

**ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ УПРАВЛІННЯ ТА ПРАВА ІМЕНІ
ЛЕОНІДА ЮЗЬКОВА**

ФАКУЛЬТЕТ УПРАВЛІННЯ ТА ЕКОНОМІКИ

Кафедра: менеджменту, фінансів, банківської справи та страхування

МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА

на здобуття освітнього ступеня магістра

на тему: «Забезпечення конкурентоспроможності медичних
послуг закладу охорони здоров'я (на
матеріалах комунального підприємства «Хмельницький
міський лікувально-діагностичний центр»)»

Виконала: студентка магістратури за
спеціальністю 073 Менеджмент

Гатіна С. Г.

(прізвище та ініціали)

Керівник:

к.е.н., доцент,

Арзянцева Д.А.

(науковий ступінь, вчене звання, прізвище та
ініціали)

Рецензент: Директор КП «ХМЛДЦ»

Слободяник Л. А.

(науковий ступінь, вчене звання, прізвище та
ініціали)

Хмельницький – 2020 рік

Анотація

Гатіна С. Г. Забезпечення конкурентоспроможності медичних послуг закладу охорони здоров'я (на прикладі комунального підприємства «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр») – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису. Магістерська робота на здобуття освітнього ступеня магістра за спеціальністю 073 Менеджмент. – Хмельницький університет управління та права імені Леоніда Юзькова, Хмельницький, 2020. – 88 с.

Визначено сутність поняття «конкуренція в охороні здоров'я». Доведено, що конкурентоспроможність медичної послуги є сукупністю якісних і кількісних її характеристик, а також, характеристик лікувально-профілактичного закладу, який її надає, та формує переваги такої медичної послуги на ринку і сприяє можливості задоволення нею потреб пацієнтів в даному виді послуг.

Проведено аналіз критеріїв конкурентоспроможності медичних послуг КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр», який засвідчив, що переважна частина клієнтів задоволені результатами лікування, однак не задоволена процесом надання послуг, що пов'язано із проблемами матеріально-технічного та інфраструктурного характеру а також особливостями запису до окремих лікарів та дотримання ними санітарно-гігієнічних правил. Здійснено оцінку конкурентоспроможності медичних послуг закладу охорони здоров'я.

З метою підвищення конкурентоспроможності медичних послуг запропоновано запровадити у систему аудиту якості медичних послуг, яка базується на ряді критеріїв та індикаторів якості. Для підвищення задоволеності клієнтів медичними послугами запропоновано застосувати пацієнт-орієнтований підхід шляхом підвищення рівня доступності медичних послуг (у т.ч. запровадження послуг за схемою 24/7); використання мультидисциплінарного підходу у лікуванні пацієнтів; розвиток системи он-лайн консультування (Zoom, Googlemeet) та удосконалення процедур

спільного прийняття рішень.

Ключові слова: конкуренція, конкурентоспроможність медичних послуг, забезпечення конкурентоспроможності медичних послуг, аудит якості медичних послуг, пацієнт-орієнтований підхід.

Abstract

Gatina SG Ensuring the competitiveness of medical services of a healthcare institution

(on the example of the municipal enterprise «Khmelnysky City Medical and Diagnostic Center») - Qualifying scientific work on the rights of the manuscript.

Master's work for obtaining the educational degree of master in the specialty 073 Management. -

Khmelnysky University of Management and Law named after Leonid Yuzkov, Khmelnysky, 2020. – 88p.

The essence of the concept of «competition in healthcare», «competitiveness of medical services» is defined.

An analysis of the criteria for the competitiveness of medical services of KP «Khmelnysky City Medical and Diagnostic Center»,

which showed that the vast majority of customers are satisfied with the results of treatment, assessed the competitiveness of medical services of the healthcare institution.

In order to increase the competitiveness of medical services, it is proposed to introduce a quality audit of medical services, which is based on a number of criteria and quality indicators.

To increase customer satisfaction with medical services, it is proposed to apply a patient-oriented approach.

Keywords: competition, competitiveness of medical services, ensuring competitiveness of medical services, audit of quality of medical services, patient-oriented approach.

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ КОНКУРЕНТОСПРОМОЖНОСТІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	9
1.1. Сутність забезпечення конкурентоспроможності медичних послуг закладу охорони здоров'я.....	9
1.2. Методи оцінки конкурентоспроможності медичних послуг закладу охорони здоров'я.....	15
РОЗДІЛ 2. СУЧАСНИЙ СТАН ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ КОНКУРЕНТОСПРОМОЖНОСТІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ КОМУНАЛЬНОГО ПІДПРИЄМСТВА «ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ МІСЬКИЙ ЛІКУВАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНИЙ ЦЕНТР»	21
2.1. Аналіз факторів конкурентоспроможності медичних послуг закладу охорони здоров'я.....	21
2.2. Оцінювання конкурентоспроможності медичних послуг закладу охорони здоров'я	38
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ ПІДВИЩЕННЯ КОНКУРЕНТОСПРОМОЖНОСТІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	48
3.1. Аудит якості медичних послуг як спосіб забезпечення їх конкурентоспроможності	48
3.2. Реалізація пацієнт-орієнтованого підходу до надання медичних послуг закладу охорони здоров'я.....	58
ВИСНОВКИ.....	65
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	69
ДОДАТКИ.....	77

ВСТУП

Актуальність теми. Формування умов конкурентного середовища, а, отже, і запуск механізмів конкурентоспроможності в сфері охорони здоров'я України, надзвичайно актуально для закладів охорони здоров'я і медичних практик в сучасних умовах становлення та еволюційного переходу до нових економічних (маркетингових) відносин при наданні та споживанні медичних послуг.

Основними факторами низької, часом, абсолютно відсутньої конкурентоспроможності в сучасній системі охорони здоров'я країни, є: консервативна форма власності медичних закладів, невизначеність становлення і розвитку малого підприємництва в існуючій системі охорони здоров'я, що не відповідає дії класичних економічних законів і умов конкуренції і конкурентоспроможності; дефіцит сучасних менеджерів в системі охорони здоров'я, здатних грамотно вирішувати організаційно-технічні і економіко-управлінські проблеми і завдання лікувального закладу, який функціонує в нових економічних умовах розвитку суспільства і держави; невиправдана обережність реалізації методів наукового планування (системного аналізу, прогнозування, оптимізації медичної діяльності та ін.) в умовах формування ринку медичних послуг; відсутність політичної волі в реалізації обґрунтованих управлінських рішень щодо доведення до логічного впровадження в закладах охорони здоров'я сучасних механізмів, методів і форм постійного підвищення якості медичної допомоги.

Створення умов формування конкурентного середовища в медицині, становлення і розвиток конкурентоспроможності медичних послуг і медичної праці – ефективний інструмент на шляху якісної зміни виробничих відносин в самій галузі охорони здоров'я та, найголовніше, абсолютно необхідна умова формування сучасних маркетингових відносин між пацієнтом і лікарем.

У науковій літературі фрагментарно представлені теоретичні розробки, а тим більше висвітлена прикладна сторона діяльності медичних закладів в умовах конкурентного середовища. Так, питанням конкурентоспроможності і

у тому числі конкурентоспроможності послуг присвячені праці таких науковців як: Азоев Г. Л., Челенков А. П. [1], Белобжецький В.Н. [5], Бурібаєва Ж.К., Махамбетова Д.Ж. [9], Вещепура Н. В., Ветрова О. Ю. [10], Вовчак А. В., Камишніков Р. В. [11], Зайкіна Г. М. [16], Калініченко Л. Л. [24], Клименко С. М., Дуброва О. С., Барабась Д. О. [25], Кухтінова Л.Г., Власова М.Н. [29], Літвінова В.О. [34], Назарова В.В. [36], Ніколаєв І.С., Багінова В.М., Маланов К.Ж. [38], Савчук В. І., Корж Д. А. [47], Сєлезньов В.Д., Волков С.Д. [50], Щепкова І.В., Комарская І.В. [66]. Однак, серед вищезазначених комплексних досліджень, пов'язаних із забезпеченням конкурентоспроможності медичних послуг вкрай мало. Це зумовило актуальність обраної теми дослідження, визначило його мету та завдання.

Мета та завдання роботи. Метою магістерської роботи є обґрунтування теоретичних положень та практичних пропозицій щодо забезпечення конкурентоспроможності медичних послуг закладу охорони здоров'я.

Для досягнення поставленої мети в роботі були визначені та послідовно вирішені такі **завдання**:

- визначити сутність забезпечення конкурентоспроможності медичних послуг закладу охорони здоров'я;
- систематизувати методи оцінки конкурентоспроможності медичних послуг закладу охорони здоров'я;
- проаналізувати фактори конкурентоспроможності медичних послуг закладу охорони здоров'я;
- провести оцінювання конкурентоспроможності медичних послуг закладу охорони здоров'я;
- визначити організаційні аспекти запровадження аудиту якості медичних послуг як способу забезпечення їх конкурентоспроможності;
- встановити засади реалізація пацієнт-орієнтованого підходу до надання медичних послуг закладу охорони здоров'я.

Об'єктом дослідження є процеси забезпечення конкурентоспроможності медичних послуг закладу охорони здоров'я.

Предметом дослідження є теоретичні та практичні аспекти процесу забезпечення конкурентоспроможності медичних послуг Комерційного неприбуткового підприємства «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» Хмельницької міської ради.

Методи дослідження. Для вирішення поставлених завдань при написанні роботи використана система загальнонаукових та спеціальних методів дослідження, зокрема: метод теоретичного узагальнення та порівняння – для удосконалення та впорядкування термінології в понятійному апараті конкурентоспроможності медичних послуг; системно-структурний аналіз – для уточнення, впорядкування та систематизації методів оцінки конкурентоспроможності медичних послуг, визначення переліку методів оцінювання конкурентоспроможності медичних послуг; експертний – для оцінювання окремих показників конкурентоспроможності медичних послуг; методи порівняльного та статистичного аналізу - для аналізу структури медичних послуг; анкетування та опитування для визначення якості медичних послуг; графічно-аналітичний метод - для наочної ілюстрації за допомогою рисунків і таблиць стану, проблем та шляхів забезпечення конкурентоспроможності медичних послуг.

Інформаційною базою роботи стали законодавчі та нормативні акти України, які регламентують діяльність закладів охорони здоров'я, наукові праці зарубіжних і вітчизняних авторів, матеріали науково-практичних конференцій, ресурси мережі Інтернет з проблем забезпечення конкурентоспроможності медичних послуг, матеріали і статистичні та аналітичні дані Комерційного неприбуткового підприємства «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» Хмельницької міської ради.

Апробація результатів дослідження. Окремі положення та отримані результати магістерської роботи були оприлюднені на IV Всеукраїнській науково-практичній Інтернет-конференції «Публічне управління та

адміністрування у процесах економічних реформ» (м. Херсон, 11 листопада 2020 р.) [12].

Практичне значення одержаних результатів. Опрацьовані автором теоретичні положення та практичні рекомендації щодо забезпечення конкурентоспроможності медичних послугможуть використовуватись в практичній діяльності закладів охорони здоров'я.

Структура роботи. Відповідно до мети та завдань дослідження робота складається зі вступу, 3 розділів, 6 підрозділів, висновків, списку використаних джерел із 69 найменувань та 4 додатків. Загальний обсяг роботи складає __ сторінок.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ КОНКУРЕНТО-СПРОМОЖНОСТІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Сутність забезпечення конкурентоспроможності медичних послуг закладу охорони здоров'я

В економічній науці існує безліч визначених понять «конкуренція». Нормативно-правове визначення поняття «конкуренція» - це підтверджує. Так, відповідно до Закону України «Про захист економічної конкуренції» від 11.01.2001 р., конкуренція (конкуренція) - змагання між суб'єктами господарювання з метою здобуття завдяки власним досягненням переваг над іншими суб'єктами господарювання, внаслідок чого споживачі, суб'єкти господарювання мають можливість вибирати між кількома продавцями, покупцями, а окремий суб'єкт господарювання не може визначати умови обороту товарів на ринку. Іншими словами, конкуренція, у вузькому сенсі, - це процес змагання господарюючих суб'єктів. [42].

У той час, як влучно вказує Соседов Г.А. [66, с. 70], основою методологічного підходу до аналізу конкуренції є модель рівномірності, яка базується на концепціях реальної конкуренції, при якій відбувається взаємодія конкурентних та монопольних сил, а держава виступає регулятором монополій та конкуренції.

Крім проблеми «конкуренції», у науковій теорії та практиці також домінує проблема «конкурентоспроможності». Як вказує Соседов Г.А. [66, с. 71], конкурентоспроможність означає можливість виграти в змаганні (в суперництві). Вирішальне право при виборі того чи іншого товару, продукції, послуг, належать саме користувачеві, навіть якщо він об'єктивно не правий [66, с. 71].

Конкурентоспроможність виявляється лише в умовах конкуренції і через конкуренцію. Слід звернути увагу на багатозначності трактувань сутності поняття «конкурентоспроможність» сучасними вченими-економістами (табл.1.1).

