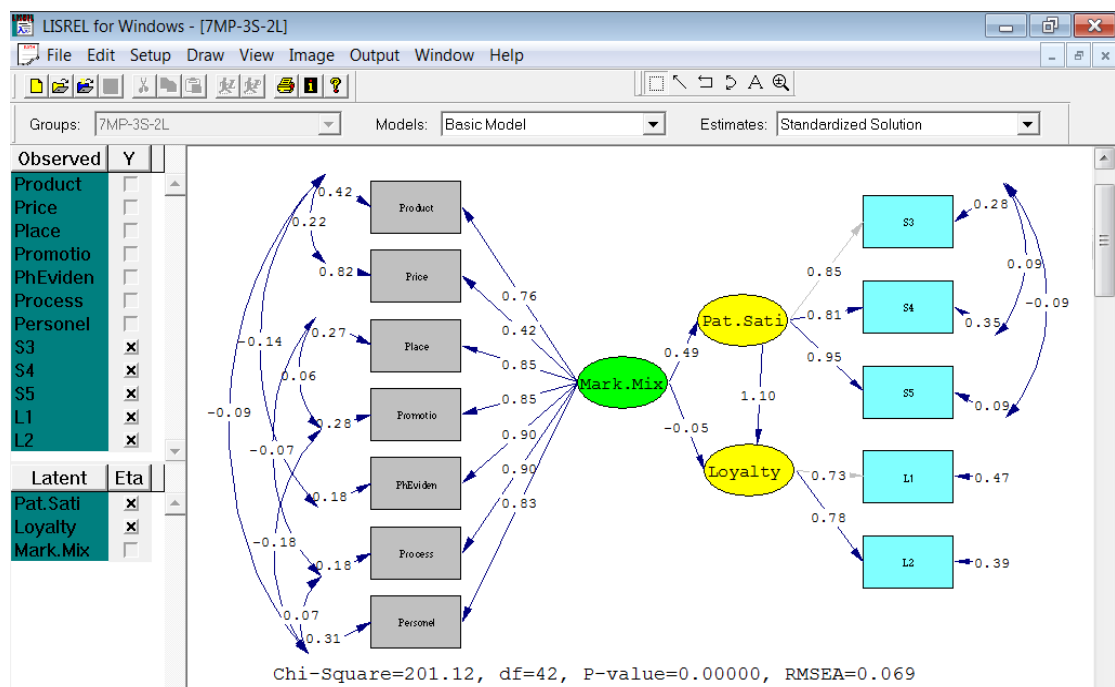


Рис. 3.11. Модель «Структурна модель взаємозв'язків між маркетинговими інструментами та лояльністю, опосередкованих задоволеністю пацієнтів»

Джерело: Складено автором на основі розрахунків в програмі LISREL



Окремі показники якості відповідності моделі, що знаходяться в межах нормативних значень та свідчать про валідність моделі, наведено в табл. Н.3.

Більшість підміксів показали високі навантаження (0,76 – 0,90), що свідчить про необхідність їх врахування менеджерами ЗОЗ при формуванні маркетингової конкурентної стратегії, оскільки вони є важливими при виборі закладу пацієнтом.

Оскільки задоволеність та лояльність сприяють підтримці довгострокових стосунків між ЗОЗ/лікарем та пацієнтом (8 «Р» партнерство), важливо з'ясувати, на які саме характеристики послуги споживач звертає увагу і у подальшому саме на них базувати створення конкурентних переваг.

Для подальшого аналізу отриманих даних, з метою формування пропозицій щодо реалізації ефективних інструментальних стратегій маркетинг-мікс, створення та підтримки конкурентних переваг у КНП та приватних ЗОЗ нами побудовано матрицю «частота застосування інструментів маркетингу/їх важливість при виборі закладу», в основу якої покладено думки пацієнтів, висловлені в процесі опитування. Для цього середні значення відповідей респондентів за двома вищезазначеними вимірами по кожному запитанню анкети розміщено на координатній площині, яку умовно розділено на чотири квадранти лініями, що проходять через значення 4,5 (частота) та 3,75 (важливість), відповідно до того, в яких межах відбувся розподіл точок (за параметром частоти застосування закладами інструментів маркетингу – в межах 2,5-6,5, а за параметром важливості – в межах 2,5-5,0).

Побудова такої матриці із поділом на квадранти дозволило розділити усі запитання на категорії:

- I. висока частота застосування – висока важливість при виборі закладу;
- II. низька частота застосування – висока важливість при виборі закладу;
- III. низька частота застосування – низька важливість при виборі закладу;
- IV. висока частота застосування – низька важливість при виборі закладу.

Розподіл усіх запитань на квадранти в розрізі форм власності подано в таблиці Н.4. Матриця по усьому масиву даних зображена на рис. Н.1., матриці в розрізі форм власності – на рис. 3.12 і 3.13.

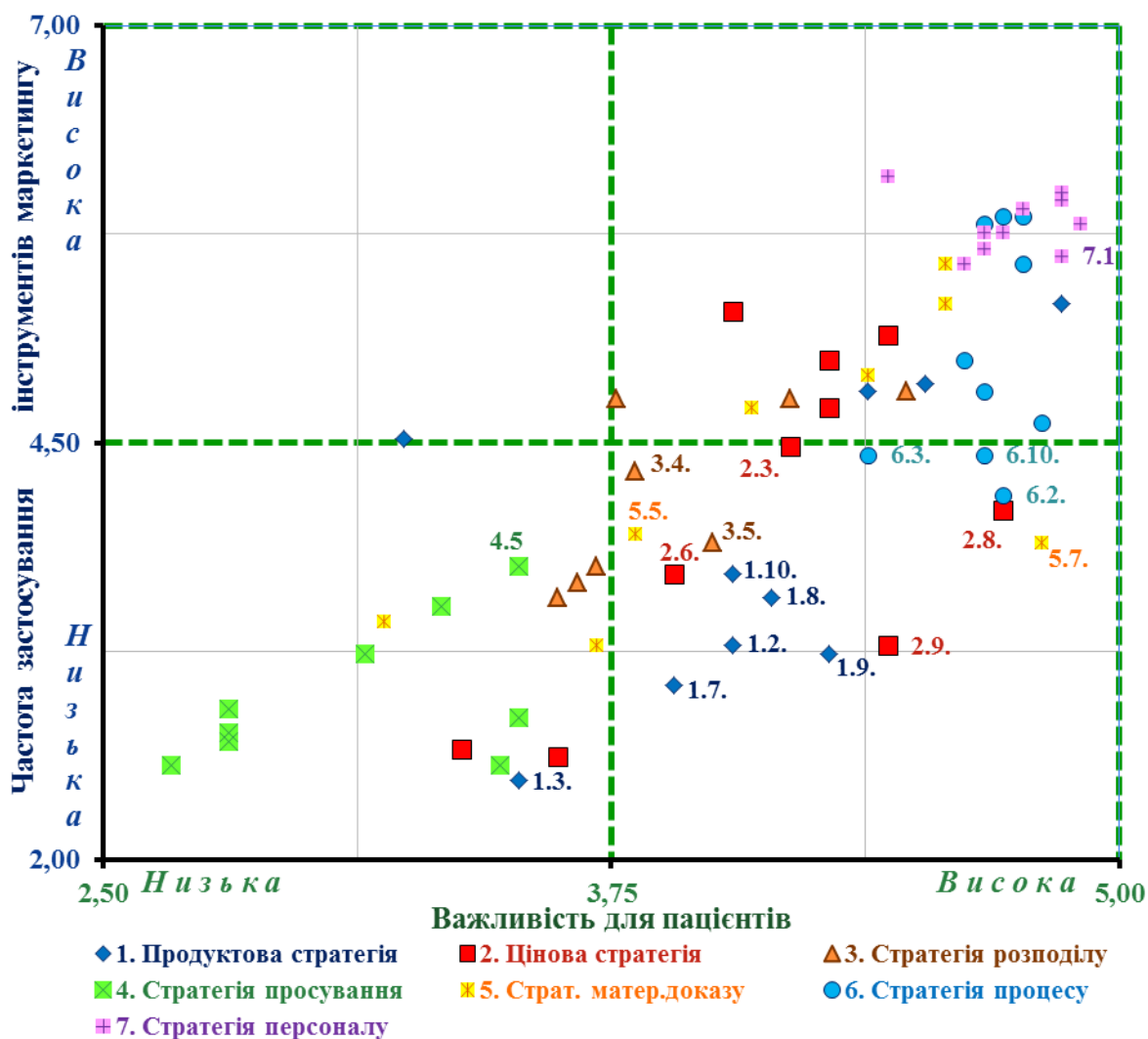


Рис. 3.12. Матриця «Частота застосування інструментів маркетингу – їх важливість для пацієнта при виборі закладу» для КНП та державних ЗОЗ

Джерело: Складено автором

Як видно на цих рисунках, переважна більшість точок потрапили до квадрантів «низька частота – низька важливість» та «висока частота – висока важливість», що свідчить про часткову відповідність між існуючими умовами надання послуг та запитами пацієнтів, їх часткове врахування у діяльності ЗОЗ, або про звичку пацієнтів до існуючої системи охорони здоров'я та їх невибагливість.

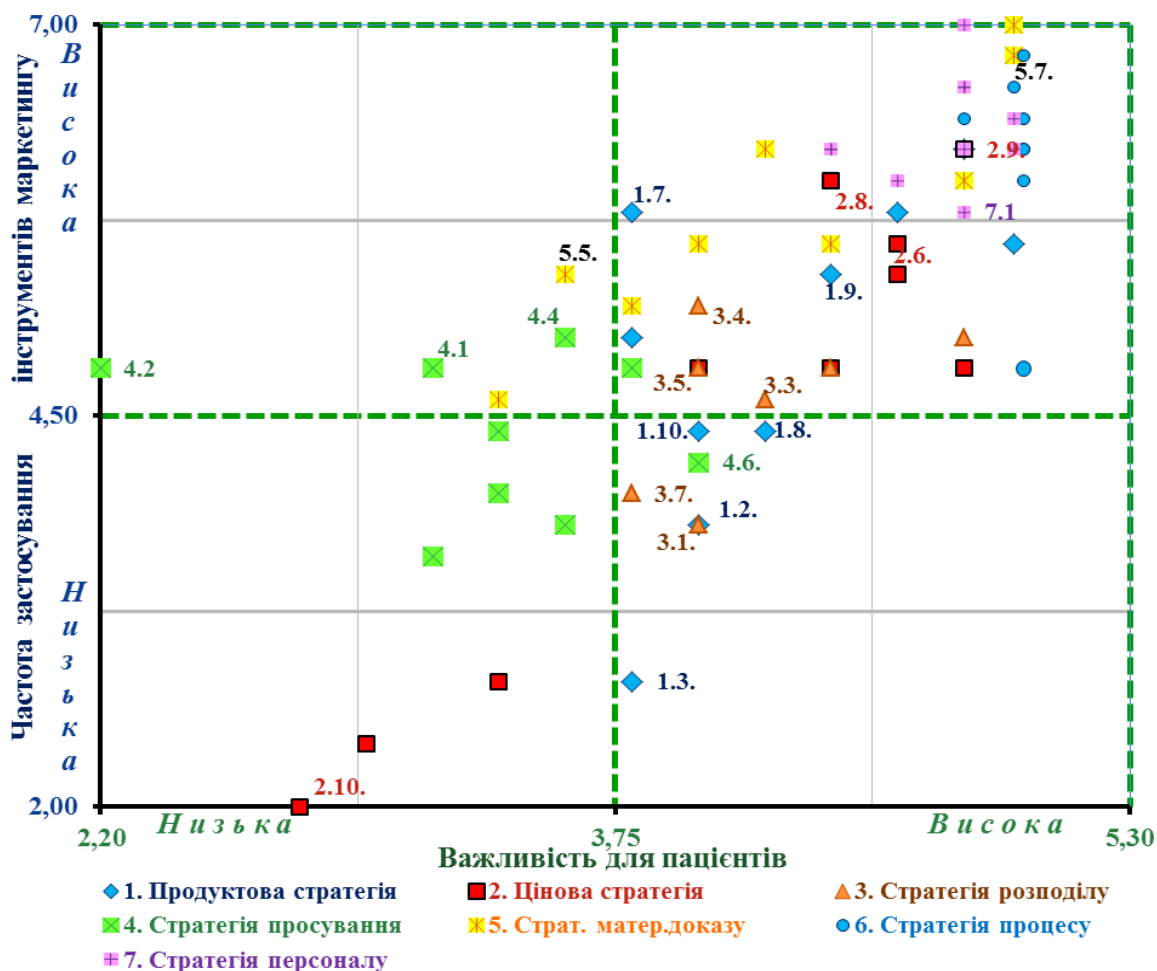


Рис. 3.13. Матриця «Частота застосування інструментів маркетингу – їх важливість для пацієнта при виборі закладу» для приватних ЗОЗ

Джерело: Складено автором

Проте, вважаємо доцільним зосередити увагу на квадранті «Низька частота застосування – висока важливість для пацієнта», оскільки саме до нього потрапили ті інструменти, які дозволять створити нові конкурентні переваги та підтримати існуючі, і на застосуванні яких слід зосередити увагу менеджерам. Відмітимо, що у розрізі закладів різних форм власності ЗОЗ ці інструменти відрізняються з об'єктивних причин.

Головна спільна риса – в закладах усіх форм власності усі запитання, що відповідають стратегії персоналу потрапили до I квадранту, тобто цей інструмент маркетингу з усіх розвинутий найбільше, заклади усвідомлюють його важливість. Крім того, на думку респондентів, для усіх закладів було б бажано запровадити в межах продуктової стратегії наступні заходи: періодично

оновлювати спектр пропонованих послуг та інформувати про це пацієнтів (запитання 1.2); використовувати зворотній зв'язок з метою покращення якості та ефективності послуг (запитання 1.8); запроваджувати різноманітні комплексні пакети послуг для різних категорій пацієнтів (запитання 1.10).

Серед головних відмінностей: вимоги пацієнтів до приватних ЗОЗ (та платних послуг загалом) є вищими, оскільки послуги обираються за співвідношенням «ціна – якість» (від платних послуг споживач очікує вищу якість); частота застосування запропонованого інструментарію у приватних ЗОЗ є вищою; кількість запитань, що потрапили до II квадранту у КНП та державних ЗОЗ є значно вищою, тобто вони мають більше неврахованих чинників у своїй маркетинговій діяльності.

Так, для цих закладів до II квадранту потрапили, окрім наведених трьох вище (спільних для усіх ЗОЗ), в межах продуктової стратегії – приділяти достатньо уваги сервісному обслуговуванню пацієнтів (запитання 1.7) та збільшувати пропускну здатність задля уникнення великих черг в періоди сезонних коливань попиту на послуги (запитання 1.9); в межах цінової політики – пропонувати різні варіанти ціни послуг, залежно від витратних матеріалів (запитання 2.3), забезпечити відповідність ціни (витрат пацієнта) рівню якості та додаткового сервісу (запитання 2.6), усунути тіньові схеми отримання коштів від пацієнтів та забезпечити достатню матеріальну мотивацію для персоналу з метою запобігання доплат «в кишеню» (запитання 2.8 та 2.9); запровадити стандартизовані маршрути пацієнта всередині та між закладами, відкривати нові лікарські спеціальності та лікувальні підрозділи (запитання 3.4 та 3.5); в межах стратегії матеріального доказу – забезпечити містким паркінгом (запитання 5.5) та сучасними, в належному стані засобами та обладнанням (запитання 5.7); в межах стратегії процесу – використовувати оновлене обладнання, зворотній зв'язок з пацієнтом для покращення лікувального процесу та інноваційні технології – відповідно запитання 6.2, 6.3 та 6.10.

Для приватних ЗОЗ до II квадранту потрапили чотири інструменти продуктової стратегії – 1.2, 1.8, 1.10 (зазначені вище), а також 1.3 – проводити

опитування пацієнтів з метою вивчення потреб, два інструменти стратегії розподілу – впровадити електронні канали розповсюдження медичної інформації та погодинні послуги виклику медичного персоналу додому до пацієнта, домашнього догляду (запитання 3.1 та 3.7) і один інструмент стратегії просування – проводити заходи, що сприяють продажам (запитання 4.6).

На нашу думку, КНП та державні ЗОЗ насамперед мають звернути увагу на ті інструменти і заходи, які застосовуються нечасто, але важливі для пацієнтів, та досласти зусиль щодо їх активізації. Проте, в перспективі, їм варто звернути увагу й на ті інструменти, яких пацієнти очікують від приватних ЗОЗ, оскільки це дозволить конкурувати в секторі платних послуг та таким чином залучати додаткові ресурси для розвитку.

Підсумуємо, що результати третього етапу опитування пацієнтів значною мірою підтвердили висновки, отримані на всіх попередніх етапах дослідження, які засвідчили важливість врахування виділених нами характеристик медичної послуги, їх впливу на задоволеність та лояльність пацієнтів, з одного боку, та використання маркетингових інструментів у роботі ЗОЗ – з іншого.

### Висновки до розділу 3

Дослідження формування маркетингової конкурентної стратегії закладів охорони здоров'я в умовах трансформації медичної галузі України дало змогу зробити такі висновки.

1. Процес розроблення та впровадження маркетингової конкурентної стратегії запропоновано подати у вигляді алгоритму, який включає вісім кроків, об'єднаних у п'ять етапів: створення інформаційної бази; вибір стратегії; верифікація стратегії; складання плану; реалізація стратегії. Інтерпретовано структуру стратегічного маркетингового плану для формування маркетингової конкурентної стратегії ЗОЗ: основні цінності; місія; загальна мета; візія;

формалізовані цілі; структурування стратегії; стратегічні завдання та їх опис; показники діяльності; конкретні дії. Запропоновано диференціювати дані елементи стратегічного плану для 303 різних форм власності.

2. Проведено SWOT- і PEST-аналіз для закладів, що працюють на ринку медичних послуг м. Вінниці. За результатами запропоновані маркетингові конкурентні стратегії: орієнтовані на вдосконалення процесу (для КНП та державних закладів, для амбулаторно-поліклінічних закладів приватної форми власності), орієнтовані на вдосконалення якості (для невеликих приватних спеціалізованих лікарень, що надають унікальні послуги), орієнтовані на фокусування на потребах споживачів (для великих приватних спеціалізованих закладів, що конкурують з аналогічними державними НДІ та центрами, для закладів всіх форм власності, що конкурують в секторі гарантованих пакетів послуг); всі три типи стратегій (для стратегічних бізнес-одиниць приватних багатопрофільних закладів).

3. Виокремлення такого методологічного підходу до оцінки ефективності діяльності 303 як критеріальний дозволило здійснити вибір оцінювальних критеріїв ефективності стратегії в трьох вимірах – економічності, продуктивності і результативності, та з двох позицій – зовнішньої і внутрішньої. Запропоновано комплексний показник ефективності стратегії 303 для визначення планової, поточної та цільової ефективності.

4. Обґрунтовано, що впровадження будь-якої конкурентної стратегії в практичну діяльність 303 вимагає організації клінічного аудиту як інструмента оцінки якості медичної послуги, механізму вдосконалення медичного обслуговування населення, засобу стимулювання професійної діяльності медичного персоналу. Запропоновано дефініцію клінічного аудиту як спеціального методу оцінки, нового підходу до організації, планування і управління господарською (операційною) діяльністю 303, спрямованого на забезпечення їх конкурентоспроможності на ринку медичних послуг.

З врахуванням якісних змін у системах охорони здоров'я країн світу, спрямованих на розвиток пацієнт-орієнтованого підходу, запропоновано

стандартизовану пацієнт-центричну модель клінічного маршруту при виконанні діагностичних досліджень, що дозволяє підвищити якість медичної послуги та оптимізувати процеси її надання.

5. Доведено, що важливою стадією процесу клінічного аудиту є розроблення критеріїв та показників для оцінювання і прийняття подальших управлінських рішень. Розроблено типи показників для ЗОЗ за тріадою Donabedian A., які можуть бути використані для поліпшення клінічного процесу і оцінювання ефективності маркетингової конкурентної стратегії.

6. Запропоновано систему показників для оцінювання ефективності маркетингової конкурентної стратегії ЗОЗ на засадах клінічного аудиту.

Доведено, що включення до системи оцінювання якості медичної послуги клінічних і неклінічних показників дозволить розширити можливості клінічного аудиту як управлінського інструменту та залучити до його проведення експертів-медиків, менеджерів, маркетингологів, юристів.

7. Визначення ступеню задоволення споживача головною детермінантою успіху ЗОЗ в конкурентній боротьбі обґрунтовано шляхом проведення маркетингових досліджень з використанням опитування та сучасних інформаційних технологій обробки статистичних даних.

Дослідження загальної задоволеності та вивчення думки пацієнтів щодо надання медичної послуги і факторів, які впливають на вибір ними закладу, дозволило виявити тенденції щодо: частоти звернення до лікаря (77,2% – за необхідністю), причин звернення (переважно діагностика та лікування), задоволеності роботою сімейного лікаря та лікарів-спеціалістів (63,2% задоволені у достатній мірі), досвіду (85% мають такий досвід) та причин звернення до приватних ЗОЗ, факторів при виборі ЗОЗ (якість послуги та результативність обрали 86%), необхідності додаткових послуг та зручностей (Wi-fi-мережа), а також думки, пропозиції та скарги респондентів. Визначено проблемні питання у діяльності КНП та приватних ЗОЗ у контексті реформування галузі, на які управлінцям закладів слід звернути увагу при формуванні маркетингових конкурентних стратегій.

8. Спираючись на методологію моделювання SEM, проведено перевірку гіпотез щодо взаємозв'язків між сприйнятою якістю медичної послуги, задоволеністю пацієнтів та їх намірами лояльності до ЗОЗ з використанням програмних пакетів SPSS STATISTICS 17.0 та LISREL8.80. Проведені емпіричні дослідження дозволили спростувати дві з них та довести твердження: «задоволеність пацієнтів опосередковує сприйняту якість медичних послуг та наміри лояльності їх споживачів».

9. Здійснено оцінку якості медичних послуг для вітчизняних ЗОЗ за методикою SERVPERF, що дозволило оцінити найбільш важливі і цінні характеристики послуги з точки зору задоволеності споживача, визначити з них ті, удосконалення яких може дати найбільший результат.

В процесі побудови моделі «Сприйнята пацієнтом якість медичної послуги» застосовано експлораторний факторний аналіз і метод виділення головних компонент – для виокремлення трьох складових, що формують сприйняття якості медичної послуги пацієнтом; аналіз шляхів – для встановлення кореляційних та коваріаційних взаємозв'язків між конструктами моделі. Запропоновано графічне представлення моделі та її вербальне формулювання: «Сприйнята пацієнтом якість медичної послуги формується трьома основними компонентами – персонал, комунікації та матеріальний доказ – які, своєю чергою, сприймаються споживачем через визначений набір характеристик».

10. Побудовано «Структурну модель взаємозв'язків між сприйнятою якістю медичної послуги, її компонентами та лояльністю, опосередкованих задоволеністю пацієнтів», що вміщує підтверджену гіпотезу та виявлені головні компоненти якості, яка має такий вербальний зміст: «Якість медичної послуги сприймається її споживачами через надійність, відповідальність, чуйність персоналу, за умов належного інформування про можливі методи лікування і його вартість та наявності сучасної, в належному санітарно-гігієнічному та технічному стані, матеріальної бази, опосередковано – через задоволеність пацієнтів отриманою послугою – впливає на їх наміри лояльності».



11. З'ясовано тенденції використання маркетингових інструментів у діяльності ЗОЗ; виявлено важливість застосування кожного з них для пацієнта при виборі закладу; шляхом побудови «Структурної моделі взаємозв'язків між маркетинговими інструментами та лояльністю, опосередкованих задоволеністю пацієнтів» з використанням інструментарію SEM у LISREL встановлено, що між застосуванням елементів комплексу маркетингу та лояльністю пацієнтів існує взаємозв'язок, опосередкований їх задоволеністю.

12. Для формування пропозицій з метою реалізації ефективних інструментальних стратегій маркетинг-мікс, створення нових та підтримки існуючих конкурентних переваг у КНП та приватних ЗОЗ побудовано матрицю «частота застосування інструментів маркетингу/їх важливість при виборі закладу», в основу якої покладено думки пацієнтів, висловлені в процесі опитування. Обгрунтовано стратегічну значимість заходів, що потрапили у квадрант «низька частота застосування/висока важливість при виборі ЗОЗ», зокрема, і для КНП, і для приватних закладів – оновлення спектру пропонованих медичних послуг, забезпечення постійного зворотного зв'язку з пацієнтом в процесі обслуговування, розробка пакетів послуг для різних категорій споживачів. Для приватних ЗОЗ варто звернути увагу на вивчення потреб пацієнтів, налагодження електронних каналів розповсюдження інформації, забезпечення погодинних послуг на дому, запровадження заходів стимулювання продажу послуг; для КНП першочерговими заходами є збільшення уваги до сервісного немедичного обслуговування, забезпечення гнучкої пропускної здатності, пропозиція різних варіантів цін залежно від витратних матеріалів, усунення тіньових схем, забезпечення матеріальної мотивації медичного персоналу, розробка оптимальних маршрутів пацієнта для забезпечення комплексності послуг, оновлення медичного обладнання, запровадження інноваційних технологій у лікувальний процес.

Основні результати проведеного дослідження опубліковані в працях [270-279].

## ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі узагальнено теоретичне підґрунтя та запропоновано вирішення науково-прикладної задачі щодо поглиблення концептуальних засад формування маркетингової конкурентної стратегії закладів на ринку медичних послуг з позиції пацієнт-орієнтованого підходу. Це дало автору змогу сформулювати низку висновків теоретичного та практичного значення:

1. З'ясовано головну особливість конкуренції на ринку медичних послуг – орієнтацію на цінності для пацієнтів; розширено існуючий перелік чинників, що ускладнюють діяльність ЗОЗ, до складу якого включено: якість медичної послуги, медичне страхування, одночасне виробництво і споживання послуги, виняткове значення фактору часу, недосконала конкуренція, правовий статус ЗОЗ, асиметрія інформації, державне регулювання. Запропоновано концептуальну структурно-логічну схему формування маркетингової конкурентної стратегії ЗОЗ та модель «Конкуренція – задоволеність споживачів», що дозволило підтвердити та втілити головну ідею дослідження – зв'язок між конкуренцією та задоволеністю пацієнтів через реалізацію обраної маркетингової конкурентної стратегії.

2. Розширено трактування поняття «маркетингова конкурентна стратегія ЗОЗ» як формально визначений напрям розвитку закладу, який залежить від сфери, форм і факторів конкуренції на ринку медичних послуг, доступних ресурсів діяльності, системи маркетингу, що дозволяють реалізувати перспективні загальноорганізаційні цілі з позиції пацієнт-орієнтованості. Запропоновано концептуальну структуру конкуренції між ЗОЗ на ринку медичних послуг, яка ґрунтується на реалізації закладами трьох базових стратегій з метою залучення обмежених ресурсів для досягнення показників ефективності (економічності, продуктивності, результативності) та цільових результатів – задоволеності та лояльності пацієнтів. Здійснено класифікацію

маркетингових конкурентних стратегій на підставі виділення трьох критеріїв – орієнтації на витрати, на якість медичної послуги і на пацієнта, сформовано три типи стратегій, адаптованих до специфіки функціонування ЗОЗ. Запропоновано поетапний процес розробки маркетингової конкурентної стратегії як найбільш доступний для застосування та алгоритмізації у ЗОЗ. Обґрунтовано необхідність проведення клінічного аудиту на всіх етапах процесу формування та реалізації маркетингової конкурентної стратегії ЗОЗ та розширено його розуміння як інструменту менеджменту.

3. Поглиблено зміст медичної послуги як процесу взаємодії між персоналом ЗОЗ і пацієнтом з метою відновлення, зміцнення та підтримки його здоров'я, який спирається на довіру до закладу, задоволеність та лояльність пацієнта, заснованих на отриманні медичної допомоги та обслуговуванні належної якості. Сформовано мультиатрибутивну модель медичної послуги, у якій на відміну від існуючих додано рівень медичної послуги як бренду. Розроблено класифікацію медичних послуг за різними соціально-економічними та правовими критеріями. Констатовано, що якість медичної послуги є необхідною і обов'язковою складовою медичної діяльності та фундаментом побудови маркетингових конкурентних стратегій ЗОЗ.

4. Отримала подальший розвиток дефініція «заклад охорони здоров'я» як підприємство, установа та організація будь-якої форми власності і організаційно-правової форми, яка має статус юридичної особи та здійснює господарську діяльність в сфері медичного обслуговування населення самостійно або через відокремлені підрозділи на основі професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників. Розроблено класифікацію ЗОЗ за ознаками: сфера діяльності, організаційно-правова форма, форма власності, мета здійснення господарської діяльності, доступність медичної допомоги та іншого медичного обслуговування, спеціалізація, наявність ліцензії на провадження господарської діяльності, проходження акредитації, можливість приватизації, орган підпорядкування (сфера управління). Сформовано три групи внутрішніх факторів конкурентоспроможності ЗОЗ – медико-

технологічні, економіко-управлінські та організаційно-правові. Здійснено оцінку конкурентоспроможності ЗОЗ за маркетинговими факторами на основі бального та графічного методів десяти підприємств-конкурентів у секторі ринку гарантованих пакетів медичних послуг з первинної медичної допомоги м. Вінниці, що дозволило виявити лідерів, а також визначити конкурентні переваги кожного закладу. Вдосконалено методичне забезпечення оцінки зовнішніх факторів, що впливають на конкурентоспроможність ЗОЗ, шляхом використання матричного методу (матриця можливість/вразливість), що дало змогу виділити фактори для закладів м. Вінниці та Вінницької області, на яких має акцентуватися увага менеджерів при вчиненні найважливіших стратегічних дій. Проведення аналізу рівня інтенсивності конкуренції в секторі гарантованих пакетів медичних послуг з первинної допомоги м. Вінниці на основі моделі п'яти сил конкуренції Porter M.E. дозволило запропонувати маркетингові заходи для послаблення впливу виявлених загроз на діяльність досліджуваних ЗОЗ.

5. З'ясовано основні тренди ринку медичних послуг України, його обсяг, динаміку, потенціал, структуру. Доведено, що ринок медичних послуг перебуває у фазі розвитку, його зростання має позитивну динаміку, а товарна структура постійно змінюється. Визначено ринкові тенденції для ЗОЗ приватної форми власності: поява нових учасників ринку; розширення мережевих закладів шляхом відкриття нових клінік або поглинання одиночних гравців, передовсім, у великих містах України; диференціація та диверсифікація послуг за рахунок відкриття нових напрямків; розширення участі приватних закладів та ФОП у наданні гарантованих пакетів послуг.

6. Обґрунтовано необхідність розширення традиційної моделі «4Р» до «7Р» для медичної послуги та включення підміксів: продуктового, персоналу, процесу, матеріального доказу, просування, ціни, розподілу. За допомогою регресійної моделі, сформованої за результатами опитування менеджерів ЗОЗ, продемонстровано зв'язок між п'ятьма інструментальними стратегіями маркетинг-мікс – продуктовою, персоналу, процесу, матеріального доказу, просування – та ефективністю діяльності ЗОЗ, опосередковану показником

задоволеності клієнтів. Актуалізовано проблему збереження медичного персоналу ЗОЗ, визначено низку заходів щодо його мотивації: компенсаційний пакет, персональні пільги та преференції, підвищення та затвердження статусу медичного працівника тощо.

7. Запропоновано алгоритм процесу розроблення та впровадження маркетингової конкурентної стратегії ЗОЗ, який включає вісім кроків, об'єднаних у п'ять етапів: створення інформаційної бази; вибір стратегії; верифікація стратегії; складання плану; реалізація стратегії.

Проведено SWOT- і PEST-аналіз для закладів, що працюють на ринку медичних послуг м. Вінниці, за результатами запропоновано маркетингові конкурентні стратегії: орієнтовані на вдосконалення процесу – для комунальних, державних та приватних амбулаторно-поліклінічних закладів; орієнтовані на вдосконалення якості – для невеликих приватних спеціалізованих лікарень, що надають унікальні послуги; орієнтовані на фокусування на потребах споживачів – для великих приватних спеціалізованих медичних центрів, а також для закладів всіх форм власності, що конкурують в секторі гарантованих пакетів послуг; всі три типи стратегій – для стратегічних бізнес-одиниць приватних багатoproфільних закладів.

На основі критеріального підходу до оцінки ефективності діяльності ЗОЗ здійснено вибір оцінювальних критеріїв ефективності маркетингової конкурентної стратегії в трьох вимірах – економічності, продуктивності і результативності, та з двох позицій – зовнішньої і внутрішньої. Запропоновано комплексний показник ефективності стратегії ЗОЗ для визначення планової, поточної та цільової ефективності.

8. Обґрунтовано, що впровадження будь-якої конкурентної стратегії в практичну діяльність ЗОЗ вимагає організації клінічного аудиту. Доведено, що важливою стадією процесу клінічного аудиту є розроблення критеріїв та показників для оцінювання і прийняття подальших управлінських рішень. Запропоновано систему показників для оцінювання ефективності маркетингової конкурентної стратегії ЗОЗ на засадах клінічного аудиту.

Доведено, що включення до системи оцінювання якості медичної послуги клінічних і неклінічних показників дозволить розширити можливості клінічного аудиту як управлінського інструменту та залучити до його проведення експертів-медиків, менеджерів, маркетологів, юристів.

9. Задоволеність споживача медичною послугою визначена ключовим фактором та обов'язковою умовою формування ефективних маркетингових конкурентних стратегій ЗОЗ, що обґрунтовано шляхом проведення маркетингових досліджень на основі опитування з використанням методики SERVPERF, методології моделювання SEM та сучасних інформаційних технологій для збору та обробки статистичних даних: Google-форм, пакетів SPSS STATISTICS 17.0 та LISREL8.80. Розроблено алгоритм проведення дослідження взаємозв'язків між якістю медичних послуг, задоволеністю пацієнтів та їх намірами лояльності. Доведено, що задоволеність пацієнтів опосередковує сприйняту якість медичних послуг та наміри лояльності їх споживачів. Здійснено оцінку якості медичних послуг для ЗОЗ за методом SERVPERF, побудовано модель «Сприйнята пацієнтом якість медичної послуги», яка встановлює кореляційні та коваріаційні взаємозв'язки між конструктами. Сформовано «Структурну модель взаємозв'язків між сприйнятою якістю медичної послуги, її компонентами та лояльністю, опосередкованих задоволеністю пацієнтів». З'ясовано тенденції використання маркетингових інструментів у діяльності ЗОЗ; виявлено важливість застосування кожного з них для пацієнта при виборі закладу, запропоновано «Структурну модель взаємозв'язків між маркетинговими інструментами та лояльністю, опосередкованих задоволеністю пацієнтів». Сформовано пропозиції для КНП та приватних ЗОЗ щодо покращення застосування маркетингових інструментів в процесі реалізації маркетингової конкурентної стратегії та забезпечення конкурентних переваг з врахуванням думок пацієнтів на основі матриці «частота застосування інструментів маркетингу/їх важливість при виборі закладу пацієнтом».

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. CMS. Office of the Actuary. 2012. National health expenditure projections, 2011-2021. URL: <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS>. (дата звернення: 15.04.2018).
2. Державний бюджет–2019: скільки грошей закладено на охорону здоров'я. URL: <http://medicallaw.org.ua/spisok-novin/novina/article/derzhavniibjudzhet-2019-skilki-groshei-zakladeno-na-okhor/> (дата звернення: 15.06.2019).
3. Садовничий В.А., Григорьева Н.С., Чубарова Т.В. От традиций к инновациям: реформы здравоохранения в современном мире. Москва: Экономика, 2012. 285 с.
4. Рожкова Е. В. Социально-экономический механизм развития здравоохранения. Ульяновск: УлГУ, 2015. 184 с.
5. Vasco E., Barbosa N., Figueiredo J. A conceptual framework to analyse hospital competitiveness. *The Service Industries Journal*. 2010.Vol. 30(3). P. 437–448.
6. Federal Trade Commission. Improving health care: A dose of competition. Washington, DC. 2004.
7. Berkowitz E. N. Marketing as a Necessary Function in Health Care Management: A Philosophical Approach. *The Physician Executive*. Tampa. FL: American College of Physician Executives, 1994. P. 221-228.
8. Dooley R.S., Fryxell G.E., Judge W.Q. Belaboring the Not-So-Obvious: Consensus, Commitment, and Strategy Implementation Speed and Success. *Journal of Management*. 2000. Vol. 26. No. 6.
9. Tiwari V., Heese H. S. Specialization and competition in healthcare delivery networks. *Health Care Management Science*. 2009. Vol. 12(3). P.306–324.
10. Мачуга Н. З. Теорія і методологія функціонування системи надання медичних послуг в Україні: автореф. дис. ... д-ра екон. наук: [спец. 08.00.03] / Ін-т проблем ринку та екон.-екол. дослідж. НАН України. Одеса, 2016. 38 с.

11. Li L.X., Benton W.C. Performance measurement criteria in health care organizations: Review and future research directions. *European Journal of Operational Research*. 1996. Vol. 93(3). P. 449–468.
12. Minkman M., Kees A., Huijsman R. Performance improvement based on integrated quality management models: what evidence do we have? A systematic literature reviews. *International journal for quality in health care: journal of the International Society for Quality in Health Care*. 2007. Vol. 19 (2). P. 90–104.
13. Miller R.H. Competition in the health system: good news and bad news. *Health Affairs*. 1996 Summer;Vol. 15(No. 2). P. 312–320.
14. Brook R.H, Kosecoff J. Competition and quality. *Health Affairs*. 1988 Summer. P.150–161.
15. Rivers P.A., Glover S.H. Health care competition, strategic mission, and patient satisfaction: research model and propositions. *J Health Organ Manag*. 200. 22(6). P. 627–641.
16. Dash P., Meredith D. When and how provider competition can improve health care delivery. *McKinsey Quarterly*. 2010. Vol. 10. P. 30-41.
17. Porter M.E., Teisberg E. Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results. *Harvard Business Review*. 2006. V. 82, No 6. P. 65–76.
18. Loozen E. M. H. Public healthcare interests require strict competition enforcement. *Health policy*. 2015. Vol. 119. № 7. P. 882–888
19. Burgess S., Green K., Propper C. Does competition between hospitals improve the quality of care? Hospital death rates and the NHS internal market. *CMPO*. 2000. December. № 00/27.
20. Burgess S., Gossage D., Propper C. Competition and quality: Evidence from the NHS internal market 1991–9. *CMPO*. 2003. May. № 03/077.
21. Stiglitz J.E. *Ekonomia sektora publicznego*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN. Vol. 2004. P. 370–381.
22. Резнікова Н.В., Іващенко О.А., Войтович О.І. Моделі конкуренції на ринку послуг в сфері охорони здоров'я: проблема використання потенціалу



медичної галузі та її регулювання в умовах глобалізації. *Ефективна економіка*. 2018. № 1. URL: <http://www.economy.nayka.com.ua> (дата звернення: 20.07.2019).

23. Thomson R. B. Competition among hospitals in the United States. *Health policy*. Amsterdam. 1994. Vol. 27(3). P. 205–231.

24. Про затвердження Індикаторів якості медичної допомоги: Наказ МОЗ № 743 від 02.11.2011. URL: [http:// zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1328-11#Text](http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1328-11#Text) (дата звернення: 20.07.2019).

25. Pope G.C. Hospital nonprice competition and Medicare reimbursement policy. *Journal of Health Economic*. 1989. Vol. 8. P. 147–172.

26. Morrissey M. A. Competition in hospital and health insurance markets: a review and research agenda. *Health Service Research*. 2001. Vol. 36. P. 191–221.

27. Міщук А.А., Жарлінська Р.Г. Становлення ринку медичних послуг як складова медичної реформи в Україні. *Модернізація економіки в умовах зростання суспільної свідомості: туризм, людиномірність, партнерство, кооперація: матеріали II Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції* (м. Полтава, 14 грудня 2017 р.). Полтава: ПУЕТ, 2017. С. 208–211

28. Павлюк К.В. Удосконалення механізмів фінансування медичних послуг в Україні. *Фінанси України*. 2016. № 2. С. 64–82.

29. Trinh H.Q., O'Connor S. J. Helpful or harmful? The impact of strategic change on the performance of U.S. urban hospitals. *Health services research*. 2002. Vol. 37(1). P. 145–71.

30. McLaughlin D. B., Hays J. M. Healthcare Operations Management. Health Administration Press, 2008.

31. Cheng Shou-Hsia, Wei Yu-Jung, Chang Hong-Jen. Quality competition among hospitals: the effects of perceived quality and perceived expense on health care consumers. *American journal of medical quality: the official journal of the American College of Medical Quality*. 2006. Vol. 21(1). P. 68–75.

32. Jacobs P. A survey of economic models of hospitals. *Inquiry*. 1974. Vol. 11. P. 83–97.

33. Gaynor M., Vogt W. Antitrust and competition in health care markets. North Holland, Amsterdam, 2000. P.1405–1487.
34. Keeler E. B, Melnick G., Zwanziger J. The changing effects of competition on non-profit and for-profit hospital pricing behavior. *Journal of health economics* 1999. Vol. 18(1). P. 69–86.
35. Butler T.W, Leong G.K. The impact of operations competitive priorities on hospital performance. *Health Care Manag Sci.* 2000. Jun. Vol. 3(3): P. 227–235.
36. Shannon S.E., Mitchell P.H. Patients, nurses, and physicians have differing views of quality of critical care. *Journal of Nursing.* 2002. Vol. 34(2). P. 173–179.
37. Valdmanis V. G., Rosko M.D., Mutter R.L. Hospital quality, efficiency, and input slack differentials. *Health services research.* 2008. Vol.43(5 Pt 2). P. 1830–1848.
38. Wu W. Hospital Competitive Strategies and Performance Outcomes. PhD diss., University of Tennessee, 2014. URL: [http://trace.tennessee.edu/utk\\_graddiss/2875](http://trace.tennessee.edu/utk_graddiss/2875) (дата звернення: 20.07.2017).
39. Hendricks K.B., Singhal V.R. Does implementing an effective TQM program actually improve operating performance? Empirical evidence from firms that have won quality awards. *Management Science.* 1997. Vol.43(9). P. 1258–1274.
40. Kunst P. Quality management and business performance in hospitals: a search for success parameters. *Total Quality Management.* 2000. Vol.11(8). P. 1123–1134.
41. Hendricks K.B., Singhal V.R. The long-run stock price performance of firms with effective TQM programs as proxied by quality award winners. *Management Science.* 2001. Vol.47(3). P.359–368.
42. Harrington H. J. Business Process Improvement: The Breakthrough Strategy for Total Quality, Productivity, and Competitiveness. McGraw-Hill, 1991.
43. Cook S. Process improvement: a handbook for managers. Gower, Vermont, 1996.
44. Tucker A.L. The impact of operational failures on hospital nurses and their patients. *Health services research.* 2004. Vol.22. P.151–169.

45. Jack E.P., Powers T.L. A review and synthesis of demand management, capacity management and performance in health-care services. *International Journal of Management Reviews*. 2009. Vol.11(2). P.149–174.
46. Ittner C.D., Larcker D.F. The performance effects of process management techniques. *Management Science*. 1997. Vol.43(4). P. 522–534.
47. Spanyi A. More for less: the power of process management. Meghan-Kiffer Press, Tampa, FL, 2006.
48. Goyal S.K., Deshmukh S.G. A critique of the literature on just-in-time. *Journal of Operations and Production Management*. 1992. Vol.12(1). P. 18–28.
49. Fullerton R.R., Mcwatters C.S. The production performance benefits from JIT implementation. *Journal of Operations Management*. 2001. Vol.19. P. 81–96.
50. Miles R.E., Snow C.C. Organizational Strategy, Structure and Process. McGraw-Hill, New York, 1978.
51. Skinner W. The focused factory. *Harvard Business Review*. 1974. Vol.52. P.113–121.
52. Hayes R.H., Wheelwright S.C. Restoring our Competitive Edge: Competing through Manufacturing. Wiley, New York. 1984.
53. Fullerton R. R, Mcwatters C.S, Fawson C. An examination of the relationships between JIT and financial performance. *Journal of Operations Management*. 2003. Vol.21. P. 383–404.
54. Flynn B.B, Sakakibara S., Schroeder R.G. Relationship between jit and tqm: practices and performance. *Academy of Management Journal*. 2013. Vol.38(5). P.1325– 1360.
55. Li L.X, Benton W.C., Leong G.K. The impact of strategic operations management decisions on community hospital performance. *Journal of Operations Management*. 2002. Vol.20. P.389–408.
56. Thakur M., English W., Hoffman W. Cost containment in small hospitals: targeting strategies beyond this decade. *Hospital & Health Services Administration*. 1986. Vol.31(3). P.34–44.

57. Buler T.W., Leong G.K., Everett L.N. The operations management role in hospital strategic planning. *Journal of Operations Management*. 1996. Vol.14. P.137–156.
58. Heineke, J. Strategic operations management decisions and professional performance in us hmos. *Journal of Operations Management*. 1995.Vol.13. P.255–272.
59. McDermott C., Stock G.N. Hospital operations and length of stay performance. *International Journal of Operations & Production Management*. 2007.Vol.27(9). P.1020–1042.
60. Kc D. S., Terwiesch C. The Effects of Focus on Performance: Evidence from California Hospitals. *Management Science*. 2011.Vol.57(11). P.1897–1912.
61. Clark J.R., Huckman R.S. Broadening Focus: Spillovers, Complementarities, and Specialization in the Hospital Industry. *Management Science*. 2012.Vol.58(4). P.708–722.
62. Hussey P. S., de Vries H., Romley J., Wang M.C., Chen S.S., Shekelle P.G., McGlynn E. A systematic review of health care efficiency measures. *Health services research*. 2009.Vol.44(3). P.784–805.
63. Hill C. W. L., Hoskisson R. Strategy and structure in the multiproduct firm. *Academy of Management Review*. 1987.Vol.12. P.331–341.
64. de Souza L.B. Trends and approaches in lean healthcare. *Leadership in Health Services*. 2009.Vol.22. P.121–139.
65. Zwanziger J., Glenn A., Melnick GA, Bamezai A. The effect of selective contracting on hospital costs and revenues. *Health Services Research*. 2000. Vol.35 (4). P.849–867
66. Trinh H. Q., Begun J. W. Strategic adaptation of us rural hospitals during an era of limited financial resources: a longitudinal study, 1983 to 1993. *Health Care Management Scie*. 1999.Vol.2 (1). P. 43–52.
67. Kralewski J. E., Wingert T. D., Feldman R., Rahn G. J., Klassen T. H. Factors related to the provision of hospital discounts for hmo inpatients. *Health Services Research*. 1992. Vol.27 (2). P. 133–153.

68. Monden Y. *Toyota Production System: An Integrated Approach to Just-In-Time*. Engineering and Management Press, Norcross, GA, 1998.
69. Cleverley W. O. Competitive strategy for successful hospital management. *Hospital and Health Services Administration*. 1992.Vol.37 (1). P. 53–69.
70. Green F.B., Amenkhienan F., Johnson G. Performance measures and jit. *Management Accounting*. 1992.Vol.10. P. 32–36.
71. Chen, A., Hwang Y., Shao B. Measurement and sources of overall and input inefficiencies: Evidences and implications in hospital services. *European Journal of Operational Research*. 2005.Vol.161 (2). P. 447–468.
72. Hollingsworth B. The measurement of efficiency and productivity of health care delivery. *Health economics*. 2008.Vol.1128 (August). P. 1107–1128.
73. Lindrooth R.C. Research on the hospital market: recent advances and continuing data needs. *Inquiry*. 2008.Vol.45 (1). P. 19–29.
74. Marcin J. P, Li Z., Kravitz R.L., Dai J.J., Rocke D.M., Romano P.S. The CABG surgery volume-outcome relationship: temporal trends and selection effects in California, 1998-2004. *Health services research*. 2008.Vol.43 (1 Pt 1). P. 174–192.
75. Clement J. P. Does hospital diversification improve financial outcomes? *Medical care*. 1987.Vol.25 (10). P.988–1001.
76. Snail T.S, Robinson J.C. Organizational diversification in the American hospital. *Annual review of public health*. 1998.Vol.19. P. 417–453.
77. Завгородняя А.В., Ямпольская Д.О. Маркетинговое планирование. Учебное пособие для бакалавриата и магистратуры. Москва: Юрайт. 2018. 340с.
78. Кметь Е.Б., Ким А. Г. Управление маркетингом: Учебник. Владивосток: ВГУЭС, 2015. 308 с.
79. Ансофф И. Новая корпоративная стратегия/ Пер. с англ. С. Жильцова. Санкт-Петербург, 1999. 414 с.
80. Куденко Н. В. Дискусійні проблеми сутності і змісту маркетингової стратегії підприємства. *Вісник Національного університету "Львівська політехніка"*. 2004. № 499. С. 72–78.

81. Chandler A.D. Strategy and Structure: A Chapter in the History of Industrial Enterprises. Cambridge, Mass, MIT Press, 1962. 460 p.
82. Kotler P., Shalowitz J., Stevens R.J. Strategic Marketing For Health Care Organizations: Building A Customer-Driven Health System. Jossey-Bass, 2008. 576 p.
83. Kahn H., Wiener A. J. The year 2000. A framework for speculation on the next thirty-three years. London: MacMillan Publishing Company. 1967.
84. Saaty T. L. Decision making with the analytic hierarchy process. *Int. J. Services Sciences*. 2008. Vol. 1, No. 1. P. 83–98.
85. Mintzberg H. Simply Managing: What Managers Do – and Can Do Better. – ReadHowYouWant, 2013. 260 p.
86. Ansoff H. I. Strategic Management. New York: Palgrave Macmillan, 2007. 233 p.
87. Хайров Р. Р. Сравнительный анализ трактовок конкурентной стратегии. *Вестник Волжского университета имени В. Н. Татищева*. 2012. № 3 (26). С. 229–236.
88. Дергачова В.В., Мельник В.О. Теоретичні основи формування конкурентних стратегій підприємства. *Актуальні проблеми економіки та управління*. Збірник наукових праць молодих вчених факультету менеджменту та маркетингу КПІ ім. І.Сікорського. 2017. № 11. URL: <http://ape.fmm.kpi.ua/article/view/102731> (дата звернення 21.01.2018)
89. Бельтюков Є.А., Некрасова Л.А. Конкурентна стратегія підприємства: сутність та формування на основі оцінки рівня конкурентоспроможності. *Економіка: реалії часу*. 2014. № 2. С. 6-13. URL: <http://economics.opu.ua/files/archive/2014/No2/6-13.pdf> (дата звернення 21.01.2018).
90. Словник української мови: в 11 томах. 1973. Т. 4. URL: <http://sum.in.ua/s/mekhanizm>.
91. Porter M. Competitive Advantage. New York: McMillan Publishing Co, Inc., 1985. 576 p.

92. Раменский Л. Г. Введение в комплексное почвенно-геоботаническое исследование земель. Москва: Сельхозгиз, 1938. 620 с.
93. Grime J. P. Plant strategies and vegetation processes. Chichester: John Wiley & Sons, 1979. 222 p.
94. Юданов А. Ю. Конкуренция: теория и практика: Учебно-практическое пособие. Москва: Гном и Д., 2001. 304 с.
95. Friesewinkel H. Das pharmazeutische Marketing. 2. Kulmbach: Pharma-Team-Verlag, 1982. 535 p.
96. Treacy M, Wiersema F. The Discipline of Market Leaders. Basic books; New Ad Addition, 1997. 210 p.
97. Траут Дж., Райс Ел. Маркетингові війни. Київ: Фабула, 2019. 240 с.
98. Омаэ К. Мышление стратега. Искусство бизнеса по-японски. Москва: Интеллектуальная литература. 2019. 211 с.
99. Kim W. C., Mauborgne R. A. Blue Ocean Strategy, Expanded Edition: How to Create Uncontested Market Space and Make the Competition Irrelevant. Boston, Massachusetts: Harvard Business Review Press, 2015. 287 p.
100. Codrin A. The Global “Blockchain in Healthcare” Report: the 2019 ultimate guide for every executive. Digital Disruption. 2019. May 26. URL: <https://healthcareweekly.com/blockchain-in-healthcare-guide/> (дата звернення: 25.06.2019).
101. Pino R. Corporate Aikido: Unleash the Potential Within Your Company to Neutralize Competition and Seize Growth. McGraw-Hill, 1999. 169 p.
102. Dussauge P., Garrette B. Determinants of Success in International Strategic Alliances: Evidence from the Global Aerospace Industry. *Journal of International Business Studies*. 1995. Vol. 26, Issue 3. P. 505–530.
103. von Krogh G., Cusumano M.A. Three strategies for managing fast growth, *MIT Sloan Management Review*. 2001. Vol. 42. No2. P. 53–61
104. Виханский О. С., Наумов А. И. Менеджмент: учебник. Москва: Магистр: ИНФРА-М. 2014. 655 с.

105. Mintzberg H., Ahlstrand B., Lampel J. *Strategy Safari: A guided tour through the Wilds of strategic management*. FT Prentice Hall, 2009. 441 p.
106. Бирюков В. С. Системы менеджмента качества и аудит в учреждениях здравоохранения (теория и практика индустриализации медицинской деятельности). Киев: Освита України. 2016. 334 с.
107. Клінічний аудит у системі державного контролю якості медичної допомоги в Україні: сутність, цілі та класифікація. / А.О. Гаврилюк, Р.Г. Жарлінська, Г.В. Даценко [та ін.]. *Biomedical and biosocial anthropology*. 2017. № 29. С. 224–228.
108. Halligan A., Donaldson L. Implementing clinical governance: turning vision into reality. *BMJ*. 2001. September 22. Vol.323(7314). P. 685.
109. National Institute for Clinical Excellence (NICE). *Principles for best practice in clinical audit*. Abingdon, Radcliffe Medical Press. 2002.
110. Сучасні форми конкурентної взаємодії суб'єктів господарювання: монографія / Ж.В. Поплавська, Н.Л. Михальчишин, М.Л. Данилович-Кропивницька [та ін.]; за заг. ред. Ж.В. Поплавської. Львів: ТОВ «Галицька видавнича спілка», 2019. 201 с.
111. Стратегічне планування в секторі охорони здоров'я в об'єднаних територіальних громадах. Програма «U-LEAD з Європою»: Методичний посібник / М. Брага, С. Пхіденко, Л. Масюк [та ін.]. Київ. 2019. 75 с.
112. Петров А.Н. Стратегический менеджмент: Учебник для вузов. 3-е изд. Стандарт третьего поколения. Санкт-Петербург: Изд. дом Питер, 2015. 400 с.
113. Хаустов А. Н., Шахворостов Г. И. Актуальность, проблемы и задачи проектного управления при совершенствовании региональной политики здравоохранения. *Актуальные проблемы профессионального образования: цели, задачи и перспективы развития*: материалы 16-ой всероссийской научно-практической конференции. Воронеж: Научная книга, 2018. С. 264–273.
114. Новий тлумачний словник української мови /укл. В. В. Яременко, О.М. Сліпущко. Київ: Аконіт, 2001.Т. 2. Ж–О. 911 с.



115. Новий тлумачний словник української мови/укл. В. В. Яременко, Сліпушко О. М. Київ: Аконіт, 2001. Т. 3. О – Р. 927 с.
116. Lovelock C.H., Wirtz J. *Services Marketing: People, Technology, Strategy*, 8th edition. World Scientific Publishing Company. 2016. 800 p.
117. Drucker P.F. *The Practice of Management*. Harper Business; Reissue edition (October 3, 2006). 416 p.
118. Ойнер О.К. *Управление результативностью маркетинга: учебник для бакалавриата и магистратуры*. Москва: Издательство Юрайт, 2017. 350 с.
119. Kaplan R.S., Norton D.P. The Balanced Scorecard—Measures that Drive Performance. *Harvard Business Review*. 1992. January–February. Issue. URL: <https://hbr.org/1992/01/the-balanced-scorecard-measures-that-drive-performance-2> (дата звернення 25.01.2020)
120. Sheth J.N., Sisodia R.S. *The Rule of Three: Surviving and Thriving In Competitive Markets*. Free Press: N.Y., 2002.
121. Sheth J.N., Sisodia R.S. *The 4A's of Marketing: Creating Value for Customers, Companies and Society*. Routledge: N.Y., London. 2012.
122. Measures and Metrics: The Marketing Performance Measurement Audit. 2004. CMO Council. URL: [http://www.factortg.com/ideas/CMO\\_MPM\\_Audit\\_\\_cmo.pdf](http://www.factortg.com/ideas/CMO_MPM_Audit__cmo.pdf) (дата звернення 25.01.2020)
123. Morgan N., Clark B., Gooner R. Marketing productivity, marketing audits, and systems for marketing performance assessment. Integrating multiple perspectives. *Journal of Business Research*. 2002. Vol. 55 (5). P. 363–375.
124. Rust T., Ambler T., Carpenter G., Kumar V., Strivastava R. Measuring marketing productivity: Current knowledge and future directions. *Journal of Marketing*. 2004. Vol.68 (4). P.76–89.
125. Srivastava R., Reibstein J., Joshi Y. *Linking Marketing Metrics to Financial Performance*. ZIBS Technical Report. Zuman Institute of Brand Science. 2007.
126. Котлер Ф., Келлер К.Л. *Маркетинг менеджмент. Экспресс-курс*. Санкт-Петербург: Питер, 2009. 480 с.

127. Тультаев Т.А. Маркетинг услуг: учебник. Москва: ИНФРА, 2012. 208с.
128. Zeithaml V.A., Berry L.L., Parasuraman A. The behavioral consequences of service quality. *Journal of Marketing*. 1996.Vol. 60. P. 31–46.
129. Міщук А.А. Жарлінська Р.Г., Верлан-Кульшенко О.О. Медична послуга: економічний та юридичний зміст. *Economic and law paradigm of modern society*. 2017. №2. С. 65–75.
130. Bither M.J., Booms B.H., Tetreault M.S.The service encounter: diagnosing, favorable and unfavorable incidents. *Journal of Marketing*. 1990. January. P. 73.
131. Демографічна та соціальна статистика (охорона здоров'я). URL: [http://ukrstat.org/uk/operativ/menu/menu\\_u/oz.htm](http://ukrstat.org/uk/operativ/menu/menu_u/oz.htm). (дата звернення: 25.12.2019).
132. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України № 2801-ХІІ від 19.11.1992. Відомості Верховної Ради України (ВВР).1993. № 4. Ст.19. URL:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12> (дата звернення: 15.12.2019).
133. Велика українська енциклопедія. URL: <https://vue.gov.ua/%D0%9C%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D0%B0> (дата звернення: 15.12.2019).
134. The World Health Report 2010.World Health Organization. URL: [www.who.int/topics/health systems/en/](http://www.who.int/topics/health%20systems/en/) (дата звернення: 16.12.2019).
135. Лисицын Ю. П. Концепция "человеческого капитала": медико-экономический аспект. *Экономика здравоохранения*. 1998. № 2/26. С. 6.
136. Столяров С.А. Рынок медицинских услуг: некоторые его характеристики, проблемы и аспекты управления: монография. Барнаул: Аз Бука, 2005. 269 с.
137. Бобок П.В. Обеспечение качества и эффективности медицинской помощи: понятийный аппарат. *Проблемы военного здравоохранения и пути его реформирования*: сб. науч. тр. / Под ред. В.Я. Белого. Киев: Логос, 1998. С. 43–49.

138. Вороненко Ю. В., Михальчук В. М., Горачук В. В. Управління якістю медичної допомоги: науково-практичні підходи до вдосконалення: Посібник. /За заг. ред. академіка НАМН України Вороненка Ю. В. Київ, 2016. 163 с.

139. Данилишин Б. М., Куценко В. І., Остафійчук Я. В. Сфера та ринок послуг у контексті соціальної модифікації суспільства: монографія. Київ: ЗАТ "Нічлава", 2005. 327 с.

140. Зацна Л. Я., Івашків Т. І. Маркетинг медичних послуг та особливості розвитку ринку медичних установ в умовах трансформації економіки. *Економіка Крима*. 2013. № 1. С. 363-367. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/econkr\\_2013\\_1\\_79](http://nbuv.gov.ua/UJRN/econkr_2013_1_79) (дата звернення: 15.09.2017).

141. Каминская Т. М. Рынок медицинских услуг: опыт теоретико-институционального анализа. Харків: Контраст, 2006. 296 с.

142. Сенюта І. Я. Цивільні правовідносини у сфері надання медичної допомоги в Україні: питання теорії та практики: дис. д-ра юр. наук: 12.00.03/ Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького; Науково-дослідний інститут приватного права і підприємництва імені академіка Ф. Г. Бурчака Національної академії правових наук України. Київ, 2018. 500 с.

143. Данилів А. І. Формування ринку медичних послуг в Україні: структура фінансування та витрат. *Наукові записки НаУКМА. Економічні науки: електрон. версія журн.* 2012. Т. 133. С. 49-57. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/NaUKMAe\\_2012\\_133\\_12](http://nbuv.gov.ua/UJRN/NaUKMAe_2012_133_12) (дата звернення: 03.07.2018).

144. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку: кол. моногр. / за заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша. Київ: НАДУ, 2013. 424 с.

145. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні / М. М. Білинська, Я. Ф. Радиш, І. В. Рожкова та ін; за заг. ред. проф. М.М. Білинської. Київ; Львів: НАДУ, 2012. 240 с.

146. Бутенко А. І. Проблеми розвитку підприємництва у сфері охорони здоров'я/ НАН України, Ін-т пробл. ринку та екон.-екол. дослідж. Одеса. 2003. 392 с.
147. Жаліло Л. І., Мартинюк О.І. Стратегії змін у сфері охорони здоров'я в умовах соціально-економічних реформ в Україні. URL: <http://academy.gov.ua/ej/ej14/txts/Zhalilo.pdf> (дата звернення: 15.12.2018).
148. Камінська Т.М. Про розвиток квазіринкових відносин в охороні здоров'я. *Економічна теорія*. 2006. № 2. С. 17–24.
149. Стеценко С. Г. Медична реформа в Україні: право, політика, мораль. *Публічне право*. 2017. № 4. С. 57-61. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/pp\\_2017\\_4\\_9](http://nbuv.gov.ua/UJRN/pp_2017_4_9). (дата звернення: 15.11.2018).
150. Болотіна Н.Б. Право соціального захисту України: навчальний посібник. Київ: Знання, 2008. 663 с.
151. Козуліна С.О. Механізми державного управління діяльністю закладів охорони здоров'я (організаційно-правовий аспект): дис. канд. наук з держ.упр. Одеса: ОРІДУ НАДУ, 2004. 202 с.
152. Гладун, З.С. Адміністративно-правове регулювання охорони здоров'я населення в Україні: монографія. Київ: Юрінком Інтер, 2007. 720 с.
153. Радиш Я. Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: конституційно-правові засади. Київ: Вид-во УАДУ, 2001. 360 с.
154. Жарлінська А.А., Присяжнюк А.А., Жарлінська Р.Г. Медичне страхування в Україні: стан та перспективи розвитку. Праці XVI Всеукраїнської наукової конференції студентів, аспірантів та молодих вчених «Проблеми розвитку соціально-економічних систем в національній та глобальній економіці», 19-21 квітня 2016 року. Вінниця: ДонНУ, 2016. С.86–88.
155. Жарлинская А.А., Присяжнюк А.А. Медицинское страхование в Украине: реалии и перспективы. *Медицинская наука: достижения и перспективы*. Материалы научно-практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием,

посвященной 25-летию государственной независимости Республики Таджикистан. Душанбе: ТГМУ им. Абуали ибни Сино, 2016. С.425.

156. Жарлінська А.А., Присяжнюк А.А., Жарлінська Р.Г. Медичне страхування в Україні: економіко-правові аспекти становлення та міжнародний досвід. *Economic and law paradigm of modern society*. 2016. №1. С. 169–173.

157. Жарлинская А.А., Присяжнюк А.А. Медицинское страхование: международный опыт. *Актуальные проблемы современной медицины и фармации 2016: сборник тезисов докладов LXX Международной научно-практической конференции студентов и молодых ученых*. Минск: БГМУ. 2016. С. 791–792.

158. Міщук А.А. Характерні особливості медичних послуг та шляхи їх вдосконалення. Праці Сімнадцятої Міжнародної наукової конференції студентів, аспірантів та молодих вчених «Управління розвитком соціально-економічних систем: глобалізація, підприємництво, стале економічне зростання»/ Ред. кол. Хаджинов І.В. (голова) та ін. Вінниця: ДонНУ імені Василя Стуса, 2017. Т. 1. С. 205–207.

159. Zharlinska R., Verlan-Kulshenko O., Mishchuk A. Strategic approaches to the formation of the competitive strategy of health care organizations. Conceptual aspects management of competitiveness the economic entities: collective monograph / edited by M. Bezpartochnyi, I. Britchenko, in 2 Vol. / Higher School of Social and Economic. Przeworsk: WSSG, 2019. Vol. 2. P.250–259.

160. Особливості удосконалення надання медичних послуг в Україні. / А.О. Гаврилюк, Р.Г. Жарлінська, А.А. Міщук. *Світ Медицини та Біології*. 2019. №3(69). С. 39–43.

161. Mishchuk A., Boienko O. Classification of marketing competitive strategies for health care organizations. *Економіка і організація управління*. 2020. №1 (37). С. 149–159.

162. Управління конкурентоспроможністю підприємства: навч. посібник/ С.М. Клименко, Т.В. Омеляненко, Д.О. Барабась [та ін.]. К.: КНЕУ, 2008. 520 с.

163. Вовк С.М. Системні трансформації охорони здоров'я: монографія. Донецький державний університет управління, МОН України. Кривий Ріг: вид. Р. А. Козлов. 2017. 315 с.
164. Куценко В.І., Трілленберг Г.І. Сфера охорони здоров'я: соціально-економічні та регіональні аспекти: монографія. Київ. 2005. 366 с.
165. Кризина Н.П. Державна політика України в галузі охорони здоров'я: механізми формування та реалізації: дис. д-ра наук з держ. упр.: 25.00.02. Київ: Нац. акад. держ. упр. при Президентові України, 2008. 410 с.
166. Лехан В.М., Слабкий Г.О., Шевченко М.В. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: Український вимір. Київ, 2009. 50 с.
167. Баранов И.Н. Новый государственный менеджмент: Эволюция теории и практики применения. *Российский журнал менеджмента*. 2012. Т. №.1. С.13–20.
168. Тогунов И.А. Конкуренция в здравоохранении и медицине. *Менеджер здравоохранения*. 2005. №. 12. С. 12–21.
169. Решетников А.В. Управление, экономика и социология обязательного медицинского страхования: в 3 т. Москва: ГЭОТАР-МЕД, 2001. 832 с.
170. Шейман И.М. Возможные стратегии реформирования системы государственных обязательств в здравоохранении. *Экономика здравоохранения*. 2000. №5. С.14–21.
171. Шейман И.М. Теория и практика рыночных отношений в здравоохранении. Москва: Изд. дом ГУ ВШЭ. 2008. 320 с.
172. Hansen F.A revolution in healthcare. *Institute of Public Affairs: Melbourne*. 2008. Vol. 59, Is. 4. P. 43–45.
173. Tang C.S. The role of private care and increased patient mobility. *European Journal of Operational Research*. 2014. Vol. 234, Is. 3. P. 898–909.
174. Симонян А. В. Господарсько-правовий статус суб'єкта медичної практики: дис. канд. юрид. наук: 12.00.04 «Господарське право, господарсько-процесуальне право». ДонНУ ім. Василя Стуса. Вінниця, 2017. 260 с.

175. Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики: Постанова Кабінету Міністрів України від 2 березня 2016 р. №285. *Офіційний вісник України*. 2016. №30. Ст.1184.

176. Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад, посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою, посад професіоналів у галузі охорони здоров'я та посад фахівців у галузі охорони здоров'я у закладах охорони здоров'я: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 жовтня 2002 р. №385. *Офіційний вісник України*. 2002. №46. Ст. 211.

177. Енциклопедичний тлумачний словник фармацевтичних термінів: навчальний посібник / І.М. Перцев, Є.І. Світлична, О.А. Рубан та ін; за ред. проф. В.П. Черниха. Вінниця: Нова книга, 2014. 824 с.

178. Баєва О.В. Основи менеджменту охорони здоров'я: навч.-метод. посіб. Київ: МАУП, 2007. 328 с.

179. Про затвердження Переліку закладів охорони здоров'я Міністерства внутрішніх справ України: Наказ Міністерства внутрішніх справ України від 14 червня 2017 р. №507. *Офіційний вісник України*. 2017. №59. Ст.1812.

180. Про затвердження Переліку закладів охорони здоров'я в системі Міністерства оборони України: Наказ Міністерства оборони України від 23 березня 2017 р. №168. *Офіційний вісник України*. 2017. №38. Ст.1216.

181. Про затвердження Переліку закладів охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України: Наказ Міністерства юстиції України від 21 березня 2013 р. №499/5. *Офіційний вісник України*. 2013. №25. Ст.854.

182. Про затвердження Переліку закладів охорони здоров'я Державної прикордонної служби України: Наказ Адміністрації державної прикордонної служби України від 11 грудня 2012 р. №1066. *Офіційний вісник України*. 2013. №100. Ст.4095.

183. Про затвердження Переліку закладів охорони здоров'я Служби безпеки України: Наказ Служби безпеки України від 28 листопада 2007 р. №852. *Офіційний вісник України*. 2007. №93. Ст.3421.