Таблиця 1.1. Погляди вчених-економістів на категорію конкурентоспроможність

Автор визначення	Визначення конкурентоспроможності
Книш М.І.	Ступінь привабливості даного продукту, для здійснюючого реальну покупку споживача
Забелін П.В., Моїсеєва Н.К.	Здатність приносити прибуток у короткостроковому періоді не нижче заданого, або перевищення над середнім прибутком
Грошев В.П.	Комплекс споживчих властивостей товару, що визначає його відмінність від інших аналогічних товарів по ступені й рівню задоволення потреб покупців і витратам на його купівлю й експлуатацію
Кредісов А.И.	Характеристика товару, що відображає його відмінність від аналогічного конкурентного товару як по ступені відповідності конкретної потреби, так і по витратах на її задоволення
Стівенсон В.	Конкурентоспроможність характеризує те, “наскільки ефективно компанія задовольняє потреби клієнта порівняно з іншими компаніями, що пропонують подібний товар або послугу”
Ермолов М.О.	Конкурентоспроможність - це відносна характеристика, яка відображає відмінності у процесі розвитку певного виробника від виробника конкурента як по ступеню задоволення власними товарами, так й по ефективності виробничої діяльності.
Печінкин А., Фомін В.	Конкурентоспроможність - складне багатоаспектне поняття, яке визначає здатність товару зайняти та вдержати позицію на конкурентному ринку в певний період за конкуренції з іншими аналогічними товарами. Розрізняють: конкурентоспроможність продукції та рівень конкурентоспроможності продукції. За критерій конкурентоспроможності пропонують брати відносну долю продажу товару, що оцінюється.
Хруцький В.Є., Корнеєва І.В.,	Конкурентоспроможність – це стабільна можливість задовольняти певні потреби покупців краще, ніж конкуренти, та завдяки цьому вдало продавати продукцію з прийнятними фінансовими результатами для виробника
Фатхутдинов Р.А.	Конкурентоспроможність – це властивість об’єкта, що характеризується ступенем реального чи потенційного задоволення ним конкретної потреби у порівнянні з аналогічними об’єктами, представленими на даному ринку. Конкурентоспроможність визначає здатність витримувати конкуренцію у порівнянні з аналогічними об’єктами на даному ринку
Піддубний,І.О., Піддубна А.І.	Конкурентоспроможність – це потенціальна або реалізована здатність економічного суб’єкта до функціонування у релевантному зовнішньому середовищі, яка ґрунтується на конкурентних перевагах і відображає його позицію відносно конкурентів

Джерело: [25, с. 29]

З урахуванням розглянутих визначень пропонуємо наступне трактування конкурентоспроможності. Конкурентоспроможність – це комплексна категорія, її переваги остаточно реалізуються через торгівлю, але базис конкурентних переваг створюється на всіх ланках суспільного виробництва, у тому числі, значною мірою за рахунок структурної перебудови і дієвої економічної політики. Конкурентоспроможність характеризується сукупністю показників функціонування галузей і діяльності виробничих структур, що визначають їх стабільний розвиток і успіх у конкурентній боротьбі на внутрішньому та зовнішньому ринках. Вона оцінюється рівнем конкурентоспроможності окремих його підприємств і їх продукції.

Разом з тим конкурентне середовище саме по собі неоднозначне та суперечливе. Якщо поняття «конкуренція» і «конкурентоспроможність» в економічній теорії універсальні для будь-якого ринку товарів і послуг, то певна сфера господарювання накладає специфічні обмеження при формуванні конкурентного середовища, або оцінки конкурентоспроможності. Це стосується, в тому числі, і сфери медичних послуг.

Медичні послуги відносяться до соціальних послуг. Тому, при дослідженні конкурентоспроможності медичної послуги можемо взяти до уваги результати дослідження конкурентоспроможності соціальних послуг, проведені Кухтіною Л.Г. і Власовою М.Н. [29, с. 190]. Зокрема, вчені стверджують, що соціальні послуги порівняно з іншими видами послуг, характеризуються особливою суспільною значимістю і обов'язковістю споживання незалежно від наявності попиту, рівня доходів суспільства [29, с. 191]. Однак слід врахувати, що споживач медичних послуг, відрізняється від споживача інших соціальних благ [37]. Якщо від певних соціальних послуг (наприклад, освіти, спорт і т.п.) споживач може відмовитися, то медичні послуги є абсолютно пріоритетними для збереження здоров'я і життя споживача. А тому, споживач в більшості випадків, не може відмовитися від

медичних послуг, зокрема, аргументуючи свою відмову недостатністю фінансових ресурсів.

Назарова В.В. [36, с. 386] уточнює, що конкуренція на ринку медичних послуг характеризується такими особливостями, як: специфічність медичної послуги; невідповідність інформації, яка знаходиться у лікаря і інформацією, доступною пацієнту (зокрема, про стан здоров'я, необхідне лікування, його формі, ефективність), а також, значним державним регулюванням і контролем над діяльністю лікувально-профілактичних установ і медичними послугами, які ними надаються.

За результатами дослідження розвитку стану конкурентного середовища в охороні здоров'я Миколаїв І.С., Багінова В.М. і Маланов К.Ж. [48, с. 43], встановили, що ключовими особливостями оцінки конкурентоспроможності медичної послуги є, то, що об'єктом оцінки є саме діяльність організації (лікувально-профілактичного закладу, медичної практики та інше), яка надає медичні послуги. Крім того, оцінка конкурентоспроможності медичної послуги пов'язана з визначенням якості процесу її надання та технології обслуговування. І головна особливість полягає в тому, що заключна оцінка проводиться безпосередньо пацієнтом.

В цілому, можемо констатувати, що в науковій літературі підходи до розуміння понять «конкуренція» і «конкурентоспроможність» щодо медичних послуг різні. Така ситуація зумовлена різним розумінням суті медичної послуги і особливостей її надання в рамках економічних процесів на ринку медичних послуг.

Бурібаєва Ж.К. і Махамбетова Д.Ж. [9, с. 455] трактують конкуренцію в охороні здоров'я як стан і процес взаємовідносин постачальників медичних послуг і їх споживачів, в рамках якого відбувається суперництво між виробниками медичних послуг з метою задоволення потреб пацієнтів. При цьому вчені розподіляють конкуренцію, в залежності від кінцевого результату на: конструктивну і деструктивну.

Ніколаїв І.С., Багінова В.М., Маланов К.Ж. уточнюють, що

конкуренція встановлює певний тип взаємин, як між суб'єктами надання медичних послуг по визначенню цін і обсягу пропозицій медичних послуг, так і між пацієнтами – зарівнем досягнення задоволеності своїх потреб від медичних послуг, які вони отримують [38, с. 213]. При цьому вчені роблять висновок, що конкуренція є об'єктивною і необхідною функцією життєдіяльності ринку медичних послуг.

Ліхтарович Е.Е. [33, с. 84] конкуренцію на ринку медичних послуг визначає не тільки як процес взаємодії споживачів, постачальників медичних послуг, але і посередників (наприклад, страхових організацій), який спрямований на досягнення цільових потреб кожного, зокрема, на отримання позитивного результату, що визначається якістю медичної послуги за прийнятими параметрами.

Селезньов В.Д. і Волков С.Д. [50, с. 112] визначають конкуренцію постачальників медичних послуг як їх суперництво, яке спрямоване на досягнення бажаних результатів діяльності в умовах мінливих обмежень. Конкурентні переваги постачальників розглядаються як їх конкурентоспроможність, іншими словами – здатність конкурувати.

В цілому, необхідно відзначити, що при характеристиці медичної послуги категорією «конкурентоспроможність», слід проводити її співвідношення за ступенем конкурентоспроможності з іншими подібними послугами [48, с. 44].

Таким чином, конкуренція в охороні здоров'я - це стан і процес взаємовідносин суб'єктів виробництва і споживання медичних послуг в рамках специфічної цивілізованої форми суперництва між медичними працівниками (лікарями) по досягненню найвищого ступеня задоволення цільових потреб пацієнта. В конкурентоспроможності можуть синтезуватися багато аспектів, сторони, фактори функціонування і розвитку закладів охорони здоров'я та медичних практик.

Дослідники виділяють деякі протиріччя, що виникають при функціонуванні системи конкуренції в охороні здоров'я. Зокрема, до окремих

з них, можна віднести:

- протиріччя між системою стимулів в охороні здоров'я та фундаментальними законами конкуренції (високі ціни на медичні послуги залишаються навіть при надлишковій пропозиції);
- протиріччя між дорогими медичними технологіями і загальною доступністю в отриманні медичної послуги;
- протиріччя між реальною потребою пацієнтів і високою вартістю медичної послуги (без поліпшення якості медичної допомоги);
- протиріччя, в якому міститься сутність того, що діюча система стимулювання медичної праці заохочує впровадження інновацій, і тим самим збільшує витрати або підвищує якість без відповідного зниження вартості медичної послуги.

За результатами дослідження теоретичних основ забезпечення конкурентоспроможності медичних послуг, можемо прийти до наступного висновку. В літературі розуміння понять «конкуренція» і «конкурентоспроможність» щодо медичних послуг різні. Це пояснюється різним розумінням суті медичної послуги і особливостей її надання в рамках економічних процесів на ринку медичних послуг. Тому, зокрема, конкурентні переваги медичних послуг забезпечуються ринковими, правовими, економічними, організаційними та іншими аспектами. При цьому основні підходи щодо оцінки рівня конкурентоспроможності медичних послуг базуються на критеріях їх вартості та якості. В цілому, конкурентоспроможність будь-якого економічного об'єкта розглядається, як його потенційні можливості конкурувати, а конкурентна перевага - як наявність певних характеристик об'єкта, які є кращими порівняно з іншими. Звідси, зокрема, конкурентоспроможність медичної послуги є сукупністю якісних і кількісних її характеристик, а також, характеристик лікувально-профілактичного закладу, який її надає, та формує переваги такої медичної послуги на ринку і сприяє можливості задоволення нею потреб пацієнтів в даному виді послуг. При цьому, конкурентоспроможність медичної послуги

на конкурентному ринку можна визначити, тільки порівнюючи з подібними медичними послугами конкурентних господарюючих суб'єктів на ринку. У той же час, на сьогоднішній день відсутні єдині методичні підходи до оцінки конкурентоспроможності медичної послуги, які враховують специфіку сфери охорони здоров'я, специфічність самої медичної послуги і характеристику споживачів.

1.2. Методи оцінки конкурентоспроможності медичних послуг закладу охорони здоров'я

Конкуренцію в охороні здоров'я трактують як стан і процес взаємовідносин виробників і споживачів медичних послуг, в рамках якого йде суперництво між медичними закладами або медпрацівниками з метою задоволення потреб пацієнта. У країнах з розвинутою ринковою економікою державні і приватні медичні заклади існують в умовах галузевої конкуренції вже на протязі багатьох років [56, с. 216]. З точки зору кінцевого результату конкуренцію ділять на конструктивну і деструктивну.

Конструктивна передбачає позитивний результат, при якій у пацієнта збільшується вибір, знижуються ціни на медичні послуги без втрати або поліпшення якості медичної допомоги.

Деструктивна конкуренція націлена на поліпшення фінансового благополуччя на шкоду якості послуг. В охороні здоров'я сюди відносяться: орієнтація постачальників тільки на локальний ринок, боротьба за максимальну кількість пацієнтів, монополізація медичного ринку [56, с. 216].

Обмеженням ефективної конкуренції в охороні здоров'я може виступати:

- недосконалість нормативно-законодавчої бази (наявність дозвільного та стимулюючого механізмів, в т.ч. систем ліцензування та акредитації);
- низька доступність медичної інформації, в т.ч. про якість послуг, що

надаються;

- висока диференціація послуг, що зумовлює великий розрив цін і потреб населення в різних медпослугах, що впливає на ціноутворення;

- неоднорідність пацієнтів (за рівнем і структурою захворюваності та інвалідності, соціально-економічними та іншими характеристиками) [41].

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, ступінь державного регулювання конкурентоспроможності на ринку медичних послуг визначається наступним: регулювання якості та ефективності послуг, що надаються; акредитація постачальників; професійна кадрова підготовка, оцінка економічної ефективності медичних технологій; регулювання доступу пацієнтів до послуг; регулювання фармацевтичного ринку; регулювання цін на медичні послуги в державному секторі; регулювання платників; регулювання лікарів [44, с. 32].

Важливою ланкою в забезпеченні конкурентоспроможності медичних послуг є правильна оцінка її рівня, яка останнім часом набуває все більш важливе значення. При оцінці конкурентоспроможності вирішується ряд завдань: встановлюється стан і особливості підвищення/зниження конкурентоспроможності, виявлення «проблемних» ділянок діяльності, що негативно впливають на конкурентоспроможність, виявлення резервів підвищення конкурентоспроможності. Критерій конкурентоспроможності являє собою кількісну і якісну характеристику діяльності організації, які використовуються для оцінки конкурентоспроможності медичних послуг [65, с. 28].

У літературі описані два напрямки розвитку конкурентоспроможності: операційна ефективність і стратегічне позиціонування. Стратегія розвитку операційної ефективності націлена на досягнення результатів, що перевершують конкурентів, за умови здійснення аналогічної діяльності. Стратегічне позиціонування спрямоване на виконання діяльності, яка принципово відрізняється від конкурентів або охоплює альтернативні підходи до подібних видів діяльності [65, с. 32].

Класичним і загально визнаним методом оцінки стратегічного планування є S.W.O.T. аналіз [57; 6; 14], який знайшов широке застосування і в медичній практиці. Даний аналіз полягає у визначенні сильних і слабких сторін діяльності, а також загроз і можливостей організації. Складається з 4х етапів: аналіз внутрішнього (основний виробничий процес, персонал) і зовнішнього (загрози, сприятливі можливості) середовища підприємства; внесення результатів в SWOT матрицю; оцінка можливостей і загроз, виявлених в процесі дослідження (по 10 бальній шкалі); формулювання дій для утримання конкурентної переваги. Очевидними перевагами даного методу є легка адаптація до будь-яких сфер діяльності медичної організації, можливість вільного вибору аналізованих елементів в залежності від поставлених цілей і використання для оперативного контролю діяльності організації та стратегічного планування. Однак, з огляду на суб'єктивність методу достовірність результатів залежить цілком від кваліфікації аналітика, а також аналіз являє собою лише загальні цілі, які не конкретизовані в заходах щодо їх досягнення.

Тогунов І.А. оцінює конкурентоспроможність медичних послуг з двох позицій: у порівнянні з подібними організаціями (конкурентами) і в рамках внутрішнього середовища самої організації. В даному підході автором використана «система семи функцій» за якими оцінюється рівень конкурентоспроможності (цільова, ліцензійна, акредитаційна, деонтологічна, економічна, технологічна і функція результативності) [54]. До переваг такого підходу можна віднести використання об'єктивних показників, заснованих на оцінці конкретних параметрів і станів; можливість оцінки конкурентоспроможності медичних послуг з іншими організаціями схожими за профілем діяльності; можлива оцінка конкурентоспроможності медичних послуг в рамках самої установи. До недоліків можна віднести відсутність можливості порівняння медичних послуг державних та приватних організацій.

Для оцінки конкурентоспроможності Томпсон А.А. і Стрікленд А.А.

запропонували використовувати показники зі списку ключових факторів успіху організації в досліджуваній галузі, а також основних переваг і недоліків конкурентів. Надалі, сума таких показників складається в комплексний показник конкурентоспроможності [55]. В даному випадку перевагою такого підходу можна вважати можливість оцінки в прямому порівнянні з конкурентами в даній галузі, проте методика не враховує специфіку бюджетних і платних організацій, а також відсутню можливість оцінки конкурентоспроможності всередині самої організації.

Терехової Є.Ю. запропонований метод опитування та інтерв'ю при оцінці конкурентоспроможності медичних послуг [53, с. 89]. Сильними сторонами даного методу є: можливість визначення конкурентоспроможності медичних послуг як державних, так і приватних медичних організацій; видача оцінки та рекомендацій по кожному фактору конкурентоспроможності медичних послуг, порівняння вимог споживачів і експертів страхових організацій до суб'єктів пропозиції на конкретному ринку; можливість визначення відхилення рівня розвитку регіонального і міського ринків охорони здоров'я відносно загальнодержавних; врахування проблем в управлінні даною сферою на всіх рівнях. До недоліків відноситься те, що конкурентоспроможність оцінюється з позиції споживачів послуг, а також страхових організацій.

Іншим підходом, який використовується для оцінки конкурентоспроможності медичних послуг, є оцінка кадрових ресурсів. Загальновідомо, що кадрові ресурси багато в чому забезпечують результативність та ефективність медичних послуг. Кадровий потенціал розглядається як основний фактор, що визначає якість і доступність медичної послуги, і в цілому, конкурентоспроможність медичної організації. На думку Расторгуєва Т.І., в стратегії підвищення конкурентоспроможності медичних послуг важливе значення має розвиток людських ресурсів в напрямку формування інтелектуального капіталу організації і клієнто-орієнтованого підходу [43, с. 293; 8].

Американський метод «Аналізу ієрархій» базується на експертній оцінці медичних послуг за певними критеріями конкурентоспроможності, які складаються в матриці парних порівнянь. Конкурентоспроможність при цьому визначається як окремо по кожному критерію, так і за загальним рівнем на основі всіх параметрів [46, с. 84]. Даний метод є одночасно і якісним і кількісним, тобто підходить для оцінки декількох видів медичних послуг, а також дозволяє систематизувати показники в ієрархічному порядку. При цьому, слід зазначити, що метод досить суб'єктивний, оскільки ґрунтується на експертній оцінці і застосовується у разі невеликої кількості порівнюваних суб'єктів і показників (до 9-ти).

Індексний метод оцінки конкурентоспроможності медичних послуг (Саханова Г.) характеризується комплексністю підходу, оскільки об'єднує одиничні параметричні індекси в груповий (узагальнений) з урахуванням значущості кожного показника якості. Методика, однак, володіє значною часткою суб'єктивізму, з огляду на використання авторами різної кількості показників (від 2-3 до 20), що позначається на достовірності отриманих результатів [49, с. 122].

Основою конкурентоспроможності медичних послуг є мікроекономічна ефективність діяльності медичного закладу, виражена в кількісних показниках. Руссу О.Г. доведено, що економічні методи управління діяльністю медичного закладу забезпечують економічні результати роботи, які можна групувати за такими чинниками організації лікувального процесу на: кадрові, матеріально-технічні, фінансові, організаційні [45].

Ліктьовою О.А. (2010 р) розроблені п'ять напрямків оцінки конкурентів медичних послуг (джерела і тип фінансування, рівень медичної організації, спеціалізація, місце розташування і ціновий сегмент). Чотири основні критерії конкурентоспроможності медичних послуг: репутація організації, ступінь уваги, швидкість обслуговування, ступінь диференціації послуг [35, с. 260]. Критерії запропоновані автором враховують особливу специфіку ринку платних медичних послуг, де важливу роль відіграє ступінь

задоволеності пацієнта від наданої йому медичної послуги. Однак слід зазначити, що в даному випадку не враховується конкурентоспроможність державних медичних закладів, а в якості головного критерію успішності медичного закладу прийнята ступінь задоволеності споживача послуг.

А. Сміт, Д. Ріккардо запропонована оцінка конкурентоспроможності з позиції порівняльних переваг. Дана методика включає в себе складання переліку чинників, що впливають на конкурентоспроможність медичних послуг, визначення показників, за якими становлюється вплив кожного факторута порівняння конкурентів за обраними показниками [23]. Недоліком такої моделі є великий ризик статистичної помилки при збільшенні кількості показників.

Для успішного інноваційного розвитку системи охорони здоров'я, в т.ч. і для підвищення конкурентоспроможності медичних послуг, Кучерявенко Д.М. запропонований комплекс заходів: спрямування фінансових потоків і кадрових ресурсів на пріоритетні інноваційні напрямки; зміцнення наукового потенціалу (в т.ч. створення сприятливого середовища для розвитку наукових досліджень, створення центру наукових розробок, планування наукових досліджень за пріоритетними напрямками ін.); удосконалення системи планування та прогнозування; створення системи аналізу впровадження інноваційних технологій в практику медичного закладу; підтримка малого і середнього бізнесу в охороні здоров'я; розвиток кадрів [30].

Таким чином, аналіз літератури показав високий інтерес дослідників до проблеми обумовлений триваючими реформами всієї системи охорони здоров'я, активним впровадженням ринкових механізмів в процес надання медичних послуг. Однак, слід зазначити, що в даний час відсутні єдині методичні підходи до проведення оцінки конкурентоспроможності медичних послуг, які враховують специфіку системи охорони здоров'я, сферу діяльності медичної організації (види медичної допомоги і послуг, характеристику споживачів тощо).

РОЗДІЛ 2

Сучасний стан забезпечення конкурентоспроможності медичних послуг комунального підприємства «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр»

2.1. Аналіз критеріїв конкурентоспроможності медичних послуг закладу охорони здоров'я

Комунальне підприємство «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» Хмельницької міської ради (далі – КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр») є закладом охорони здоров'я - комунальним унітарним некомерційним підприємством, що забезпечує надання амбулаторно-поліклінічної, вторинної (спеціалізованої) консультативно-діагностичної, інших видів медичної допомоги населенню відповідно до вимог чинного законодавства, галузевих стандартів надання медичної допомоги.

КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» створене за рішенням Хмельницької міської ради шляхом злиття Хмельницької міської поліклініки №1, Хмельницької міської поліклініки №2, Хмельницької міської поліклініки №3, Хмельницької міської поліклініки №4 та комунального закладу «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» в комунальне підприємство «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» Хмельницької міської ради [52].

Управління охорони здоров'я Хмельницької міської ради є органом, який виконує функції уповноваженого органу управління (далі - Уповноважений орган управління).

КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» засноване на базі відокремленої частини комунальної власності

територіальної громади міста Хмельницького в особі Хмельницької міської ради. КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» здійснює господарську некомерційну діяльність, спрямовану на досягнення медичних, соціальних та інших результатів без мети одержання прибутку.

Підприємство у своїй діяльності керується Конституцією України, Господарським та Цивільним Кодексами України, законами України, постановами Верховної Ради України, актами Президента України та Кабінету Міністрів України, загальнообов'язковими для всіх закладів охорони здоров'я, наказами та інструкціями Міністерства охорони здоров'я, нормативними актами Національної служби здоров'я, загальнообов'язковими нормативними актами інших центральних органів виконавчої влади, рішеннями Хмельницької міської ради та її виконавчого комітету, наказами Уповноваженого органу управління і цим Статутом.

Основною метою діяльності КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» є надання амбулаторно-поліклінічної, вторинної (спеціалізованої) амбулаторної, консультативно-діагностичної медичної допомоги населенню, включаючи широкий спектр профілактичних, консультативно-діагностичних та лікувальних заходів, послуг медичного характеру, а також інших функцій на основі професійної діяльності медичних працівників, а також, здійснення комплексу заходів з підтримки громадського здоров'я [52].

Відповідно до поставленої мети предметом діяльності КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» є:

- надання вторинної (спеціалізованої) консультативно-діагностичної, інших видів медичної допомоги населенню відповідно до вимог чинного законодавства, галузевих стандартів надання медичної допомоги;
- забезпечення населення доступною, своєчасною, якісною та ефективною медичною допомогою;
- здійснення іншої діяльності, необхідної для належного забезпечення профілактики, діагностики і лікування хвороб;

– забезпечення дотримання наступності та послідовності у наданні медичних послуг населенню закладами охорони здоров'я, що надають первинну медико-санітарну допомогу, вторинну (спеціалізовану), третинну (високоспеціалізовану) та екстрену медичну допомогу;

– направлення хворих, що не потребують цілодобового спостереження для подальшого лікування в заклади охорони здоров'я первинного рівня надання медичної допомоги;

– направлення хворих, що потребують цілодобового спостереження для подальшого лікування в заклади охорони здоров'я вторинного та третинного рівня надання медичної допомоги.

– плановий прийом хворих за направленнями Центрів первинної медико-санітарної допомоги, інших закладів охорони здоров'я та/або за самозверненням пацієнтів;

– забезпечення додержання стандартів медичної допомоги (медичних стандартів), клінічних протоколів, табелів матеріально-технічного оснащення;

– впровадження нових форм і методів профілактики, діагностики, лікування та реабілітації захворювань;

– організація стаціонарозамінних форм надання медичної допомоги (ліжка денного перебування);

– інші функції, що випливають із завдань, покладених на КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр».

Проведення господарської діяльності з медичної практики відбувається за наявності відповідної ліцензії. Окремими видами діяльності КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» може займатись тільки на підставі дозволу (ліцензії), згідно з чинним законодавством України.

З метою сприяння реалізації права громадян на участь в управлінні охороною здоров'я, при КП «Хмельницький міський лікувально-

діагностичний центр» створюється Спостережна рада, яка розглядає питання, зокрема, щодо дотримання прав та забезпечення безпеки пацієнтів, додержання вимог законодавства при здійсненні медичного обслуговування населення, фінансово-господарської діяльності. Порядок утворення, права, обов'язки Спостережної ради КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» і положення про неї затверджуються відповідно до чинного законодавства України.

Директор КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр»:

діє без довіреності від імені КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр», представляє його інтереси в органах державної влади і органах місцевого самоврядування, інших органах, у відносинах з іншими юридичними та фізичними особами, підписує від його імені документи та видає довіреності та делегує право підпису документів іншим посадовим особам КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр», укладає договори, відкриває в органах Державної казначейської служби України та установах банків поточні та інші рахунки.

самостійно вирішує питання діяльності КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» за винятком тих, що віднесені законодавством та статутом до компетенції Засновника та Уповноваженого органу управління.

організовує роботу КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» а щодо надання населенню, згідно з вимогами нормативно-правових актів медичної допомоги.

несе відповідальність за формування та виконання фінансового плану, плану використання бюджетних коштів і плану розвитку КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр», результати його господарської діяльності, виконання показників ефективності діяльності КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр», якість послуг, що надаються підприємством, використання наданого на праві оперативного

управління підприємству майна територіальної громади і доходу згідно з вимогами законодавства, статуту та укладених підприємством договорів.

користується правом розпорядження майном та коштами КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» відповідно до законодавства та статуту. Забезпечує ефективне використання і збереження закріпленого за підприємством на праві оперативного управління майна.

у межах своєї компетенції видає накази та інші акти, дає вказівки, обов'язкові для всіх підрозділів та працівників підприємства.

забезпечує контроль за веденням та зберіганням медичної та іншої документації.

вирішує інші питання, віднесені до компетенції керівника Підприємства згідно із законодавством, статутом та контрактом.

У разі відсутності директора або неможливості виконувати свої обов'язки з інших причин, обов'язки виконує заступник директора чи інша особа, визначена наказом Уповноваженого органу управління.

Структура Підприємства, порядок внутрішньої організації та сфери діяльності структурних підрозділів КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» затверджуються директором [52].

Функціональні обов'язки та посадові інструкції працівників КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» затверджуються його керівником.

Штатну чисельність Підприємства керівник визначає на власний розсуд та на підставі фінансового плану та плану використання бюджетних коштів

КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» самостійно здійснює оперативний, бухгалтерський облік, веде статистичну, бухгалтерську та медичну звітність і подає її органам, уповноваженим здійснювати контроль за відповідними напрямками діяльності підприємства у визначеному законодавством порядку.

Конкурентоспроможність медичної послуги залежить від ряду чинників, що впливають на пріоритетність вибору і визначають обсяг її реалізації на певному ринку:

- *техніко-економічних чинників*, які залежать від продуктивності і інтенсивності праці, витрат виробництва, наукоємності послуг - якість, продажна ціна і витрати на споживання послуги;

- *комерційних чинників*, які визначають умови реалізації послуги конкретному ринку - кон'юнктура ринку (гострота конкуренції, співвідношення між попитом і пропозицією на даному ринку, національні та регіональні особливості ринку, що впливають на формування платоспроможного попиту на дану послугу; сервіс, що надається (наявність місць для очікування, дотримання графіку надання послуг відповідно до часу запису, відсутність черг, інфраструктурне забезпечення); реклама (наявність і дієвість реклами і інших засобів дії на споживача з метою формування попиту); імідж медичного закладу (позитивна оцінка медичних послуг і персоналу пацієнтами, місце в рейтингах лікарів та лікувальних закладів);

- *нормативно-правових чинників*, які відображають вимоги технічної, екологічної і морально-етичної безпеки надання медичних послуг, затверджені протоколи лікування; у разі невідповідності медичних послуг діючим нормам і вимогам стандартів і законодавства вони не можуть бути реалізовані на даному ринку.

Критерії конкурентоспроможності медичної послуги - це якісна та (або) кількісна характеристика медичної послуги, що виступає основою для оцінки її конкурентоспроможності. За результатами аналізу літературних джерел і стандартів Ліфіцом І.М. нами систематизовані такі критерії *конкурентоспроможності медичних послуг*, характеристика яких наведена в табл. 2.1. Перші три критерії визначають корисність послуги, причому перелік одиничних показників першого критерію специфічний для кожної

групи послуги, а зміст другого і третього критеріїв у принципі ідентичний для всіх груп послуг.