184. Про затвердження переліку закладів охорони здоров'я та програм у галузі охорони здоров'я, що забезпечують виконання загальнодержавних функцій, видатки на які здійснюються з державного бюджету, та визнання такими, що втратили чинність, деяких постанов Кабінету Міністрів України: Постанова КМУ Кабінету Міністрів України від 16 травня 2011 р. №501. *Офіційний вісник України*. 2011. №36. Ст.1484.

185. Про затвердження Переліку закладів охорони здоров'я сфери управління Державної служби України з надзвичайних ситуацій: Наказ Міністерства внутрішніх справ України від 6 серпня 2014 р. №780. *Офіційний вісник України*. 2014. №70. Ст.1978.

186. Про затвердження переліків закладів, підприємств, установ та організацій, що належать до сфери управління Міністерства охорони здоров'я України: Наказ МОЗ України від 26. 01. 2018 № 152. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0152282-18> (дата звернення: 06.07.2019).

187. Ермоленко В.В., Ланская Д.В., Геращенко М.М. Методы диагностики внешней среды региона и корпорации в стратегическом управлении. *Научный журнал КубГАУ*. 2017. №129(05). URL: <http://ej.kubagro.ru/2017/05/pdf/86.pdf> (дата звернення: 21.11.2019р.)

188. Павлов А.Н., Соколов С.Б. Методы обработки экспертной информации. Санкт-Петербург: ГУАП, 2005, 42 с.

189. Center for Health Solutions. Retail clinics: facts, trends and implications. URL: <http://www.amcp.org/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=11959#/> (дата звернення: 15.12.2019).

190. Walmart Care clinics. URL: <https://www.walmart.com/cp/care-clinics/1224932> (дата звернення: 15.12.2019).

191. Соколова Ю. О., Пасічник К. В. Удосконалення діяльності державного медичного закладу на засадах маркетингу. *Інфраструктура ринку*. 2019. Вип. 37. С. 150–158.



192. Кузнецова Н. В. Применение модели «5 сил Портера» в оценке конкурентной среды предприятия на рынке медицинского обслуживания населения. *Экономика и политика*. 2017. №1 (9). С. 41–44.

193. Модель анализа пяти конкурентных сил Майкла Портера. URL: <http://powerbranding.ru/biznes-analiz/porter-model/> (дата звернення: 15.12.2019).

194. Національні рахунки здоров'я (НРОЗ) України за 2016 рік. URL: [http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat\\_u/publzdorov\\_u.htm](http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/publzdorov_u.htm) (дата звернення: 25.12.2019).

195. Про Державний бюджет України на 2020 рік: Закон України № 294-IX від 14.11.2019. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/main/294-IX/> (дата звернення: 25.12.2019).

196. Про Державний бюджет України на 2019 рік: Закон України № 2629-VIII від 23.11.2018. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2629-19/> (дата звернення: 15.12.2019).

197. The World Factbook 2018. URL: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/up.html/> (дата звернення: 07.02.2019).

198. Офіційний сайт Державної служби статистики України. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua>. (дата звернення: 30.10.2020).

199. Про затвердження нормативу забезпечення стаціонарними лікарняними ліжками у розрахунку на 10 тис. населення: Постанова Кабінету Міністрів України від 25 листопада 2015 р. № 1024. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1024-2015-%D0%BF>. (дата звернення: 25.12.2019).

200. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я: Закон України від 06.04.2017 р. № 2002. URL: [http://www.ukrainepravo.com/law-making/bill\\_passed\\_by\\_legislature/zakon-ukrainipro-vnesennya-zmin-do-deyakikh-zakonodavchikh-aktiv-ukraini-shchodo-udoshkonalennya-zak/](http://www.ukrainepravo.com/law-making/bill_passed_by_legislature/zakon-ukrainipro-vnesennya-zmin-do-deyakikh-zakonodavchikh-aktiv-ukraini-shchodo-udoshkonalennya-zak/) (дата звернення: 15.12.2019).

201. Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я: схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 № 1013-р. URL: <https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/249626689>. (дата звернення: 15.12.2019).

202. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>. (дата звернення: 15.12.2019).

203. Рахункова палата. Звіт про результати аудиту ефективності та обґрунтованості застосування податкових пільг з податку на додану вартість за операціями з постачання послуг з охорони здоров'я. Київ, 2019. URL: [https://rp.gov.ua/upload-files/Activity/Collegium/2019/6-5\\_2019/Zvit\\_6-5\\_2019.pdf](https://rp.gov.ua/upload-files/Activity/Collegium/2019/6-5_2019/Zvit_6-5_2019.pdf). (дата звернення: 25.12.2019).

204. Медичні кадри та мережа закладів охорони здоров'я системи МОЗ України за 2018-2019 роки: довідник. Відповідальний укладач: Заболотько В.М. Київ, 2019. URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/MMXVIII.html>. (дата звернення: 01.06.2020).

205. Лепешина О.В. Огляд ринку приватних медичних закладів України. 2018 рік. *Приватний лікар*. URL: <http://redmed.com.ua/privatnij-likar/> (дата звернення: 15.07.2019).

206. Лепешина О.В. Огляд ринку приватних медичних закладів України: актуальні тренди та прогнози на 2015 рік. URL: <https://www.slideshare.net/MedExpert/2015-47457840> (дата звернення: 15.07.2019).

207. Лепешина О.В. Приватна медицина та ринок: чи можливий гармонійний союз. *Приватний лікар*. 2017. Жовтень. С. 6-9. URL: <http://redmed.com.ua/privatnij-likar/> (дата звернення: 15.07.2019).

208. Індекс здоров'я. Україна–2018: Результати загальнонаціонального дослідження /Укл. Степурко Т.Г. та ін. Київ, 2018. URL: [http://health-index.com.ua/zvit\\_index\\_2018\\_ukr.pdf](http://health-index.com.ua/zvit_index_2018_ukr.pdf) (дата звернення: 15.07.2019).

209. Аналіз ринку медичних послуг в Україні. 2019 рік. URL: <https://proconsulting.ua/ua/issledovanie-rynka/analiz-rynka-medicinskih-uslug-v-ukraine-2019-god/> (дата звернення: 25.12.2019).

210. Аналіз ринку медичних послуг України. 2017 рік. URL: <https://pro-consulting.ua/ua/issledovanie-rynka/analiz-rynka-medicinskih-uslug-ukrainy-2017-god>. (дата звернення: 18.08.2019).
211. Центр медичної статистики МОЗ України. URL: [http://medstat.gov.ua/ukr/statdov\\_r.html](http://medstat.gov.ua/ukr/statdov_r.html). (дата звернення: 18.08.2019).
212. Приватні клініки Вінниця. Рейтинг кращих приватних клінік в Вінниці по відгукам вінничан. URL: <https://20.ua/vn/zdorove/kliniki-med-uslugi.html>. (дата звернення: 18.08.2019).
213. Укладені договори. URL: <https://nszu.gov.ua/ukladeni-dogovori>. (дата звернення: 20.08.2019).
214. Booms B., Bitner M. Marketing Strategies and Organization Structures for Services Firms. In James Donnelly & William George (Eds.), *Marketing of services: 1981 special educators' Conference Proceeding*. Chicago: American Marketing Association. 1981. P. 46–51.
215. Ahmad A. The Impact of Competitive Environment on Services Marketing Mix Strategy of Health Organizations in Developing Countries: Jordanian Private Sector Hospital Senior Managers Perspective. Unpublished PhD Thesis, UK. The University of Huddersfield, 2007.
216. Palmer A. *Principles of Services Marketing* (3rd ed.). UK: McGraw-Hill Publishing Company, 2001.
217. Kotler P., Armstrong G. *Principles of Marketing*. Pearson. *International Journal of Marketing Studies*. 2013. No. 6. Vol. 20. P.115.
218. Jones R. Making health information accessible to patients. *Aslib Proceedings*. 2003. 55(5/6). P. 334–338.
219. Shimp T. *Promotion Management and Marketing Communications*. Fort Worth, TX: The Dryden Press, 2003.
220. Bitner M. Evaluating Service Encounters: The Effects of Physical Surroundings and Employee Responses. *Journal of Marketing*. 1990. 54(2). P. 69–82.
221. Kasper H., Helsdingen P., Vries, J. *Services Marketing Management: An International Perspective*. John Wiley & Sons Ltd, 1999.

222. Keegan O., McGee H.A Guide to Hospital Outpatient Satisfaction Surveys. Practical Recommendations and the Satisfaction with Outpatient Services (SWOPS) Questionnaire. Dublin: Royal College of Surgeons in Ireland, 2002.
223. Carter R., Ennew C., Wright M. Deregulation and Distribution of Personal Financial Services in the UK. *Journal of American Society of CLU&CHFC*.1989. July. P. 68–73.
224. Grönroos C. Service Management and Marketing. A Customer Relationship Management Approach. Chichester: Wiley & Sons, 2000.
225. Orava M., Tuominen P. Curing and caring in surgical services: a relationship approach. *Journal of Services Marketing*. 2002. <http://dx.doi.org/10.1108/08876040210447379>
226. Keller K. Strategic Brand Management: Building, Measuring, and Managing Brand Equity (2nd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 2003.
227. Nagle T., Holden R. The Strategy and Tactics of Pricing. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1995.
228. Renner C., Palmer E. Outsourcing to increase service capacity in a New Zealand hospital. *Journal of Management in Medicine*. 1999. 13(5). P. 325–338.
229. Andaleeb S. Hospital Advertising the Influence of Perceptual and Demographic Factors on Consumer Dispositions. *Journal of Services Marketing*., 1994. 8(1). P. 48–59.
230. Міщук А.А. Інструментальні стратегії маркетингу закладу охорони здоров'я. *Економіка і організація управління*. 2017. №2. С. 120–131.
231. Collini S.A., Guidroz A.M., Perez L.M. Turnover in health care: the mediating effects of employee engagement. *Journal of Nursing Management*. 2015. 23. P. 169–178.
232. Collins S.K., Collins K.S. Employee retention: an issue of survival in healthcare. *Radiol Manage*. 2004. Jul-Aug. 26(4). P. 52–55.
233. White J. Employee Retention in Health Care: 4 Keys to Keep Your Best and Brightest. 2019. Sep.10. URL: <https://www.hrmorning.com/articles/employee-retention-healthcare/> (дата звернення: 21.08.2019).

234. Державна служба статистики України URL: [http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2014/gdn/prc\\_rik/prc\\_rik\\_u/dszpED\\_u.html](http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2014/gdn/prc_rik/prc_rik_u/dszpED_u.html). (дата звернення: 20.08.2019).

235. Зарубіжний досвід нарахування заробітних плат в основних секторах економіки (деякі країни Західної та Східної Європи). Офіс з фінансового та економічного аналізу у Верховній Раді України. 2018. 22 с. URL: [https://feao.org.ua/wp-content/uploads/2018/08/18\\_07\\_31\\_economicsectors\\_v1.8.pdf](https://feao.org.ua/wp-content/uploads/2018/08/18_07_31_economicsectors_v1.8.pdf). (дата звернення: 21.08.2019).

236. Мельник Л.А. Еміграція медичних працівників: тенденції та наслідки. URL: [http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis\\_nbuv/cgiirbis\\_64.exe?](http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?) (дата звернення: 21.08.2019).

237. Bhattacharya I, Ramachandran A. A path analysis study of retention of healthcare professionals in urban India using health information technology. *Hum Resour Health*. 2015. 13. P. 65.

238. Аналіз міграції медичного персоналу в умовах реформування охорони здоров'я в Україні. / Р.Г. Жарлінська, К.М. Вергелес, А.А. Міщук [та ін.]. *Світ Медицини та Біології*. 2019. №4(70). С. 65–71.

239. Жарлінська А.А., Жарлінська Р.Г. Окремі правові аспекти реформування системи охорони здоров'я в Україні. *Морально-етичні, правові та психологічні аспекти роботи лікаря: збірник тез IV науково-практичної конференції* (м. Хмельницький, 1 жовтня 2016 року). Хмельницький: Хмельницький університет управління та права, 2016. С.21–22.

240. Мищук А.А., Жарлинская Р.Г. Особенности рекламы медицинских услуг. *Студенческая медицинская наука XXI века. III Форум молодежных научных обществ: материалы XVIII междунар. науч.-практ. кон. студентов и молодых ученых и III Форума молодеж. науч. обществ* (Витебск, 14-15 нояб. 2018 г.). В 2 ч. / под ред. А. Т. Щастного. Витебск: ВГМУ, 2018. Ч. II. С.881-885

241. Zharlinska R., Mishchuk A., Teleguzova A. Advertising in the marketing system of medical services: legal and economic aspects. *Економіка, бізнес-адміністрування, право*. 2018. Вип. № 4(4). С. 34–49.

242. Жарлинская А.А., Жарлинская Р.Г. Роль сегментации рынка в маркетинговой деятельности учреждений здравоохранения Украины. Материалы дистанционной научно-практической конференции студентов и молодых ученых «*Инновации в медицине и фармации – 2016*». Минск: БГМУ, 2016. С.600–603.

243. Жарлінська А.А., Боєнко О.Ю. Сегментація ринку медичних послуг як основа формування маркетингових стратегій. Праці XVI Міжнародної наукової конференції студентів, аспірантів та молодих вчених «*Управління розвитком соціально-економічних систем: глобалізація підприємництво, сталі економічне зростання*», грудень 2016 р. Вінниця: ДонНУ імені Василя Стуса, 2016. Т.2. С. 48–50.

244. Дослідження практичної реалізації системи медичного обслуговування в Україні в умовах децентралізації. / К.М. Вергелес, Л.В. Горохова, А.А. Міщук [та ін.]. *Світ Медицини та Біології*. 2019. №4 (70). С. 30–34.

245. Ефективність управління персоналом в умовах реформування охорони здоров'я в Україні. The 2nd International scientific and practical conference «*Priority directions of science development*» November 25-26, 2019). / Р.Г. Жарлінська, А.О. Гаврилюк, А.А. Міщук [та ін.]. Львів, 2019. С. 476–481.

246. Савченко М. В. Трансформація парадигми маркетингу в охороні здоров'я: нові інструменти та стратегії. *Ефективна економіка*. 2020. № 3. URL: <http://www.economy.nauka.com.ua/?op=1&z=8171> (дата звернення 05.04.2020).

247. Про порядок контролю якості медичної допомоги: Наказ МОЗ від 28.09.2012 № 752. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1996-12> (дата звернення 25.01.2020).

248. Жарлінська Р.Г., Міщук А.А. Роль клінічного аудиту у формуванні маркетингової конкурентної стратегії закладу охорони здоров'я. *Економіка, бізнес-адміністрування, право*. 2017. Vol. 2(2). Р. 265–278.

249. Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly*. 2005. Vol. 83 (4). P. 691-729. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690293/> (дата звернення 27.01.2020).
250. Moen R. Foundation and History of the PDSA Cycle. 2009. URL: [https://deming.org/uploads/paper/PDSA\\_History\\_Ron\\_Moen.pdf](https://deming.org/uploads/paper/PDSA_History_Ron_Moen.pdf) (дата звернення 27.01.2020).
251. Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 75: Наказ МОЗ України від 29.12.2016 №1422. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0530-17> (дата звернення 26.01.2020).
252. Жегус О. В., Парцирна Т.М. Маркетингові дослідження: навчальний посібник. Харків: ФОП Іванченко І.С. 2016. 237 с.
253. Cronin J.J., Taylor S.A. *SERVPERF Versus SERVQUAL: reconciling performance-based and perceptions-minus-expectations measurement of service quality*. *Journal of Marketing*. 1994. Vol.58(1). P.125–131.
254. McAlexander J.H., Kaldenberg D.O., Koenig H.F. Service quality measurement. *Journal of Health Care Marketing*. 1994. Vol. 14(3). P. 34–39
255. Hennig-Thurau T., Kee A. *The impact of customer satisfaction and relationship quality on customer retention: a critical reassessment and model development*. *Psychology & Marketing*. 1997. Vol.14(8). P.737–764.
256. Iacobucci D., Saldanha N., Deng X.Y. A meditation on mediation: evidence that structural equations models perform better than regressions. *Journal of Consumer Psychology*. 2007. Vol.17(2). P.139–153.
257. Wu H.L., Liu C.Y., Hsu W.H. An integrative model of customer's perceptions of health care services in Taiwan. *The Service Industries Journal*. 2008. Vol.28(9). P. 1307–1319.
258. Bitner M.J. Evaluating service encounters: the effect of physical surroundings and employee responses. *Journal of Marketing*. 1990. Vol.54(2). P. 69–82.
259. Parasuraman A, Zeithaml V.A, Berry L. Reassessment of expectations as a comparison standard in measuring service quality: implications for further research. *Journal of Marketing*. 1994. Vol.58(1). P. 111–124.

260. Iacobucci D., Amy O., Kent G. Distinguishing service quality and customer satisfaction: the voice of the consumer. *Journal of Consumer Psychology*. 1995. Vol.4(3). P. 277–303.
261. Sternthal B., Tybout A.M., Calder B.J. Confirmatory versus comparative approaches to judging theory tests. *Journal of Consumer Psychology*. 1987. Vol.14(1). P. 114–125.
262. Bolton R.N., Drew J.H. Linking customer satisfaction to service operations and outcomes. In *Service quality: New directions in theory and practice*. Edited by Rust RT, Oliver RL. Thousand Oaks, California: Sage, 1994. P. 173–200.
263. Oliva T.A., Oliver R.L., MacMillan I.C. A catastrophe model for developing service satisfaction strategies. *Journal of Marketing*. 1992. Vol.56 (3). P. 83–95.
264. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry L: SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *J Retailing*. 1988. 67(1). P. 12–40.
265. Kang G. The hierarchical structure of service quality: integration of technical and functional quality. *Managing Service Quality*. 2006. Vol. 16. No. 1. P. 37–50.
266. Kang G., James J. Service quality dimensions: an examination of Gronroos's service quality model. *Managing Service Quality*. 2004.Vol. 14.No. 4. P. 266–277
267. Byrne B. Structural equation modeling with LISREL, PRELIS and SIMPLIS: basic concepts, applications, and programming. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers. 1998
268. Diamantopoulos A., Siguaw J.A. Introducing LISREL. A Guide for the Uninitiated. First edition. Sage Publications Ltd. August 2000.192 p.
269. Malhotra N., Lopes E., Veiga R. Structural Equation Modeling with use of Lisrel: an initial vision. *Brazilian Journal of Marketing*. ReMark Edição Especial. 2014. Vol. 13. N. 2. Maio. P 28-43.



270. Міщук А.А., Михайлівська Д.О. Контроль якості надання медичних послуг в Україні. Праці Сімнадцятої Міжнародної наукової конференції студентів, аспірантів та молодих вчених *«Управління розвитком соціально-економічних систем: глобалізація, підприємництво, стале економічне зростання»*/ Ред. кол. Хаджинов І.В. (голова) та ін. Вінниця: ДонНУ імені Василя Стуса, 2017. Т. 1. С. 202–204.

271. Міщук А.А., Жарлінська Р.Г. Клинический аудит как структурный элемент маркетинговой конкурентной стратегии учреждения здравоохранения Украины. *Актуальные проблемы современной медицины и фармации 2017: сборник тезисов докладов LXXI Международной научно-практической конференции студентов и молодых ученых*. Минск: БГМУ, 2017. С. 938.

272. Міщук А.А., Жарлінська Р.Г. Клінічний аудит як механізм державного контролю якості надання медичних послуг в Україні. *Теоретичні та прикладні аспекти впливу держави на економіку України: Матеріали I Всеукраїнської науково-практичної конференції* / укл. Підпригора Л.А. К.: Вид-во НПУ імені М.П. Драгоманова, 2017. С.25–30.

273. Gavryliuk A.O., Zharlinska R., Mischuk A. Legal support of the mechanism of the quality control of healthcare services in Ukraine. *World of Medicine and Biology*. 2019. № 1 (67). P.30–33.

274. Право пацієнта на якісну медичну допомогу. *Сучасна патоморфологічна діагностика в клінічній практиці лікаря: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції (10-11 квітня 2019 р., м. Вінниця).* / А.О. Гаврилюк, Р.Г. Жарлінська, А.А. Міщук [та ін.]. Вінниця: ТОВ «ТВОРИ», 2019. С.38–43.

275. Якість медичної допомоги та послуги: організаційно-правові аспекти. *Сучасна патоморфологічна діагностика в клінічній практиці лікаря: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції (10-11 квітня 2019 р., м. Вінниця).* / Р.Г. Жарлінська, Г.В. Даценко, А.А. Міщук [та ін.]. Вінниця: ТОВ «ТВОРИ», 2019. С. 65–70.

276. Жарлінська Р.Г., Гаврилюк А.О., Міщук А.А. Клінічний аудит в системі забезпечення права пацієнта на якісну медичну допомогу. *Актуальні проблеми медичного права: професійний погляд: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції 29 листопада 2018 року*. Київ, Одеса: Фенікс, 2019. С. 29–32.

277. Quality assurance of health care in Ukraine: economic and legal aspects. The 4th International scientific and practical conference «*Scientific achievements of modern society*» (December 4-6, 2019). / R.G. Zharlinska, A.O. Gavryluk, A.A. Mishchuk [et al]. Liverpool. Cognum Publishing House. United Kingdom. 2019. P. 638–645.

278. Improvement of the patient care process based on the principles of clinical audit. / A.O. Havryliuk, R.H. Zharlinska, A.A. Mishchuk. [et al.]. *World of Medicine and Biology*. 2020. № 2 (72). P. 27–31.

279. Mishchuk A. Marketing competitive strategy's effectiveness assessment for health care organizations. *Journal of Modern Economic Research*. 2020. № 3. P. 15-26 (0,53 д.а.). URL: <https://www.denakyrpublishing.science/index.php/jmer/article/view/35> (дата звернення: 01.11.2020)

## ДОДАТКИ

Додаток А



УКРАЇНА  
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ВАСИЛЯ СТУСА  
вул. 600-річчя, 21, м. Вінниця, 21021, тел. приймальні: +38 (0432) 50-89-30,  
факс: +38 (0432) 50-87-78, E-mail: [rector@donnu.edu.ua](mailto:rector@donnu.edu.ua), код ЄДРПОУ 02070803

«15» травня 2020 р. № 27/О.І.З-43

## ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційної роботи

Міщук Анастасії Андріївни

На тему «Формування маркетингової конкурентної стратегії  
закладів на ринку медичних послуг», поданої на здобуття наукового  
ступеня доктора філософії за спеціальністю 051 «Економіка»

Дисертаційна робота Міщук А.А. виконано відповідно до тематики наукових досліджень кафедри менеджменту та поведінкової економіки Донецького національного університету імені Василя Стуса: «Інтегрований розвиток територій: кадрова, маркетингова та інноваційна складові» (номер державної реєстрації 0117U006342, 2017-2020 рр.), у рамках якої систематизовано маркетингові конкурентні стратегії закладів охорони здоров'я; розроблено алгоритм формування стратегій; удосконалено методичне та інформаційне забезпечення оцінювання якості медичних послуг на основі моделювання структурними рівняннями та розроблено рекомендації щодо формування маркетингової конкурентної стратегії закладів охорони здоров'я.

Отримані наукові результати також використовуються у навчальному процесі Донецького національного університету імені Василя Стуса при викладанні навчальних дисциплін «Маркетинг послуг», «Маркетингові дослідження», «Стратегічний маркетинг».

Проректор з наукової роботи



І.В. Хаджинов



Медичний центр ТОВ «Оксфорд Медікал-Вінниця»  
м. Вінниця, вул. Пирогова 34  
Ліцензія МОЗ України № АВ 492131 від 20.07.2017

тел. (0432) 677 000  
oxformedvn@gmail.com

× < ◇ < × < ◇ > × > ◇ > ×

Вих. 4/06 від 17.06 2020р.

### ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження  
на тему: «Формування маркетингової конкурентної стратегії  
закладів на ринку медичних послуг» поданої на здобуття

*Мищук Анастасії Андріївни*

Наукові результати дисертаційної роботи «Формування маркетингової конкурентної стратегії закладів на ринку медичних послуг» розглянуто та рекомендовано до впровадження у ТОВ «Оксфорд Медікал-Вінниця», а саме:

- використання принципів та інструментів клінічного аудиту на всіх етапах процесу формування та реалізації маркетингової конкурентної стратегії;
- рекомендації щодо ретенши медичного персоналу та запровадження заходів мотивації персоналу, які мінімізують плинність кадрів і забезпечують оптимальні соціально-економічні та етико-психологічні умови професійної діяльності та відновлення;
- стандартизовану пацієнт-центричну модель клінічного маршруту при виконанні діагностичних досліджень для підвищення якості медичних послуг та оптимізації клінічних процесів.

Директор ТОВ «Оксфорд Медікал-Вінниця»



В.А. Мельничук



19.06.2020р  
№ 573/20-2

### ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження  
на тему: «Формування маркетингової конкурентної стратегії  
закладів на ринку медичних послуг»

**Міщук Анастасії Андріївни**

Результати дисертаційного дослідження «Формування маркетингової конкурентної стратегії закладів на ринку медичних послуг» розглянуто та рекомендовано до впровадження у ТОВ «Діагностичний центр «Меділабс»:

- рекомендації щодо запровадження заходів мотивації персоналу з мінімізації плинності кадрів;
- використання методології клінічного аудиту в процесі формування та реалізації маркетингової конкурентної стратегії;
- стандартизовану пацієнт-центричну модель клінічного маршруту при виконанні діагностичних досліджень на основі клінічного аудиту.

Директор ТОВ «Діагностичний  
центр «Меділабс»



Є.В. Дудник

Ліцензія МОЗ України АЕ №197826 від 07.05.2013  
ЕДРПОУ 38444806, ПАТ «Укрсиббанк», МФО 351005, Р/р 26003416565500  
м.Вінниця, вул. Радіона Скалецького, буд. 15, поверх 2, літера Ж  
тел.: (0432) 50-71-71, e-mail: medilabs.vin@gmail.com





**Мед Лаб**

МЕДИЧНА ЛАБОРАТОРІЯ

23.06.20 / № 1/357

Ліцензія МОЗ України АЕ №571609 від 20.11.2014 р.  
Україна, м. Київ, вул. Левка Мацієвича, 5 корпус 1  
тел.: 0 (800) 30-87-78, (044) 248-87-78  
www.medlabtest.ua  
www.facebook.com/medlabtest

### ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження

Мішук Анастасії Андріївни

Результати дисертаційної роботи Мішук А.А. на тему: «Формування маркетингової конкурентної стратегії закладів на ринку медичних послуг», були впроваджені у ТОВ «Медична лабораторія», а саме:

- розроблений алгоритм формування маркетингових конкурентних стратегій використано як основу при формуванні стратегічного плану на 2021 рік;
- здійснено оцінювання якості медичних послуг з використанням запропонованої методики моделювання структурними рівняннями, що буде сприяти підвищенню ефективності роботи мережі лабораторій;
- використано рекомендації щодо формування інструментальних стратегій маркетинг-мікс для закладів охорони здоров'я приватної форми власності.

Регіональний директор  
по Вінницькій області  
ТОВ «Медична лабораторія»  
к.м.н., доцент



*[Signature]*

Г. В. Даценко



**УКРАЇНА**  
**ВІННИЦЬКА ОБЛАСНА ДЕРЖАВНА АДМІНІСТРАЦІЯ**  
**ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ**

вул. Хмельницьке шосе, 7, м. Вінниця, 21036 тел.(0432) 66-12-05, факс (0432) 66-12-11

E-mail: upr\_zdorov@vin.gov.ua Код ЄДРПОУ 43770299

*ND7-314*  
*Від 16.09.2020*

**ДОВІДКА**

**про впровадження результатів дисертаційного дослідження  
за темою «Формування маркетингової конкурентної стратегії  
закладів на ринку медичних послуг»  
Мішук Анастасії Андріївни**

Департамент охорони здоров'я та реабілітації Вінницької обласної державної адміністрації підтверджує, що окремі матеріали, висновки та рекомендації, надані на основі дослідження Мішук А.А., зокрема методики оцінювання зовнішніх факторів, що впливають на конкурентоспроможність закладів на ринку медичних послуг, на основі матриці «можливість/вразливість», аналізу рівня інтенсивності конкуренції на основі моделі п'яти сил конкуренції із застосуванням методу експертної оцінки, SWOT- і PEST-аналізу для закладів, що працюють на ринку медичних послуг м. Вінниці, система показників для оцінювання ефективності маркетингової конкурентної стратегії лікарняних закладів на засадах клінічного аудиту, будуть використані при розробленні стратегії розвитку Вінницької області в частині охорони здоров'я.

**Директор Департаменту охорони здоров'я  
та реабілітації Вінницької обласної  
державної адміністрації**



**Ольга ЗАДОРЖНА**



**ВІННИЦЬКА ОБЛАСНА РАДА  
КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО  
«Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М.І. Пирогова  
Вінницької обласної Ради»**

вул. Пирогова, 46, м. Вінниця, 21018, тел/факс (0432) 67-60-87

E-mail: voklip@i.ua      Код ЄДРПОУ 02011031

*21.09.2017 № 0101-25/2220*

На № \_\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_ р.

**ДОВІДКА  
ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ**

Видана Міщук Анастасії Андріївні про те, що результати її дисертаційного дослідження на тему: «Формування маркетингової конкурентної стратегії закладів на ринку медичних послуг», було використано при розробці Стратегії розвитку КНП «Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М.І. Пирогова Вінницької обласної ради», зокрема:

- алгоритм формування маркетингових конкурентних стратегій закладів охорони здоров'я;
- рекомендації з оцінювання якості медичних послуг на основі методики моделювання структурними рівняннями та програмних пакетів SPSS STATISTICS 17.0 та LISREL8.80;
- алгоритм проведення дослідження взаємозв'язків між якістю медичних послуг, задоволеністю пацієнтів та їх намірами лояльності;
- пропозиції для комунальних закладів щодо покращення застосування маркетингових інструментів у процесі реалізації маркетингової конкурентної стратегії та забезпечення конкурентних переваг з врахуванням думок пацієнтів на основі матриці «частота застосування інструментів маркетингу/їх важливість при виборі закладу пацієнтом».

Директор КНП «Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М.І. Пирогова  
Вінницької обласної ради»



О. Б. Жупанов



## СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗДОБУВАЧА ЗАРАХОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

### *Колективні монографії*

1. Mishchuk A., Zharlinska R., Verlan-Kulshenko O. Strategic approaches to the formation of the competitive strategy of health care organizations. *Conceptual aspects management of competitiveness the economic entities: collective monograph/* edited by M. Bezpartochnyi, I. Britchenko, in 2 Vol. / Higher School of Social and Economic. Przeworsk: WSSG, 2019. Vol. 2. P. 250-259 (0,51 д.а./0,3 д.а.). *Особистий внесок здобувача полягає у визначенні концептуальної структури конкуренції, аналізі генеричних конкурентних стратегій за Портером та їх імплементації у діяльність закладів охорони здоров'я, аналізі методів контролю якості медичної допомоги, запровадженню клінічного аудиту у діяльність закладів охорони здоров'я.*

### *Статті у виданнях, включених до переліку наукових фахових видань України з присвоєнням категорії «А», проіндексованих у базах даних Web of Science Core Collection та/або Scopus*

2. Mishchuk A.A, Gavryliuk A.O., Zharlinska R.G. Legal support of the mechanism of the quality control of healthcare services in Ukraine. *World of Medicine and Biology*. 2019. № 1 (67). P. 30-33 (0,5 д.а./0,3 д.а.). *Особистий внесок здобувача полягає у визначенні особливостей забезпечення якості медичної послуги на сучасному етапі функціонування ринку, аналізі методів контролю якості медичної допомоги, в т.ч. клінічного аудиту.*

3. Міщук А.А., Гаврилюк А.О., Жарлінська Р.Г., Даценко Г.В., Сорокоумов В.П., Котуза А.С. Особливості удосконалення надання медичних послуг в Україні. *Світ Медицини та Біології*. 2019. №3(69). С. 39-43

(0,59 д.а./0,4 д.а.). *Особистий внесок здобувача полягає у класифікації медичних послуг, визначенні тенденцій розвитку ринку медичних послуг.*

4. Міщук А.А., Жарлінська Р.Г., Вергелес К.М., Гаврилюк А.О., Бабійчук О.Ю. Аналіз міграції медичного персоналу в умовах реформування охорони здоров'я в Україні. *Світ Медицини та Біології*. 2019. №4 (70). С. 65-71 (0,55 д.а./0,35 д.а.). *Особистий внесок здобувача полягає у визначенні цілей ефективного управління персоналом, аналізі системи мотивації, пропозиції комплексного підходу до вирішення проблем зі збереження працівників (ретеншин персоналу).*

5. Міщук А.А., Вергелес К.М., Горохова Л.В., Гаврилюк А.О., Жарлінська Р.Г., Бабійчук О.Ю. Дослідження практичної реалізації системи медичного обслуговування в Україні в умовах децентралізації. *Світ Медицини та Біології*. 2019. №4 (70). С. 30-34 (0,7 д.а./0,1 д.а.). *Особистий внесок здобувача полягає в аналізі фінансування галузі охорони здоров'я на сучасному етапі.*

6. Mishchuk A.A., Gavrilyuk A.O., Zharlinska R.G., Vergeles K.M., Berezovskyi A.M., Pashynskyi Ya.M., Iakovtsova I.I. Improvement of the patient care process based on the principles of clinical audit. *World of Medicine and Biology*. 2020. № 2 (72). (0,6 д.а./0,25 д.а.). Р. 27-31. *Особистий внесок здобувача полягає у побудові спіралі клінічного аудиту та розробленні стандартизованої моделі клінічного маршруту на принципах клінічного аудиту.*

***Статті у періодичних наукових виданнях інших держав, які входять до Організації економічного співробітництва та розвитку та /або***

***Європейського союзу***

7. Mishchuk A. Marketing competitive strategy's effectiveness assessment for health care organizations. *Journal of Modern Economic Research*. 2020. № 3. Р. 15-26 (0,8 д.а.). URL: <https://www.denakyrpublishing.science/index.php/jmer/article/view/35>.

**Статті у наукових виданнях, включених до переліку наукових фахових видань України з присвоєнням категорії «Б»**

8. Міщук А.А. Інструментальні стратегії маркетингу закладу охорони здоров'я. *Економіка і організація управління*. 2017. №2. С. 120-131 (0,87 д.а.).