Таблиця 2.1. Критерії конкурентоспроможності медичних послуг

Критерії	Характеристика
Критерій результату виконання послуги	Фактор регламентований стандартами на матеріальні послуги. Для оцінки результату надання медичних послуг думки споживача (пацієнта) недостатньо. Потрібна участь експертів і застосування спеціальних стандартів (наприклад, протоколів лікування). При оцінці критерію необхідно звертати увагу не лише на величину споживчого ефекту послуги, але і на стабільність рівня її якості (наявність діючої і сертифікованої системи якості в медичній організації).
Критерій умов обслуговування	Фактор визначається матеріально-технічною базою організації і набором послуг, які вона надає. Він повинен охоплювати лише ті послуги, які створюють зручності споживачу (організація і створення місць очікування в приміщенні закладу охорони здоров'я, прийом і зберігання речей пацієнтів тощо). Вимоги до матеріально-технічної бази як чиннику безпеки послуги регламентовані стандартами безпеки праці, будівельними, санітарними нормами і правилами і іншими обов'язковими нормами. Вимоги до умов обслуговування однотипні для всіх груп медичних послуг і вимагають отримання відповідних ліцензій і сертифікатів.
Критерій культури обслуговування	Критерій регламентований спеціальними стандартами, що визначають вимоги до медичного персоналу закладів охорони здоров'я. Особливу роль він відіграє у забезпеченні якості і конкурентоспроможності медичних послуг. Культура обслуговування залежить від професійності медичного персоналу.
Критерій доступності послуги	Критерій включає затрати грошових коштів і часу. Витрати, що передують обслуговуванню, значно перевершують затрати часу клієнта на безпосередній контакт з виконавцем послуги, досягаючи співвідношення 20:1. Оцінка затрат часу при обслуговуванні не може бути однозначною: великі затрати часу на очікування прийому оцінюються споживачем негативно, а на контакт з лікарем - позитивно. Не всі витрати часу повинні відображатися в критерії доступності (втрати часу на очікування прийому лікаря можуть бути враховані як в критерії умов обслуговування, так і в критерії доступності послуги).

Примітка. Систематизовано автором

За великої кількості факторів конкурентоспроможності товару на ринку, пріоритетну роль відіграють наступні:

1) корисність для потенційного споживача (споживча вартість або здатність задовольнити вимоги, що висуваються до даного типу і виду товару з боку споживача);

2) ціна послуги (при рівній корисності споживач надасть перевагу дешевшій послугі, але може придбати і дорожчу послугу, якщо

вона виявиться для нього кориснішою (наприклад послугу надає лікар вищої кваліфікації, який позитивно оцінюється пацієнтом, надає кваліфіковані консультації та прописує дієве лікування);

3) інноваційність послуги (введення важливої для покупця новизни у послугу, що робить її оригінальною, більш дієвою, надається на більш сучасному обладнанні або використовує більш сучасні матеріали (наприклад, стоматологія).

Перш за все для аналізу критеріїв конкурентоспроможності медичних послуг проведемо аналіз їх обсягу та структури у КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» за 2017-2019 рр. та визначимо, які з них користуються найбільшим попитом серед населення м. Хмельницького. Оскільки КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» є фактичним правонаступником Хмельницької міської поліклініки №1, Хмельницької міської поліклініки № 2, Хмельницької міської поліклініки №3, Хмельницької міської поліклініки №4 та комунального закладу «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр», то дані за 2017-2018 рр. є зведеним даними по цим лікувальним закладам.

Аналіз обсягу та структури медичних послуг КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» за 2017-2019 рр. наведено в табл. 2.2.

Отже, КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» надає повний спектр амбулаторно-поліклінічної допомоги за такими напрямками: пульмонологія, кардіологія, функціональна діагностика, невропатологія, УЗД-діагностика, гінекологія, алергологія, отоларингологія, гастроентерологія, ендокринологія, нефрологія, дієтологія, фізіотерапія, рентгенологія, урологія, травматологія та ортопедія, дерматовенерологія та інші види медичних послуг (лікувальна фізкультура, спортивна медицина, ендоскопія, онкохірургія, проктологія, анестезіологія, психотерапія, хірургія, сурдологія, імунологія, гематологія, стоматологія, тощо).

Таблиця 2.2. Обсяг та структура медичних послуг КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» за 2017-2019 рр.

№ з/п	Вид медичної послуги	2017 р.		2018 р.		2019 р.		Відхилення (+/-)	
		осіб	%	осіб	%	осіб	%	осіб	%
1.	Пульмонологічні послуги	10320	7,16	9869	6,82	9563	6,34	-757	-0,82
2.	Кардіологічні послуги	16789	11,65	17842	12,33	15789	10,47	-1000	-1,18
3.	Функціональна діагностика	6545	4,54	7265	5,02	8124	5,39	1579	0,84
4.	Послуги невропатолога	4157	2,89	3987	2,76	5126	3,40	969	0,51
5.	УЗД-діагностика	16628	11,54	18754	12,96	18694	12,39	2066	0,85
6.	Гінекологічні послуги	8694	6,03	6524	4,51	5987	3,97	-2707	-2,06
7.	Послуги алерголога	9124	6,33	7145	4,94	6982	4,63	-2142	-1,70
8.	Послуги отоларинголога	9786	6,79	8763	6,06	7986	5,30	-1800	-1,50
9.	Послуги гастроентеролога	11458	7,95	10257	7,09	11258	7,46	-200	-0,49
10.	Послуги ендокринолога	5042	3,50	6025	4,17	7021	4,66	1979	1,16
11.	Нефрологічні послуги	3267	2,27	3025	2,09	3581	2,37	314	0,11
12.	Послуги дієтолога	512	0,36	352	0,24	458	0,30	-54	-0,05
13.	Фізіотерапевтичні послуги	3651	2,53	4289	2,96	4962	3,29	1311	0,76
14.	Рентгенологічні послуги	14265	9,90	15287	10,57	17889	11,86	3624	1,96
15.	Урологічні послуги	4215	2,93	3562	2,46	4021	2,67	-194	-0,26
16.	Травматологічні та ортопедичні послуги	2864	1,99	3021	2,09	3628	2,41	764	0,42
17.	Дерматовенерологічні послуги	1278	0,89	1036	0,72	987	0,65	-291	-0,24
18.	Інші види медичних послуг	15487	10,75	17652	12,20	18763	12,44	3276	1,69
	Разом	144082	100	144655	100,00	150819	100,00	6737	0

Примітка. Складено автором на основі даних КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» [17-22]

Щодо усіх видів медичних послуг найбільшою популярністю користуються: кардіологічні послуги (10,47% в загальній структурі), УЗД-діагностика – 12,39% та рентгенологічні послуги (у т.ч. флюорографія) – 11,86%. Найменше в структурі медичних послуг КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» займають послуги дієтолога – 0,3% та дерматовенерологічні послуги – 0,65%. Такі тенденції ми пов'язуємо із тим фактом, що в переважній більшості випадків до дієтолога та дерматовенеролога пацієнти частіше звертаються в приватні клініки. Крім того, дієтолог працює лише на 0,5 ставки в поліклініці №4 і переважно в ранковий час, що не завжди зручно для пацієнтів, які працюють повний робочий день.

Щодо зміни обсягу надання медичних послуг, то необхідно відзначити їх абсолютне зростання на 6737 осіб або на 4,5%, за рахунок приросту обсягу надання послуг з функціональної діагностики, УЗД-діагностики, послуг ендокринолога, фізіотерапевтичних та рентгенологічних послуг, інших видів медичних послуг.

В цілому питома вага кожного виду медичних послуг КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» відображена на рис. 2.1.

Перелік платних послуг та їх вартість затверджене у КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр», наведено в додатку А.

Для визначення переліку найбільш популярних медичних послуг а також аутсайдерів такого асортименту доцільно, на нашу думку, провести АВС-аналіз. Цей вид аналізу базується на законі Паретто, відповідно до якого 20% зусиль дають лише 80% результату, а решта 80% - лише 20 відсотків.

Сучасний АВС-аналіз – це метод, який дозволяє здійснити класифікацію послуг за рівнем важливості з точки зору обсягів реалізації. Його сутність полягає у формуванні трьох класів послуг, які відрізняються

своєю важливістю та внеском в результати діяльності закладу охорони здоров'я. Тобто, для закладу охорони здоров'я важливими є послуги класу А, 20% обсягу яких забезпечує задоволення потреб 80% пацієнтів.

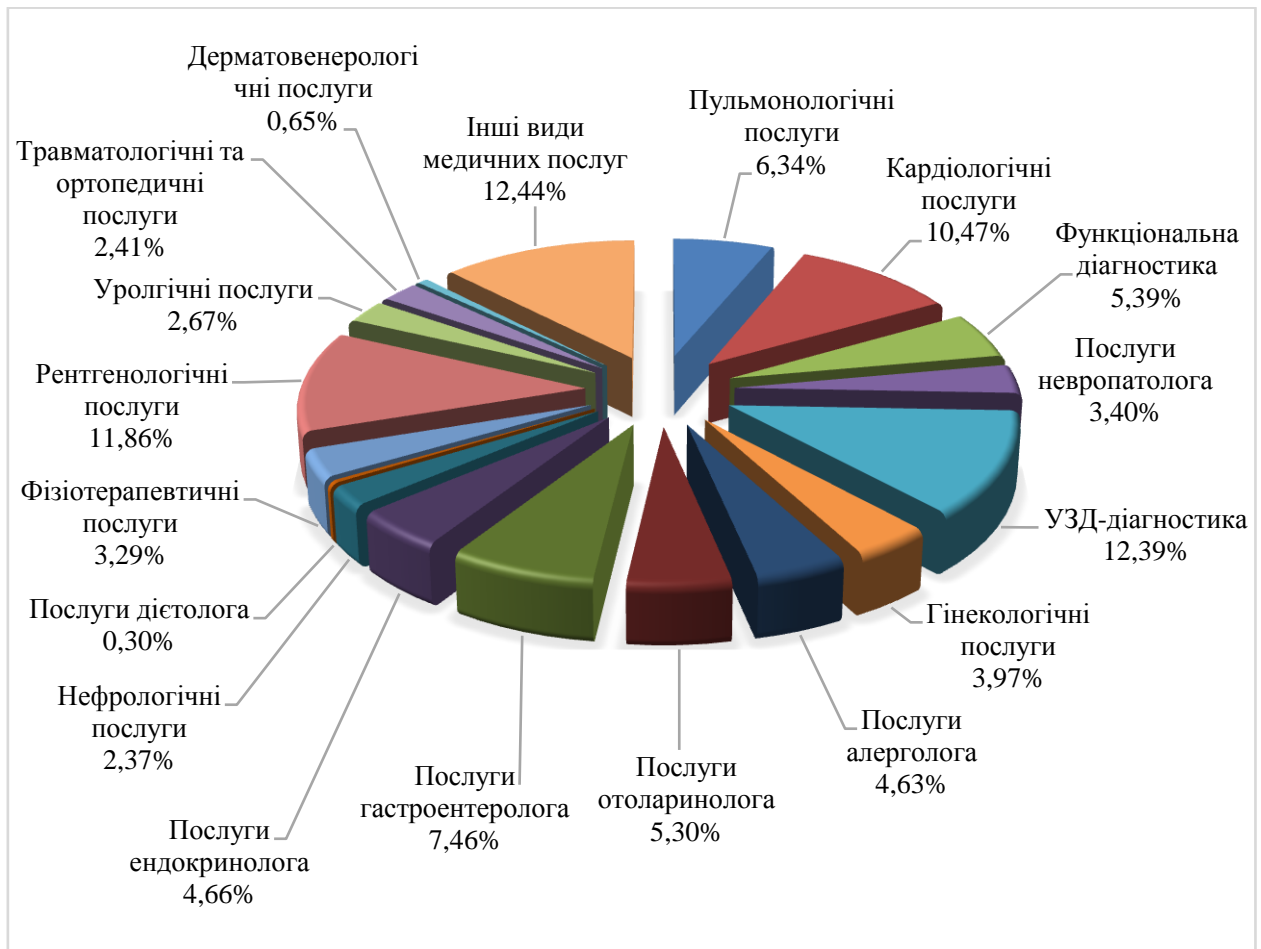


Рисунок 2.1 – Структура медичних послуг КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» у 2019 р.

Примітка. Складено автором на основі даних КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» [17-22]

При цьому медичні послуги цієї групи завжди повинні мати необхідне кадрове, матеріально-технічне та інфраструктурне забезпечення. В той же час 15% пацієнтів задовольняють свої потреби за рахунок 30% медичних послуг класу В та 5% пацієнтів задовольняють свої потреби за рахунок 50% медичних послуг класу С (побічна продукція).

Є. Голубков зазначає, що медичним послугам класу А необхідно приділяти особливу увагу та постійно проводити щоденний їх моніторинг.

Що стосується послуг класу В та С, то кожного дня проводити аналіз недоцільно [5]. Загальний алгоритм проведення АВС-аналізу наступний:

- 1) визначитися з об'єктами аналізу;
- 2) визначити параметри, за яким буде проводитися аналіз об'єкта;
- 3) сортування параметра в порядку зменшення значення параметра;
- 4) визначення груп А, В та С [16].

Особливість функціонування медичних закладів впливає і на асортимент послуг. Проведемо АВС-аналіз для послуг КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр»(табл. 2.2).

Таблиця 2.2. АВС-аналіз медичних послуг КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр»

№ з/п	Назва медичної послуги	Обсяг наданих послуг за 3 роки	Частка в загальному обсязі, %	Частка в загальному обсязі з накопичувальним підсумком, %	Клас
1	2	3	4	5	6
1.	УЗД-діагностика	54076	12,3	12,3	А (81,78%)
2.	Інші види медичних послуг	51902	11,81	24,11	
3.	Кардіологічні послуги	50420	11,47	35,58	
4.	Рентгенологічні послуги	47441	10,79	46,37	
5.	Послуги гастроентеролога	32973	7,5	53,87	
6.	Пульмонологічні послуги	29752	6,77	60,64	
7.	Послуги отоларинголога	26535	6,04	66,68	
8.	Послуги алерголога	23251	5,29	71,97	
9.	Функціональна діагностика	21934	4,99	76,96	
10.	Гінекологічні послуги	21205	4,82	81,78	
11.	Послуги ендокринолога	18088	4,12	85,9	В (12,76%)
12.	Послуги невропатолога	13270	3,02	88,92	
13.	Фізіотерапевтичні послуги	12902	2,94	91,86	
14.	Урологічні послуги	11798	2,68	94,54	
15.	Нефрологічні послуги	9873	2,25	96,79	С (5,16%)
16.	Травматологічні та ортопедичні послуги	9513	2,16	98,95	
17.	Дерматовенерологічні послуги	3301	0,75	99,7	
18.	Послуги дієтолога	1322	0,3	100	

Разом	439556	100	-	-
-------	--------	-----	---	---

Примітка. Розраховано автором

Таким чином, до класу А ми віднесли такі види медичних послуг: УЗД-діагностика, інші види медичних послуг, кардіологічні послуги, рентгенологічні послуги, послуги гастроентеролога, пульмонологічні послуги, послуги отоларинголога, послуги алерголога, функціональна діагностика та гінекологічні послуги. До класу В віднесено: послуги ендокринолога, невропатолога, фізіотерапевтичні та урологічні послуги. В свою чергу до класу С віднесені нефрологічні послуги, травматологічні та ортопедичні послуги, дерматовенерологічні послуги, послуги дієтолога.

Діаграма Паретто (рис. 2.2) наочно демонструє забезпечення більшої частини обслуговування пацієнтів за рахунок надання медичних послуг класу А.

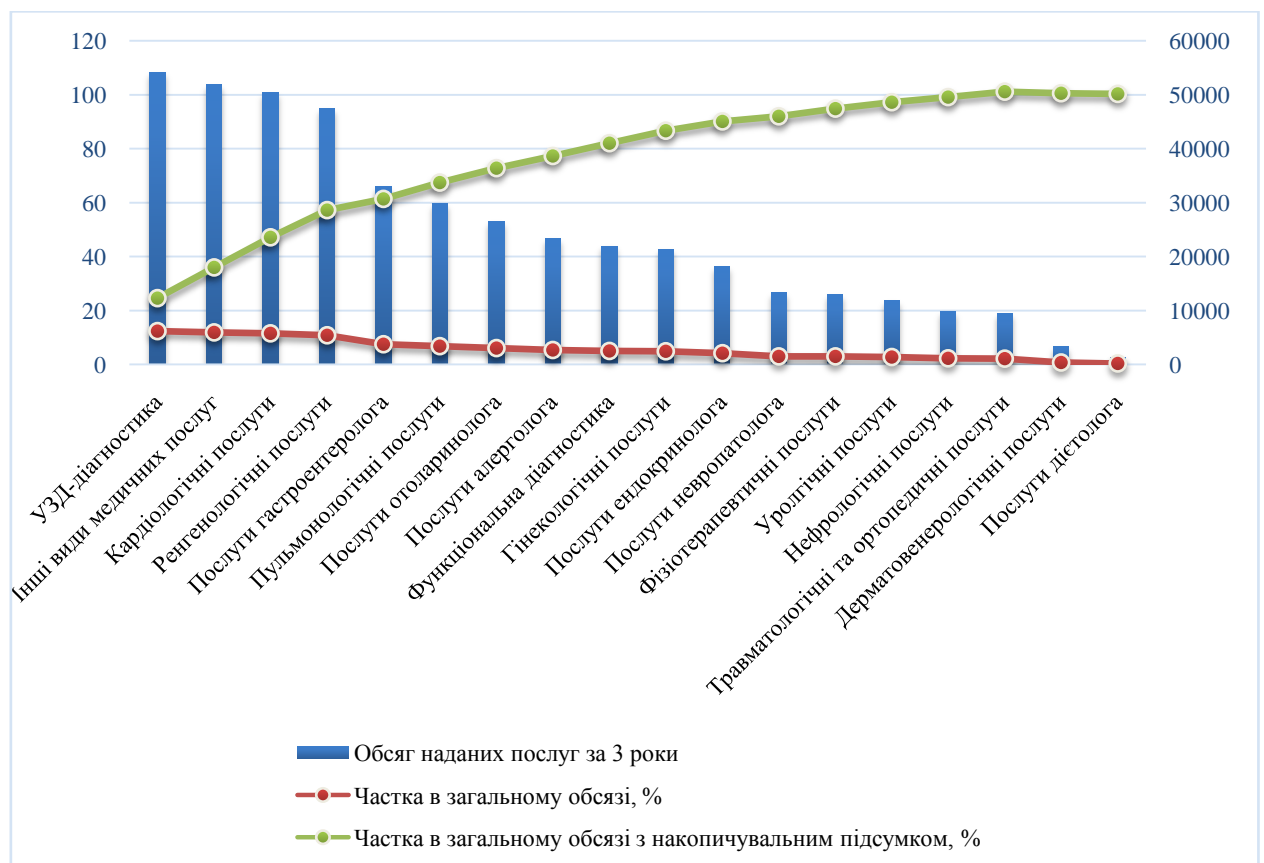


Рисунок 2.4. – Діаграма Паретто для визначення найбільш значимих видів послуг КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр»

Примітка. Складено автором на основі даних табл. 2.2

Керівництву підприємства необхідно приділити увагу збільшенню питомої ваги медичних послуг у складі класу В приблизно на 3%, переважно за рахунок підвищення конкурентоспроможності медичних послуг класу С.

З метою забезпечення переходу послуг з класу С до класу В рекомендовано збільшувати їх обсяг за рахунок кращого кадрового та технічного забезпечення а також шляхом використання більш сучасних технологій лікування. Так, дієтологу доцільно використовувати в своїй роботі сучасні технології збалансованого харчування, забезпечувати рекламу та просування власних послуг через пацієнтів. .

Таким чином, проведення класичного АВС аналізу є одним із дієвих способів формування правильної асортиментної політики. Якщо проводити регулярно (щомісячно, щокварталу), то можна розробити власну стратегію для переведення непопулярних медичних послуг з класу С до класу В. Це можливо за рахунок покращення їх якості, запровадження нових видів діяльності тощо.

Тепер детально проаналізуємо критерії конкурентоспроможності медичних послуг КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр». Для цього ми з 20 липня по 20 серпня розмістили в реєстратурі Поліклініки № 1 та №4 анкету №1 (додаток Б) та провели опитування пацієнтів щодо результату надання медичних послуг, умов їх надання, культури обслуговування та доступності медичної послуги.

В опитуванні взяли участь 100 респондентів віком від 18 до 83 років. Віковий склад опитаних такий: 18-30 років – 12%; 31-45 років – 28%; 46-60 років – 35%; 60 років і старше – 30%.

Результати опитування респондентів щодо відповіді на питання «Чому для отримання медичної послуги Ви обрали саме наш заклад?» відображено на рис. 2.3.

Отже, 89% опитаних звернулись в медичний заклад, оскільки послуги є безкоштовними; 75% мотивувались направленням від сімейного лікаря; 64% вважають, що можуть отримати тут фахову консультацію; 34%

звернулись у найближчий лікувальний заклад; а 28% вважають що система черг та реєстрації на запис є достатньо зручною. Однак старшого віку частіше використовують для запису стару систему в реєстратурі, натомість як вікові категорії до 45 років частіше використовують ресурс <https://medics.com.ua/>.

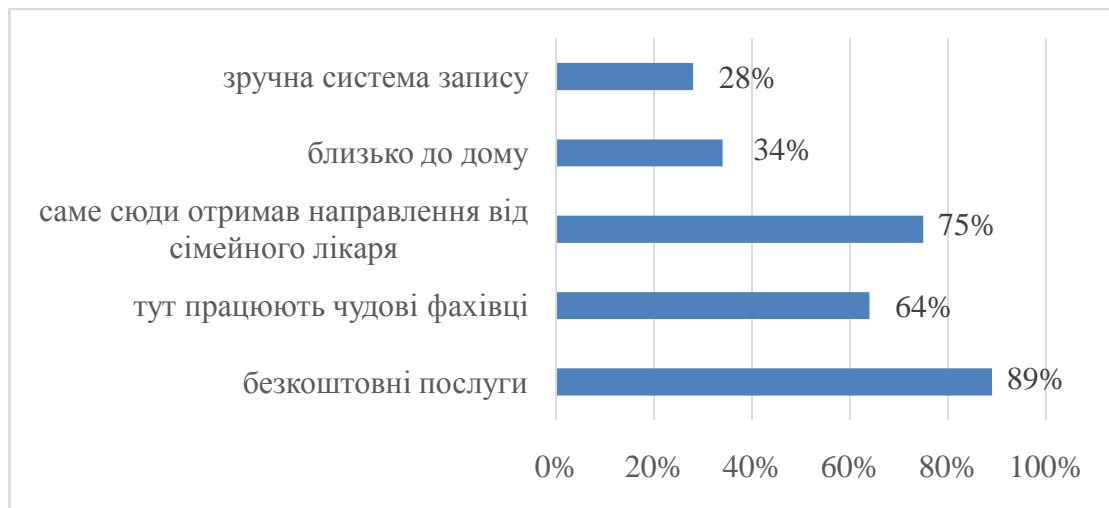


Рисунок 2.3 – Відповіді респондентів на питання «Чому для отримання медичної послуги Ви обрали саме наш заклад?»

Примітка. Систематизовано автором на основі опитування пацієнтів КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр»

Щодо критерію результативності послуги, то 72% опитаних цілком задоволені процесом лікування; 9% взагалі не задоволені результатами лікування, 19% стверджують, що в цілому задоволені, але є певні проблемні моменти. Зокрема це стосується, того що лікарі прописували дорогі лікування (за наявності вітчизняних дешевших аналогів), пропонували пройти додаткове платне обстеження в комерційному закладі, спрямовували на платні аналізи в комерційні лабораторії тощо.

Щодо матеріально-технічного забезпечення процесу надання медичних послуг у КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр», то 43% пацієнтів цілком задовольняють умови медичного обслуговування, 57% респондентів вказали на окремі негативні моменти. Зокрема: 5% зазначили, що гардероб працює не завжди; 22% стверджують,

що у поліклініках недостатньо місць для очікувань та, вони незручні та не пристосовані для тривалого очікування, а іноді їх просто не вистачає та доводиться стояти; 5% написали, що в кабінеті лікаря немає місця для речей пацієнта, немає можливості комфортно проводити огляд (не відгороджена оглядова частина); 38% відзначили, що для огляду/консультації купували рукавички, одноразові набори, приносили для фізіотерапії свої ліки тощо; 25% стверджують, що лікарів використовують старе обладнання, яке не дає бажаного результату лікування/достовірну постановку діагнозу. Окрема думка була відзначена 2 респондентами щодо кабінету ЕКГ та флюорографії, де відсутні індивідуальні місця для речей.

Щодо задоволення процесом консультування та діагностики рис. 2.4., то 72% респондентів задоволені і особистим ставленням і професійним рівнем лікарів, 15% стверджують, що лікар був дуже уважним, але діагноз було встановлено невірною; 6% говорять про зверхнє ставлення спеціаліста, а 3% стверджують про низький професійний рівень та погані особисті якості лікарів.

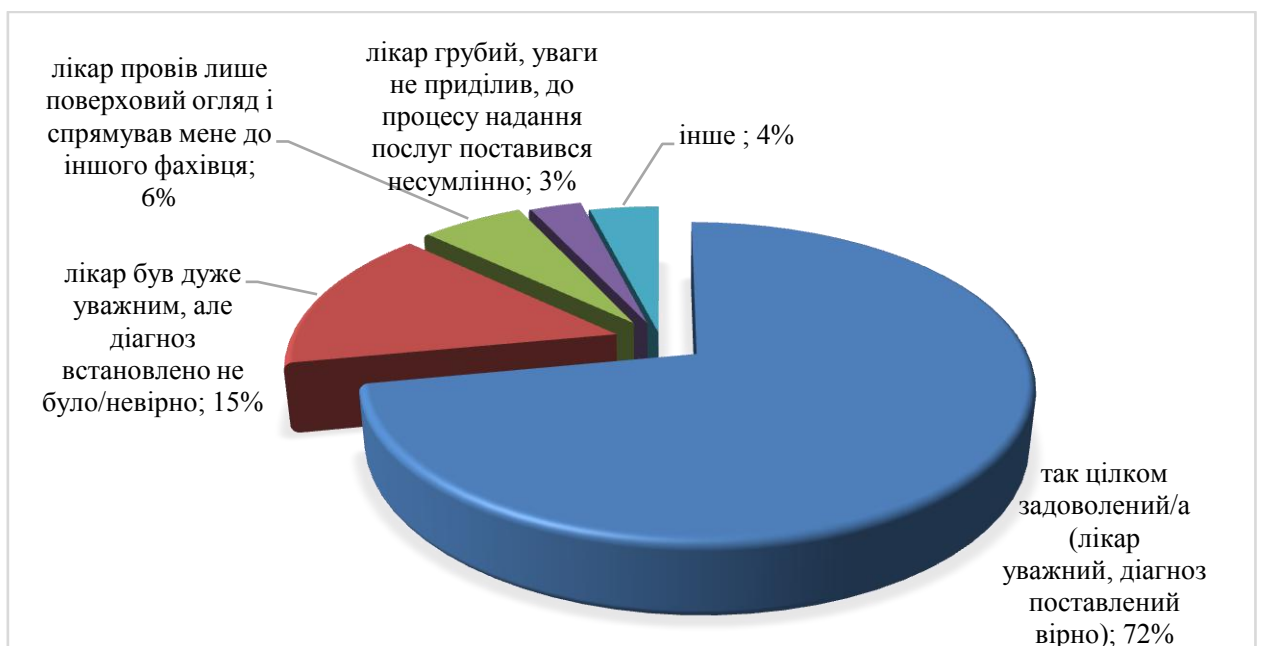


Рисунок 2.4 – Відповіді респондентів на питання «Чи задоволені Ви процесом консультування та діагностики?»

Примітка. Систематизовано автором на основі опитування пацієнтів КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр»

Крім того 4% респондентів стверджують що лікарі спізнювались на прийом, займались під час прийому вирішенням особистих проблем (телефонні розмови, переписка в соцмережах, нерегламентовані перерви на каву тощо) чим порушували графік прийому та змушували пацієнтів очікувати.

Опитування також засвідчило, що середня тривалість консультації у лікаря складала 15 хвили (63% відповідей), 5% респондентів консультували лише 10 хвилин; 24% - протягом 20 хвилин і 8% отримували медичну послугу більше 30 хвилин.

Щодо того чи дотримувався медичний персонал санітарно-гігієнічних норм, то 48% стверджували, що цілком дотримувались, 34% стверджували що це було частково (зокрема не замінялись одноразові рукавички після огляду, на кушетці не змінювалась серветка; УЗД-апарат не оброблявся відповідними розчинами після обстеження попереднього пацієнта). 18% стверджують, що вони не впевненні чи медперсонал взагалі дотримувався санітарних норм.