9. Mishchuk A., Boienko O. Classification of marketing competitive strategies for health care organizations. *Економіка і організація управління*. 2020. №1 (37). С. 149-159 (0,95 д.а./0,85 д.а.) *Особистий внесок здобувача полягає у розробленні класифікації маркетингових конкурентних стратегій закладів охорони здоров'я.*

**Публікації за матеріалами конференцій**

10. Жарлинская А.А. (Мищук А.А.), Присяжнюк А.А. Медицинское страхование: международный опыт. *Актуальные проблемы современной медицины и фармации 2016: сборник тезисов докладов LXX Международной научно-практической конференции студентов и молодых ученых*. 20-22 апреля 2016 г., г. Минск. Минск: БГМУ, 2016. С. 791-792. (0,07 д.а./0,05 д.а.). *Особистий внесок здобувача полягає у характеристиці систем медичного страхування.*

11. Жарлінська А.А. (Мищук А.А.), Присяжнюк А.А., Жарлінська Р.Г. Медичне страхування в Україні: стан та перспективи розвитку. *Проблеми розвитку соціально-економічних систем в національній та глобальній економіці: праці XVI Всеукраїнської наукової конференції студентів, аспірантів та молодих вчених*. 19-21 квітня 2016 р., м. Вінниця. Вінниця: ДонНУ, 2016. С. 86-88. (0,2 д.а./0,1 д.а.). *Особистий внесок здобувача полягає у виділенні характерних особливостей сучасної вітчизняної моделі охорони здоров'я, визначенні сутності медичного страхування та його особливостей, завдань, форм та систем.*

12. Жарлинская А.А. (Мищук А.А.), Присяжнюк А.А. Медицинское страхование в Украине: реалии и перспективы. *Медицинская наука: достижения и перспективы: материалы научно-практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным*

участием, посвященной 25-летию государственной независимости Республики Таджикистан. 29 апреля 2016 г., г. Душанбе. Душанбе: ТГМУ им. Абуали ибни Сино, 2016. С. 425. (0,06 д.а./0,05 д.а.). *Особистий внесок здобувача полягає у дослідженні особливостей добровільного медичного страхування в Україні.*

13. Жарлінська А.А. (Міщук А.А.), Жарлінська Р.Г. Окремі правові аспекти реформування системи охорони здоров'я в Україні. *Морально-етичні, правові та психологічні аспекти роботи лікаря: збірник тез IV науково-практичної конференції. 1 жовтня 2016 р., м. Хмельницький. Хмельницький: Хмельницький університет управління та права, 2016. С. 21-22 (0,09 д.а./0,05 д.а.). Особистий внесок здобувача полягає у висвітленні основних напрямків реформування системи охорони здоров'я України.*

14. Жарлинская А.А. (Мищук А.А.), Жарлинская Р.Г. Роль сегментации рынка в маркетинговой деятельности учреждений здравоохранения Украины. *Инновации в медицине и фармации – 2016: Материалы дистанционной научно-практической конференции студентов и молодых ученых. 10 октября – 17 ноября 2016 г., г. Минск. Минск: БГМУ, 2016. С. 600-603 (0,11 д.а./0,1 д.а.). Особистий внесок здобувача полягає у дослідженні пацієнтів як покупців медичних послуг та закладів охорони здоров'я як їх виробників.*

15. Жарлінська А.А. (Міщук А.А.) Сегментація ринку медичних послуг як основа формування маркетингових стратегій. *Управління розвитком соціально-економічних систем: глобалізація підприємництво, стале економічне зростання: праці XVI Міжнародної наукової конференції студентів, аспірантів та молодих вчених. 14-16 грудня 2016 р., м. Вінниця. Вінниця: ДонНУ імені Василя Стуса, 2016. Т. 2. С. 48-50 (0,14 д.а.).*

16. Міщук А.А., Михайлівська Д.О. Контроль якості надання медичних послуг в Україні. *Управління розвитком соціально-економічних систем: глобалізація, підприємництво, стале економічне зростання: праці XVII Міжнародної наукової конференції студентів, аспірантів та молодих вчених. 4-6*

грудня 2017 р., м. Вінниця. Вінниця: ДонНУ імені Василя Стуса, 2017. Т. 1. С. 202-204 (0,15 д.а./0,05 д.а.). *Особистий внесок здобувача полягає в аналізі видів внутрішнього і зовнішнього контролю якості медичних послуг.*

17. Міщук А.А. Характерні особливості медичних послуг та шляхи їх вдосконалення. *Управління розвитком соціально-економічних систем: глобалізація, підприємництво, стале економічне зростання: праці XVII Міжнародної наукової конференції студентів, аспірантів та молодих вчених.* 4-6 грудня 2017 р., м. Вінниця. Вінниця: ДонНУ імені Василя Стуса, 2017. Т. 1. С. 205-207 (0,15 д.а.).

18. Мищук А.А. Клинический аудит как структурный элемент маркетинговой конкурентной стратегии учреждения здравоохранения Украины. *Актуальные проблемы современной медицины и фармации 2017: сборник тезисов докладов LXXI Международной научно-практической конференции студентов и молодых ученых.* 17-19 апреля 2017 г., г. Минск. Минск: БГМУ, 2017. С. 938 (0,09 д.а.).

19. Міщук А.А., Жарлінська Р.Г. Клінічний аудит як механізм державного контролю якості надання медичних послуг в Україні. *Теоретичні та прикладні аспекти впливу держави на економіку України: матеріали I Всеукраїнської науково-практичної конференції.* 20 грудня 2017 р., м.Київ. Київ: Вид-во НПУ імені М.П. Драгоманова, 2017. С. 25-30 (0,21 д.а./0,11 д.а.). *Особистий внесок здобувача полягає у формуванні циклу клінічного аудиту, аналізі видів, принципів, процесу клінічного аудиту.*

20. Міщук А.А., Жарлінська Р.Г. Становлення ринку медичних послуг як складова медичної реформи в Україні. *Модернізація економіки в умовах зростання суспільної свідомості: туризм, людиномірність, партнерство, кооперація: матеріали II Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції.* 14 грудня 2017 р., м. Полтава. Полтава: ПУЕТ, 2017. С. 208-211

(0,18 д.а./0,15 д.а.). *Особистий внесок здобувача полягає у визначенні особливостей ринку медичних послуг в Україні.*

21. Мищук А.А., Жарлинская Р.Г. Особенности рекламы медицинских услуг. *Студенческая медицинская наука XXI века. III Форум молодежных научных обществ*: материалы XVIII междунар. науч.-практ. кон. студентов и молодых ученых и III Форума молодеж. науч. обществ: в 2 ч. 14-15 ноября, 2018 г., г. Витебск. Витебск: ВГМУ, 2018. Ч. II. С. 881-885 (0,28 д.а./0,1 д.а.). *Особистий внесок здобувача полягає в аналізі особливостей маркетингу медичних послуг.*

22. Міщук А.А., Жарлінська Р.Г., Гаврилюк А.О. Клінічний аудит в системі забезпечення права пацієнта на якісну медичну допомогу. *Актуальні проблеми медичного права: професійний погляд*: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції. 29 листопада 2018 р., м. Київ. Київ, Одеса: Фенікс, 2019. С. 29-32 (0,39 д.а./0,25 д.а.). *Особистий внесок здобувача полягає у визначенні ролі клінічного аудиту як інструменту вдосконалення якості медичної послуги, формуванні окремих стратегічних напрямків клінічного аудиту в закладах охорони здоров'я.*

23. Міщук А.А., Гаврилюк А.О., Жарлінська Р.Г., Адамчук О.Ф. Право пацієнта на якісну медичну допомогу. *Сучасна патоморфологічна діагностика клінічній практиці лікаря*: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції. 10-11 квітня 2019 р., м. Вінниця. Вінниця: ТОВ «ТВОРИ», 2019. С. 38-43 (0,4 д.а./0,1 д.а.). *Особистий внесок здобувача полягає в аналізі стану медичного обслуговування пацієнтів в Україні.*

24. Міщук А.А., Жарлінська Р.Г., Даценко Г.В., Даценко Ю.О., Безкровна О.Д. Якість медичної допомоги та послуги: організаційно-правові аспекти. *Сучасна патоморфологічна діагностика в клінічній практиці лікаря*: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції. 10-11 квітня 2019 р., м. Вінниця. Вінниця: ТОВ «ТВОРИ», 2019. С. 65-70 (0,35 д.а. / 0,1 д.а.).

*Особистий внесок здобувача полягає в обґрунтуванні критеріїв визначення ступеню задоволеності пацієнта.*

25. Міщук А.А., Жарлінська Р.Г., Гаврилюк А.О., Даценко Г.В., Даценко Ю.О. Ефективність управління персоналом в умовах реформування охорони здоров'я в Україні. *Priority directions of science development: abstract of the 2nd International Scientific and Practical Conference*. November, 25-26, 2019, Lviv. Львів, 2019. С. 476-481 (0,25 д.а./0,05 д.а.). *Особистий внесок здобувача полягає у розробленні заходів щодо мотивації медичного персоналу.*

26. Mishchuk A.A., Zharlinska R.G., Gavryluk A.O., Datsenko G.V., Datsenko J.O. Quality assurance of health care in Ukraine: economic and legal aspects. *Scientific achievements of modern society: abstract of the 4th International Scientific and Practical Conference*. December, 4-6, 2019, Liverpool, United Kingdom. Liverpool. Cognum Publishing House. United Kingdom. 2019. P. 638-645 (0,4 д.а./0,15 д.а.). *Особистий внесок здобувача полягає у визначенні критеріїв якості медичної послуги.*

#### **Статті в інших виданнях**

27. Жарлінська А.А. (Міщук А.А.), Присяжнюк А.А., Жарлінська Р.Г. Медичне страхування в Україні: економіко-правові аспекти становлення та міжнародний досвід. *Economic and law paradigm of modern society*. 2016. №1. С. 169-173 (0,52 д.а./0,3 д.а.). *Особистий внесок здобувача полягає у виокремленні характерних особливостей сучасної вітчизняної моделі охорони здоров'я, визначенні сутності медичного страхування та його особливостей, завдань, форм та систем.*

28. Міщук А.А., Жарлінська Р.Г., Верлан-Кульшенко О.О. Медична послуга: економічний та юридичний зміст. *Economic and law paradigm of modern society*. 2017. №2. С. 65-75 (0,9 д.а./0,7 д.а.). *Особистий внесок здобувача полягає у розгляді суті медичної послуги, її економічного змісту,*

характеристик, відмінних рис від інших видів послуг, розробленні мультиатрибутивної моделі, класифікації медичних послуг за рівнем надання.

29. Міщук А.А., Жарлінська Р.Г. Роль клінічного аудиту у формуванні маркетингової конкурентної стратегії закладу охорони здоров'я. *Економіка, бізнес-адміністрування, право*. 2017. Вип. №2 (2). С. 265-278. (0,83 д.а./0,53 д.а.). *Особистий внесок здобувача полягає в обґрунтуванні ролі клінічного аудиту у формуванні ефективної конкурентної стратегії на ринку медичних послуг.*

30 . Mishchuk A., Zharlinska R., Teleguzova A. Advertising in the marketing system of medical services: legal and economic aspects. *Економіка, бізнес-адміністрування, право*. 2018. Вип. № 4 (4). С. 34-49 (1,11 д.а./0,8 д.а.). *Особистий внесок здобувача полягає у визначенні характерних рис маркетингу в системі охорони здоров'я, розробленні етапів формування маркетингової та рекламної стратегії закладів охорони здоров'я.*

### **ВІДОМОСТІ ПРО АПРОБАЦІЮ РЕЗУЛЬТАТІВ ДИСЕРТАЦІЇ**

1. LXX Міжнародна науково-практична конференція студентів і молодих учених «Актуальные проблемы современной медицины и фармации 2016» (м. Мінськ, 20-22 квітня 2016 р.), дистанційна участь;

2. XVI Всеукраїнська наукова конференція студентів, аспірантів та молодих вчених «Проблеми розвитку соціально-економічних систем в національній та глобальній економіці» (м. Вінниця, 19-21 квітня 2016 р.), виступ з доповіддю;

3. XI науково-практична конференція молодих учених і студентів ТГМУ ім. Абуалі ібні Сіно з міжнародною участю «Медицинская наука: достижения и перспективы», присвяченій 25-річчю державної незалежності Республіки Таджикистан (м. Душанбе, 29 квітня, 2016 р.), дистанційна участь;

4. IV науково-практична конференція «Морально-етичні, правові та психологічні аспекти роботи лікаря» (м. Хмельницький, 1 жовтня, 2016 р.), дистанційна участь;



5. Дистанційна науково-практична конференція студентів та молодих учених «Иновации в медицине и фармации – 2016» (м. Мінськ, 10 жовтня – 17 листопада, 2016 р.), дистанційна участь;

6. XVI міжнародна наукова конференція студентів, аспірантів та молодих вчених «Управління розвитком соціально-економічних систем: глобалізація підприємництво, стале економічне зростання» (м. Вінниця, 14 грудня, 2016 р.), виступ з доповіддю;

7. XVII міжнародна наукова конференція студентів, аспірантів та молодих вчених «Управління розвитком соціально-економічних систем: глобалізація, підприємництво, стале економічне зростання» (м. Вінниця, 4-6 грудня, 2017 р.), виступ з доповіддю;

8. LXXI Міжнародна науково-практична конференція студентів і молодих учених «Актуальные проблемы современной медицины и фармации 2017» (м. Мінськ, 17-19 квітня, 2017 р.), дистанційна участь;

9. I Всеукраїнська науково-практична конференція «Теоретичні та прикладні аспекти впливу держави на економіку України» (м. Київ, 20 грудня, 2017 р.), дистанційна участь;

10. II Всеукраїнська науково-практична інтернет-конференція «Модернізація економіки в умовах зростання суспільної свідомості: туризм, людиномірність, партнерство, кооперація» (м. Полтава, 14 грудня, 2017 р.), дистанційна участь;

11. XVIII міжнародна науково-практична конференція студентів і молодих учених «Студенческая медицинская наука XXI века» (м. Вітебськ, 14-15 листопада, 2018 р.), дистанційна участь;

12. Всеукраїнська науково-практична конференція «Актуальні проблеми медичного права: професійний погляд» (м. Київ, 29 листопада, 2018 р.), дистанційна участь;

13. Міжнародна науково-практична конференція «Сучасна патоморфологічна діагностика в клінічній практиці лікаря» (м. Вінниця, 10-11 квітня 2019 р.), виступ з доповіддю;

14. II міжнародна науково-практична конференція «Priority directions of science development» (м. Львів, 25-26 листопада, 2019 р.), дистанційна участь;

15. IV міжнародна науково-практична конференція «Scientific achievements of modern society» (м. Ліверпуль, 4-6 грудня, 2019 р.), дистанційна участь.

**Додаток В***Таблиця В.1*

**Оцінювання загрози появи нових учасників ринку в секторі ринку  
гарантованих пакетів медичних послуг з первинної допомоги м. Вінниці**

Параметр оцінки	Оцінка параметра		
	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>
1. Економія на масштабі	відсутня	існує лише у декількох гравців ринку	значна
	-	-	<b>1</b>
2. Бренд	відсутні великі гравці з сильним брендом	2-3 гравці займають біля 50% ринку	2-3 гравці займають біля 80% ринку
	<b>3</b>	-	-
3. Диференціація медичної послуги	низький рівень	існують мікроніші	усі можливі ніші зайняті
	<b>3</b>	-	-
4. Рівень інвестицій і витрат для входу в галузь	низький	середній	високий
	-	-	<b>1</b>
5. Доступ до каналів розподілу	відкритий	вимагає інвестицій	обмежений
	-	-	<b>1</b>
6. Політика уряду	немає обмежуючих активів з боку держави	державна втручається в діяльність галузі на низькому рівні	державна повністю регламентує галузь і встановлює обмеження
	-	-	<b>1</b>
7. Готовність гравців до зниження цін	не готові	великі гравці не готові	готові
	<b>3</b>	-	-
8. Темпи зростання галузі	високий і продовжує зростати	уповільнюється	стагнація або падіння
	<b>3</b>	-	-
<b>Підсумковий бал*</b>	<b>16</b>		
<b>Висновок:</b>	рівень загрози входу нових гравців – <b>середній</b>		

\*Примітки:

Оцінка рівня загрози входу нових гравців:

8 балів – низький, 9-16 балів – середній, 17-24 балів – високий

*Джерело:* Складено автором

Таблиця В.2

**Оцінювання рівня конкуренції серед ЗОЗ в секторі ринку гарантованих пакетів медичних послуг з первинної допомоги м. Вінниці**

Параметр оцінки	Оцінка параметра		
	3	2	1
1. Кількість гравців	високий рівень насичення ринку	середній рівень насичення ринку	невелика кількість гравців
	-	-	1
2. Темп зростання ринку	спадний	помірний	високий
	-	2	-
3. Рівень диференціації медичних послуг	послуги стандартизовані	послуги стандартизовані за ключовими властивостями, але відрізняються за додатковими параметрами	послуги значно відрізняються між собою
	3	-	-
4. Обмеження у підвищенні цін	жорстка цінова конкуренція	підвищення цін тільки в межах покриття зростання витрат	державне регулювання
			1
<b>Підсумковий бал*</b>	<b>7</b>		
<b>Висновок:</b>	<b>рівень внутрішньогалузевої конкуренції – середній</b>		

\*Примітки:

Оцінка рівня внутрішньогалузевої конкуренції:

4 бали – низький рівень, 5-8 балів – середній, 9-12 балів – високий

*Джерело:* Складено автором

Таблиця В.3

**Оцінювання ринкової влади постачальників в секторі ринку гарантованих пакетів медичних послуг з первинної допомоги м. Вінниці**

Параметр оцінки	Оцінка параметра	
	2	1
1. Кількість постачальників	незначна кількість, або монополія	значна, широкий вибір постачальників
	-	1
2. Обмеженість ресурсів постачальника в обсягах	обмежені	ресурсів достатньо
	-	1
3. Витрати перемикання на іншого постачальника	високі	низькі
	2	-
4. Пріоритетність напрямку для постачальника	низька	висока
	-	1
<b>Підсумковий бал*</b>	<b>5</b>	
<b>Висновок:</b>	<b>рівень загрози припинення стосунків з постачальниками – середній</b>	

\*Примітки

Оцінка рівня загрози припинення стосунків з постачальниками:

4 бали – низький рівень, 5-6 балів – середній, 7-8 балів – високий

*Джерело:* Складено автором

Таблиця В.4

**Оцінювання загрози з боку продуктів-замінників в секторі ринку  
гарантованих пакетів медичних послуг з первинної допомоги м. Вінниці**

Параметр оцінки	Оцінка параметра		
	3	2	1
Продукти-замінники з позиції «ціна-якість»	існують і займають високу частку ринку	існують, але їх частка ринку незначна	відсутні
	-	2	-
<b>Підсумковий бал*</b>	<b>2</b>		
<b>Висновок:</b>	рівень загрози зі сторони продуктів-замінників – <b>середній</b>		

\*Примітки

Оцінка рівня загрози зі сторони продуктів-замінників:

1 бал – низький рівень, 2 бали – середній, 3 бали – високий

*Джерело:* Складено автором

Таблиця В.5

**Оцінювання ринкової влади покупців в секторі ринку гарантованих  
пакетів медичних послуг з первинної допомоги м. Вінниці**

Параметр оцінки	Оцінка параметра		
	3	2	1
1. Частка покупців з великим обсягом продажу	більше 80% продажу припадає на одного покупця (НСЗУ)	незначна частка клієнтів тримає 50% продажу	обсяг продажу рівномірно розподілений між усіма покупцями
	3	-	-
2. Схильність до перемикавання на продукти-замінники	медичні послуги не є унікальними, існують продукти-замінники	послуга частково унікальна, має важливі для пацієнта характеристики	послуга абсолютно унікальна, не має аналогів
	3	-	-
3. Цінова чутливість	покупці завжди перемикаються на послугу з більш низькою ціною	покупці перемикаються лише при значній різниці у ціні	покупці абсолютно нечутливі до цін на медичні послуги даного рівня
	-	-	1
4. Пацієнти не задоволені існуючою якістю послуг на ринку	незадоволеність ключовими характеристиками послуги	незадоволеність другорядними характеристиками послуги	повна задоволеність якістю послуг
	-	2	-
<b>Підсумковий бал*</b>	<b>9</b>		
<b>Висновок:</b>	рівень загрози припинення стосунків із покупцями – <b>високий</b>		

\*Примітки

Оцінка рівня загрози припинення стосунків із покупцями:

4 бали – низький рівень, 5-8 балів – середній, 9-12 балів – високий

*Джерело:* Складено автором

## Додаток Г

## Перелік діючих ліцензій МОЗ України станом на 01.01.2017 (витяг)

## Перелік діючих ліцензій МОЗ України станом на 01.01.2017 (медична практика)

найменування суб'єкта господарювання	ознака ліцензіата	ідент код	область	район/місто	рішення	бланк ліцензії (серія, номер) *А4 - відповідно до вимог спільного наказу Мінзек та ДРС від 14.07.2015 №781/38	початок ді
Товариство з обмеженою відповідальністю "КРИМ-СХІД"	ю	25124163	АР Крим	м. Сімферополь	Видати	АЕ197184	04.07.2013
Приватне підприємство "Вісел"	ю	22303669	АР Крим	м. Євпаторія	Видати	АГ 398359	12.04.2012
Санаторій "Узбекистан"	ю	1995686	АР Крим	м. Ялта	Видати	АГ 398364	12.04.2012
Приватне акціонерне товариство "Міжнародний дитячий медичний центр "ЧАЙКА"	ю	24492597	АР Крим	м. Євпаторія	Видати	АГ 398385	12.04.2012
Міський клінічний пологовий будинок №1	ю	20672055	АР Крим	м. Сімферополь	Видати	АГ 398357	12.04.2012
Лук'янченко Володимир Олександрович	ф	2263807254	АР Крим	м. Євпаторія	Видати	АЕ197278	27.06.2013
Гостішева Ольга Василівна	ф	1938710404	АР Крим	м. Джанкой	Видати	АЕ197216	27.06.2013
Товариство з обмеженою відповідальністю "ДЕНТИС-М"	ю	36014149	АР Крим	м. Феодосія	Видати	АЕ197293	27.06.2013
Товариство з обмеженою відповідальністю "КРИМ-ІРЕЙ"	ю	30645958	АР Крим	м. Сімферополь	Видати	АЕ197183	27.06.2013
Люлько Вікторія Олегівна	ф	2946115664	АР Крим	м. Феодосія	Видати	АГ 600060	17.05.2012
Державне підприємство "Санаторій "Алуштинський"	ю	32322874	АР Крим	м. Алушта	Видати	АГ 601589	09.06.2011
Приватне акціонерне товариство "Пансіонат з лікування для батьків з дітьми "БЕРЕГОВИЙ"	ю	5521086	АР Крим	Сакський район	Видати	АГ 398286	12.04.2012
Приватне підприємство "Медико-технічний лікувальний комплекс "СФЕРА"	ю	36364290	АР Крим	м. Феодосія	Видати	АГ 398512	05.04.2012
Куку Ернест Дячирович	ф	2832210394	АР Крим	м. Сімферополь	Видати	АГ 398454	05.04.2012
Міська жіноча консультація	ю	26367293	АР Крим	м. Сімферополь	Видати	АГ 600272	05.04.2012
Кучеренко Тетяна Євгенівна	ф	2564701604	АР Крим	м. Керч	Видати	АГ 398450	05.04.2012
Кримська республіканська установа "Онкологічний клінічний диспансер" ім. В.М. Сфедова	ю	1995344	АР Крим	м. Сімферополь	Переоформити	АЕ197336	11.07.2013
Державний заклад "Спеціалізований (спеціальний) санаторій "ДЮКЮН"							
Міністерство охорони здоров'я України	ю	1995775	АР Крим	м. Ялта	Видати	АЕ197411	18.07.2013
Товариство з обмеженою відповідальністю "З В ЕЛІТ"	ю	36915369	АР Крим	м. Сімферополь	Видати	АВ539656	20.05.2010
Державна медична установа "Санаторій "Білорусія"	ю	1996042	АР Крим	м. Ялта	Видати	АВ539684	20.05.2010
Державне підприємство "Феодосійський морський торговельний порт"	ю	1125577	АР Крим	м. Феодосія	Видати	АВ539956	03.06.2010
Кримська республіканська установа "Навчально-лікув.							



## Продовження додатку Г

Товариство з обмеженою відповідальністю "Валері-Тур-Судак"	ю	36855242	АР Крим	м.Судак	Переоформити	AE283085	09.12.2010
Носиківська амбулаторія загальної практики сімейної медицини Шаргородського району Вінницької області	ю	36353796	Вінницька	Шаргородський район	Видати	AB567428	04.02.2010
Комунальний заклад "Вінницький районний медичний центр первинної медико-санітарної допомоги" Вінницької районної ради	ю	37489689	Вінницька	Вінницький район	Видати	AD063070	23.08.2012
Повшенюк Ярослав Григорович	ф	2257905550	Вінницька	м.Вінниця	Видати	AB526687	25.02.2010
Васильчук Олександр Петрович	ф	2172710572	Вінницька	Шаргородський район	Видати	AB554282	30.06.2010
Комунальний заклад "Рожнятівська обласна наркологічна лікарня"	ю	1982301	Вінницька	Томашпільський район	Видати	AG597902	01.03.2012
Погребнищенська центральна районна лікарня	ю	1982637	Вінницька	Погребнищенський район	Видати	AG598098	01.03.2012
Мищенко Тамара Олександрівна	ф	2382718166	Вінницька	Тиврівський район	Видати	AE196061	29.11.2012
Приватне підприємство "НІКА-ДЕНТ ІКО"	ю	36833721	Вінницька	м.Могилів-Подільський	Видати	AG598544	19.04.2012
Душквич Марія Тимофіївна	ф	2761012128	Вінницька	м.Вінниця	Видати	AD071422	15.11.2012
Ясько Любов Петрівна	ф	2153120027	Вінницька	м.Вінниця	Видати	AB539348	22.04.2010
Татаріна Ольга Володимирівна	ф	2772409722	Вінницька	м.Вінниця	Видати	AG601899	09.06.2011
Приватне підприємство "Клініка стоматології Гаврилюка"	ю	20106947	Вінницька	м.Жмеринка	Видати	AE197047	13.06.2013
Міська клінічна лікарня №1	ю	5484126	Вінницька	м.Вінниця	Видати	AG602633	21.07.2011
Соколова Анна Ігорівна	ф	2857506861	Вінницька	м.Вінниця	Видати	AG570470	03.03.2011
Авдєєва Наталя Іванівна	ф	2472804564	Вінницька	м.Вінниця	Видати	AB554142	03.06.2010
Мельник Ігор Анатолійович	ф	2933822497	Вінницька	Мурованокуріловський район	Видати	AB567657	11.11.2010
Колісник Олександр Васильович	ф	2324123332	Вінницька	м.Хмельник	Видати	AG570501	24.02.2011
Гаврилюк Сергій Васильович	ф	3111609719	Вінницька	м.Жмеринка	Видати	AE282684	03.10.2013
Яковенко Юрій Миколайович	ф	2537708596	Вінницька	Немирівський район	Видати	AG570638	03.03.2011
Камінська Людмила Анатоліївна	ф	2997414924	Вінницька	Барський район	Видати	AD064115	02.08.2012
Комунальна установа "Калинівський районний медичний центр первинної медико-санітарної допомоги	ю	37258835	Вінницька	Калинівський район	Видати	AG599803	26.12.2011
Стоматологічна поліклініка "Замостянський клінічний стоматологічний центр" м.Вінниця	ю	25983966	Вінницька	м.Вінниця	Видати	AB526070	04.02.2010

23

549

## Перелік діючих ліцензій МОЗ України станом на 01.01.2017 (медична практика)

КОМУНАЛЬНИЙ ЗАКЛАД "СЕВАСТОПОЛЬСЬКИЙ МІСЬКИЙ ОНКОЛОГІЧНИЙ ДИСПАНСЕР ІМЕНІ А.А. ЗАДОРЖНОГО"	ю	5483760	м.Севастополь	Гагарінський район	Видати	AE283023	19.12.2013
Приватне підприємство "Стоматологічний центр "АНІМА"	ю	38235468	м.Севастополь	Ленінський район	Видати	AE283215	14.03.2014
Ведута Юрій Олександрович	ф	2266025018	м.Севастополь	Гагарінський район	Видати	AE282002	19.12.2013
Гордійчук Людмила Трохимівна	ф	1778219907	м.Севастополь	Гагарінський район	Видати	AE460141	03.04.2014
Товариство з обмеженою відповідальністю "Тармонія-Лайф"	ю	38906471	м.Севастополь	Гагарінський район	Видати	AE282302	23.01.2014
Товариство з обмеженою відповідальністю "Ретіна"	ю	38951131	м.Севастополь	Ленінський район	Видати	AE283227	06.03.2014
Товариство з обмеженою відповідальністю "Стоматологічна клініка "Бріліант"	ю	38235740	м.Севастополь	Гагарінський район	Видати	AE282040	26.12.2013
Товариство з обмеженою відповідальністю "Медичний центр "СМАЙЛС ГРУПП"	ю	38553723	м.Севастополь	Гагарінський район	Видати	AE460054	03.04.2014
Стухал Галина Василівна	ф	2377510429	м.Севастополь	Нахімовський район	Видати	AE460143	03.04.2014

(стр. 550)

Джерело: [https://moz.gov.ua/uploads/0/1537-entities\_20170101.pdf]

**Перелік діючих ліцензій МОЗ України по Вінницькій області  
станом на 01.01.2017 (витяг)**

найменування суб'єкта господарювання	іднт код	бланк ліцензії (серія, номер) *А4 - відповідно до вимог спільного наказу Мінік та ДРС від 14.07.2015 №781/38	початок дії	
<u>1 Авдєєва Наталя Іванівна</u>	2472804564	<u>AB554142</u>	<u>03.06.2010</u>	Спеціальність: дитяча імунологія
<u>2 Авдіюк Ельвіра Миколаївна</u>	3015408469	<u>AG600049</u>	<u>03.05.2012</u>	Спеціальність: ортодонтія
<u>3 Агропромислове науково-виробниче підприємство "Візит" Юрчишин П.В.</u>	02129063	<u>AG599617</u>	<u>05.12.2011</u>	Спеціальність: акушерство і гінекологія, клінічна лабораторна діагностика, організація і управління охороною здоров'я, неврологія, рентгенологія, урологія, ультразвукова діагностика, фізіотерапія, терапія Номенклатура спеціальностей молодших спеціалістів
<u>4 Адельшина Наталя Булатівна</u>	2876106264	<u>AD063021</u>	<u>26.07.2012</u>	Спеціальність: дитяча стоматологія, ортопедична стоматологія Номенклатура спеціальностей молодших спеціалістів з медичною освітою: сестринська справа
<u>5 Алєксєєв Олександр Всеволодович</u>	2669010418	<u>AD063194</u>	<u>13.09.2012</u>	Спеціальність: ортопедична стоматологія, терапевтична стоматологія Номенклатура спеціальностей молодших спеціалістів з медичною освітою: сестринська справа
<u>6 Андрійченко Володимир Андрійович</u>	2536612876	<u>AE571323</u>	<u>09.10.2014</u>	Номенклатура спеціальностей молодших спеціалістів з медичною освітою: ортопедична стоматологія (від 07.07.2016 додано)
<u>7 Андрійченко Галина Болеславівна</u>	2530405924	<u>AG598859</u>	<u>26.04.2012</u>	Спеціальність: стоматологія (від 16.06.2016 додано)
<u>8 Андросов Сергій Іванович</u>	1848012555	<u>AG598123</u>	<u>22.03.2012</u>	Спеціальність: хірургія
<u>9 Андрущенко Микола Михайлович</u>	2326404373	<u>AE638800</u>	<u>04.06.2015</u>	Спеціальність: ортопедія і травматологія
<u>10 Афанасьєва Ольга Іванівна</u>	2218411945	<u>AD063949</u>	<u>19.07.2012</u>	Спеціальність: стоматологія, дитяча стоматологія, ортодонтія
<u>11 Бабин Сергій Євгенійович</u>	2430115379	<u>AE196313</u>	<u>27.12.2012</u>	Номенклатура спеціальностей молодших спеціалістів з медичною освітою: стоматологія
<u>12 Бабій Олександр Васильович</u>	3140816398	<u>AE197574</u>	<u>14.03.2013</u>	Спеціальність: стоматологія Номенклатура спеціальностей молодших спеціалістів з медичною освітою: сестринська справа
<u>13 Бабій Ярослав Володимирович</u>	3152923416	<u>AG597422</u>	<u>30.01.2012</u>	Спеціальність: стоматологія
<u>14 Бабчинський Кирило Сергійович</u>	3069112914	<u>AE283306</u>	<u>27.03.2014</u>	Спеціальність: стоматологія, ортопедична стоматологія
<u>15 Бабюк Азла Адольфівна</u>	2750020541	<u>AE459157</u>	<u>02.07.2014</u>	Номенклатура спеціальностей молодших спеціалістів з медичною освітою: стоматологія
<u>16 Байдецький Микола Миколайович</u>	2396109255	<u>AG571240</u>	<u>09.12.2010</u>	Спеціальність: отоларингологія
<u>17 Баранова Ірина Володимирівна</u>	2623111726	<u>AB526265</u>	<u>04.02.2010</u>	Спеціальність: фізіотерапія
<u>18 Бартацук Руслан Станіславович</u>	2964308115	<u>AE571052</u>	<u>11.09.2014</u>	Номенклатура спеціальностей молодших спеціалістів з медичною освітою: стоматологія
<u>19 Баяк Віктор Броніславович</u>	2203616454	<u>AG597194</u>	<u>23.01.2012</u>	Спеціальність: офтальмологія
<u>20 Бельдій Олександр Миколайович</u>	2840706532	<u>AG599263</u>	<u>21.11.2011</u>	Спеціальність: терапевтична стоматологія
<u>21 Березюк Віталій Іванович</u>	2530104333	<u>AB567858</u>	<u>11.11.2010</u>	Спеціальність: стоматологія
<u>22 Березюк Тетяна Миколаївна</u>	2532816345	<u>AB554687</u>	<u>08.07.2010</u>	Спеціальність: терапевтична стоматологія
<u>23 Біліченко Зоя Іванівна</u>	2101707807	<u>AB554979</u>	<u>22.07.2010</u>	Спеціальність: ультразвукова діагностика
<u>24 Богачук Віталій Володимирович</u>	3225711052	<u>AE638731</u>	<u>21.05.2015</u>	Спеціальність: стоматологія
<u>25 Богачук Олег Петрович</u>	2486018139	<u>AB554679</u>	<u>08.07.2010</u>	Спеціальність: офтальмологія
<u>26 Богущинська Тетяна Борисівна</u>	3038117403	<u>AG602329</u>	<u>07.07.2011</u>	Спеціальність: терапевтична стоматологія
<u>27 Богущинський Олег Володимирович</u>	2343513032	<u>AG602331</u>	<u>07.07.2011</u>	Спеціальність: терапевтична стоматологія, стоматологія
<u>28 Бондаренко Сергій Петрович</u>	3220508170	<u>AD063394</u>	<u>18.10.2012</u>	Спеціальність: стоматологія
<u>29 Борисюк Віктор Петрович</u>	2650114593	<u>AG601186</u>	<u>14.04.2011</u>	Спеціальність: терапія
<u>30 Бородуліна Юлія Іванівна</u>	2722721543	<u>AE197512</u>	<u>28.03.2013</u>	Спеціальність: ультразвукова діагностика
<u>31 Босакевич Павло Володимирович</u>	2600615834	<u>AG601905</u>	<u>02.06.2011</u>	Номенклатура спеціальностей молодших спеціалістів з медичною освітою: стоматологія
<u>32 Буличев Олександр Сергійович</u>	2846307817	<u>AE196755</u>	<u>24.01.2013</u>	Спеціальність: терапевтична стоматологія, ортопедична стоматологія
<u>33 Буличева Тетяна Павлівна</u>	2926212926	<u>AE196935</u>	<u>28.02.2013</u>	Спеціальність: терапевтична стоматологія
<u>34 Бурлака Володимир Леонідович</u>	2901806497	<u>AE196078</u>	<u>07.09.2011</u>	Спеціальність: хірургічна стоматологія, ортопедична стоматологія, терапевтична стоматологія



## Продовження додатку Г

715	<u>Тузчинський обласний спеціалізований будинок дитини для дітей з ураженням центральної нервової системи та порушенням психіки Мазур М.О.</u>	25497160	<u>AB565707</u>	<u>05.08.2010</u>	Спеціальність: організація і управління охороною здоров'я, дитяча неврологія, педіатрія Номенклатура спеціальностей молодших спеціалістів з медичною освітою: сестринська справа
716	<u>Хмельницька обласна фізіотерапевтична лікарня Бабій О.І.</u>	01982442	<u>AB567065</u>	<u>30.09.2010</u>	Спеціальність: акушерство і гінекологія, дієтологія, дерматовенерологія, кардіологія, клінічна лабораторна діагностика, лікувальна фізкультура, неврологія, організація і управління охороною здоров'я, психотерапія, рентгенологія, терапевтична стоматологія,
717	<u>Хмельницька станція швидкої медичної допомоги Вінницької обласної Ради Брацлавська І.Г.</u>	38369310	<u>AE638985</u>	<u>11.06.2015</u>	Спеціальність: організація і управління охороною здоров'я, медицина невідкладних станів Номенклатура спеціальностей молодших спеціалістів з медичною освітою: лікувальна справа, лікувальна справа (невідкладні стани), сестринська справа, медична статистик
718	<u>Центр первинної медико-санітарної допомоги №4 Максимчук О.Ю.</u>	37898465	<u>AD063378</u>	<u>02.08.2012</u>	Спеціальність: дитяча неврологія, дитяча отоларингологія, дитяча офтальмологія, загальна практика - сімейна медицина, клінічна біохімія, клінічна лабораторна діагностика, лікувальна фізкультура, неврологія, організація і управління охороною здоров'я, орто
719	<u>Центр первинної медико-санітарної допомоги Немирівського районної ради Вінницької області Герасименко Л.М.</u>	37336724	<u>AG600338</u>	<u>24.05.2012</u>	Спеціальність: організація і управління охороною здоров'я, загальна практика - сімейна медицина, терапія, педіатрія, неврологія, хірургія, стоматологія, функціональна діагностика, рентгенологія, клінічна лабораторна діагностика Номенклатура спеціальностей
720	<u>Чернівецька лікарня планового лікування Кориса О.О.</u>	05484215	<u>AE281800</u>	<u>25.04.2013</u>	Спеціальність: акушерство і гінекологія, анестезіологія, дерматовенерологія, дитяча хірургія, ендокринологія, ендоскопія, інфекційні хвороби, кардіологія, клінічна лабораторна діагностика, медицина невідкладних станів, наркологія, неврологія, ортопедія і
721	<u>Чечельницька лікарня планового лікування Могила С.М.</u>	01982703	<u>AE281847</u>	<u>17.05.2012</u>	Спеціальність: акушерство і гінекологія, анестезіологія, дерматовенерологія, дитяча гінекологія, дитяча ендокринологія, дитяча отоларингологія, дитяча офтальмологія, дитяча ортопедія і травматологія, дитячі інфекційні хвороби, дитяча неврологія, дитяча хі
722	<u>Шаргородська центральна районна лікарня Сорочинська Т.В.</u>	33868196	<u>AE281384</u>	<u>01.08.2013</u>	Спеціальність: хірургія, дитяча хірургія, ортопедична стоматологія, урологія, отоларингологія, офтальмологія, дитяча отоларингологія, дитяча офтальмологія, онкологія, терапія, підліткова терапія, педіатрія, інфекційні хвороби, кардіологія, гастроентеролог
723	<u>Ямпільський районний медичний центр первинної медико-санітарної допомоги Плахотна Г.П.</u>	37636913	<u>AG600313</u>	<u>24.05.2012</u>	Спеціальність: організація і управління охороною здоров'я, загальна практика - сімейна медицина, педіатрія, терапія, стоматологія, імунологія, неврологія, функціональна діагностика, підліткова терапія Номенклатура спеціальностей молодших спеціалістів з м

## Додаток Д

№	Δ	Универсальные клиники (общая практика)	Чистый доход			Чистая прибыль		Персонал	
			2013, млн грн	2012, млн грн	2013, рост, %	2013, млн грн	2012, млн грн	2013, человек	2012, человек
1	0	INTO-SANA*	143,853	136,405	5,46	-	-	829	794
2	1	Борис*	100,889	94,117	7,19	0,000	0,000	582	516
3	-1	Медицинский центр «Добробут»	98,309	119,105	-17,46	-27,713	2,487	244	486
4	0	Капитал (ТМ «Обериг»)	82,009	67,347	21,77	9,916	-0,661	305	291
5	0	Медиком (Кривой Рог)	44,302	41,728	6,17	0,268	0,153	525	495
6	0	Витацентр	36,150	35,437	2,01	0,045	0,948	555	583
7	0	Медсанчасть «Нефтехимик»	27,314	28,709	-4,86	-0,303	-0,402	200	204
8	1	Клиника Мотор Сич	27,135	23,536	15,29	-1,526	1,318	300	288
9	-1	Хелси энд Хеппи	26,682	24,058	10,91	1,706	2,240	142	129
10	2	Гемо Медика Украина*	24,935	13,570	83,76	-	-	94	42
11	-1	Медицинский центр «Клиника семейной медицины»	23,732	18,253	30,02	0,112	-3,931	182	171
12	-	Оксфорд Медикал*	21,353	-	-	-	-	244	175
13	-2	Фирма «Медиком» (Киев)	19,234	17,161	12,08	0,630	0,598	216	218
14	-	Украинская медицинская группа	15,817	-	-	0,810	-	37	-
15	0	Небосвод	11,304	9,506	18,91	0,025	-0,048	115	93
16	1	Код Здоровья	11,224	8,605	30,44	1,714	0,923	112	107
17	-4	Клиника «Медгарант»	11,149	11,001	1,34	0,446	0,272	51	85
18	-2	БМДЦ	9,812	9,151	7,22	-0,695	1,004	80	78
19	1	Клиника семейной медицины «Здравница»	9,580	7,001	36,83	0,094	-0,140	54	46
20	2	Медекс Плюс	9,270	5,375	72,46	0,015	0,026	102	84

Рис. Д.1. Фінансові показники та чисельність медичного персоналу найбільших 20 універсальних клінік

Джерело: [Куренкова Д. Ценные лекари: есть ли будущее у рынка частной медицины Украины.

<http://pharma.net.ua/publications/articles/12491-cennnye-lekari-est-li-budushee-u-rynka-chastnoj-mediciny-ukrainy/>

## Продовження додатку Д

№	Δ	Специализированные клиники (не вошедшие в другие рейтинги)	Сфера	Чистый доход			Чистая прибыль		Персонал		
				2013, млн грн	2012, млн грн	2013, рост, %	2013, млн грн	2012, млн грн	2013, человек	2012, человек	2013, рост, %
1	0	Международная клиника восстановительного лечения	ДЦП	92,819	68,670	35,17	8,372	10,100	383	360	6,39
2	1	ТД «Омега-Киев»*	Половое	48,786	26,100	86,92	2,206	0,753	57	60	-5,00
3	-1	Укртелемед	Сон	26,119	36,820	-29,06	-0,850	-0,086	17	17	0,00
4	1	Медифаст	Грыжи	21,398	18,888	13,29	-0,466	0,582	178	148	20,27
5	-1	Клиника Святой Екатерины	Кардио	20,735	19,386	6,96	0,148	0,275	195	67	191,04
6	4	Центр травматологии и ортопедии	Орто	17,994	11,230	60,23	4,181	2,093	76	55	38,18
7	1	ОН Клиник™	Половое	14,263	13,349	6,85	-	-	144	124	16,13
8	1	Международный центр нейрохирургии	Нейро	13,737	13,005	5,63	2,861	2,761	44	42	4,76
9	-3	Институт клеточной терапии	Крио	13,500	14,346	-5,90	-0,914	-0,303	70	60	16,67
10	3	Сумский областной центр службы крови	Кровь	13,162	7,076	86,01	1,226	0,000	99	99	0,00
11	-4	Центр слуховой реабилитации «Аврора»	Слух	12,627	13,480	-6,33	0,031	0,804	41	35	17,14
12	-1	Клиника новых технологий	Кардио	10,357	9,521	8,78	0,517	0,000	167	62	169,35
13	1	Эндотехномед	Хирургия	7,797	6,708	16,24	0,459	0,119	45	43	4,65
14	3	Реабилитационный центр «Элита»	ДЦП	6,252	4,108	52,19	0,525	0,507	55	42	30,95
15	0	Медицинский центр «Гемафонд»	Крио	6,089	4,846	25,64	-0,102	-1,132	30	28	7,14
16	3	Клиника «Новые медицинские технологии»	Хирургия	4,945	4,068	21,55	-0,004	0,037	33	32	3,13
17	-1	Клиника Маркова (TM Vitacell)	Инфекции	4,874	4,134	17,91	0,246	0,364	44	46	-4,35
18	-6	Клиника 311	Скорая	3,880	7,214	-46,22	-0,282	0,285	24	37	-35,14
19	3	Научно-практический центр нейрореабилитации «Нодус»	Нейро	3,700	1,396	165,13	0,016	-0,324	29	16	81,25
20	0	Центр лимфохирургии	Лимфо	3,499	2,940	19,05	0,588	0,407	53	52	1,92

\*Вместе с другими видами деятельности  
 \*\*На основе отчетности нескольких юрлиц

Рис. Д.2. Фінансові показники та чисельність медичного персоналу найбільших 20 спеціалізованих клінік

Джерело: [Куренкова Д. Ценные лекари: есть ли будущее у рынка частной медицины Украины.

<http://pharma.net.ua/publications/articles/12491-cennye-lekari-est-li-budushee-u-rynka-chastnoj-mediciny-ukrainy/>





Рис. Е.1. ТОП-20 приватних ЗОЗ по Україні у 2016 році

Джерело: [Куплю здоров'я: ТОП приватних медичних закладів України <https://youcontrol.com.ua/data-research/kupliu-zdorovia-top-pryvatnykh-medychnykh-zakladiv-ukrayiny/>]



Рис. Е.2. Спеціалізація лідерів серед приватних ЗОЗ

Джерело: [Куплю здоров'я: ТОП приватних медичних закладів України  
<https://youcontrol.com.ua/data-research/kupliu-zdorovia-top-pryvatnykh-medychnykh-zakladiv-ukrayiny/>]

**ТОП-20 ЗОЗ приватної форми власності Вінницької області за  
оцінкою споживачів**

<b>Місце</b>	<b>Назва закладу</b>	<b>Спеціалізація</b>
1	Клініка лазерної стоматології SKYDENT	Стоматологія, дитяча стоматологія
2	Стоматологічна клініка Діадент	Стоматологія, ортодонція
3	Подільський центр зору	Офтальмологія
4	Медичний центр Оксфорд Медікал-Вінниця	Багатопрофільна
5	Стоматологічна клініка Лікоріс	Ортодонція, ортопедична стоматологія, хірургічна стоматологія, терапевтична стоматологія
6	Стоматологія Dr.Miller	Ортодонція, ортопедична стоматологія, хірургічна стоматологія, терапевтична стоматологія
7	Медичний Центр Фармоза	Дерматологія, ультразвукова діагностика, дієтологія
8	Медичний центр стоматології Профі Дентал	Стоматологія, дитяча стоматологія
9	Центр ендохірургії Інномед	Гінекологія, урологія, ультразвукова діагностика
10	Центр сучасної хірургії Spinex	Хірургія
11	Стоматологічна клініка Поділля	Стоматологія
12	Медичний центр Салютем	Багатопрофільна
13	Стоматологія Dent Art Studio	Стоматологія
14	Онкологічний центр Oncohelp	Онкологія
15	Стоматологія Dent Tower	Стоматологія
16	Клініка Альтамедика	Багатопрофільна
17	Медичний центр Tovmed	Багатопрофільна
18	Інститут планування сім'ї IPF	Акушерство і гінекологія, генетика медична, урологія, клінічна діагностика
19	Медичний центр Омеда	Багатопрофільна
20	Клініка Дельта Медик	Хірургія, урологія, проктологія

*Джерело:* складено автором на основі [212]



## АНКЕТА

## «Оцінка персоналом закладу охорони здоров'я інструментальних стратегій маркетинг-мікс та їх впливу на ефективність його діяльності»

*Шановний респонденте!*

*З метою з'ясування щільності зв'язку між ступенем застосування маркетингових інструментальних стратегій (продуктової, цінової, розподілу, просування, процесу, персоналу, матеріального доказу) у Вашому закладі охорони здоров'я та ефективністю діяльності закладу загалом оцініть, будь-ласка, їх вплив за допомогою шкали Лайкерта (від 1 балу – повна незгода – до 7 балів – повна згода). При оцінці рекомендуємо керуватися останніми даними щодо моніторингу задоволеності пацієнтів за умови їх наявності.*

*Отримана інформація допоможе сформувати методичні рекомендації щодо покращення задоволеності пацієнтів та конкурентоспроможності закладу.*

*Пропонуємо заповнити наступну таблицю.*

Деякі дані щодо закладу та респондента	Відповідь,
1	2
<b>1. Назва закладу:</b>	
<b>2. Форма власності:</b>	
<b>3. Спеціалізація закладу:</b>	
<b>4. Ваш вік, років:</b>	
до 30 30-40 41-50 51-60 понад 60	
<b>5. Ваш освітній рівень:</b>	
середня середня спеціальна вища магістр, кандидат наук	
<b>6. Ваша фахова освіта</b>	
медична економічна (менеджер)	
<b>7. Стаж роботи, років</b>	
менш ніж 5 5-10 11-15 16-20 понад 20	

## Продовження додатку Ж

<i>1</i>	<i>2</i>
<b>8. Посада</b>	
головний лікар начмед комерційний директор заступник комерційного директора менеджер медичної частини менеджер-рецепціоніст менеджер з маркетингу менеджер по зв'язках з громадськістю	
<b>9. Розмір Вашого закладу (число ліжокмісць)</b>	
менш ніж 150 150-299 300 і більше	

<b>Перелік характеристик для оцінки</b>	<b>Оцінка у балах (від 1 до 7)</b>
<i>1</i>	<i>2,</i>
<b>10.Вплив продуктової стратегії на ефективність діяльності закладу</b>	
Наявність відомого бренду	
Спектр пропонованих медичних послуг	
Вивчення потреб пацієнтів для оновлення переліку медичних послуг	
Пропозиція різних видів медичної допомоги / широкого спектру медичних послуг	
Наявність гарної репутації у наданні послуг, що забезпечує успіх закладу	
Вплив кваліфікації персоналу на позитивну репутацію бренду	
Сервісне обслуговування пацієнта як центральний елемент продуктової стратегії	
Зворотній зв'язок з пацієнтом для покращення якості та ефективності медичних послуг	
Велика пропускну здатність (на випадок сезонних епідемій та підвищеного травматизму)	
Розробленість різноманітних пакетів послуг	
Планування нових послуг та програмних продуктів	
Готовність до впровадження нових програмних продуктів	
Ретельне вивчення потреб пацієнтів	



1	2
<b>11. Вплив цінової стратегії на ефективність діяльності закладу</b>	
Цінова дискримінація відповідно до сегментів ринку	
Ціноутворення відповідно до попиту	
Різні види витрат, які несе заклад	
Цільовий прибуток, який бажає отримати заклад	
Готовність клієнтів (пацієнтів) платити запропоновану ціну	
Вартість додаткових послуг, які надаються клієнтам (пацієнтам)	
Вплив конкурентів на рівень цін	
Вимоги страхових компаній	
Вимоги регуляторних органів держави	
<b>12. Вплив стратегії розподілу на ефективність діяльності закладу</b>	
Електронні канали розповсюдження медичної інформації, такі як e-health, он-лайн консультації	
Мобільні клініки (автомобілі з портативним діагностичним обладнанням та медичною командою) для створення доступності медичних послуг у сільській місцевості, виїзду на підприємства	
Відкриття відділень закладу у різних регіонах	
Стандартизація маршруту пацієнта (блок-схеми або діаграми, які описують кроки та заходи, необхідні для надання медичних послуг)	
Спроможність відкривати нові лікарські спеціальності та лікувальні підрозділи	
Зручні для пацієнта години роботи в амбулаторіях при закладі	
Пропозиція послуг погодинно (виклик мед. сестри або лікаря-спеціаліста додому, послуги домашнього догляду)	
Телемедицина для надання консультацій	
<b>13. Вплив стратегії просування на ефективність діяльності закладу</b>	
Реклама в засобах масової інформації, таких як телебачення, газети, журнали тощо	
Заохочення пацієнтів за рекомендацію закладу іншим пацієнтам (реклама «із уст в уста»), написання письмових та відео-відгуків	
Використання зв'язків з громадськістю для покращення іміджу	
Заходи, що сприяють продажам: подарунки, знижки, безкоштовні медичні дні... тощо	
Використання методів прямого маркетингу: такі як M-health, директ-мейл, Інтернет-медицина	
Спонсорство спеціальних заходів, таких як спортивні, благодійні, наукові тощо	

## Продовження додатку Ж

<i>1</i>	<i>2</i>
<b>14. Вплив стратегії матеріального доказу на ефективність діяльності закладу</b>	
Зручне місце розташування закладу	
Комфортне середовище із зрозумілими вказівними знаками	
Оформлення та атмосфера, приємні кольори інтер'єру	
Комфортність фізичного середовища (меблі, ліфти, розташування кабінетів тощо)	
Місткий паркінг для пацієнтів та відвідувачів	
Засоби для досягнення іміджу закладу на ринку (дизайн корпоративного одягу, ділової документації, корпоративний стиль)	
Сучасні, в належному технічному стані, засоби та обладнання	
Чистота та доглянутий вигляд приміщень	
<b>15. Вплив стратегії матеріального доказу на ефективність діяльності закладу</b>	
Надання медичних послуг та процедур відбувається без затримок	
Оновлене медичне обладнання	
Використання зворотнього зв'язку з пацієнтом для покращення лікувального процесу	
Конфіденційність та приватність щодо історій хвороб пацієнтів	
Конфіденційність під час лікування (дотримання медичної таємниці)	
Надання послуги у чітко призначений час	
Короткий час очікування – не більше однієї години	
Повага до гідності пацієнтів під час лікування	
Ретельне пояснення стану здоров'я пацієнтів	
Застосування інноваційних технологій в лікувальному процесі	
<b>16. Вплив стратегії персоналу на ефективність діяльності закладу</b>	
Відповідальність та чуйність персоналу	
Привітність/доброзичливість	
Вміння почути та вирішити проблемні ситуації	
Індивідуальний підхід до кожного пацієнта	
Охайний зовнішній вигляд	
Тактичність, вміння зберігати конфіденційність інформації	
Надійність (вміння викликати довіру)	
Грамотна професійна мова	

*Дякуємо за співпрацю!*

## АНКЕТА

для визначення рівня впливу факторів зовнішнього і внутрішнього середовища на розвиток ринку медичних послуг м. Вінниці

1. Назва закладу \_\_\_\_\_
2. Форма власності \_\_\_\_\_
3. Спеціалізація закладу \_\_\_\_\_
4. Визначте вагомість впливу факторів на діяльність Вашого ЗОЗ та заповніть таблицю. Ступінь впливу фактору оцініть за трибальною шкалою (1 бал – вагомість незначна, зміна фактору не впливає на діяльність ЗОЗ; 2 бали – вагомість середня, зміна фактору впливає на обсяг надання послуг і прибуток ЗОЗ, 3 бали – вагомість висока – коливання фактору впливає на обсяги надання послуг і прибуток закладу)

Фактори	Вагомість фактору	Фактори	Вагомість фактору
<b>Сильні сторони</b>		<b>Слабкі сторони</b>	
Наявність навчальних закладів з підготовки медичного персоналу		Недостатній рівень інтегрованих маркетингових комунікацій	
Підтримка місцевими органами влади розвитку охорони здоров'я в регіоні		Відсутність стратегічного планування в КНП та недостатній його рівень у приватних ЗОЗ	
Зростаючий попит на диверсифіковані види медичних послуг		Обмеженість маркетингового бюджету	
Розвинена мережа приватних та комунальних ЗОЗ		Неефективні стратегії персоналу	
Підвищення заробітної плати медичного персоналу		Тіньові платежі за послуги	
Покращення матеріально-технічної бази ЗОЗ		Наявність дефектів надання медичних послуг та скарг пацієнтів	
Автономізація ЗОЗ		Відсутність ефективних інструментів внутрішнього контролю (клінічного аудиту)	
<b>Зовнішні можливості</b>		<b>Зовнішні загрози</b>	
Реформування фінансування галузі		Зростання рівня конкуренції між ЗОЗ комунальної та приватної форм власності	
Впровадження сучасних платних послуг у діяльність КНП		Невчасне реагування на зміни у зовнішньому середовищі	
Високий попит на медичні послуги		Зростання цін на лікарські засоби, витратні матеріали і обладнання	
Наявність цільових програм територіальної громади «Стратегія розвитку Вінниці 2020»		Високий рівень захворюваності та смертності від інфекційних захворювань	
Залучення висококваліфікованих медичних кадрів		Стрімкий відтік кваліфікованого медичного персоналу	
		Інфляція	
		Фінансова криза	

5. Оцініть ймовірнісні зміни фактору впливу на ЗОЗ за п'ятибальною шкалою: 1 бал – мінімальна ймовірність зміни фактора, 5 балів – максимальна).

Фактори	Ймовірність зміни	Фактори	Ймовірність зміни
<b>Сильні сторони</b>		<b>Слабкі сторони</b>	
Наявність навчальних закладів з підготовки медичного персоналу		Недостатній рівень інтегрованих маркетингових комунікацій	
Підтримка місцевими органами влади розвитку охорони здоров'я в регіоні		Відсутність стратегічного планування в КНП та недостатній його рівень у приватних ЗОЗ	
Зростаючий попит на диверсифіковані види медичних послуг		Обмеженість маркетингового бюджету	
Розвинена мережа приватних та комунальних ЗОЗ		Неефективні стратегії персоналу	
Підвищення заробітної плати медичного персоналу		Тіньові платежі за послуги	
Покращення матеріально-технічної бази ЗОЗ		Наявність дефектів надання медичних послуг та скарг пацієнтів	
Автономізація ЗОЗ		Відсутність ефективних інструментів внутрішнього контролю (клінічного аудиту)	
<b>Зовнішні можливості</b>		<b>Зовнішні загрози</b>	
Реформування фінансування галузі		Зростання рівня конкуренції між ЗОЗ комунальної та приватної форм власності	
Впровадження сучасних платних послуг у діяльність КНП		Невчасне реагування на зміни у зовнішньому середовищі	
Високий попит на медичні послуги		Зростання цін на лікарські засоби, витратні матеріали і обладнання	
Наявність цільових програм територіальної громади «Стратегія розвитку Вінниця 2020»		Високий рівень захворюваності та смертності від інфекційних захворювань	
Залучення висококваліфікованих медичних кадрів		Стрімкий відтік кваліфікованого медичного персоналу	
		Інфляція	
		Фінансова криза	

*Отримані дані будуть використані для формування методичних рекомендацій щодо формування маркетингових конкурентних стратегій ЗОЗ на ринку медичних послуг*

*Дякуємо за співпрацю!*

Продовження додатку И

Таблиця И.1

## Оцінка вагомості впливу факторів на діяльність ЗОЗ м. Вінниці

Фактори	Вагомість впливу факторів, оцінена експертами										Середнє значення вагомості фактора
	№1	№2	№3	№4	№5	№6	№7	№8	№9	№10	
Зовнішні можливості											
Реформування фінансування галузі	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2,8
Впровадження сучасних платних послуг у діяльність КНП	1	1	1	2	2	1	1	2	2	2	1,5
Високий попит на медичні послуги	3	2	3	1	2	3	1	3	2	2	2,2
Наявність цільових програм територіальної громади «Стратегія розвитку Вінниця 2020»	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1,2
Залучення висококваліфікованих медичних кадрів	3	2	2	3	3	3	2	3	3	3	2,7
Зовнішні загрози											
Зростання рівня конкуренції між ЗОЗ комунальної та приватної форм власності	3	2	2	3	3	2	2	2	3	2	2,4
Невчасне реагування на зміни у зовнішньому середовищі	2	2	1	1	2	2	1	2	2	2	1,7
Зростання цін на лікарські засоби, витратні матеріали і обладнання	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2,0
Високий рівень захворюваності та смертності від інфекційних захворювань	3	2	3	2	2	2	3	3	2	2	2,4
Стрімкий відтік кваліфікованого медичного персоналу	2	3	2	2	2	1	2	2	2	2	2,0
Інфляція	1	1	1	2	1	2	1	1	2	2	1,4
Фінансова криза	3	2	2	2	1	2	2	2	2	1	1,7
Сильні сторони											
Наявність навчальних закладів з підготовки медичного персоналу	2	2	1	2	3	1	1	2	2	2	1,8
Підтримка місцевими органами влади розвитку охорони здоров'я в регіоні	1	2	1	2	1	2	2	1	2	1	1,5
Зростаючий попит на диверсифіковані види медичних послуг	2	2	2	2	2	2	3	2	3	2	2,2
Розвинена мережа приватних та комунальних ЗОЗ	1	2	1	2	1	2	2	1	2	1	1,5
Підвищення заробітної плати медичного персоналу	2	3	3	3	2	3	2	3	3	2	2,6
Покращення матеріально-технічної бази ЗОЗ	1	2	2	3	1	2	2	3	2	2	2,0
Автономізація ЗОЗ	1	2	1	2	2	2	3	3	1	1	1,8
Слабкі сторони											
Недостатній рівень інтегрованих маркетингових комунікацій	1	1	2	1	2	2	1	2	2	1	1,5
Відсутність стратегічного планування в КНП та недостатній його рівень у приватних ЗОЗ	2	3	2	2	2	2	3	3	2	2	2,3
Обмеженість маркетингового бюджету	1	1	2	2	1	1	1	1	2	2	1,4
Неефективні стратегії персоналу	2	2	2	1	1	3	3	2	1	2	1,9
Тіньові платежі за послуги	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	1,5
Наявність дефектів надання медичних послуг та скарг пацієнтів	2	2	3	2	3	1	3	2	3	2	2,3
Відсутність ефективних інструментів внутрішнього контролю (клінічного аудиту)	1	2	3	1	3	3	2	1	2	2	2,0

Джерело: Складено автором

Продовження додатку II

Таблиця II.2

## Оцінка ймовірності зміни впливу факторів на діяльність ЗОЗ м. Вінниці

Фактори	Ймовірності зміни впливу факторів, оцінена експертами										Середнє значення ймовірності зміни фактора
	№1	№2	№3	№4	№5	№6	№7	№8	№9	№10	
Зовнішні можливості											
Реформування фінансування галузі	4	4	3	4	4	4	5	3	4	4	3,9
Впровадження сучасних платних послуг у діяльність КНП	3	3	4	3	3	4	3	3	4	4	3,4
Високий попит на медичні послуги	3	3	3	4	3	4	3	3	4	4	3,4
Наявність цільових програм територіальної громади «Стратегія розвитку Вінниці 2020»	3	3	3	3	3	2	3	4	3	3	3,0
Залучення висококваліфікованих медичних кадрів	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	3,8
Зовнішні загрози											
Зростання рівня конкуренції між ЗОЗ комунальної та приватної форм власності	4	4	4	3	3	4	4	4	5	5	4,0
Невчасне реагування на зміни у зовнішньому середовищі	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	3,7
Зростання цін на лікарські засоби, витратні матеріали і обладнання	4	4	5	5	5	4	5	4	5	4	4,5
Високий рівень захворюваності та смертності від інфекційних захворювань	5	5	4	4	4	4	4	5	4	4	4,3
Стрімкий відтік кваліфікованого медичного персоналу	3	3	4	4	3	3	4	5	5	4	3,8
Інфляція	3	3	3	3	2	3	4	3	3	3	3,0
Фінансова криза	4	4	5	5	5	4	5	4	4	4	4,4
Сильні сторони											
Наявність навчальних закладів з підготовки медичного персоналу	3	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4,0
Підтримка місцевими органами влади розвитку охорони здоров'я в регіоні	3	3	4	4	3	3	3	3	3	4	3,3
Зростаючий попит на диверсифіковані види медичних послуг	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3,9
Розвинена мережа приватних та комунальних ЗОЗ	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	2,8
Підвищення заробітної плати медичного персоналу	5	5	5	4	4	5	5	5	5	4	4,7
Покращення матеріально-технічної бази ЗОЗ	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3,0
Автономізація ЗОЗ	3	3	3	3	4	3	3	3	4	4	3,3
Слабкі сторони											
Недостатній рівень інтегрованих маркетингових комунікацій	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3,1
Відсутність стратегічного планування в КНП та недостатній його рівень у приватних ЗОЗ	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3,0
Обмеженість маркетингового бюджету	3	3	3	4	3	3	4	3	3	3	3,2
Неефективні стратегії персоналу	3	3	3	4	4	4	3	4	4	4	3,6
Тіньові платежі за послуги	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3,3
Наявність дефектів надання медичних послуг та скарг пацієнтів	4	4	4	3	3	3	3	3	3	4	3,4
Відсутність ефективних інструментів внутрішнього контролю (клінічного аудиту)	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3,1

Джерело: Складено автором

### Стандартизована пацієнт-центрична модель клінічного маршруту

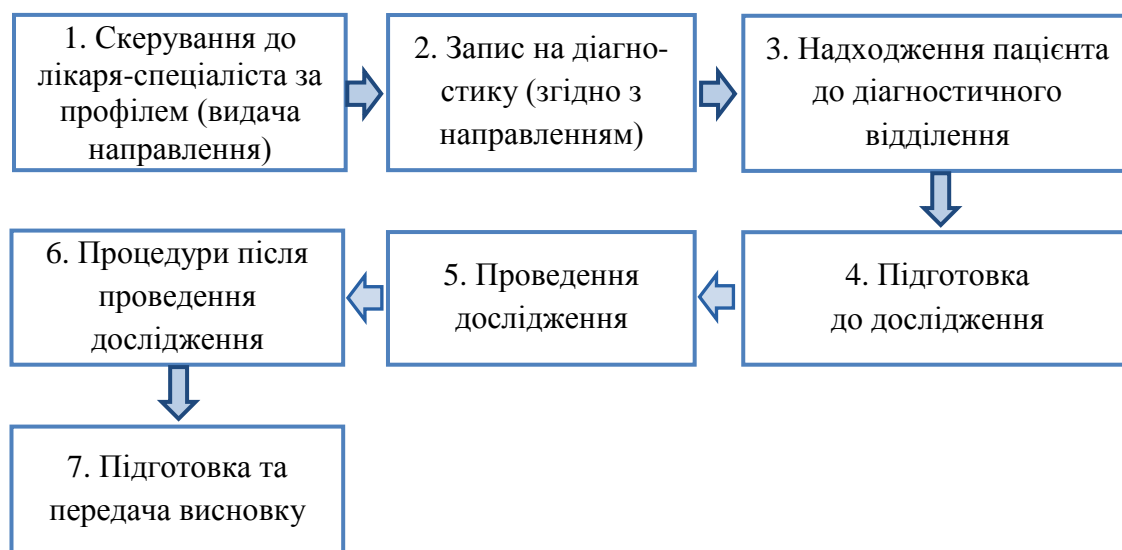


Рис. К.1. Стандартизована пацієнт-центрична модель клінічного маршруту

Джерело: Складено автором

1. Скерування до лікаря-спеціаліста на дослідження. Планування діагностичного дослідження для виявлення або уточнення патології, або для контролю проведеного лікування здійснюється лікарем (відповідної клінічної спеціальності), якому потрібно отримати своєчасну і достовірну діагностичну інформацію, яка впливає на подальшу тактику лікування пацієнта.

Лікуючий лікар направляє пацієнта на дослідження, встановлює характер розв'язуваної клінічної проблеми і реально оцінює можливість отримання корисної діагностичної інформації в результаті дослідження, а також вибирає найбільш інформативне дослідження, орієнтуючись на затверджені рекомендації ЗОЗ або на національні стандарти. Лікуючий лікар зобов'язаний поінформувати пацієнта про можливі ускладнення діагностичної процедури та впевнитися у відсутності протипоказань до його виконання, а також внести відповідну інформацію (як при наявності протипоказань, так і при їх відсутності) в медичну документацію пацієнта.

2. Запис на діагностику. Запис на дослідження в медичних організаціях може бути реалізований різними способами в залежності від наявності електронних систем e-health або використання систем захисту інформації про пацієнтів на основі технології блокчейн, однак пріоритетними є збереження конфіденційності даних пацієнта та можливість одержання максимально повної інформації про статус призначеного дослідження. Запис на діагностичне дослідження повинен проводитися із залученням мінімального числа осіб. Доцільно встановити пряму маршрутизацію між особою, яка скеровує пацієнта (лікарем), і лікарем, який приймає (лікарем-спеціалістом за певним напрямом діагностики), без участі лікарської комісії. Запис на дослідження може здійснюватися як в електронній, так і в документальній формі за умови збереження інформації у лікуючого лікаря і передачі цієї інформації пацієнту, а також особі, яка здійснює запис на дослідження (адміністратору), лаборанту і лікарю-спеціалісту.

3. Надходження пацієнта до діагностичного відділення. Щоб уникнути ненавмисного заподіяння шкоди пацієнтові і персоналу, будь-яке надходження пацієнта у відділення/кабінет має бути очікуваним і передбачатися порядком організації роботи відділення. Персонал відділення повинен упевнитися в необхідності і безпеці планового дослідження конкретного пацієнта, а також збереженні цієї інформації, оскільки вона може бути затребувана у спірних випадках.

4. Підготовка до дослідження. При підготовці до будь-якого діагностичного дослідження необхідно максимально забезпечувати пацієнту приватність і комфорт, а також безумовно дотримуватися відповідності санітарно-гігієнічним нормам при роботі з лікарськими засобами та медичним обладнанням, в тому числі при роботі з кров'ю.



5. Проведення дослідження. Виконання діагностичних досліджень повинно бути максимально регламентовано для забезпечення не тільки високої якості діагностичної процедури, але й безпеки дослідження як для пацієнта, так і персоналу.

6. Процедури після проведення дослідження. Після завершення дослідження медичний персонал відділення повинен переконатися в тому, що:

- пацієнтом отримано адекватну медичну допомогу, його поінформовано про хід дослідження і порядок отримання результатів,
- лікуючий лікар пацієнта вчасно отримає докладний опис результатів затребуваного дослідження у визначеному напрямку.