Очікування в черзі в середньому складало до 30 хвилин (73% опитаних), однак 16% чекали близько 45 хвилин і 11% очікували більше години. Так, зокрема досить часто очікування біля кабінету УЗД-діагностики складає більше години, незважаючи на попередній запис, також значні черги утворюються у кардіолога і в кабінеті ЕКГ. Певний час затримки із обслуговуванням у час пікових профоглядів утворюються і в кабінеті флюорографії.

Основна частина пацієнтів – 56% очікували на запис у фахівця 1-2 дні, однак 25% опитаних стверджують, що запис на безкоштовне УЗД-обстеження можна чекати місяць, за тиждень необхідно записуватись у алерголога та кардіолога. Іноді вузькопрофільних фахівців можна було

очікувати і 2 місяця у зв'язку із їх відпусткою/навчанням/підвищенням кваліфікації. Крім того, окремі консультації фахівці надають лише в певні дні тижня і переважно в ранкові години, що не завжди зручно для працюючих.

Щодо доступності самої послуги, то 82% пацієнтів витрачають 15-20 хвилин, щоб дістатися до місця лікування, 10% - 30-40 хвилин і 8% витрачають на дорогу більше години. Отже територіальна близькість лікувального закладу особливо для літніх людей є важливою.

Таким чином, аналіз критеріїв конкурентоспроможності медичних послуг КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» свідчить, що переважна частина опитаних задоволені результатами лікування, однак не задоволена процесом надання послуг, що пов'язано із проблемами матеріально-технічного та інфраструктурного характеру а також особливостями запису до окремих лікарів та дотримання ними санітарно-гігієнічних правил.

2.2. Оцінювання конкурентоспроможності медичних послуг закладу охорони здоров'я

Конкурентоспроможність послуги визначає її здатність задовольняти потреби клієнта в порівнянні з іншими послугами-конкурентами в умовах певного ринку. Ринок медичних послуг суттєво відрізняється від інших тим, що на ньому рішення клієнт (пацієнт) приймає на підставі рекомендацій лікаря і в обмеженнях державного регулювання ринку. Це означає, що на ринку наявні не всі можливі продукти, а тільки ті, які пройшли клінічні випробування або дозволені регулятором (Міністерством охорони здоров'я України) до використання. Оцінка конкурентоспроможності таких послуг теж є достатньо специфічною, оскільки визначається не співвідношенням ефекту до затрат а співвідношенням рівня якості (задоволення потреби) послуги пацієнта до

витрат на отримання такої послуги. Використаємо два підходи до оцінки конкурентоспроможності медичних послуг КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр».

Перший підхід аналітичний і передбачає порівняння послуг на основі співставлення параметрів якості та вартості медичних послуг. Для цього ми оберемо одну із найпопулярніших медичних послуг КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» УЗД органів черевної порожнини та порівняємо її з аналогічним видом послуг, які надаються Медичним центром «Міламед», Медичним центром «Оксфорд Медікал», Медичним центром «Марія».

Для цього спочатку визначимо основні параметри якості УЗД-обстеження органів черевної порожнини та встановимо коефіцієнти вагомості параметрів. Для цього ми запропонували 5-м експертам (незацікавленим лікарям УЗД-діагностики) провести оцінку якості послуг за 10-бальною шкалою (табл. 2.3).

Таблиця 2.3. Основні параметри якості УЗД-обстеження органів черевної порожнини

№	Параметр	Розмірність параметра	Медичний заклад				Коефіцієнт вагомості параметра
			КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр»	«Міламед»	«Оксфорд Медікал»	«Марія»	
1.	Точність постановки діагнозу	бал	7	9	8	7	0,3
2.	Якість/сучасність медичного обладнання	бал	5	10	9	10	0,19
3.	Професійність лікаря	бал	8	9	9	8	0,21
4.	Дотримання санітарно-гігієнічних правил	бал	6	9	9	10	0,2
5.	Час очікування на запис	бал	4	9	9	10	0,1

Примітка. Систематизовано автором на основі результатів опитування

Розрахунок інтегрального показника конкурентоспроможності послуги (K_{int}) здійснюють за формулою:

$$K_{int} = I_{ЯП} / I_{ЕП}, \quad (2.1)$$

де $I_{ЯП}$ – індекс якісних параметрів (індекс якості);

$I_{ЕП}$ – індекс економічних параметрів (індекс цін).

Для розрахунку індексу якісних параметрів використовують формулу:

$$I_{ЯП} = \sum_{i=1}^n q_i * v_i, \quad (2.2)$$

де q_i - одиничний показник i -го якісного параметра;

v_i - коефіцієнт вагомості i -го параметра.

Численні одиничні показники якісних параметрів визначаються таким чином:

$$q_i = P_{оцін} / P_{баз}, \quad (2.3)$$

де $P_{оцін}$ – значення конкретного параметра оцінюваного виробу;

$P_{баз}$ - значення цього ж параметра базового виробу [25].

Розрахуємо q_i для УЗД послуг усіх чотирьох закладів охорони здоров'я (табл. 2.4). При цьому у якості базової оберемо послуги КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр».

Таблиця 2.4. Основні параметри якості УЗД-обстеження органів черевної порожнини

№	Параметр	Розмірність параметра	Медичний заклад			Коефіцієнт вагомості параметра	
			КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр»	«Міламед»	«Оксфорд Медікал»		«Марія»
1.	Точність постановки діагнозу	бал	1,00	1,29	1,14	1,00	0,3
2.	Якість/сучасність медичного обладнання	бал	1,00	2,00	1,80	2,00	0,19
3.	Професійність лікаря	бал	1,00	1,13	1,13	1,00	0,21
4.	Дотримання санітарно-гігієнічних правил	бал	1,00	1,50	1,50	1,67	0,2

5.	Час очікування на запис	бал	1,00	2,25	2,25	2,50	0,1
	Індекс якісних параметрів	Од.	1,00	1,53	1,45	1,47	-

Примітка. Розраховано автором

Розрахуємо індекс якісних параметрів для послуг медичних центрів «Міламед», «Оксфорд Медікал» та «Марія»

$$I_{ЯП \text{ «Міламед»}} = 1,29*0,3 + 2*0,19 + 1,3*0,2 + 1,5*0,2 + 2,25*0,1 = 1,53$$

$$I_{ЯП \text{ «Оксфорд Медікал»}} = 1,14*0,3 + 1,8*0,19 + 1,13*0,2 + 1,5*0,2 + 2,25*0,1 = 1,45$$

$$I_{ЯП \text{ «Марія»}} = 1*0,3 + 2*0,19 + 1*0,2 + 1,67*0,2 + 2,5*0,1 = 1,47$$

Для розрахунку індексу економічних параметрів використовують формулу:

$$I_{ЕП} = \frac{Ц_{спож}^{оцін}}{Ц_{спож}^{баз}}, \quad (2.4)$$

де $Ц_{спож}^{оцін}$, $Ц_{спож}^{баз}$ — ціна споживання відповідно оцінюваної та базової послуги.

Визначимо ціну споживання УЗД послуг усіх чотирьох закладів охорони здоров'я (табл. 2.5). Ціна послуги для КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» визначена на основі даних додатку А, а інших закладів – на основі ціни, визначеної на сайті.

Таблиця 2.5. Основні параметри якості УЗД-обстеження органів черевної порожнини

№	Показник	Розмірність параметра	Медичний заклад			
			КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр»	«Міламед»	«Оксфорд Медікал»	«Марія»
1.	Ціна	Грн.	87,46	350	380	400
2.	$I_{ЕП}$	од.	1	4,00	4,34	4,57

Примітка. Сформовано автором на основі даних додатку А та [60-62]

Розрахуємо індекс економічних параметрів:

$$I_{ЕП \text{ «Міламед»}} = 350:87,46 = 4$$

$$I_{\text{ЕП}} \text{ «Оксфорд Медікал»} = 380:87,46 = 4,34$$

$$I_{\text{ЕП}} \text{ «Марія»} = 400:87,46 = 4,57$$

Тепер розрахуємо інтегральний показник конкурентоспроможності послуги ($K_{\text{інт}}$) для всіх медичних закладів

$$K_{\text{інт}} \text{ «Міламед»} = 1,53:4 = 0,38$$

$$K_{\text{інт}} \text{ «Оксфорд Медікал»} = 1,45:4,34 = 0,33$$

$$K_{\text{інт}} \text{ «Марія»} = 1,47:4,57 = 0,32$$

Якщо $K_{\text{інт}} > 1$, то оцінювана послуга вважається більш конкурентоспроможною, ніж послуга-аналог, обрана за базу для порівняння; якщо $K_{\text{інт}} < 1$, то рівень конкурентоспроможності оцінюваної послуги є нижчою, ніж у послуги суперника; якщо $K_{\text{інт}} = 1$, то ця ситуація інтерпретується як тотожність рівнів конкурентоспроможності обох послуг. Отримані результати переконливо свідчать, що послуга УЗД-обстеження черевної порожнини, яка надається КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» є більш конкурентоспроможною, однак основна її перевага формується на основі низької ціни послуги у випадку її комерційного надання. Натомість якісні параметри значно програють основним конкурентам і за технічними і за сервісними параметрами. Це пояснюється тим, що комерційні медичні установи мають змогу фінансувати придбання кращого медичного обладнання а також оплачувати працю більш кваліфікованим фахівцям та встановлювати для пацієнтів зручний графік прийому.

Будь-яка послуга і медична в тому числі, може бути оцінена мінімум за двома складовими: власне сам процес надання послуги і корисний ефект, отриманий в результаті її надання (в даному випадку мова йде про кількісні фактори, що впливають на якість послуги, їх можна оцінити за допомогою об'єктивних показників); очікування клієнта (пацієнта) від наданої йому послуги (в даному випадку мова йде про те, як пацієнт представляє процес і результат від наданої послуги, сюди можна віднести весь комплекс

суб'єктивних уявлень клієнта про те, як повинна надаватися послуга, який сервіс повинен пропонуватися, які результати повинні бути отримані) [5].

Часом в силу різних причин аналіз обох складових послуги може дати протилежні результати. У разі, якщо послуга надана якісно за всіма об'єктивними показниками, але клієнт залишається незадоволений, то причини цього можуть бути наступні

- незадовільний сервіс (негативні емоції, отримані в процесі надання перевершують корисний ефект від послуги);

- корисний ефект від послуги менший, ніж розраховував пацієнт. Дана ситуація може виникнути, коли медичний вплив не в силах повністю або навіть частково ліквідувати захворювання. Іншими словами, не дивлячись на те, що пацієнт готовий платити за послугу, заклад охорони здоров'я і медицина в цілому не здатна вилікувати хворого [7].

При цьому можуть виникати випадки, коли неякісно надана послуга може повністю задовольнити пацієнта, при цьому корисний ефект може бути відсутнім або досягнутий частково в силу різного роду випадковостей. Причини тут такі:

- агресивний сервіс при наданні послуги. Пацієнт в процесі надання послуги потрапляє в середовище, де крім основної послуги, отримання якої є метою звернення в даний медичний заклад, він також отримує ряд сутніх послуг, які при цьому не впливають на результат від надання основної. Іншими словами, хворий отримує ряд безкоштовних і непотрібних сервісів, які при цьому створюють сприятливий емоційний фон, що дозволяє згладити негативний ефект від надання основної послуги.

- ефект плацебо. Вживання цього терміну не зовсім виправдано з медичної точки зору, так як дане поняття не до кінця вивчено і по ньому немає однозначної думки науковців. Однак його суть цілком підходить для пояснення ситуації, коли пацієнт отримує неякісну послугу, але при цьому впевнений, що захворювання вилікуване і що його самопочуття

покращилося. В даному випадку мова йде про різні комплекси медичних послуг, пов'язаних з нетрадиційними медичними методами. Найчастіше вони застосовуються при загальному оздоровленні організму, лікуванні невиліковних захворювань, боротьбі із зайвою вагою, у косметології та т. д. [15]

Все вищесказане ускладнює аналіз конкурентоспроможності медичної послуги на основі очікувань пацієнта. Однак не варто відмовлятися від даного методу, тому що, крім основного його недоліку – суб'єктивності, у нього є ряд переваг перед іншими методами, а саме:

– відносна простота отримання даних (дані можна отримати шляхом опитування клієнтів різних закладів охорони здоров'я, а також на основі аналізу відгуків з різних тематичних інтернет-форумів).

– отримані результати в ході опитувань досить легко аналізувати, у зв'язку з тим, що спочатку вже закладені критерії оцінки.

– очікування пацієнтів – найважливіша інформація, на основі якої заклад охорони здоров'я повинен формувати стратегію свого розвитку, а також оцінювати якість своєї діяльності.

Застосування методу очікувань пацієнтів дозволить комплексно оцінити конкурентоспроможність медичних послуг. Основним джерелом даних для дослідження є емпіричний матеріал, отриманий в ході опитування клієнтів закладів охорони здоров'я. Анкету, ми склали на основі таблиці атрибутів послуги (табл. 2.6), що застосовується в методі SERVPERF і адаптовано до специфіки медичної послуги.