7. Підготовка та передача висновку. Результати виконаного дослідження повинні бути своєчасно проаналізовані та описані лікарем-спеціалістом, після чого передані всім сторонам – як пацієнту, так і лікарю – при збереженні конфіденційності даних.

## АНКЕТА (перший етап опитування пацієнтів)

### «Загальна задоволеність пацієнтів медичною допомогою (послугами)»

**Преамбула:** Доброго дня! З метою вивчення ступеню задоволеності пацієнтів рівнем медичної допомоги (послуги) та роботою закладів охорони здоров'я.

Просимо Вас приділити 5-10 хвилин для відповіді на запитання.

Анкетування є повністю анонімним. Результати будуть використані для наукової роботи та розробки практичних рекомендацій щодо покращення роботи закладів охорони здоров'я.

#### 1. Деякі особисті дані респондента

##### 1.1. Вік (повних років):

- 18-29 років
- 30-39 років
- 40-49 років
- 50-59 років
- 60 років і старші

##### 1.2. Стать:

- чоловіча
- жіноча

##### 1.3. Рівень освіти:

- середня
- середня професійна
- незакінчена вища
- вища

##### 1.4. Рівень доходу:

- до 4500 грн.
- 4500-6000 грн.
- 6000-8000 грн.
- 8000-10000 грн.
- вище 10000 грн.

##### 1.5. Сімейний стан:

- не одружений
- одружений

##### 1.6. Наявність дітей:

- не маю
- 1 дитина
- 2 дитини
- 3 або більше дітей

##### 1.7. Зайнятість:

- студент
- службовець
- робітник
- спеціаліст
- підприємець
- домогосподарка
- пенсіонер
- тимчасово безробітний
- інше

#### 2. Закриті запитання анкети

##### 2.1. Як часто Ви звертаєтесь по допомогу до сімейного лікаря?

- частіше 1 разу на місяць
- в середньому 1 раз на місяць
- за необхідністю
- не звертаюся (займаюся самолікуванням)
- я ще не обрав сімейного лікаря.

##### 2.2. Основна причина звернення до сімейного лікаря:

- профілактика захворювання (медичний профілактичний огляд);
- діагностика та лікування хвороби;
- отримання направлення до лікаря-спеціаліста;

- щеплення;
- виписування рецепту;
- отримання листка непрацездатності або довідку про хворобу;
- консультація.

2.3. Основна причина звернення до лікаря-спеціаліста:

- профілактика хвороби (добровільний медичний огляд);
- обов'язковий медичний огляд (при роботі в шкідливих умовах, з певними контингентами людей);
- діагностика та лікування хвороби;
- направлення в стаціонар;
- консультація.

2.4. В якій мірі Ви задоволені роботою Вашого сімейного лікаря?

- повністю задоволений;
- достатньо задоволений, але є зауваження;
- скоріше задоволений, ніж незадоволений;
- здебільшого не задоволений;
- повністю не задоволений.

2.5. Чи зверталися Ви по допомогу до приватних закладів охорони здоров'я або лікарів приватної практики?

- так, роблю це регулярно;
- так, час від часу;
- звертаюся зрідка;
- звертаюся у невідкладних випадках;
- не звертався ніколи.

### **3. Запитання, що передбачали можливість вибору декількох варіантів відповідей та додавання власного варіанту**

3.1. На Вашу думку, що необхідно покращити в роботі сімейних лікарів?

- збільшити норму часу на прийом 1 пацієнта;
- запровадити електронні черги;
- зменшити очікування в черзі;
- забезпечити онлайн-доступ до медичної інформації про пацієнта;
- запровадити видачу довідок онлайн;
- закупити сучасне обладнання для лікування та діагностики;
- забезпечити доступ до протоколів лікування після встановлення діагнозу;
- забезпечити право пацієнта на безпеку медичної послуги (попередження про можливі ризики та побічні ефекти призначеного лікування).

3.2. На вашу думку, які найважливіші переваги є у приватних закладів охорони здоров'я та лікарів приватної практики? (оберіть 1 або декілька пунктів):

- зручне місце розташування;
- гнучкий графік роботи;
- наявність сучасного обладнання;
- висока кваліфікація лікарів;
- мінімізація дефектів у наданні медичної допомоги;
- уважне, доброзичливе ставлення до пацієнта;

- відсутність черг;
- приємне оточення, в якому надається допомога (наявність рецепції, гарно облаштовані зала очікування та кабінет лікаря, ввічливий персонал);
- налагодження довгострокових довірливих стосунків (підтримка контакту з пацієнтом не тільки під час хвороби, але й з метою профілактики, нагляду за станом здоров'я пацієнта).

3.3. Які фактори для Вас є найважливішими при виборі закладу охорони здоров'я?

- ціна послуги (вартість допомоги);
- можливість отримати допомогу безкоштовно;
- якість наданої допомоги (отриманий результат);
- рекомендація родичів або знайомих;
- можливість отримати комплекс послуг в одному місці;
- швидкість надання допомоги, її результативність та тривалість ефекту (за будь-яку плату).

3.4. Які додаткові (супутні) послуги були б Вам корисні у закладах охорони здоров'я?

- наявність аптеки;
- наявність місця для паркування авто;
- наявність точки харчування;
- доступ до Wi-fi-мережі;
- дитяча кімната;
- кімнати для перебування родичів пацієнта стаціонару;
- діагностична лабораторія;
- магазин;
- Ваш варіант: \_\_\_\_\_

#### **4. Відкриті запитання**

4.1. Задоволеність пацієнта роботою лікаря (чи задоволені Ви роботою лікаря в цілому, чи був лікар до Вас уважним, проявляв повагу; чи повністю вислухав лікар Ваші скарги; чи приділив достатньо часу для Ваших питань, та чи обговорив методи лікування з Вами) :

4.2. Задоволеність пацієнта роботою медсестер та санітарок: (чи задоволені Ви роботою медсестер, чи були вони до Вас доброзичливі; чи швидко реагують на виклик, та чи добре виконують свої обов'язки?) :

4.3. Забезпеченість ліками: призначені лікарські засоби (препарати) були надані медичним закладом?

4.4. Ваші пропозиції:

## Результати опитування за анкетною

«Загальна задоволеність пацієнтів медичною допомогою (послугами)»:

структура вибірки та відповідей на запитання

Розділи та запитання анкети	Варіанти відповідей	кількість	частка, %
1	2	3	4
<b>1. Характеристики вибірки</b>	<b>Всього:</b>	<b>136</b>	<b>100,00</b>
1.1. Вік респондента:	18-29 років	103	75,74
	30-39 років	4	2,94
	40-49 років	17	12,50
	50-59 років	11	8,09
	60 років і старші	1	0,74
1.2. Стать:	чоловіча	37	27,21
	жіноча	99	72,79
1.3. Рівень освіти:	середня	9	6,62
	середня професійна	5	3,68
	незакінчена вища	79	58,09
	вища	43	31,62
1.4. Зайнятість:	студент	92	67,65
	службовець	6	4,41
	спеціаліст	1	0,74
	робітник	23	16,91
	підприємець	8	5,88
	пенсіонер	3	2,21
	інше	3	2,21
1.5. Рівень доходу	до 4500 грн.	77	56,62
	4500-6000 грн.	14	10,29
	6000-8000 грн.	11	8,09
	8000-10000 грн.	15	11,03
	вище 10000 грн.	19	13,97
1.6. Сімейний стан :	не одружений / не заміжня	98	72,06
	одружений / заміжня	33	24,26
	вдівець	3	2,21
	розведений	2	1,47
1.7. Наявність дітей :	не маю	110	80,88
	1 дитина	12	8,82
	2 дитини	11	8,09
	3 та більше дітей	3	2,21
<b>2. Закриті запитання анкети</b>	<b>Варіанти відповідей</b>	<b>кількість</b>	<b>Частка, %</b>
2.1. Як часто Ви звертаєтесь по допомогу до сімейного лікаря?	за необхідністю	105	77,21
	не звертаюся (займаюся самолікуванням)	18	13,24
	я ще не обрав сімейного лікаря.	7	5,15
	в середньому 1 раз на місяць	4	2,94
	частіше 1 разу на місяць	2	1,47
2.2. Основна причина звернення до сімейного лікаря:	діагностика та лікування хвороби;	46	33,82
	отримання направлення до лікаря-спеціаліста;	23	16,91
	щеплення;	22	16,18
	консультація	16	11,76
	отримання листка непрацездатності або довідку про хворобу;	13	9,56
	профілактика захворювання (медичний профілактичний огляд);	9	6,62
	виписування рецепту;	7	5,15

## Продовження додатку Л

## Продовження табл. Л.1

1	2	3	4
2.3. Основна причина звернення до лікаря-спеціаліста:	діагностика та лікування хвороби;	79	58,09
	профілактика хвороби (добровільний медичний огляд);	19	13,97
	обов'язковий медичний огляд (при роботі в шкідливих умовах, з певними контингентами людей);	19	13,97
	консультація	16	11,76
	направлення в стаціонар;	2	1,47
	давно не звертався/зверталась	1	0,74
2.4. В якій мірі Ви задоволені роботою Вашого сімейного лікаря?	повністю задоволений	45	33,09
	достатньо задоволений, але є зауваження;	41	30,15
	скоріше задоволений, ніж незадоволений;	33	24,26
	здебільшого не задоволений;	9	6,62
	повністю не задоволений.	4	2,94
	без відповіді (не звертаються / не обрали)	4	2,94
2.5. Чи зверталися Ви по допомогу до приватних закладів охорони здоров'я або лікарів приватної практики?	так, час від часу;	40	29,41
	звертаюся зрідка;	35	25,74
	так, роблю це регулярно;	31	22,79
	не звертався ніколи.	20	14,71
	звертаюся у невідкладних випадках;	10	7,35

3. Запитання, що передбачали можливість вибору декількох варіантів відповідей та додавання власного варіанту			
3.1. На Вашу думку, що необхідно покращити в роботі сімейних лікарів?	<b>Всього осіб, які надали відповідь на запитання:</b>	<b>132</b>	
	закупити сучасне обладнання для лікування та діагностики	84	63,60
	запровадити видачу довідок онлайн	67	50,80
	запровадити електронні черги	62	47,00
	забезпечити онлайн-доступ до медичної інформації про пацієнта	58	43,30
	забезпечити право пацієнта на безпеку медичної послуги (попередження про можливі ризики та побічні ефекти призначеного лікування)	56	42,40
	зменшити очікування в черзі	46	34,80
	забезпечити доступ до протоколів лікування після встановлення діагнозу;	36	27,30
	збільшити норму часу на прийом 1 пацієнта	33	25,00
	забезпечити доступ до відгуків інших пацієнтів про роботу лікарів та можливість вибору лікаря-спеціаліста на їх основі	3	2,30
додаткові варіанти, запропоновані респондентами підчас опитування:	збільшити пропускну здатність відповідно до потреб пацієнтів (збільшити норму талонів на діагностику та направлень до лікарів-спеціалістів в амбулаторіях)	4	3,00
	розширити перелік лікарів-спеціалістів відповідно до потреб пацієнтів	5	3,80
	збільшити пропускну здатність відповідно до потреб пацієнтів (збільшити норму талонів на діагностику та направлень до лікарів-спеціалістів в амбулаторіях)	1	0,76
	підвищити зарплату	1	0,76
	менше писати, вносити все в комп'ютер і більше уваги приділяли пацієнту	1	0,76

## Продовження додатку Л

## Продовження табл. Л.1

1	2	3	4
3.2. На вашу думку, які найважливіші переваги є у приватних закладів охорони здоров'я та лікарів приватної практики? (оберіть 1 або декілька пунктів)	<b>Всього осіб, які надали відповідь на запитання:</b>	<b>136</b>	
	наявність сучасного обладнання	110	80,90
	приємне оточення, в якому надається допомога (наявність рецепції, гарно облаштовані зала очікування та кабінет лікаря, ввічливий персонал)	87	64,00
	уважне, доброзичливе ставлення до пацієнта	81	59,60
	відсутність черг	80	58,80
	гнучкий графік роботи	76	55,90
	висока кваліфікація лікарів	46	33,80
	налагодження довгострокових довірливих стосунків (підтримка контакту з пацієнтом не тільки під час хвороби, але й з метою профілактики, нагляду за станом здоров'я пацієнта)	46	33,80
	зручне місце розташування	40	29,40
	мінімізація дефектів у наданні медичної допомоги	31	22,80
	наявність необхідного лікаря-спеціаліста	8	5,90
3.3. Які фактори для Вас є найважливішими при виборі закладу охорони здоров'я? (оберіть 1 або декілька відповідей)	<b>Всього осіб, які надали відповідь на запитання:</b>	<b>136</b>	
	якість наданої допомоги (отриманий результат)	117	86,00
	швидкість надання допомоги, її результативність та тривалість ефекту	69	50,70
	можливість отримати комплекс послуг в одному місці	64	47,10
	ціна послуги (вартість допомоги)	56	41,20
	рекомендація родичів або знайомих	37	27,20
3.4. Які додаткові (супутні) послуги були б Вам корисні у закладах охорони здоров'я?	<b>Всього осіб, які надали відповідь на запитання:</b>	<b>132</b>	
	діагностична лабораторія	107	81,10
	доступ до Wi-fi-мережі	75	56,80
	наявність аптеки	67	50,80
	кімнати для перебування родичів пацієнта стаціонару	51	38,60
	наявність точки харчування	47	35,60
	наявність місця для паркування авто	41	31,10
	дитяча кімната	32	24,20
	магазин	24	18,20
<b>4. Відкриті запитання</b>	<b>Відповіді респондентів</b>		
4.1. Задоволеність пацієнта роботою лікаря (чи задоволені Ви роботою лікаря в цілому, чи був лікар до Вас уважним, проявляв повагу; чи повністю вислухав лікар Ваші скарги; чи приділив достатньо часу для Ваших питань, та чи обговорив методи лікування з Вами) :	Так, приділяв увагу		
	Здебільшого задоволений		
	Рівень задоволеності: середній		
	Не зовсім		
	Частково задоволена		
	Ні, треба молодих гарних спеціалістів.		
	Роботою лікаря здебільшого задоволений, проте часу приділив недостатньо, методи лікування не обговорював		
	Сімейний лікар не зміг мені допомогти вчасно із направленням на аналізи та до спеціаліста через обмежену кількість (10 шт. на тиждень) талонів.		
	Довелося звертатися до приватного закладу через невідкладність стану.		
	Був метушливим, хотів швидше закінчити прийом, але справу видав, черги великої не було.		
	Відносно, є бажання кращого відношення до лікування чи обстеження та ставлення до особистості		

## Продовження додатку Л

## Продовження табл. Л.1

1	2	3	4
(продовження відповідей на запитання 4.1)	Скоріше так, але вони бувають прямолінійними і лякають діагнозами яких нема		
	Сімейний лікар свою роботу робить добре, але хірург не був зацікавлений мені допомогти, бо в нього низька зарплата, уникав мене. Через велику чергу на рентген (два тижні) мені (пенсіонерці) довелося звернутися до Діагностичного центру, де він коштує в 5 разів дорожче!		
	Не задоволена величезними чергами ігнорування самими лікарями електронної системи запису, постійне приведення лікарями "знайомих" без черги, "розгулювання" сімейного лікаря у часи прийому по лікарні, лишаючи пустий кабінет, неможливість виклику сімейного лікаря на дім, бо лікар каже, що не буде цим займатися		
	В закладах з безкоштовною медициною лікарі не уважні, не ввічливі, лікують не те що потрібно		
	У цілому задоволена, але хотілося б більше пояснень щодо хвороби, процесу лікування тощо		
	Сімейний лікар: не задоволена, не була уважною, не проявляла повагу		
	В цілому, я майже не користуюся консультативними послугами свого сімейного лікаря, оскільки сама лікар, тому не можу об'єктивно відповісти на дане запитання		
	Задоволена роботою лікаря, уважність і гарне ставлення були забезпечені. Методи лікування обговорювали з пацієнтом і вибирали оптимальний, зручний і дієвий метод .		
	Завжди попадала до лікарів роботою яких повністю задоволена:)		
	Задоволена роботою сімейного лікаря. Роботою спеціалістів незадоволена.		
	Так, але були випадки зверхісного ставлення, що дуже мені не сподобалося		
4.2. Задоволеність пацієнта роботою медсестер та санітарок: (чи задоволені Ви роботою медсестер, чи були вони до Вас доброзичливі; чи швидко реагують на виклик, та чи добре виконують свої обов'язки?) :	Так		
	Частково так		
	Середній		
	Не задоволена		
	На мій подив, вони мають більш доброзичливе ставлення.		
	Медсестри і молодший медичний персонал виконують свої обов'язки добре, але іноді до них є зауваження.		
	Медсестри і санітарки виконували роботу задовільно, проте санітарки могли висловлюватися некоректно		
	Здебільшого не задоволений		
	Кількість занадто мала, для виконання такого об'єму роботи		
	Залежить від конкретних ситуацій і людей		
4.3. Забезпеченість ліками: призначені лікарські засоби (препарати) були надані медичним закладом?	Залежно від закладу		
	Так		
	Сучасної діагностики не вистачає, тому що брак грошей на новітні технології		
	Препаратів не було, діагностичною лабораторією задоволений. Якщо виникне потреба не певен, що звернуся саме туди		
	Препарати були куплені з власної кишені , робота лабораторії на високому рівні. Так , я вважаю лікування було ефективним , звідси ч звертатимусь в медичний заклад по необхідності.		
	Не було досвіду		
	Самостійно закупівля медикаментів		
	Забезпеченість ліками низька. Лікування середньої ефективності.		
	Препарати не були надані медичним закладом. Частково задоволена роботою діагностичних послуг. Лікування іноді не мало ефекту. При виникненні потреби повторно буду отримувати допомогу в закладі.		
	Препаратов традиційно, нет, низкая зп врача – следствие – низкая мотивация.		
	Незадоволений. Лікування ефективне але повністю за свій кошт. Дорогівартісні ліки та медичні розхідники.		
	Недостатня забезпеченість ліками		



## Продовження додатку Л

## Продовження табл. Л.1

1	2	3	4
<b>4.4. Ваші пропозиції:</b>	Страхова медицина. Збільшення рівня доходу громадян.		
	Припинити реформування та прибрати сімейних лікарів.		
	Проводити щеплення від гепатиту В та дифтерії дорослому населенню, відповідно до календаря профілактичних щеплень, в державних мед. закладах ОЗ.		
	Збільшити зарплату лікарям вторинної ланки, вдосконалити електронну систему черг та надати змогу видавати довідки онлайн		
	Збільшення зарплати		
	Зменшити ціну послуг в приватних закладах до помірних		
	Підвищити заробітну плату лікарям		
	Розширення списку патологій, за якими проходить програма доступні ліки з включенням туди патологій психічної сфери, гастроентеролога, неврології, ревматології і тд		
	я ничем не помогу		
	Виділяти більше грошей на медицину, особливо на зарплати медпрацівникам		
	Покращити контроль за стерильністю умов для прививок, уколів та інших маніпуляцій.		
	Реформувати правильними реформами		
	Забезпечити населення інформацією щодо можливості укласти угоду з приватним сімейним лікарем; спростити процедуру направлення до лікаря-спеціаліста при наявності гострих симптомів у пацієнта; запровадити можливість отримати допомогу у вихідні дні (хворе вухо у дитини змусило знайомих звертатися до приватного лікаря у вихідні)		
	Отримувати консультації лікаря цілодобово онлайн. Повернуть практику виклику лікаря, медичної сестри, лікаря спеціаліста до хворих, які не можуть самотійно відвідати ЗОЗ		
	Терміново запровадити страхову медицину. Збільшити державне фінансування галузі, запровадити позавідомчий контроль якості надання послуг		
	Підтримую усі пропозиції, що були надані у формі та додаю: сприяти БПР усіх медичних працівників		

На Вашу думку, що необхідно покращити в роботі сімейних лікарів?



132 ответа

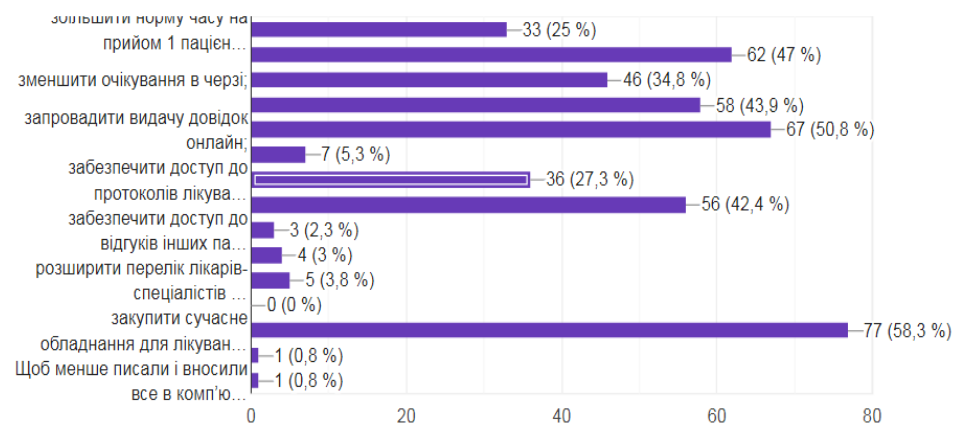


Рис. Л.1. Відповіді респондентів щодо пропозицій для поліпшення роботи сімейних лікарів

Джерело: Звіт щодо анкетування у Google-формах

Чи зверталися Ви по допомогу до приватних закладів охорони здоров'я або лікарів приватної практики?

136 ответов

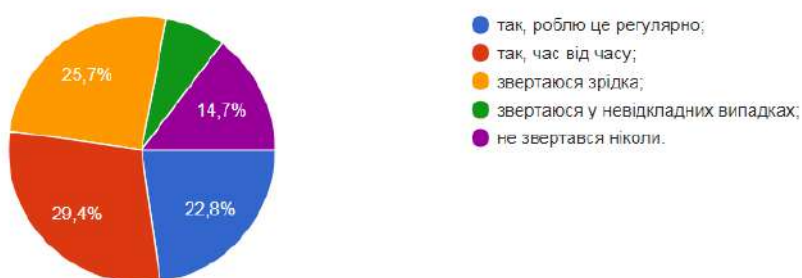


Рис. Л.2. Частота звернення респондентів до приватних ЗОЗ

Джерело: Звіт щодо анкетування у Google-формах

На вашу думку, які найважливіші переваги є у приватних закладах охорони здоров'я та лікарів приватної практики? (оберіть 1 або декілька пунктів)

136 ответов

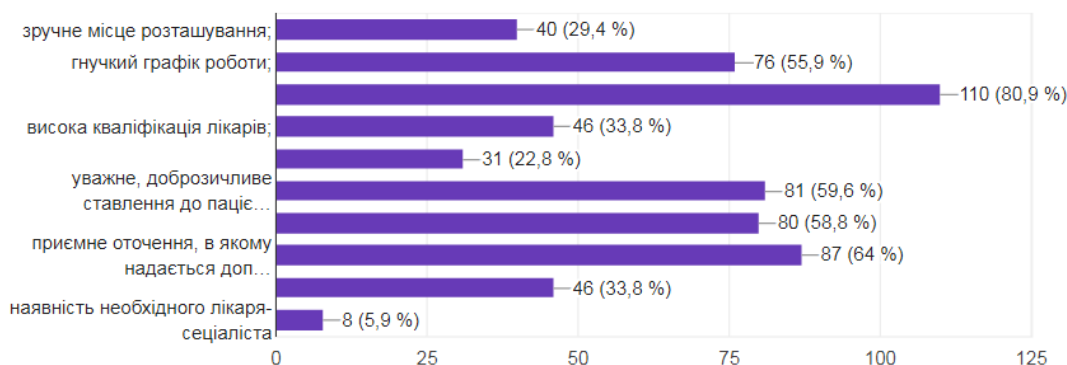


Рис. Л.3. Переваги приватних ЗОЗ

Джерело: Звіт щодо анкетування у Google-формах

Які фактори для Вас є найважливішими при виборі закладу охорони здоров'я? (оберіть 1 або декілька відповідей)

136 ответов

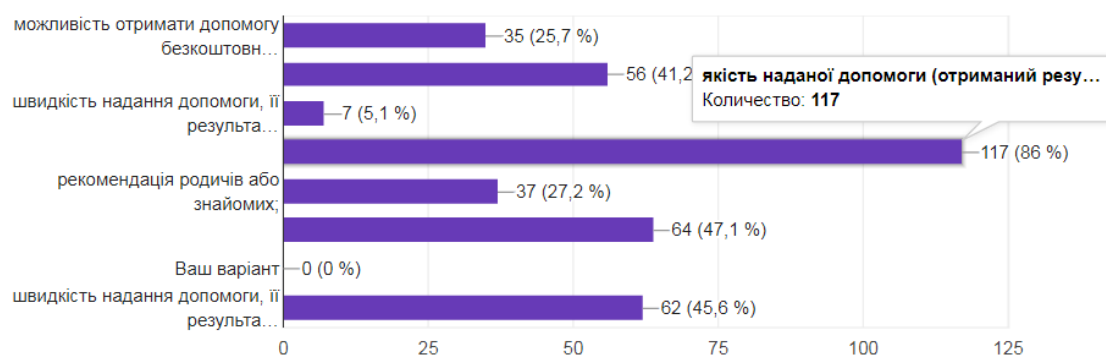


Рис. Л.4. Найважливіші фактори при виборі ЗОЗ

Джерело: Звіт щодо анкетування у Google-формах

*Продовження додатку Л*

Які додаткові (супутні) послуги були б Вам корисні у закладах охорони здоров'я?

132 ответа

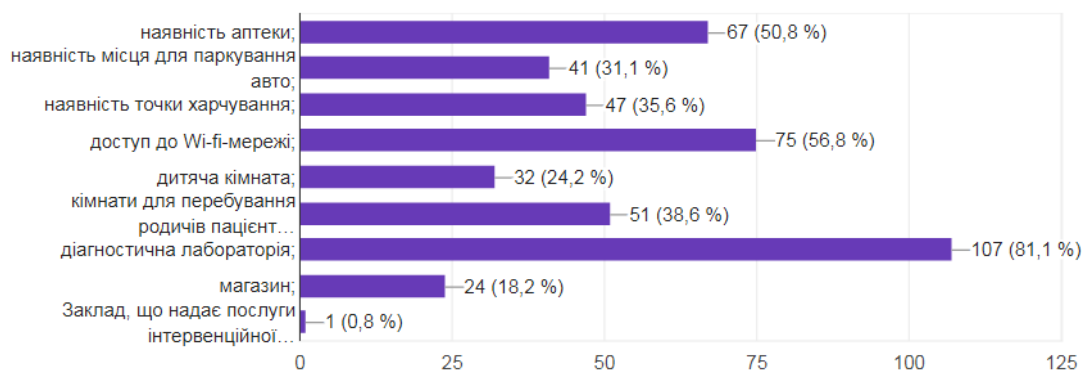


Рис. Л.5. Перелік додаткових послуг у ЗОЗ, в яких пацієнти відчують потребу

*Джерело:* Звіт щодо анкетування у Google-формах

## АНКЕТА (другий етап опитування пацієнтів за методом SERVPERF)

### «Задоволеність якістю медичних послуг»

*для оцінки та порівняння рівнів ЯКОСТІ медичних послуг,  
ЗАДОВОЛЕНОСТІ пацієнтів та їх ЛОЯЛЬНОСТІ до закладу (лікаря)*

### РОЗДІЛ 1 (деякі особисті дані респондента)

1. Стать
  - чоловіча
  - жіноча
2. Закладам охорони здоров'я якої форми власності Ви надаєте перевагу:
  - комунальним
  - приватним
3. Рівень освіти
  - середня
  - середня професійна
  - незакінчена вища
  - вища
4. Вік (повних років)
  - 18-29 років
  - 30-39 років
  - 40-49 років
  - 50-59 років
  - 60 років і старші
5. Зайнятість:
  - студент
  - службовець
  - робітник
  - спеціаліст
  - підприємець
  - домогосподарка
  - пенсіонер
  - тимчасово безробітний

### РОЗДІЛ 2. Питання для оцінки пацієнтом якості отриманих послуг:

*Будь-ласка, згадайте один із останніх візитів до закладу охорони здоров'я та оцініть за 7-бальною шкалою характеристики отриманої Вами послугу та процесу її надання, де оцінка 7 – повністю задоволений, 1 – категорично не задоволений:*

1. Швидкість обслуговування пацієнтів
2. Ввічливість персоналу

3. Рівень турботи про пацієнта
4. Вчасність надання послуг
5. Розуміння медичним персоналом потреб пацієнтів
6. Наявність інформативних візуально привабливих матеріалів, пов'язані з наданням послуг
7. Рівень доброзичливості персоналу
8. Бажання персоналу надати допомогу
9. Відсутність помилок у медичних записах
10. Інформування пацієнта про час надання медичної послуги
11. Дотримання обіцяного у наданні послуг
12. Вміння викликати довіру у пацієнтів
13. Наявність достатніх знань, щоб відповідати на запитання
14. Вміння почути і вирішити проблему пацієнта
15. Готовність реагувати на запити
16. Безпосереднє надання медичної допомоги з першого звернення
17. Візуальна привабливість кабінетів, палат та інтер'єру
18. Індивідуальність уваги до кожного пацієнта
19. Приємний зовнішній вигляд та охайність персоналу
20. Зручність графіку роботи
21. Сучасність обладнання приміщень, передпокою, палат
22. Відчуття безпеки під час медичного втручання

### **РОЗДІЛ 3. Питання щодо загальної задоволеності пацієнта:**

*Будь-ласка, оцініть за 10-бальною шкалою загальний рівень задоволеності медичними послугами, де (УВАГА!!!) 1 – дуже задоволений, 10 – дуже незадоволений:*

23. Як би Ви оцінили загальну якість послуг, що надаються Вашою лікарнею? (загальна якість)
24. Думавши про цю лікарню (лікаря) загалом, будь-ласка, оцініть цінність, яку ви отримали за свої кошти
25. Наскільки Ви загалом задоволені своєю лікарнею (лікарем)

### **РОЗДІЛ 4. Питання щодо оцінки лояльності до лікарні (лікаря):**

*Будь-ласка, оцініть за 7-бальною шкалою ваші очікування та факт надання послуги, де 7 – однозначно рекомендую, 1 – категорично не рекомендую:*

26. Чи порекомендуєте Ви дану лікарню (лікаря) своїм родичам або знайомим?
27. Чи відчували Ви себе в достатній безпеці під час отримання послуги, щоб згодом порекомендувати заклад (лікаря) іншим?