Таблиця 2.6. Критерії оцінки конкурентоспроможності медичної послуги на основі методу SERVPERF

Потенційна якість	Пропозиція всеосяжної послуги
	Наявність необхідного персоналу
	Наявність необхідних технічних засобів
	Наявність необхідної філософії менеджменту
	Низька плинність персоналу
	Наявність мережі партнерів / філій
Жорстка якість процесу	Виконання розкладу
	Утримання в рамках бюджету
	Дотримання термінів

	Контроль деталей
	Правильно і точно поставлений діагноз
М'яка якість процесу	Зацікавленість закладу в швидкому одужанні клієнта
	Конструктивний діалог лікаря і пацієнта
	Відкритість для пропозицій / ідей
	Приємна зовнішність
	Аргументованість, якщо це необхідно
	Турбота про інтереси пацієнта
Фінальна якість продукту	Досягнення цілей
	Наявність помітного ефекту
	Попередження та профілактика інших захворювань клієнта
	Використання нестандартних методів лікування при наданні послуги
	Відповідність отриманого результату від лікування запитам пацієнта

Джерело: [5]

Для оцінювання рівня конкурентоспроможності послуги ми запропонували анкету (додаток В) 12 експертам, які користуються послугами як КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр», такі і послугами медичного центру «Оксфорд Медікал». Респондентам пропонувалось оцінити конкурентоспроможність послуг за 15 параметрами, шляхом встановлення 5-бальної оцінки. Результати оцінювання медичних послуг КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» наведено в табл. 2.7

Таблиця 2.7. Результати опитування пацієнтів щодо конкурентоспроможності медичних послуг КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр»

№ питання	№ респондента												Середній бал
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
1	5	4	4	4	3	5	5	5	4	5	4	4	4,33
2	3	3	2	3	3	3	4	3	3	4	4	3	3,17
3	3	4	4	4	5	4	4	3	4	5	3	4	3,92
4	4	5	3	4	4	4	4	5	4	3	4	3	3,92
5	3	3	2	3	4	3	4	4	2	3	4	3	3,17
6	3	4	3	3	4	3	4	3	4	4	3	4	3,50
7	3	4	4	4	3	4	4	3	4	4	3	3	3,58
8	4	4	5	4	5	4	3	4	4	5	3	4	4,08
9	4	3	4	3	3	4	4	4	3	3	3	3	3,42
10	4	3	3	4	3	4	4	3	3	4	4	3	3,50
11	4	3	4	4	3	4	5	4	3	4	4	4	3,83
12	4	3	3	4	4	4	4	4	4	3	3	4	3,67
13	4	3	4	3	4	4	4	3	4	3	4	3	3,58

14	3	4	4	4	4	5	4	3	3	4	3	3	3,67
15	3	3	4	3	4	3	4	4	3	4	4	3	3,50

Примітка. Розраховано автором на основі відповідей респондентів

Отримані дані свідчать, що респонденти вище за середній рівень оцінили параметри конкурентоспроможності медичних послуг, особливо це стосується кваліфікації персоналу та доступності її отримання.

Тепер наведемо оцінку по медичному центру «Оксфорд-медікал» (табл. 2.8)

Таблиця 2.8. Результати опитування пацієнтів щодо конкурентоспроможності медичних послуг медичного центру «Оксфорд-медікал»

№ питання	№ респондента												Середній бал
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
1	4	5	3	3	4	4	4	5	3	5	4	2	3,83
2	3	5	4	3	3	4	4	4	3	4	4	2	3,58
3	4	4	4	5	4	4	5	5	4	5	3	3	4,17
4	5	5	4	4	4	5	5	5	4	3	4	3	4,25
5	4	4	3	3	4	4	4	4	3	3	4	3	3,58
6	5	5	5	4	4	3	5	5	4	5	5	2	4,33
7	3	4	4	4	3	4	4	3	4	4	3	3	3,58
8	5	5	4	4	5	4	3	5	4	4	3	4	4,17
9	3	3	4	2	4	4	4	3	4	3	3	3	3,33
10	3	4	3	4	4	4	4	4	3	4	4	3	3,67
11	4	4	5	4	3	5	5	2	3	4	5	3	3,92
12	3	3	4	4	5	4	3	4	5	4	3	4	3,83
13	3	4	4	3	4	4	3	4	4	5	3	3	3,67
14	4	4	4	3	5	4	4	5	4	4	4	3	4,00
15	4	4	4	3	4	3	4	4	3	4	4	2	3,58

Примітка. Розраховано автором на основі відповідей респондентів

Згідно отриманих відповідей респонденти оцінили послуги медичного центру «Оксфорд-медікал» більш високо. Відобразимо порівняльну характеристику оцінки показників за допомогою діаграми (рис. 2.5)



Рисунок 2.5 – Порівняльна характеристика конкурентоспроможності медичних послуг

Примітка. Складено автором

Отже, наведені дані свідчать, що медичний центр «Оксфордмедікал» практично за усіма показниками випереджає КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр». Зокрема це стосується таких показників як ввічливість і чуйність персоналу, стан медичного обладнання, час очікування в черзі, оснащеність кабінету сучасною медичною технікою, позитивні зміни стану здоров'я тощо. Однак є позитивні моменти: у КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» більш кваліфіковані лікарі, майже однаковий ступінь задоволеності послугою а також краща цінова політика.

Середнє арифметичне значення показників свідчить, що пацієнти КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» оцінюють конкурентоспроможність медичних послуг у 3,66 бали з 5 можливих, тоді як клієнти медичного центру «Оксфорд медікал» у 3,83.

Таким чином керівництву КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» доцільно звернути увагу на проблемні аспекти надання медичних послуг, пов'язані із їх якістю: зокрема підвищити рівень

технічного оснащення, забезпечити лікарів необхідними матеріалами, раціонально планувати прийом пацієнтів з метою уникнення черг та забезпечувати заміну вузькопрофільного фахівця на момент його відсутності (відпустка, лікарняне, навчання). Крім того, на нашу думку доцільним є запровадження системи контролю якості медичної послуги.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМИ ПІДВИЩЕННЯ КОНКУРЕНТОСПРОМОЖНОСТІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Аудит якості медичних послуг як спосіб забезпечення їх конкурентоспроможності

Як свідчать результати проведеного у попередньому розділі дослідження КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» потребує покращення якості медичних послуг для такого щоб забезпечити їх конкурентоспроможність на ринку медичної допомоги. З цією метою ми пропонуємо запровадити в закладі охорони здоров'я аудит якості медичних послуг, що забезпечуватиме їх постійний моніторинг.

Надання адекватної медичної допомоги - одна найважливіших завдань в сфері охорони здоров'я в усьому світі. Однак на сьогодні в медичній системі виявляється ряд проблем, пов'язаних з недостатністю точним знанням медичним персоналом сучасних способів діагностики і лікування, актуальних класифікацій, клінічних рекомендацій, а також з посереднім матеріальним забезпеченням, в тому числі виявляються дефекти управління і організації [8, 9]. Ці фактори суттєво знижують якість надання медичних послуг. Для поліпшення якості надання медичної допомоги застосовується ряд стратегій, заснованих на принципах аналізу і контролю діяльності медичних закладів та підвищення кваліфікації їх працівників.

Аудит – систематичний процес збору, документування та оцінки інформації з метою визначення відповідності роботи організації встановленим стандартам якості [13].

У практиці роботи медичних установ аудит відіграє важливу роль у всіх своїх формах. Виділяють планові (на підставі заздалегідь відомої програми) і позапланові аудити, при цьому планові аудити проводяться не

рідше 1 разу на рік [13].

За належністю аудиторів виділяють аудити першою, другою і третьою стороною [13]. Аудит першою стороною (внутрішній аудит) здійснюється безпосередньо адміністрацією медичної організації. Метою внутрішнього аудиту, як правило, є підвищення ефективності управління персоналом, виявлення помилок в роботі, підготовка до зовнішнього аудиту. За результатами аудиту першої стороною зазвичай активно використовуються заходи адміністративного впливу на медичний персонал та інші адміністративні інструменти впливу на роботу установи.

Аудити другою і третьою стороною відносяться до зовнішнього аудиту. Аудит другою стороною здійснюється сторонньою організацією в її власних цілях. До цієї категорії відносяться перевірки, що проводяться органами управління охороною здоров'я всіх рівнів, страховими компаніями в рамках відомчого та позавідомчого контролю. Аудит третьою стороною проводиться незацікавленою організацією, до нього відноситься, наприклад, сертифікаційний аудит.

Для підвищення якості, а отже і конкурентоспроможності медичних послуг пропонуємо проводити щорічний клінічний аудит у КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр».

Відповідно до головних принципів клінічного аудиту вважаємо за доцільне застосовувати таку схему оцінки якості медичної допомоги хворим КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» (рис 1). Характерною особливістю наведеної схеми оцінки є використання протоколів лікування, затверджених МОЗ України. Схема відображає основні етапи клінічного аудиту та їх черговість. Оцінюється діяльність лікарів по наданню лікувально-діагностичної допомоги хворим КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр».

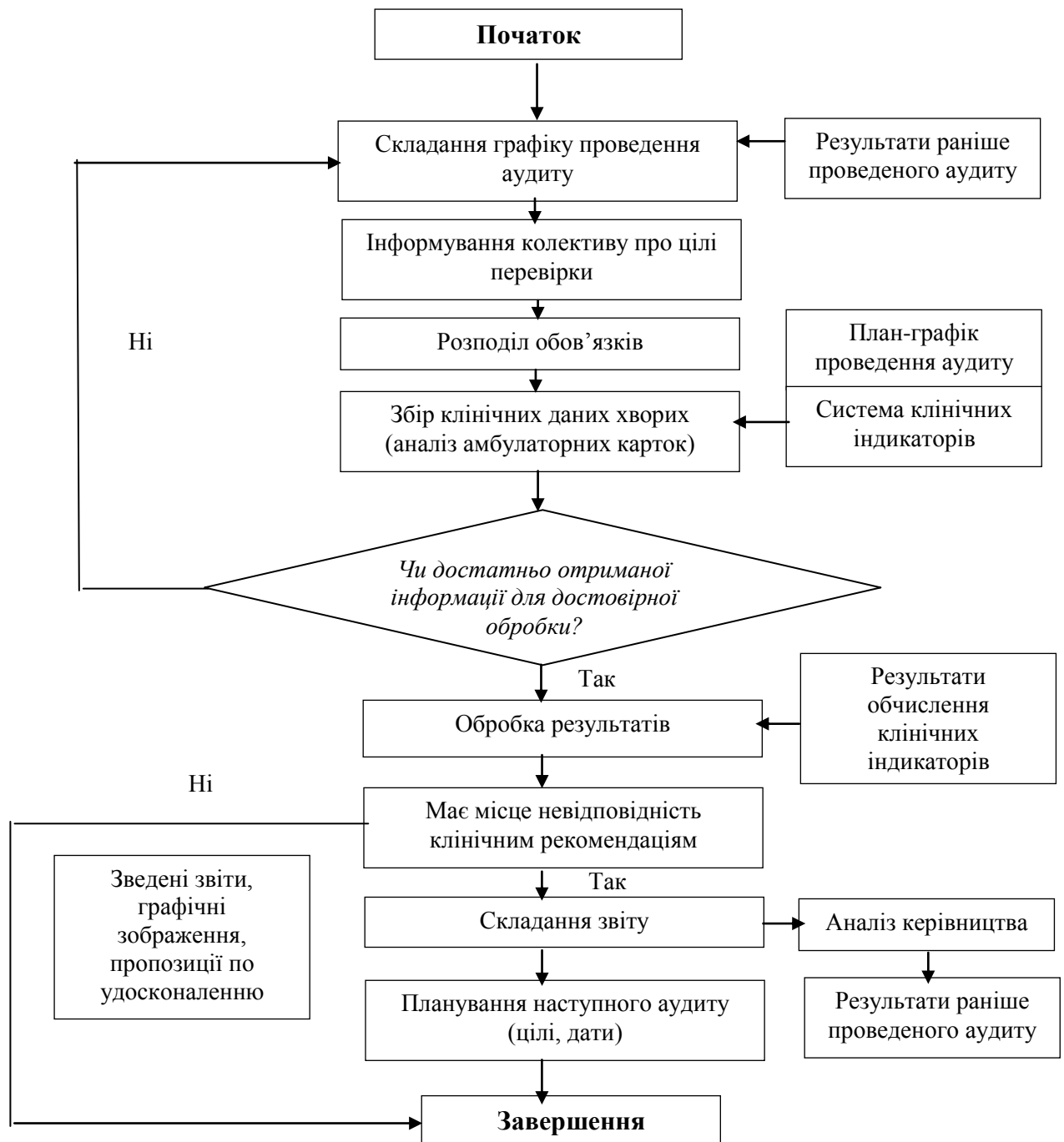


Рисунок 3.1. - Схема оцінки якості медичної допомоги хворим
КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр»

Примітка. Запропоновано автором.

Цикл клінічного аудиту починається з підготовчого етапу.

Підготовчий етап включає:

- 1) планування: формулювання цілей і завдань аудиту, термінів проведення аудиту, вибір методики зборуданих;

- 2) розробку плану-графіка проведення аудиту;
- 3) розподіл посадових обов'язків;
- 4) підготовку технічного оснащення і кадрів;
- 5) інформування колективу установи про цілі і завданнях проведеної перевірки.

Проведення аудиту планується керівником КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр». Цілі і завдання аудиту формулюються, виходячи з уже відомих проблем або результатів раніше проведеного аудиту.

В КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» оцінку якості доцільно проводити щорічно. Така періодичність обумовлена тим, що більшість заходів медичної допомоги хворим (контроль способу життя, вимір артеріального тиску, лабораторні, інструментальні дослідження), згідно положенням клінічних рекомендацій, повинні виконуватися повторно щороку. Отже, для накопичення в амбулаторних картах нових даних, які використовують для оцінки якості медичної допомоги хворим, достатньо 12 місяців. Аналіз даних минулого календарного року проводиться на початку наступного року.

Термін проведення аудиту визначається індивідуально для конкретного лікувально-профілактичного закладу і залежить від методики збору даних і рівня підготовки персоналу. Можливі два варіанти методики збору клінічних даних:

- 1) дані збираються протягом всього року;
- 2) дані збираються за відведений часовий інтервал (максимально короткий) по завершенні календарного року.

Процес планування завершує розробка плану-графіку проведення аудиту і розподіл посадових обов'язків. Призначається відповідальний за кожен етап аудиту.

На нашу думку доцільно здійснити наступний розподіл обов'язків:

- 1) керівник аудиту (головний лікар КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр») – визначає мету, завдання аудиту, інформує

про проведену перевірку колективустанови, здійснює контроль на всіх етапах аудиту.

2) відповідальний за організацію аудиту (завідувачі відділень) - здійснюють і контролюють підготовчий етап: розробляють плани-графіки проведення аудиту, призначають відповідальних та виконавців для подальших етапів аудиту, організують підготовку персоналу, беруть участь відповідно рішень, що розробляються по удосконаленню процесу, організують впровадження узгоджених рішень щодо поліпшення.

3) відповідальний за збір даних (медична сестра реєстратури, медичний реєстратор інформаційно-аналітичного відділу) – здійснює відбір амбулаторних карт для внесення даних хворих в реєстр.

4) лікар-реєстратор (практичний лікар, який пройшов навчання роботі з реєстром) – вносить дані хворих в реєстр.

5) експерт з аудиту (володіє методологією клінічного аудиту, що володіє знаннями системи і навичками статистичного аналізу) – проводить аналіз результатів обчислення клінічних індикаторів реєстру, формує експертний висновок, готує звітні документи за результатами аудиту, надає консультативну допомогу при розробці рішень щодо удосконалення.