***Дякуємо за приділений час!***

***Бажаємо здоров'я!***

Продовження додатку М

Таблиця М.1

## Кореляційна матриця

	Q1_ empath.	Q2_ empath.	Q4_ empath.	Q16_ empath.	Q3_ relyab.	Q7_ relyab.	Q8_ relyab.	Q9_ relyab.	Q12_ relyab.	Q5_ tangib.	Q15_ tangib.	Q17_ tangib.	Q19_ tangib.	Q22_ tangib.	Q6_ respons.	Q11_ respons.	Q13_ respons.	Q14_ respons.	Q10_ assur.	Q18_ assur.	Q20_ assur.	Q21_ assur.
Q1_empath.	1,0	0,786	0,718	0,619	0,670	0,519	0,490	0,450	0,463	0,530	0,484	0,526	0,362	0,445	0,713	0,610	0,665	0,472	0,666	0,375	0,537	0,497
Q2_empath.	0,786	1,0	0,801	0,614	0,733	0,572	0,529	0,558	0,410	0,537	0,537	0,547	0,435	0,432	0,769	0,596	0,699	0,514	0,693	0,397	0,598	0,465
Q4_empath.	0,718	0,801	1,0	0,665	0,792	0,629	0,594	0,616	0,512	0,605	0,538	0,562	0,441	0,503	0,825	0,737	0,762	0,587	0,830	0,420	0,700	0,615
Q16_empath.	0,619	0,614	0,665	1,0	0,605	0,434	0,539	0,487	0,467	0,516	0,673	0,621	0,517	0,548	0,681	0,574	0,741	0,643	0,657	0,454	0,725	0,671
Q3_relyab.	0,670	0,733	0,792	0,605	1,0	0,573	0,573	0,630	0,478	0,531	0,509	0,494	0,486	0,501	0,740	0,683	0,670	0,617	0,725	0,472	0,580	0,522
Q7_relyab.	0,519	0,572	0,629	0,434	0,573	1,0	0,531	0,471	0,352	0,430	0,380	0,464	0,372	0,352	0,567	0,590	0,549	0,552	0,573	0,311	0,470	0,469
Q8_relyab.	0,490	0,529	0,594	0,539	0,573	0,531	1,0	0,710	0,400	0,478	0,408	0,434	0,412	0,413	0,597	0,515	0,577	0,494	0,622	0,303	0,545	0,501
Q9_relyab.	0,450	0,558	0,616	0,487	0,630	0,471	0,710	1,0	0,487	0,442	0,430	0,472	0,452	0,459	0,589	0,534	0,565	0,477	0,625	0,393	0,543	0,465
Q12_relyab.	0,463	0,410	0,512	0,467	0,478	0,352	0,400	0,487	1,0	0,493	0,387	0,411	0,387	0,679	0,515	0,537	0,656	0,485	0,503	0,386	0,538	0,550
Q5_tangib.	0,530	0,537	0,605	0,516	0,531	0,430	0,478	0,442	0,493	1,0	0,475	0,533	0,411	0,512	0,606	0,441	0,656	0,432	0,537	0,418	0,532	0,529
Q15_tangib.	0,484	0,537	0,538	0,673	0,509	0,380	0,408	0,430	0,387	0,475	1,0	0,484	0,697	0,419	0,536	0,412	0,556	0,514	0,496	0,432	0,593	0,476
Q17_tangib.	0,526	0,547	0,562	0,621	0,494	0,464	0,434	0,472	0,411	0,533	0,484	1,0	0,494	0,545	0,553	0,460	0,573	0,492	0,529	0,448	0,543	0,501
Q19_tangib.	0,362	0,435	0,441	0,517	0,486	0,372	0,412	0,452	0,387	0,411	0,697	0,494	1,0	0,514	0,438	0,346	0,483	0,406	0,447	0,549	0,548	0,464
Q22_tangib.	0,445	0,432	0,503	0,548	0,501	0,352	0,413	0,459	0,679	0,512	0,419	0,545	0,514	1,0	0,477	0,514	0,630	0,507	0,508	0,503	0,639	0,701
Q6_respons.	0,713	0,769	0,825	0,681	0,740	0,567	0,597	0,589	0,515	0,606	0,536	0,553	0,438	0,477	1,0	0,677	0,741	0,615	0,781	0,449	0,657	0,574
Q11_respons.	0,610	0,596	0,737	0,574	0,683	0,590	0,515	0,534	0,537	0,441	0,412	0,460	0,346	0,514	0,677	1,0	0,699	0,575	0,778	0,249	0,636	0,565
Q13_respons.	0,665	0,699	0,762	0,741	0,670	0,549	0,577	0,565	0,656	0,656	0,556	0,573	0,483	0,630	0,741	0,699	1,0	0,683	0,714	0,470	0,729	0,670
Q14_respons.	0,472	0,514	0,587	0,643	0,617	0,552	0,494	0,477	0,485	0,432	0,514	0,492	0,406	0,507	0,615	0,575	0,683	1,0	0,554	0,460	0,615	0,538
Q10_assur.	0,666	0,693	0,830	0,657	0,725	0,573	0,622	0,625	0,503	0,537	0,496	0,529	0,447	0,508	0,781	0,778	0,714	0,554	1,0	0,366	0,697	0,658
Q18_assur.	0,375	0,397	0,420	0,454	0,472	0,311	0,303	0,393	0,386	0,418	0,432	0,448	0,549	0,503	0,449	0,249	0,470	0,460	0,366	1,0	0,515	0,433
Q20_assur.	0,537	0,598	0,700	0,725	0,580	0,470	0,545	0,543	0,538	0,532	0,593	0,543	0,548	0,639	0,657	0,636	0,729	0,615	0,697	0,515	1,0	0,727
Q21_assur.	0,497	0,465	0,615	0,671	0,522	0,469	0,501	0,465	0,550	0,529	0,476	0,501	0,464	0,701	0,574	0,565	0,670	0,538	0,658	0,433	0,727	1,0

Джерело: Складено автором за допомогою пакету програм SPSS Statistics

**KMO and Bartlett's Test**

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,945
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	8364,992
	df	231
	Sig.	,000

Рис. М.1. КМО та тест Бартлетта

Джерело: Складено автором за допомогою пакету програм SPSS Statistics

Таблиця М.2

### Спільності (Communalities)

Явні змінні	Початкова (Initial)	Виділення (Extraction)
Q1	1,000	0,662
Q2	1,000	0,782
Q3	1,000	0,735
Q4	1,000	0,847
Q5	1,000	0,500
Q6	1,000	0,788
Q7	1,000	0,538
Q8	1,000	0,528
Q9	1,000	0,519
Q10	1,000	0,789
Q11	1,000	0,748
Q12	1,000	0,709
Q13	1,000	0,793
Q14	1,000	0,542
Q15	1,000	0,723
Q16	1,000	0,690
Q17	1,000	0,537
Q18	1,000	0,589
Q19	1,000	0,748
Q20	1,000	0,725
Q21	1,000	0,718
Q22	1,000	0,809

Джерело: Складено автором за допомогою пакету програм SPSS Statistics



**Сукупна пояснена дисперсія (Total Variance Explained)**

Компонента (Component)	Початкові власні значення (Initial Eigenvalues)			Вилучення суми квадратів навантажень (Extraction Sums of Squared Loadings)		
	Всього (Total)	% дис- персії (% of Variance)	Кумуля- тивний % (Cumula- tive %)	Всього (Total)	% дисперсії (% of Variance)	Кумуля- тивний % (Cumula- tive %)
<b>1</b>	<b>12,587</b>	<b>57,214</b>	<b>57,214</b>	<b>12,587</b>	<b>57,214</b>	<b>57,214</b>
<b>2</b>	<b>1,428</b>	<b>6,493</b>	<b>63,707</b>	<b>1,428</b>	<b>6,493</b>	<b>63,707</b>
<b>3</b>	<b>1,011</b>	<b>4,594</b>	<b>68,301</b>	<b>1,011</b>	<b>4,594</b>	<b>68,301</b>
4	0,829	3,767	72,068			
5	0,719	3,268	75,336			
6	0,648	2,945	78,281			
7	0,603	2,741	81,022			
8	0,538	2,446	83,468			
9	0,519	2,359	85,827			
10	0,489	2,222	88,049			
11	0,387	1,758	89,807			
12	0,317	1,442	91,249			
13	0,279	1,268	92,517			
14	0,267	1,214	93,731			
15	0,240	1,092	94,822			
16	0,214	0,974	95,796			
17	0,195	0,888	96,684			
18	0,183	0,830	97,514			
19	0,165	0,748	98,262			
20	0,147	0,667	98,929			
21	0,122	0,553	99,482			
22	0,114	0,518	100,000			

*Джерело:* Складено автором за допомогою пакету програм SPSS Statistics

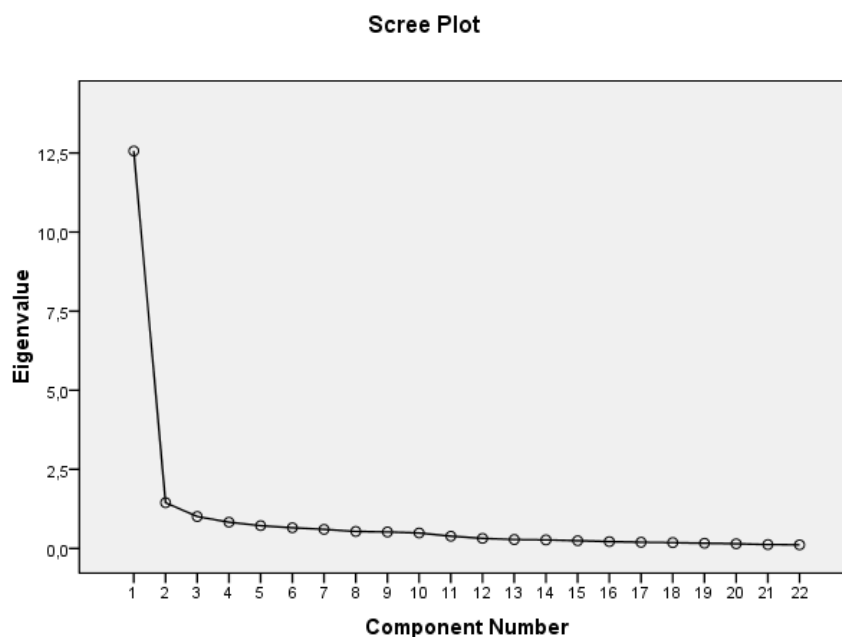


Рис. М.2. Графік власних значень для моделі

Джерело: Складено автором за допомогою пакету програм SPSS Statistics

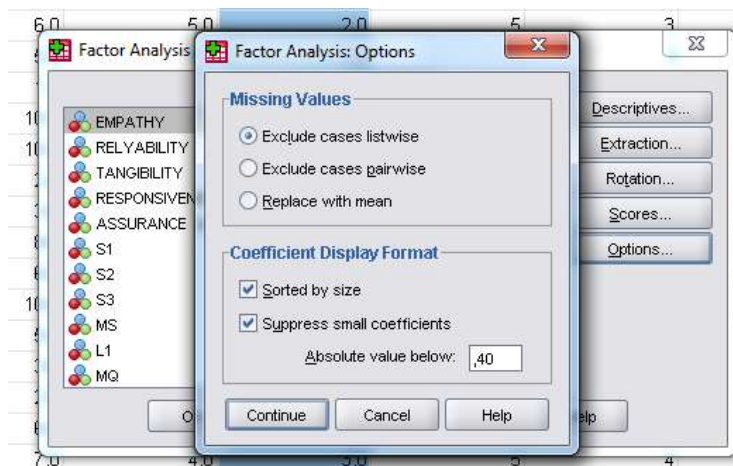


Рис. М.4. Діалогове вікно для визначення формату відображення коефіцієнтів у вихідних таблицях факторного аналізу компонент

Джерело: Складено автором за допомогою пакету програм SPSS Statistics

Component Matrix <sup>a</sup>			
	Component		
	1	2	3
Q1_empath.	,767	-,249	,106
Q2_empath.	,806	-,276	,236
Q4_empath.	,881	-,263	,034
Q16_empath.	,814	,142	,085
Q3_relyab.	,825	-,206	,110
Q7_relyab.	,670	-,290	,071
Q8_relyab.	,703	-,183	,016
Q9_relyab.	,714	-,095	,013
Q12_relyab.	,665	,215	-,469
Q5_tangib.	,701	,090	-,027
Q15_tangib.	,686	,296	,408
Q17_tangib.	,701	,173	,125
Q19_tangib.	,631	,462	,368
Q22_tangib.	,706	,410	-,378
Q6_respons.	,854	-,230	,071
Q11_respons.	,775	-,297	-,242
Q13_respons.	,879	,005	-,145
Q14_respons.	,734	,035	-,040
Q10_assur.	,851	-,244	-,069
Q18_assur.	,679	,460	,207
Q20_assur.	,827	,181	-,093
Q21_assur.	,760	,221	-,303

Extraction Method: Principal Component Analysis.  
a. 3 components extracted.

а) Матриця компонент (до обертання)

Pattern Matrix <sup>a</sup>			
	Component		
	1	2	3
Q1_empath.	,819	,052	,062
Q2_empath.	,907	,144	,209
Q4_empath.	,894	,008	-,038
Q16_empath.	,408	,384	-,201
Q3_relyab.	,811	,106	,027
Q7_relyab.	,791	-,035	,073
Q8_relyab.	,680	,019	-,059
Q9_relyab.	,588	,097	-,115
Q12_relyab.	,092	-,041	-,804
Q5_tangib.	,364	,220	-,262
Q15_tangib.	,229	,752	,094
Q17_tangib.	,307	,418	-,146
Q19_tangib.	-,003	,861	-,033
Q22_tangib.	-,077	,212	-,830
Q6_respons.	,847	,061	-,010
Q11_respons.	,793	-,272	-,290
Q13_respons.	,549	,093	-,387
Q14_respons.	,444	,170	-,253
Q10_assur.	,928	-,067	-,152
Q18_assur.	-,075	,704	-,193
Q20_assur.	,329	,276	-,419
Q21_assur.	,188	,122	-,654

Extraction Method: Principal Component Analysis.  
Rotation Method: Oblimin with Kaiser Normalization.  
a. Rotation converged in 8 iterations.

г) Матриця патернів (метод Прямий облімін)

Rotated Component Matrix <sup>a</sup>			
	Component		
	1	2	3
Q1_empath.	,743	,199	,265
Q2_empath.	,807	,107	,346
Q4_empath.	,827	,306	,265
Q16_empath.	,514	,392	,521
Q3_relyab.	,757	,241	,322
Q7_relyab.	,694	,162	,172
Q8_relyab.	,640	,264	,220
Q9_relyab.	,589	,306	,280
Q12_relyab.	,284	,777	,157
Q5_tangib.	,451	,403	,367
Q15_tangib.	,359	,138	,768
Q17_tangib.	,415	,317	,514
Q19_tangib.	,203	,208	,814
Q22_tangib.	,195	,802	,356
Q6_respons.	,789	,277	,296
Q11_respons.	,735	,454	,024
Q13_respons.	,623	,549	,323
Q14_respons.	,510	,408	,339
Q10_assur.	,779	,378	,199
Q18_assur.	,145	,306	,689
Q20_assur.	,474	,552	,443
Q21_assur.	,371	,698	,307

Extraction Method: Principal Component Analysis.  
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.  
a. Rotation converged in 5 iterations.

б) Обернена матриця компонент (метод Варімакс)

Structure Matrix			
	Component		
	1	2	3
Q1_empath.	,811	,466	-,437
Q2_empath.	,864	,538	-,384
Q4_empath.	,920	,507	-,560
Q16_empath.	,732	,696	-,614
Q3_relyab.	,853	,531	-,493
Q7_relyab.	,730	,359	-,371
Q8_relyab.	,724	,413	-,462
Q9_relyab.	,707	,467	-,501
Q12_relyab.	,537	,377	-,839
Q5_tangib.	,635	,537	-,575
Q15_tangib.	,580	,832	-,384
Q17_tangib.	,618	,651	-,516
Q19_tangib.	,475	,864	-,421
Q22_tangib.	,519	,551	-,882
Q6_respons.	,886	,522	-,530
Q11_respons.	,814	,288	-,626
Q13_respons.	,823	,566	-,748
Q14_respons.	,683	,526	-,589
Q10_assur.	,880	,449	-,602
Q18_assur.	,417	,752	-,472
Q20_assur.	,722	,646	-,737
Q21_assur.	,633	,523	-,819

Extraction Method: Principal Component Analysis.  
Rotation Method: Oblimin with Kaiser Normalization.

д) Матриця структури (метод Прямий облімін)

Component Transformation Matrix			
Component	1	2	3
1	,734	,494	,466
2	-,666	,392	,634
3	,130	-,776	,617

Extraction Method: Principal Component Analysis.  
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

в) Матриця трансформації компонент (метод Варімакс)

Component Correlation Matrix			
Component	1	2	3
1	1,000	,539	-,580
2	,539	1,000	-,458
3	-,580	-,458	1,000

Extraction Method: Principal Component Analysis.  
Rotation Method: Oblimin with Kaiser Normalization.

е) Матриця кореляції компонент (метод Прямий облімін)

Рис. М.3. Порівняння матриць компонент до та після обертання методами Варімакс та Прямий облімін

Джерело: Складено автором за допомогою пакету програм SPSS Statistics




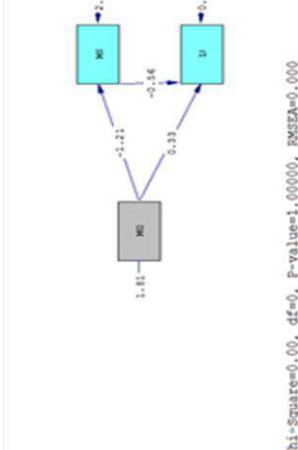
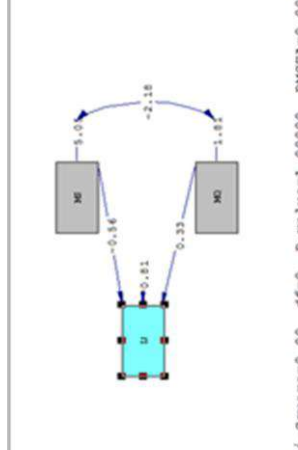
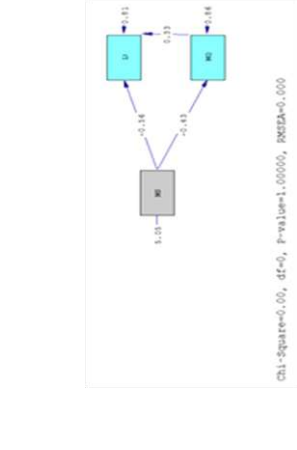
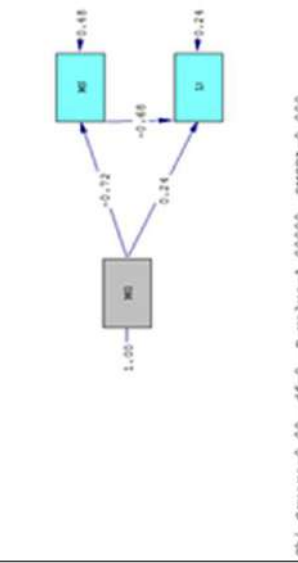
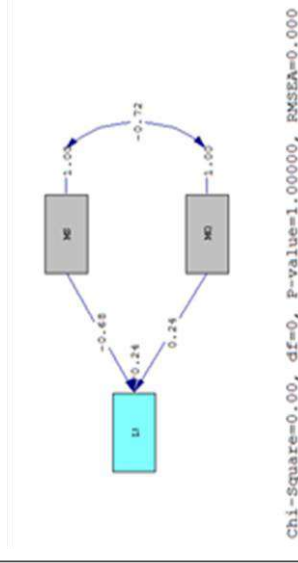
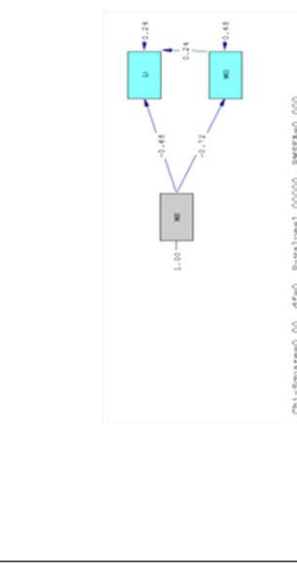
	Гіпотеза 1: $MQ \rightarrow MS \rightarrow L1, MQ \rightarrow L1$	Гіпотеза 2: $MQ \rightarrow L1 \leftarrow MS, MQ = MS$	Гіпотеза 3: $MS \rightarrow MQ \rightarrow L1, MS \rightarrow L1$
Вікно SIMPLIS Project (прописування взаємозв'язків для побудови діаграми шляху)			
Estimates (оцінки)			
Standardized Solution			
Висновок за шляховими коефіцієнтами	ПІДТВЕРДЖЕНО	СПРОСТОВАНО	СПРОСТОВАНО

Рис. М.5. Концептуальні моделі, які відтворюють три гіпотези

Джерело: Складено автором на основі програми LISREL

**Додаток Н****АНКЕТА (третій етап опитування пацієнтів)****«Клієнтоорієнтованість закладу охорони здоров'я»**

*Доброго дня, шановний респонденте!*

*Просимо Вас заповнити дану анкету для виявлення рівня клієнтоорієнтованості закладів охорони здоров'я та виявлення найбільш вагомих чинників при виборі закладу пацієнтом.*

*Оскільки ЯКІСТЬ медичної допомоги (послуг) є ОБОВ'ЯЗКОВОЮ умовою при її наданні, і кожен пацієнт має право обирати заклад, то метою даного дослідження є виявлення ступеню впливу НЕмедичних показників при виборі та оцінці пацієнтами медичного закладу.*

*Дане дослідження дозволить виявити недоліки, встановити взаємозв'язок між клієнтоорієнтованістю закладу і задоволеністю клієнта (пацієнта).*

*Анкетування є повністю анонімним.*

*Результати будуть використані для наукової роботи та розробки практичних рекомендацій щодо поліпшення якості обслуговування пацієнтів, що в свою чергу забезпечить конкурентоспроможність закладів.*

*АНКЕТА містить 11 розділів:*

*1-й – деякі особисті дані респондента,  
з 2-го по 8-й розділи – сім груп інструментів та заходів комплексу маркетингу, що характерні для закладів сфери медичних послуг,*

*9-й та 10-й – присвячені виявленню ступеню задоволеності пацієнтів роботою закладу та їх лояльності, 11-й розділ – розділ, де можна висловити свою думку.*

*Дане опитування є частиною дисертаційного дослідження, будь-який заклад може використати даний перелік питань для самооцінки або зворотнього зв'язку з пацієнтами.*

**Розділ 1. Вкажіть, будь-ласка, деякі Ваші особисті дані****1). Ваш Вік (повних років) :**

- 18-29 років;
- 30-39 років;
- 40-49 років;
- 50-59 років;
- 60 років і старші

**2). Стать :**

- жіноча;
- чоловіча

**3). Сімейний стан :**

- одружений / заміжня;
- не одружений / не заміжня

**4). Наявність дітей :**

- не маю;
- 1 дитина;
- 2 дитини ;
- 3 дитини і більше

**5). В якому з типів населених пунктів Ви проживаєте?**

- місто
- селище міського типу
- село

**6). Область (весь перелік областей):** Вінницька; Волинська; Дніпропетровська; Донецька; Житомирська; Закарпатська; Івано-Франківська; м.Київ; Київська; Кіровоградська; Луганська; Львівська; Миколаївська; Одеська; Полтавська; Рівненська; Сумська; Тернопільська; Харківська; Херсонська; Хмельницька; Черкаська; Чернігівська; Чернівецька

## Продовження додатку Н

**7). Рівень освіти :**

- вища;
- незакінчена вища
- середня професійна
- середня

**8). Рівень доходу :**

- до 4500 грн.
- 4500-6000 грн.
- 6000-8000 грн.
- 8000-10000 грн.
- вище 10000 грн.

**9). Зайнятість (основне місце роботи):**

- студент (аспірант);
- спеціаліст;
- службовець;
- робітник;
- підприємець;
- пенсіонер;
- домогосподарка;
- тимчасово безробітний;
- самозайнятість;
- військовий;
- інше

*Згадайте, будь-ласка, Ваш останній візит до закладу охорони здоров'я (наприклад, відвідування сімейного лікаря, лікаря-спеціаліста, стоматолога, діагностичного центру, медичної лабораторії, перебування на стаціонарному лікуванні).*

*Оцініть, будь-ласка, за наступним переліком стверджень (згрупованих у сім груп) цей візит і те, яке значення має особисто для Вас кожен з наведених факторів, висловивши свою згоду або незгоду з кожним з них за 7-бальною шкалою, де:*

*1 – "абсолютно не згоден" (ознака не спостерігається, не простежується, заходи зовсім не застосовуються),*

*7 – "абсолютно згоден" (спостерігається, простежується, заходи активно застосовуються),*

*та зазначивши ВАГОМІСТЬ фактору (позначка "В" біля номеру запитання) при виборі закладу за 5-бальною шкалою, де:*

*1 – "абсолютно не важливо",*

*5 – "винятково важливо".*

**10). До якої форми власності належить заклад, який Ви будете оцінювати?**

- комунальної (підпорядкований Міністерству охорони здоров'я);
- приватної;
- заклад підпорядкований іншим міністерствам або відмствам (наприклад, Міністерство оборони)

**11). Спеціалізація закладу:**

- амбулаторно-поліклінічний заклад
- лікарняний заклад
- заклад переливання крові, швидкої або екстреної медичної допомоги;
- санаторно-курортний заклад;
- кабінет лікаря-спеціаліста

**12). Хтось із Ваших родичів, знайомих, або Ви особисто є співробітником даного закладу?**

- так;
- ні

**Розділ 2. Розвинена ПРОДУКТОВА стратегія закладу (мережі закладів) характеризується такими ознаками:**

- 1.1. Заклад є широко відомим серед пацієнтів (має відомий бренд)?
- 1.2. Спектр пропонованих медичних послуг періодично оновлюється, і пацієнтів про це інформують?
- 1.3. У закладі проводяться опитування пацієнтів з метою вивчення їх потреб?
- 1.4. Пацієнтам пропонуються різні види медичної допомоги / широкий спектр медичних послуг?
- 1.5. Заклад має гарну репутацію у наданні медичної допомоги / послуг?
- 1.6. Кваліфікація персоналу заслуговує позитивних відгуків?
- 1.7. Заклад приділяє достатньо уваги сервісному обслуговуванню пацієнта (пропонуються додаткові немедичні послуги, наприклад, точка харчування, встановлено кулер з питною водою тощо)?
- 1.8. Використовується зворотній зв'язок з пацієнтом для покращення якості та ефективності медичних послуг? (після надання послуг)
- 1.9. Заклад має велику пропускну здатність (на випадок сезонних епідемій та підвищеного травматизму)?
- 1.10. Заклад пропонує різноманітні пакети послуг (для дітей-школярів, для кардіологічних хворих, пакети лабораторних досліджень тощо)

**Розділ 3. ЦІНОВА політика закладу враховує наступні чинники:**

- 2.1. Заклад застосовує цінову дискримінацію (діють знижки для окремих категорій населення, програма лояльності для постійних клієнтів, зміна ціни залежно від часу доби, терміну отримання результатів діагностики)?
- 2.2. Чи спостерігали Ви коливання ціни на медичну послугу при зниженні/підвищенні попиту на неї та після (наприклад, під час епідемій грипу, кору, сезонних захворювань, масових щеплень)?
- 2.3. Чи пропонує персонал різні варіанти ціни послуги залежно від витратних матеріалів? (наприклад, у стоматології – матеріали різних виробників; в кардіології – вартість стента; в хірургії – вартість імплантів тощо)
- 2.4. Чи відповідає ціна послуги (пакету послуг) Вашим очікуванням?
- 2.5. Чи готові Ви були сплатити ту суму коштів, яку Вам запропонували за обрану послугу?
- 2.6. Рівень цін вищий, ніж у інших закладах-конкурентах, виправдовується вищим рівнем якості послуги та додаткового сервісу?
- 2.7. Рівень цін на послуги відповідає цінам на аналогічні послуги в інших закладах?
- 2.8. У закладі відсутні тіньові схеми отримання коштів від пацієнтів (усі платежі ідуть через касу)?
- 2.9. Персонал закладу має достатню матеріальну мотивацію та не потребує «доплати в кишеню»?

**Розділ 4. В рамках стратегії РОЗПОДІЛУ (дистрибуції) заклад активно використовує:**

- 3.1. Електронні канали розповсюдження медичної інформації (e-health, он-лайн консультації, телемедицина)
- 3.2. Мобільні клініки (автомобілі з портативним діагностичним обладнанням та медичною командою) для створення доступності медичних послуг у сільській місцевості, виїзду на підприємства
- 3.3. Відкриття відділень закладу у різних регіонах (районах)

- 3.4. Стандартизовані маршрути пацієнта – послідовність кроків та заходів, необхідних для надання комплексних медичних послуг (всередині закладу, або за спрощеною процедурою між закладами)
- 3.5. Відкриття нових лікарських спеціальностей та лікувальних підрозділів
- 3.6. Зручні для пацієнта години роботи в амбулаторіях при закладі
- 3.7. Погодинні послуги (виклик мед. сестри або лікаря-спеціаліста додому, послуги домашнього догляду)
- 3.8. Угоди з підприємствами (організаціями) про проведення медичних оглядів працівників.

### **Розділ 5. В рамках стратегії ПРОСУВАННЯ заклад активно використовує:**

- 4.1. Рекламу в засобах масової інформації, таких як телебачення, газети, журнали тощо
- 4.2. Рекламні оголошення в місцях великого скупчення людей (транспорт, вулиці, вивіски, бігборди)
- 4.3. Рекламні оголошення в мережі Інтернет та соціальних мережах
- 4.4. Заохочення пацієнтів за рекомендацію закладу іншим пацієнтам (реклама «із уст в уста», написання письмових та відео-відгуків)
- 4.5. Поширення інформації некомерційного характеру (зв'язки з громадськістю) для покращення іміджу закладу
- 4.6. Заходи, що сприяють продажам, такі як: подарунки, знижки, безкоштовні медичні дні... тощо
- 4.7. Поширення інформації про заклад та його послуги засобами Інтернет або поштою безпосередньо споживачам (поштові розсилки, онлайн- розсилки)
- 4.8. Спонсорство або участь в організації спеціальних заходів (спортивних, благодійних, наукових тощо)
- 4.9. Спеціалісти закладу ведуть інформаційний Блог щодо поширення здорового способу життя, порад для підтримки здоров'я в соціальних мережах

### **Розділ 6. В рамках стратегії МАТЕРІАЛЬНОГО ДОКАЗУ заклад має:**

- 5.1. Зручне місце розташування
- 5.2. Комфортне середовище (світло, тепло, тихо тощо) із зрозумілими вказівними знаками
- 5.3. Приємні оформлення, атмосфера та кольори інтер'єру, використання рослин
- 5.4. Комфортність фізичного середовища (меблі, ліфти, розташування кабінетів тощо)
- 5.5. Місткий паркінг для пацієнтів та відвідувачів
- 5.6. Використовує засоби для впізнаваності закладу (дизайн корпоративного одягу, ділової документації, корпоративний стиль тощо)
- 5.7. Сучасні, в належному технічному стані, засоби та обладнання
- 5.8. Чистота та доглянутий вигляд приміщень
- 5.9. Наявність дитячого куточка (є чим дитину зайняти під час очікування)

### **Розділ 7. В рамках стратегії ПРОЦЕСУ в закладі:**

- 6.1. Надання медичних послуг та процедур відбувається без затримок
- 6.2. Використовується оновлене медичне обладнання
- 6.3. Використовується зворотній зв'язок з пацієнтом для покращення лікувального процесу
- 6.4. Конфіденційність та приватність щодо історій хвороб пацієнтів
- 6.5. Конфіденційність під час лікування (дотримання медичної таємниці)
- 6.6. Послуги надаються чітко в призначений час
- 6.7. Короткий час очікування при терміновому зверненні без запису – не більше однієї години
- 6.8. Повага до гідності пацієнтів під час лікування



6.9. Ретельне пояснення стану здоров'я та методів лікування пацієнтам

6.10. Застосування інноваційних технологій в лікувальному процесі

## **Розділ 8. Застосування ефективної стратегії ПЕРСОНАЛУ закладу характеризується:**

7.1. Персонал відповідальний та чуйний

7.2. Персонал привітний, доброзичливий

7.3. Співробітники вміють почути та вирішити проблемні ситуації

7.4. До кожного пацієнта індивідуальний підхід

7.5. Охайний зовнішній вигляд персоналу

7.6. Тактичність, вміння зберігати конфіденційність інформації, ненастирливість

7.7. Надійність (вміння викликати довіру)

7.8. Грамотна, професійна мова

7.9. Висока кваліфікація медичного персоналу (наявні документи, що підтверджують регулярне підвищення кваліфікації)

7.10. Персонал (лікар) на практиці підтверджує задекларовану високу кваліфікацію

## **Розділ 9. Питання щодо загальної задоволеності пацієнта:**

*Будь-ласка, оцініть за 10-бальною шкалою загальний рівень задоволеності медичними послугами, де (УВАГА!!!) 1 – дуже задоволений, 10 – дуже незадоволений:*

8.1. Як би Ви оцінили загальну якість послуг, що надаються Вашою лікарнею (лікарем)? (загальна якість)

8.2. Думаючи про цю лікарню (лікаря) загалом, будь-ласка, оцініть цінність, яку ви отримали за свої кошти

8.3. Наскільки Ви загалом задоволені своєю лікарнею (лікарем)

8.4. Чи відповідає якість отриманих послуг Вашим очікуванням?

8.5. На вашу думку, чи зробив персонал закладу (лікар) усе, що було можливим, для покращення Вашого стану здоров'я?

## **Розділ 10. Питання щодо оцінки лояльності до лікарні (лікаря):**

*Будь-ласка, оцініть за 7-бальною шкалою ваші очікування та факт надання послуги, де 7 – однозначно рекомендую, 1 – категорично не рекомендую:*

9.1. Чи порекомендуєте Ви дану лікарню (лікаря) своїм родичам або знайомим?

9.2. Чи звернетесь до даного закладу по допомогу при виникненні такої необхідності?

***Дякуємо за приділений час!***

***Бажаємо здоров'я!***

## Узагальнення даних за анкетною «Клієнтоорієнтованість ЗОЗ»:

## вступна частина анкети – структура вибірки

Запитання вступної частини анкети	кількість відповідей	струк- тура
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
<b>1. Ваш Вік (повних років) :</b>	<b>260</b>	<b>100,0%</b>
18-29 років	84	32,3%
30-39 років	57	21,9%
40-49 років	61	23,5%
50-59 років	41	15,8%
60 років і старші	17	6,5%
<b>2. Стать :</b>	<b>260</b>	<b>100,0%</b>
жіноча	176	67,7%
чоловіча	84	32,3%
<b>3. Сімейний стан :</b>	<b>260</b>	<b>100,0%</b>
одружений / заміжня	153	58,8%
не одружений / не заміжня	107	41,2%
<b>4. Наявність дітей :</b>	<b>260</b>	<b>100,0%</b>
не маю	109	41,9%
1 дитина	53	20,4%
2 дитини і більше	98	37,7%
<b>5. В якому з типів населених пунктів Ви проживаєте?</b>	<b>260</b>	<b>100,0%</b>
місто	238	91,5%
селище міського типу	22	8,5%
<b>6. Область</b>	<b>260</b>	<b>100,0%</b>
Вінницька	195	75,0%
Волинська	1	0,4%
Житомирська	7	2,7%
Київська	21	8,1%
Луганська	5	1,9%
Львівська	2	0,8%
Одеська	9	3,5%
Тернопільська	2	0,8%
Хмельницька	13	5,0%
Черкаська	3	1,2%
Чернігівська	2	0,8%
<b>7. Рівень освіти :</b>	<b>260</b>	<b>100,0%</b>
вища	183	70,4%
незакінчена вища	56	21,5%
середня професійна	21	8,1%

## Продовження додатку Н

## Продовження табл.Н.1

<b>8. Рівень доходу :</b>	<b>260</b>	<b>100,0%</b>
до 4500 грн.	103	39,6%
4500-6000 грн.	44	16,9%
6000-8000 грн.	51	19,6%
8000-10000 грн.	23	8,8%
вище 10000 грн.	39	15,0%
<b>9. Зайнятість (основне місце роботи):</b>	<b>260</b>	<b>100,0%</b>
студент (аспірант)	79	30,4%
спеціаліст	41	15,8%
службовець	63	24,2%
робітник	34	13,1%
пенсіонер	18	6,9%
домогосподарка	6	2,3%
інше	19	7,3%
<b>10. До якої форми власності належить заклад, який Ви будете оцінювати?</b>	<b>260</b>	<b>100,0%</b>
комунальної (підпорядкований Міністерству охорони здоров'я)	197	75,8%
заклад підпорядкований іншим міністерствам або відомствам (наприклад, Міністерство оборони)	9	3,5%
приватної	54	20,8%
<b>11. Спеціалізація закладу</b>	<b>260</b>	<b>100,0%</b>
амбулаторно-поліклінічний заклад	142	54,6%
лікарняний заклад	76	29,2%
кабінет лікаря-спеціаліста	33	12,7%
санаторно-курортний заклад	9	3,5%
<b>12. Хтось із Ваших родичів, знайомих, або Ви особисто є співробітником даного закладу?</b>	<b>260</b>	<b>100,0%</b>
так	43	16,5%
ні	217	83,5%

*Джерело:* Складено автором на основі відповідей респондентів у Google-формі

**Узагальнення даних за анкетною «Клієнтоорієнтованість ЗОЗ»:  
середнє значення частоти та важливості застосування інструментів  
маркетингу у діяльності ЗОЗ з точки зору пацієнтів**

Назви розділів анкети та запитання	Середні значення відповідей		умовні скороче- ння при побудові моделі
	частота застосування інструментів маркетингу	важливість при виборі закладу пацієнтом	
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
Шкала:	від 1 до 7	від 1 до 5	-
<b>Продуктова стратегія</b>	<b>4,08</b>	<b>4,12</b>	<b>1. Product</b>
1.1. Заклад є широко відомим серед пацієнтів (має відомий бренд)?	4,62	3,35	1.1.
1.2. Спектр пропонованих медичних послуг періодично оновлюється, пацієнтів про це інформують?	3,38	4,04	1.2.
1.3. У закладі проводяться опитування пацієнтів (он-лайн, письмові або усні) з метою вивчення їх потреб?	2,54	3,58	1.3.
1.4. Пацієнтам пропонуються різні види медичної допомоги / широкий спектр медичних послуг?	4,96	4,50	1.4.
1.5. Заклад має гарну репутацію у наданні медичної допомоги / послуг?	5,04	4,54	1.5.
1.6. Кваліфікація персоналу заслуговує позитивних відгуків?	5,50	4,85	1.6.
1.7. Заклад приділяє достатньо уваги сервісному обслуговуванню пацієнта (пропонуються додаткові немедичні послуги, наприклад, точка харчування, встановлено кулер з питною водою тощо)?	3,58	3,88	1.7.
1.8. Використовується зворотній зв'язок з пацієнтом для покращення якості та ефективності медичних послуг? (після надання послуг)	3,73	4,15	1.8.
1.9. Заклад має велику пропускну здатність (задня уникнення великих черг в періоди сезонних епідемій та підвищеного травматизму)?	3,65	4,31	1.9.
1.10. Заклад пропонує різноманітні пакети послуг (комплекси послуг для дітей-школярів, для кардіологічних хворих, пакети лабораторних досліджень тощо)	3,85	4,04	1.10.
<b>Цінова стратегія</b>	<b>4,17</b>	<b>4,13</b>	<b>2. Price</b>
2.1. Заклад застосовує цінову дискримінацію (діють знижки для окремих категорій населення, програма лояльності для постійних клієнтів, зміна ціни залежно від часу доби, терміну отримання результатів діагностики)?	2,62	3,31	2.1.
2.2. Ціни на медичні послуги закладу змінюються при зниженні/підвищенні попиту на неї та після (наприклад, під час епідемій грипу, кору, сезонних захворювань, масових щеплень)?	2,65	3,58	2.2.
2.3. Чи пропонує персонал різні варіанти ціни послуги залежно від витратних матеріалів? (наприклад, у стоматології – матеріали різних виробників; в кардіології – вартість стента; в хірургії – вартість імплантів тощо)	4,54	4,15	2.3.
2.4. Чи відповідає ціна послуги (пакету послуг) Вашим очікуванням?	5,08	4,50	2.4.
2.5. Чи готові Ви були сплатити ту суму коштів, яку Вам запропонували за обрану послугу?	5,12	4,35	2.5.
2.6. Рівень цін вищий, ніж у інших закладах-конкурентах, виправдовується вищим рівнем якості послуги та додаткового сервісу?	4,04	4,04	2.6.
2.7. Рівень цін на послуги відповідає цінам на аналогічні послуги в інших закладах?	5,19	4,12	2.7.
2.8. У закладі відсутні тіньові схеми отримання коштів від пацієнтів (усі платежі ідуть через касу)?	4,46	4,65	2.8.
2.9. Персонал закладу має достатню матеріальну мотивацію та не потребує «доплати в кишеню»?	3,85	4,50	2.9.
2.10. Медична допомога надається повністю безкоштовно?	4,00	4,04	2.10.
<b>Стратегія розподілу</b>	<b>4,28</b>	<b>3,95</b>	<b>3. Place</b>
3.1. Електронні канали розповсюдження медичної інформації (e-health, он-лайн консультації, телемедицина)	3,77	3,77	3.1.

*Продовження додатку Н*  
*Продовження табл.Н.2*

<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
3.2. Мобільні клініки (автомобілі з портативним діагностичним обладнанням та медичною командою) для створення доступності медичних послуг у сільській місцевості, виїзду на підприємства	3,81	3,69	3.2.
3.3. Відкриття відділень закладу у різних регіонах (районах) – розширення мережі	3,85	3,77	3.3.
3.4. Стандартизовані маршрути пацієнта – послідовність кроків та заходів, необхідних для надання комплексних медичних послуг (всередині закладу, або за спрощеною процедурою між закладами)	4,50	3,85	3.4.
3.5. Відкриття нових лікарських спеціальностей та лікувальних підрозділів	4,08	3,96	3.5.
3.6. Зручні для пацієнта години роботи	4,85	4,54	3.6.
3.7. Погодинні послуги (виклик мед. сестри або лікаря-спеціаліста додому, послуги домашнього догляду)	4,62	4,12	3.7.
3.8. Угоди з підприємствами (організаціями) про проведення медичних оглядів працівників	4,77	3,88	3.8.
<b>Стратегія просування</b>	<b>3,26</b>	<b>3,17</b>	<b>4. Promotion</b>
4.1. Рекламу в засобах масової інформації, таких як телебачення, газети, журнали тощо	3,15	2,88	4.1.
4.2. Рекламні оголошення в місцях великого скупчення людей (транспорт, вулиці, вивіски, бігборди)	3,00	2,58	4.2.
4.3. Рекламні оголошення в мережі Інтернет та соціальних мережах	3,27	3,00	4.3.
4.4. Заохочення пацієнтів за рекомендацією закладу іншим пацієнтам (реклама «із уст в уста», написання письмових та відео-відгуків)	3,81	3,38	4.4.
4.5. Поширення інформації некомерційного характеру (зв'язки з громадськістю) для покращення іміджу закладу	3,81	3,50	4.5.
4.6. Заходи, що сприяють продажам, такі як: подарунки, знижки, безкоштовні медичні дні... тощо	3,12	3,62	4.6.
4.7. Поширення інформації про заклад та його послуги засобами Інтернет або поштою безпосередньо споживачам (поштові розсилки, онлайн-розсилки)	2,92	2,96	4.7.
4.8. Спонсорство або участь в організації спеціальних заходів (спортивних, благодійних, наукових тощо)	3,31	3,15	4.8.
4.9. Спеціалісти закладу ведуть інформаційний Блог щодо поширення здорового способу життя, порад для підтримки здоров'я в соціальних мережах	2,92	3,46	4.9.
<b>Стратегія матеріального доказу</b>	<b>4,78</b>	<b>4,21</b>	<b>5. Physical Evidence</b>
5.1. Зручне місце розташування закладу в просторі (відносно транспорту, проїзду тощо)	5,58	4,54	5.1.
5.2. Комфортне середовище (світло, тепло, тихо тощо) із зрозумілими вказівними знаками	5,46	4,62	5.2.
5.3. Приємні оформлення, атмосфера та кольори інтер'єру, використання рослин тощо	5,00	4,12	5.3.
5.4. Комфортність фізичного середовища (меблі, ліфти, розташування кабінетів тощо)	5,04	4,31	5.4.
5.5. Місткий паркінг для пацієнтів та відвідувачів	4,23	3,77	5.5.
5.6. Використовує засоби для впізнаваності закладу (дизайн корпоративного одягу, ділової документації, корпоративний стиль тощо)	3,77	3,31	5.6.
5.7. Сучасні, в належному технічному стані, засоби та обладнання	4,46	4,85	5.7.
5.8. Чистота та доглянутий вигляд приміщень	5,92	4,73	5.8.
5.9. Наявність дитячого куточка (є чим дитину зайняти під час очікування)	3,54	3,65	5.9.
<b>Стратегія процесу</b>	<b>5,27</b>	<b>4,72</b>	<b>6. Process</b>
6.1. Надання медичних послуг та процедур відбувається без затримок	4,96	4,85	6.1.
6.2. Використовується оновлене медичне обладнання	4,69	4,77	6.2.
6.3. Використовується зворотній зв'язок з пацієнтом для покращення лікувального процесу	4,69	4,46	6.3.
6.4. Конфіденційність та приватність щодо історій хвороби пацієнтів	6,00	4,81	6.4.
6.5. Конфіденційність під час лікування (дотримання медичної таємниці)	5,92	4,77	6.5.
6.6. Послуги надаються чітко в призначений час	5,23	4,58	6.6.
6.7. Короткий час очікування при терміновому зверненні без запису – не більше однієї години	4,81	4,73	6.7.

*Продовження додатку Н*  
*Продовження табл.Н.2*

<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
6.8. Повага до гідності пацієнтів під час лікування	5,92	4,69	6.8.
6.9. Ретельне пояснення стану здоров'я та методів лікування пацієнтам	5,65	4,81	6.9.
6.10. Застосування інноваційних технологій в лікувальному процесі	4,77	4,73	6.10.
<b>Стратегія персоналу</b>	<b>5,91</b>	<b>4,73</b>	<b>7. Personnel</b>
7.1. Персонал відповідальний та чуйний	5,65	4,85	7.1.
7.2. Персонал привітний, доброзичливий	5,85	4,73	7.2.
7.3. Співробітники вміють почути та вирішити проблемні ситуації	5,77	4,62	7.3.
7.4. До кожного пацієнта індивідуальний підхід	5,77	4,65	7.4.
7.5. Охайний зовнішній вигляд персоналу	6,27	4,50	7.5.
7.6. Тактичність, вміння зберігати конфіденційність інформації, ненастирливість	5,92	4,69	7.6.
7.7. Надійність (вміння викликати довіру, заспокоїти)	5,96	4,81	7.7.
7.8. Грамотна, професійна мова	5,96	4,69	7.8.
7.9. Висока кваліфікація медичного персоналу (наявні документи, що підтверджують регулярне підвищення кваліфікації)	5,88	4,92	7.9.
7.10. Персонал (лікар) на практиці підтверджує задекларовану високу кваліфікацію	6,08	4,88	7.10.
<b>Задоволеність пацієнтів</b>	<b>7,52</b>	<b>-</b>	<b>8. Patient Satisfaction</b>
<b>шкала: 1 – абсолютно незадоволений, 10 – абсолютно задоволений</b>	<b>від 1 до 10</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
8.1. Як би Ви оцінили загальну якість послуг, що надаються Вашою лікарнею (лікарем)? (якість в цілому)	7,42	-	8.1.
8.2. Згадуючи Ваш візит до закладу, оцініть чи відповідає рівень отриманих послуг витраченим коштам	7,35	-	8.2.
8.3. В цілому, наскільки Ви задоволені обраним закладом? (загальний рівень задоволеності),	7,54	-	8.3.
8.4. Чи відповідає якість отриманих послуг Вашим очікуванням?	7,77	-	8.4.
8.5. На вашу думку, чи зробив персонал закладу (лікар) усе, що було можливим, для покращення Вашого стану здоров'я?	7,54	-	8.5.
<b>Наміри лояльності</b>	<b>5,22</b>	<b>-</b>	<b>9. Loyalty</b>
<b>Шкала:</b>	<b>від 1 до 7</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
9.1. Чи порекомендуєте Ви даний заклад (лікаря) іншим людям при виникненні такої потреби?	4,81	-	9.1.
9.2. Чи звернетесь до даного закладу знову по допомогу при виникненні такої необхідності?	5,63	-	9.2.

*Джерело:* Складено автором на основі відповідей респондентів у Google-формі

*Таблиця Н.3*

**Показники якості відповідності моделі «Вплив маркетингових інструментів на задоволеність та лояльність пацієнтів»**

<b>Назва показника</b>	<b>Еталонні значення</b>	<b>Фактичні показники</b>
Chi-Square	-	201,12
df	-	42
Chi-Square / df	<5,00	4,79
Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)	<0,08	0,069
Non-Normed Fit Index (NNFI)	≥0,90	0,90
Comparative Fit Index (CFI)	≥0,90	0,90
Root Mean Square Residual (RMR)	≤0,10	0,10
Goodness of Fit Index (GFI)	≥0,90	0,90
Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)	≥0,90	0,90
Parsimony Goodness of Fit Index (PGFI)	≤0,67	0,52

*Джерело:* Складено автором на основі висновку програми LISREL

Продовження додатку Н

Таблиця Н.4

**Розподіл усереднених оцінок респондентами інструментів маркетингу у ЗОЗ різних форм власності  
за параметрами середньої частоти застосування та їх важливості при виборі закладу пацієнтами**

№ запитання	Назви інструментальних стратегій маркетингу та запитання анкети, що відповідають цим стратегіям		для КНП та державних ЗОЗ						для приватних ЗОЗ						Разом по усіх закладах					
			середня оцінка		умовні квадранти				середня оцінка		умовні квадранти				середня оцінка		умовні квадранти			
			час-тота	важли-вість	I	II	III	IV	час-тота	важли-вість	I	II	III	IV	час-тота	важли-вість	I	II	III	IV
1	2		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	1. Продуктова стратегія	Середні значення за стратегією / квадрант:	3,89	4,10	-	II	-	-	4,92	4,24	I	-	-	-	4,08	4,12	-	II	-	-
		кількість запитань, що потрапили до квадрантів:	-	-	3	6	0	1	-	-	7	4	0	0	-	-	3	5	1	1
1.1.	Заклад є широко відомим серед пацієнтів (має відомий бренд)?		4,52	3,24	-	-	-	IV	5,00	3,80	I	-	-	-	4,62	3,35	-	-	-	IV
1.2.	Спектр пропонованих медичних послуг періодично оновлюється, пацієнтів про це інформують?		3,29	4,05	-	II	-	-	3,80	4,00	-	II	-	-	3,38	4,04	-	II	-	-
1.3.	У закладі проводяться опитування пацієнтів (он-лайн, письмові або усні) з метою вивчення їх потреб?		2,48	3,52	-	-	III	-	2,80	3,80	-	II	-	-	2,54	3,58	-	-	III	-
1.4.	1.4. Пацієнтам пропонуються різні види медичної допомоги / широкий спектр медичних послуг?		4,81	4,38	I	-	-	-	5,60	4,95	I	-	-	-	4,96	4,50	I	-	-	-
1.5.	Заклад має гарну репутацію у наданні медичної допомоги / послуг?		4,86	4,52	I	-	-	-	5,80	4,60	I	-	-	-	5,04	4,54	I	-	-	-
1.6.	Кваліфікація персоналу заслуговує позитивних відгуків?		5,33	4,86	I	-	-	-	6,20	4,80	I	-	-	-	5,50	4,85	I	-	-	-
1.7.	Заклад приділяє достатньо уваги сервісному обслуговуванню пацієнта (пропонуються додаткові немедичні послуги, наприклад, точка харчування, встановлено кулер з питною водою тощо)?		3,05	3,90	-	II	-	-	5,80	3,80	I	-	-	-	3,58	3,88	-	II	-	-
1.8.	Використовується зворотній зв'язок з пацієнтом для покращення якості та ефективності медичних послуг? (після надання послуг)		3,57	4,14	-	II	-	-	4,40	4,20	-	II	-	-	3,73	4,15	-	II	-	-
1.9.	Заклад має велику пропускну здатність (задля уникнення великих черг в періоди сезонних епідемій та підвищеного травматизму)?		3,24	4,29	-	II	-	-	5,40	4,40	I	-	-	-	3,65	4,31	-	II	-	-
1.10.	Заклад пропонує різноманітні пакети послуг (комплекси послуг для дітей-школярів, для кардіологічних хворих, пакети лабораторних досліджень тощо)		3,71	4,05	-	II	-	-	4,40	4,00	-	II	-	-	3,85	4,04	-	II	-	-
	2. Цінова стратегія:	Середні значення за стратегією / квадрант	4,10	4,13	-	II	-	-	4,48	4,08	-	II	-	-	4,17	4,13	-	II	-	-
		кількість запитань, що потрапили до квадрантів:	-	-	4	4	2	0	-	-	0	7	3	0	-	-	4	4	2	0
2.1.	Заклад застосовує цінову дискримінацію (діють знижки для окремих категорій населення, програма лояльності для постійних клієнтів, зміна ціни залежно від часу доби, терміну отримання результатів діагностики)?		2,67	3,38	-	-	III	-	2,40	3,00	-	-	III	-	2,62	3,31	-	-	III	-

*Продовження додатку Н*  
*Продовження табл. Н.4*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
2.2.	Ціни на медичні послуги закладу змінюються при зниженні/підвищенні попиту на неї та після (наприклад, під час епідемій грипу, кору, сезонних захворювань, масових щеплень)?	2,62	3,62	-	-	III	-	2,80	3,40	-	-	III	-	2,65	3,58	-	-	III	-
2.2.	Ціни на медичні послуги закладу змінюються при зниженні/підвищенні попиту на неї та після (наприклад, під час епідемій грипу, кору, сезонних захворювань, масових щеплень)?	2,62	3,62	-	-	III	-	2,80	3,40	-	-	III	-	2,65	3,58	-	-	III	-
2.3.	Чи пропонує персонал різні варіанти ціни послуги залежно від витратних матеріалів? (наприклад, у стоматології – матеріали різних виробників; в кардіології – вартість стента; в хірургії – вартість імплантів тощо)	4,48	4,19	-	II	-	-	4,80	4,00	I	-	-	-	4,54	4,15	I	-	-	-
2.4.	Чи відповідає ціна послуги (пакету послуг) Вашим очікуванням?	5,14	4,43	I	-	-	-	4,80	4,80	I	-	-	-	5,08	4,50	I	-	-	-
2.5.	Чи готові Ви були сплатити ту суму коштів, яку Вам запропонували за обрану послугу?	5,00	4,29	I	-	-	-	5,60	4,60	I	-	-	-	5,12	4,35	I	-	-	-
2.6.	Рівень цін вищий, ніж у інших закладах-конкурентах, виправдовується вищим рівнем якості послуги та додаткового сервісу?	3,71	3,90	-	II	-	-	5,40	4,60	I	-	-	-	4,04	4,04	-	II	-	-
2.7.	Рівень цін на послуги відповідає цінам на аналогічні послуги в інших закладах?	5,29	4,05	I	-	-	-	4,80	4,40	I	-	-	-	5,19	4,12	I	-	-	-
2.8.	У закладі відсутні тіньові схеми отримання коштів від пацієнтів (усі платежі ідуть через касу)?	4,10	4,71	-	II	-	-	6,00	4,40	I	-	-	-	4,46	4,65	-	II	-	-
2.9.	Персонал закладу має достатню матеріальну мотивацію та не потребує «доплати в кишеню»?	3,29	4,43	-	II	-	-	6,20	4,80	I	-	-	-	3,85	4,50	-	II	-	-
2.10.	Медична допомога надається повністю безкоштовно?	4,71	4,29	I	-	-	-	2,00	2,80	-	-	III	-	4,00	4,04	-	II	-	-
	<b>3. Стратегія розподілу</b>	Середні значення за стратегією / квадрант	<b>4,20</b>	<b>3,90</b>	-	II	-	-	<b>4,63</b>	<b>4,13</b>	<b>I</b>	-	-	-	<b>4,28</b>	<b>3,95</b>	-	II	-
		кількість запитань, що потрапили до квадрантів:	-	-	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	-	-	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	-	-	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>1</b>
3.1.	Електронні канали розповсюдження медичної інформації (e-health, он-лайн консультації, телемедицина)	3,76	3,71	-	-	III	-	3,80	4,00	-	II	-	-	3,77	3,77	-	II	-	-
3.2.	Мобільні клініки (автомобілі з портативним діагностичним обладнанням та медичною командою) для створення доступності медичних послуг у сільській місцевості, виїзду на підприємства	3,57	3,62	-	-	III	-	4,80	4,00	I	-	-	-	3,81	3,69	-	-	III	-
3.3.	Відкриття відділень закладу у різних регіонах – розширення мережі	3,67	3,67	-	-	III	-	4,60	4,20	I	-	-	-	3,85	3,77	-	II	-	-
3.4.	Стандартизовані маршрути пацієнта – послідовність кроків та заходів, необхідних для надання комплексних медичних послуг (всередині закладу, або за спрощеною процедурою між закладами)	4,33	3,81	-	II	-	-	5,20	4,00	I	-	-	-	4,50	3,85	I	-	-	-
3.5.	Відкриття нових лікарських спеціальностей та лікувальних підрозділів	3,90	4,00	-	II	-	-	4,80	3,80	I	-	-	-	4,08	3,96	-	II	-	-
3.6.	Зручні для пацієнта години роботи	4,81	4,48	I	-	-	-	5,00	4,80	I	-	-	-	4,85	4,54	I	-	-	-
3.7.	Погодинні послуги (виклик мед. сестри або лікаря-спеціаліста додому, послуги домашнього догляду)	4,76	4,19	I	-	-	-	4,00	3,80	-	II	-	-	4,62	4,12	I	-	-	-
3.8.	Угоди з підприємствами про проведення медичних оглядів працівників	4,76	3,76	I	-	-	-	4,80	4,40	I	-	-	-	4,77	3,88	I	-	-	-



Продовження додатку Н  
Продовження табл. Н.4

1	2		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	4. Стратегія просування	Середні значення за стратегією / квадрант	2,99	3,12	-	-	III	-	4,38	3,38	-	-	III	-	3,26	3,17	-	-	III	-
		кількість запитань, що потрапили до квадрантів:	-	-	0	0	9	0	-	-	1	1	4	3	-	-	0	0	9	0
4.1.	Рекламу в засобах масової інформації, таких як телебачення, газети, журнали тощо		2,76	2,81	-	-	III	-	4,80	3,20	-	-	-	IV	3,15	2,88	-	-	III	-
4.2.	Рекламні оголошення в місцях великого скупчення людей (транспорт, вулиці, вивіски, бігборди)		2,57	2,67	-	-	III	-	4,80	2,20	-	-	-	IV	3,00	2,58	-	-	III	-
4.3.	Рекламні оголошення в мережі Інтернет та соціальних мережах		2,90	2,81	-	-	III	-	4,80	3,80	I	-	-	-	3,27	3,00	-	-	III	-
4.4.	Заохочення пацієнтів за рекомендацію закладу іншим пацієнтам (реклама «із уст в уста», написання письмових та відео-відгуків)		3,52	3,33	-	-	III	-	5,00	3,60	-	-	-	IV	3,81	3,38	-	-	III	-
4.5.	Поширення інформації некомерційного характеру (зв'язки з громадськістю) для покращення іміджу закладу		3,76	3,52	-	-	III	-	4,00	3,40	-	-	III	-	3,81	3,50	-	-	III	-
4.6.	Заходи, що сприяють продажам, такі як: подарунки, знижки, безкоштовні медичні дні... тощо		2,86	3,52	-	-	III	-	4,20	4,00	-	II	-	-	3,12	3,62	-	-	III	-
4.7.	Поширення інформації про заклад та його послуги засобами Інтернет або поштою безпосередньо споживачам (поштові розсилки, онлайн- розсилки)		2,71	2,81	-	-	III	-	3,80	3,60	-	-	III	-	2,92	2,96	-	-	III	-
4.8.	Спонсорство або участь в організації спеціальних заходів (спортивних, благодійних, наукових тощо)		3,24	3,14	-	-	III	-	3,60	3,20	-	-	III	-	3,31	3,15	-	-	III	-
4.9.	Спеціалісти закладу ведуть інформаційний Блог щодо поширення здорового способу життя, порад для підтримки здоров'я в соціальних мережах		2,57	3,48	-	-	III	-	4,40	3,40	-	-	III	-	2,92	3,46	-	-	III	-
	5. Стратегія матеріального доказу	Середні значення за стратегією / квадрант	4,53	4,20	I	-	-	-	5,82	4,24	I	-	-	-	4,78	4,21	I	-	-	-
		кількість запитань, що потрапили до квадрантів:	-	-	5	2	2	0	-	-	7	0	0	2	-	-	5	2	2	0
5.1.	Зручне місце розташування закладу в просторі (відносно транспорту, проїзду тощо)		5,57	4,57	I	-	-	-	5,60	4,40	I	-	-	-	5,58	4,54	I	-	-	-
5.2.	Комфортне середовище (світло, тепло, тихо тощо) із зрозумілими вказівними знаками		5,33	4,57	I	-	-	-	6,00	4,80	I	-	-	-	5,46	4,62	I	-	-	-
5.3.	Приємні оформлення, атмосфера та кольори інтер'єру, використання рослин тощо		4,71	4,10	I	-	-	-	6,20	4,20	I	-	-	-	5,00	4,12	I	-	-	-
5.4.	Комфортність фізичного середовища (меблі, ліфти, розташування кабінетів тощо)		4,90	4,38	I	-	-	-	5,60	4,00	I	-	-	-	5,04	4,31	I	-	-	-
5.5.	Місткий паркінг для пацієнтів та відвідувачів		3,95	3,81	-	II	-	-	5,40	3,60	-	-	-	IV	4,23	3,77	-	II	-	-
5.6.	Використовує засоби для впізнаваності закладу (дизайн корпоративного одягу, ділової документації, корпоративний стиль тощо)		3,43	3,19	-	-	III	-	5,20	3,80	I	-	-	-	3,77	3,31	-	-	III	-
5.7.	Сучасні, в належному технічному стані, засоби та обладнання		3,90	4,81	-	II	-	-	6,80	4,95	I	-	-	-	4,46	4,85	-	II	-	-
5.8.	Чистота та доглянутий вигляд приміщень		5,67	4,67	I	-	-	-	7,00	4,95	I	-	-	-	5,92	4,73	I	-	-	-
5.9.	Наявність дитячого куточка (є чим дитину зайняти підчас очікування)		3,29	3,71	-	-	III	-	4,60	3,40	-	-	-	IV	3,54	3,65	-	-	III	-

*Продовження додатку Н*  
*Продовження табл. Н.4*

1	2		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	6. Стратегія процесу	Середні значення за стратегією / квадрант	5,06	4,68	I	-	-	-	6,14	4,90	I	-	-	-	5,27	4,72	I	-	-	-
		кількість запитань, що потрапили до квадрантів:	-	-	7	3	0	0	-	-	10	0	0	0	-	-	10	0	0	0
6.1.	Надання медичних послуг та процедур відбувається без затримок		4,62	4,81	I	-	-	-	6,40	4,98	I	-	-	-	4,96	4,85	I	-	-	-
6.2.	Використовується оновлене медичне обладнання		4,19	4,71	-	II	-	-	6,80	4,98	I	-	-	-	4,69	4,77	I	-	-	-
6.3.	Використовується зворотній зв'язок з пацієнтом для покращення лікувального процесу		4,43	4,38	-	II	-	-	5,80	4,80	I	-	-	-	4,69	4,46	I	-	-	-
6.4.	Конфіденційність та приватність щодо історій хвороб пацієнтів		5,86	4,76	I	-	-	-	6,60	4,95	I	-	-	-	6,00	4,81	I	-	-	-
6.5.	Конфіденційність під час лікування (дотримання медичної таємниці)		5,86	4,71	I	-	-	-	6,20	4,98	I	-	-	-	5,92	4,77	I	-	-	-
6.6.	Послуги надаються чітко в призначений час		5,00	4,62	I	-	-	-	6,20	4,40	I	-	-	-	5,23	4,58	I	-	-	-
6.7.	Короткий час очікування при терміновому зверненні без запису – не більше однієї години		4,81	4,67	I	-	-	-	4,80	4,98	I	-	-	-	4,81	4,73	I	-	-	-
6.8.	Повага до гідності пацієнтів під час лікування		5,81	4,67	I	-	-	-	6,40	4,80	I	-	-	-	5,92	4,69	I	-	-	-
6.9.	Ретельне пояснення стану здоров'я та методів лікування пацієнтам		5,57	4,76	I	-	-	-	6,00	4,98	I	-	-	-	5,65	4,81	I	-	-	-
6.10.	Застосування інноваційних технологій в лікувальному процесі		4,43	4,67	-	II	-	-	6,20	4,98	I	-	-	-	4,77	4,73	I	-	-	-
	7. Стратегія персоналу	Середні значення за стратегією / квадрант	5,81	4,73	I	-	-	-	6,32	4,74	I	-	-	-	5,91	4,73	I	-	-	-
		кількість запитань, що потрапили до квадрантів:	-	-	10	0	0	0	-	-	10	0	0	0	-	-	10	0	0	0
7.1.	Персонал відповідальний та чуйний		5,62	4,86	I	-	-	-	5,80	4,80	I	-	-	-	5,65	4,85	I	-	-	-
7.2.	Персонал привітний, доброзичливий		5,76	4,71	I	-	-	-	6,20	4,80	I	-	-	-	5,85	4,73	I	-	-	-
7.3.	Співробітники вміють почути та вирішити проблемні ситуації		5,67	4,67	I	-	-	-	6,20	4,40	I	-	-	-	5,77	4,62	I	-	-	-
7.4.	До кожного пацієнта індивідуальний підхід		5,57	4,62	I	-	-	-	6,60	4,80	I	-	-	-	5,77	4,65	I	-	-	-
7.5.	Охайний зовнішній вигляд персоналу		6,10	4,43	I	-	-	-	7,00	4,80	I	-	-	-	6,27	4,50	I	-	-	-
7.6.	Тактовність, уміння зберігати конфіденційність інформації, ненастирливість		5,76	4,67	I	-	-	-	6,60	4,80	I	-	-	-	5,92	4,69	I	-	-	-
7.7.	Надійність (вміння викликати довіру, заспокоїти)		5,95	4,86	I	-	-	-	6,00	4,60	I	-	-	-	5,96	4,81	I	-	-	-
7.8.	Грамотна, професійна мова		5,90	4,76	I	-	-	-	6,20	4,40	I	-	-	-	5,96	4,69	I	-	-	-
7.9.	Висока кваліфікація медичного персоналу (наявні документи, що підтверджують регулярне підвищення кваліфікації)		5,81	4,90	I	-	-	-	6,20	4,95	I	-	-	-	5,88	4,92	I	-	-	-
7.10.	Персонал (лікар) на практиці підтверджує задекларовану високу кваліфікацію		6,00	4,86	I	-	-	-	6,40	4,95	I	-	-	-	6,08	4,88	I	-	-	-
Примітки: * частота – частота застосування інструменту маркетингу закладами, важливість – важливість для пацієнтів інструменту маркетингу при виборі закладу																				
** умовний поділ середніх відповідей на запитання анкети на групи (квадранти): I група – частота>4,5, важливість>3,75; II група – частота<4,5, важливість>3,75; III група – частота<4,5, важливість<3,75; IV група – частота>4,5, важливість<3,75																				

*Джерело:* Складено автором на основі аналізу відповідей респондентів у Google-формі

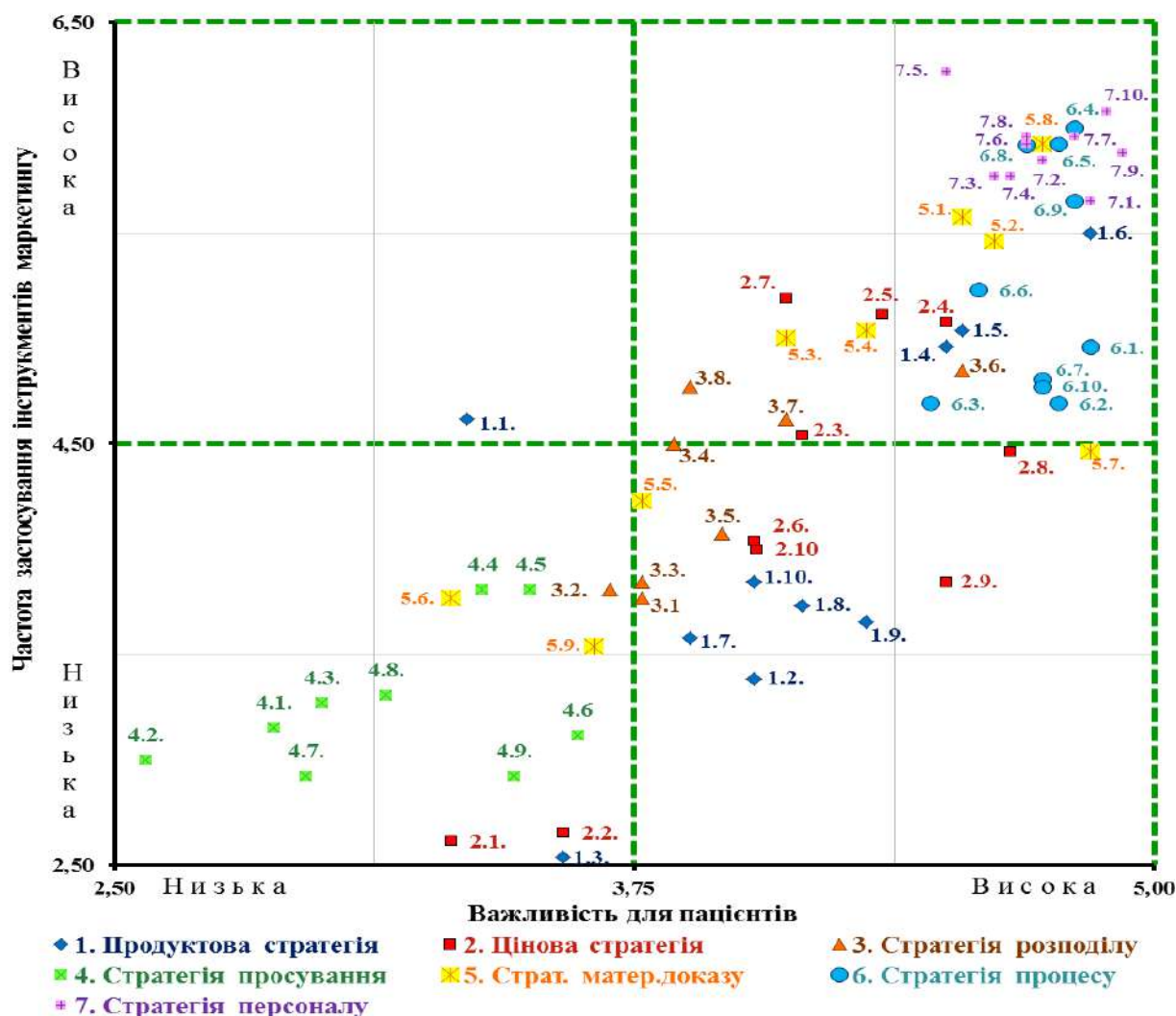


Рис. Н.1. Матриця «Частота застосування інструментів маркетингу – їх важливість для пацієнта при виборі закладу» (за усіма анкетами)

Джерело: складено автором

- Примітки: Чинники, що потрапили до квадранту «Низька частота– висока важливість при виборі закладу»
- 1.2. Спектр пропонованих медичних послуг періодично оновлюється, пацієнтів про це інформують?
  - 1.7. Заклад приділяє достатню увагу сервісному обслуговуванню пацієнта (пропонуються додаткові немедичні послуги, наприклад, точка харчування, встановлено кулер з питною водою тощо)?
  - 1.8. Використовується зворотній зв'язок з пацієнтом для покращення якості та ефективності медичних послуг? (після надання послуг)
  - 1.9. Заклад має велику пропускну здатність (зادля уникнення великих черг в періоди сезонних епідемій та підвищеного травматизму)?
  - 1.10. Заклад пропонує різноманітні пакети послуг (комплекси послуг для дітей-школярів, для кардіологічних хворих, пакети лабораторних досліджень тощо)
  - 2.6. Рівень цін вищий, ніж у інших закладах-конкурентах, виправдовується вищим рівнем якості послуги та додаткового сервісу?
  - 2.8. У закладі відсутні тіньові схеми отримання коштів від пацієнтів (усі платежі ідуть через касу)?
  - 2.9. Персонал закладу має достатню матеріальну мотивацію та не потребує «доплати в кишеню»?
  - 2.10. Медична допомога надається повністю безкоштовно?
  - 3.1. Електронні канали розповсюдження медичної інформації (e-health, он-лайн консультації, телемедицина)
  - 3.3. Відкриття відділень закладу у різних регіонах (районах) - розширення мережі
  - 3.4. Стандартизовані маршрути пацієнта – послідовність кроків та заходів, необхідних для надання комплексних медичних послуг (всередині закладу, або за спрощеною процедурою між закладами)
  - 3.5. Відкриття нових лікарських спеціальностей та лікувальних підрозділів
  - 5.5. Місткий паркінг для пацієнтів та відвідувачів
  - 5.7. Сучасні, в належному технічному стані, засоби та обладнання