6) відповідальний за проведення аудиту (досвідчений фахівець колективу, детально знайомий з організацією діяльності КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр») - контролює хід аудиту у відповідності з прийнятим планом-графіком проведення перевірки, може брати участь в організації аудиту та внесення даних до реєстру, готує проект пропозицій щодо удосконалення на підставі результатів перевірки.

Особливу увагу в процесі підготовчого етапу слід приділяти підготовці персоналу, який буде здійснювати збір клінічних даних для аналізу. Цей момент критично важливий, оскільки для виконання клінічних індикаторів необхідно уявлення медичної інформації у формалізованому (уніфікованому) вигляді. Отже, від якості формалізації залежить якість одержуваних результатів виконання індикаторів. Кожен раз при плануванні аудиту слід

оцінювати знання персоналу щодо формалізації клінічних даних, проводити обов'язкову підготовку і перепідготовку персоналу. Процес підготовки персоналу полягає у вивченні клінічних рекомендацій, дослідженні актуальних протоколів лікування.

Досягнення максимального ступеня об'єктивності клінічного аудиту можливе за умови його проведення на основі розробленої та затвердженої керівником КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» інформаційної бази критеріїв та індикаторів якості, відповідних її компонентам.

Критерії якості повинні охоплювати усі компоненти якості і слугувати орієнтирами на шляху досягнення запланованих цілей з надання якісної медичної допомоги (табл. 3.1). Критерії якості деталізуються для кожного відділення / структурного підрозділу і кожного співробітника, відповідно до виду і обсягу медичної допомоги, визначених Положеннями про структурні підрозділи та посадовими інструкціями.

Таблиця 3.1. Критерії якості медичної допомоги відповідно до компонентів якості для КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр»

№ з/п	Компоненти якості	Приклади критеріїв якості
1	2	3
1.	Спрямованість на пацієнта	1.1. Дотримуються права пацієнта згідно з чинним законодавством. 1.2. Дотримуються етичні та деонтологічні норми медичної діяльності. 1.3. Проводяться регулярні соціологічні опитування з метою виявлення очікувань, потреб та індивідуальних цінностей пацієнта.
2.	Результативність	2.1. Зміна клінічного стану у відповідності до очікуваної при даному захворюванні. 2.2. Медична допомога надається відповідно до локальних медико-технологічних документів, розроблених згідно з галузевими нормативами, гармонізованими з найкращим світовим досвідом на основі доказової медицини. 2.3. Має місце позитивна динаміка показників зниження рівня дефектів, несприятливих наслідків лікування внаслідок медичних втручань та скарг громадян в порівнянні з попереднім періодом діяльності. 2.4. Регулярно оцінюється задоволеність пацієнта результатом медичної допомоги та медичного обслуговування.

Продовження табл. 3.1.

1	2	3
3.	Безпека	<p>3.1. Медична допомога надається відповідно до локальних медико-технологічних документів, розроблених згідно з галузевими нормативами, гармонізованими з найкращим світовим досвідом на основі доказової медицини.</p> <p>3.2. Дотримуються стандарти ліцензування та акредитації за відповідними профілю діяльності закладу охорони здоров'я розділами.</p>
4.	Доступність	<p>4.1. Штатні посади медичних і немедичних працівників укомплектовані відповідно до нормативів.</p> <p>4.2. Заклад охорони здоров'я укомплектований медичним обладнанням та виробами медичного призначення за таблицями оснащення.</p> <p>4.3. Наявні в закладі, доступні кожному медичному працівнику та дотримуються ним вимоги локальних медико-технологічних документів, стандартів, правил, методик, нормативів, інструкцій, інших регулюючих документів.</p> <p>4.4. Встановлений і дотримується порядок взаємодії між структурними підрозділами закладу охорони здоров'я та закладу охорони здоров'я з іншими медичними і немедичними установами з питань організації надання медичної допомоги пацієнтам / населенню.</p>
5.	Економічна ефективність	<p>5.1. Обсяг ресурсів для задоволення потреб цільових груп населення у медичній допомозі планується згідно з вимогами галузевих / локальних медико-технологічних документів.</p> <p>5.2. Використовуються види і обсяги ресурсів відповідно до вимог галузевих / локальних медико-технологічних документів.</p> <p>5.2. Тривалість лікувально-діагностичного процесу та його окремих складових за нозологіями відповідає діючим нормативам.</p>
6.	Своєчасність	<p>6.1. Визначена і дотримується тривалість очікування:</p> <ul style="list-style-type: none"> - планової консультації спеціаліста згідно з рекомендованими нормативами; - планової госпіталізації згідно з рекомендованими нормативами; - планового оперативного втручання згідно з рекомендованими нормативами; - результатів лабораторних, функціональних, інших діагностичних досліджень. <p>6.2. Визначений порядок прийому лікаря в амбулаторних умовах.</p> <p>6.3. Визначений час доїзду бригади екстреної медичної допомоги до хворого / постраждалого в залежності від місцевості згідно діючих нормативів.</p>

Примітка. Запропоновано автором

Згідно з критеріями формується блок еталонних (планових) показників якості для КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр», визначених у нормативах, стандартах, інструкціях, методиках, інших директивних та розпорядчих документах.

Індикатори якості, як інструмент для вимірювання досягнутого рівня якості медичної допомоги, розробляються та обчислюються відповідно до Методики розробки системи індикаторів якості медичної допомоги, затвердженої наказом МОЗ України від 28.09.2012 р. №751, зареєстрованої в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2002/22314.

По завершенні підготовчого етапу керівникаудиту інформує колектив установи про цілі і завданняпроведеної перевірки, знайомить колектив з планом-графіком проведення аудиту, представляє відповідальних закожен етап [58].

Наступний етап - збір клінічних даних хворих.Джерелом даних служать амбулаторні карти (форма №025/о) хворих. На даному етапі в проведенні аудиту беруть участьвідповідальний за збір даних, який попередньоотримує інструкції від відповідального за проведення аудитущодо критеріїв відбору амбулаторних карт для перевірки, та навчений лікар-реєстратор.

У КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» доцільно проводити щоквартальнийзбір даних, при цьому враховувати хворих з певноюнозологією, які послідовно звернулися до лікаря протягомодного або декількох прийомів. Обсяг вибіркивизначається виходячи з чисельності населення, яке обслуговується.

По завершенні збору даних повнота і якістьвнесеної інформації контролюється відповідальним запроведення аудиту. Якщо даних недостатньо, тобто невідповідає плану, або їх якість не дозволяє провестидостовірну оцінку, збір даних триває.

Якщо даних досить для достовірної обробки,починається етап обробки результатів. На даному етапівідповідальний за проведення аудиту заповнює

звітну форму про проведення аудиту в установі. Така форма має містити загальні відомості про КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр, групи хворих, діапазони дат, аудитора, а також перелік клінічних індикаторів для хворих на конкретні захворювання і цільові значення аналізованих клінічних індикаторів.

Під час першої процедури аудиту встановлюється проміжне або фінальне цільове значення індикатора. У подальшому, залежно від термінів проведення аудиту та його результатів може знадобитися встановлення додаткових проміжних цільових значень і тільки потім – фінальних [28]. Далі в звітну форму вносяться результати індикаторів. Крім того, в звітній формі фіксуються проблеми, виявлені на етапі обробки результатів, що перешкоджають правильній інтерпретації отриманих значень індикаторів (наприклад, відсутність періодичних візитів лікаря, відсутність даних про спосіб життя та ін.).

Наступний етап аудиту - аналіз результатів і складання звітів здійснюється за участю експерта з аудиту. Експерт з аудиту перевіряє правильність обробки клінічної інформації, здійснює порівняння результатів аудиту в КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр з результатами по аналогічних закладах і формує висновок про підсумки аудиту.

При необхідності результати аудиту представляються в графічній формі.

В результаті аналізу виявляються сфери процесу медичної допомоги хворим, в яких є відхилення від положень клінічних рекомендацій, тобто сфери, що підлягають вдосконаленню. Після аналізу експерта результати аудиту надаються комісії з аудиту КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» в складі керівника аудиту, відповідального за організацію аудиту, відповідального за проведення аудиту, яка роз'яснює і обговорює результати.

Критичним моментом даного етапу є те, що аналіз результатів аудиту

здійснює фахівець, знайомий з принципами статистичного аналізу, досконально знає методику отримання результатів виконання клінічних індикаторів, який володіє всією доступною інформацією про аналізовану проблему. Лише правильна інтерпретація отриманих результатів допомагає знайти дієві шляхи поліпшення якості медичної допомоги.

У відповідність з основними правилами проведення успішного аудиту, результати оцінки обов'язково повинні бути доведені до колективу КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр із дотриманням принципів конфіденційності. Не допускається застосування штрафних санкцій та інших покарань.

Рекомендується використовувати результати клінічного аудиту для складання публічних звітів [13]. Відповідальний за проведення аудиту розробляє проект пропозицій щодо удосконалення і план-графік впровадження пропозицій щодо удосконалення. Знову збирається комісія в колишньому складі, узгоджуються рішення щодо удосконалення, затверджується проект пропозицій щодо удосконалення і план-графік їх реалізації, призначаються відповідальні за впровадження заходів і виконавці. Планується орієнтовна мета, завдання та дата наступного аудиту.

Цикл аудиту доцільно повторювати 1 раз в 6-12 місяців. На цьому цикл аудиту вважається завершеним.

При повторних аудитах в разі недостатнього ефекту оцінки якості або відсутності ефекту, вираженого в підвищенні якості медичних послуг, весь цикл повторюється до тих пір, поки мета не буде досягнута.

Безумовно, проведення клінічного аудиту вимагає значних адміністративних ресурсів і високої мотивації персоналу КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр». Ключову роль при цьому відіграє особистість керівника, ступінь його впливу на колектив. Знання теоретичних основ аудиту, проведення аудиту із застосуванням сучасних інформаційно-аналітичних систем, реєстрів.

Впровадження принципів клінічного аудиту звикористанням реєстрів в практичну роботу лікувально-профілактичних установ дозволить ефективно використовувати дані доказової медицини при лікуванні хворих, тим самим сприяючи досягненню цілей лікування, поліпшенню клінічної ситуації в регіоні.

3.2. Реалізація пацієнт-орієнтованого підходу до надання медичних послуг закладу охорони здоров'я

В умовах реалізації пацієнт-орієнтованого підходу до надання медичних послуг одним з найважливіших показників їх якості і доступності є рівень задоволеності пацієнтів або споживачів медичних послуг. Низький рівень населення якістю і доступністю безкоштовних медичних послуг зумовив розвиток платної медицини та зростання числа приватних медичних організацій. Тому з метою підвищення конкурентоспроможності медичних послуг КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» пропонуємо використовувати пацієнт-орієнтований підхід.

Основні напрями реалізації пацієнт-орієнтованих медичних послуг для КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» зображені нами на рис. 3.2



Рисунок 3.2. - Основні напрямки використання пацієнт-орієнтованого підходу у КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр»

Примітка. Запропоновано автором.

Розглянемо ці напрями більш детально. Так в медичній сфері існують об'єктивні труднощі, пов'язані з усталеним трудовим розпорядком лікарів, як наприклад: необхідність завчасного призначення дати прийому (що не завжди можливо і передбачувано), відсутність можливості зв'язатися з лікарем по телефону або через електронну пошту, регламентовані години прийому і робочі дні.

Багато лікарів також стикаються з перенавантаженнями, але при цьому потреба в збільшенні доступності кожного окремого клініциста для максимально широкого кола пацієнтів незмінно зростає.

Таким чином, проблему доступу визнають як пацієнти, так і лікарі. Фахівці Канадської медичної організації проводили відповідне опитування домогосподарств, в ході якого респонденти оцінили ступінь доступності і пацієнто-орієнтованості локальної системи охорони здоров'я в середньому на 5,63 балів з 10 можливих.

Найбільш негативний відгук отримала проблема, пов'язана з надмірною втратою часу в очікуванні прийому лікаря. На цю ж проблему звертали увагу і самі лікарі [72]. В іншому великому анкетуванні за участю 1369 осіб більше 15% респондентів назвали різні часові обмеження (в тому числі тривалість очікування, неможливість своєчасної записи на прийом і т.ін.) основною причиною, по якій вони намагаються не звертатись за медичною допомогою [73].

Для вирішення проблеми доступу до медичної допомоги первинної ланки, пропонуємо запровадити схему роботи чергових лікарів в режимі «24/7» (забезпечення роботи чергових лікарів у вихідні та в нічні зміни), а також можливість відвідування лікаря «день-в-день», шляхом обмеження кількості записів та залишення певної кількості неброньованих записів для

пацієнтів (наприклад, залишати 4 неброньованих записи на день), які мають нагальну потребу в прийомі та ін.

Іншим напрямом підвищення якості та пацієнт-орієнтованості медичних послуг є використання мультидисциплінарних команд лікарів, які дозволяють забезпечувати набагато більш високий рівень координації в порівнянні з сольною практикою сімейної лікаря. Такі практику слід використовувати у випадку складного перебігу хвороби хворого а також при неможливості точної постановки діагнозу. У ряді наукових публікацій також підкреслюється виняткова важливість мультидисциплінарного підходу в рамках пацієнт-орієнтованої медицини, що забезпечує поліпшення клінічних результатів та задоволеності з боку пацієнта [69]. Так, Н. Авісар в рамках свого дослідження описав, що застосування мультидисциплінарного пацієнт-орієнтованого підходу забезпечило швидку і ефективну інтеграцію інноваційних схем противірусної терапії хронічного гепатиту С на території одного з районів Ізраїлю [67].

Сьогодні одним із способів підвищення доступності медицини є консультації по телефону, розвиток каналів онлайн-комунікацій [70]. Так, телефонні консультації (в тому випадку, якщо фізичне обстеження і маніпуляції не є необхідними) дозволяють значно заощадити час лікаря і пацієнта, а також знизити витрати, пов'язані з проведенням повноцінного «офісного» прийому. Ефективність телефонних консультацій була зафіксована в ході досліджень для широкого кола пацієнтів (з такими патологіями, як депресія, бронхіальна астма, інфекції сечовивідних шляхів і т.д.) [68, 71].

Глобальне поширення Інтернету і різних варіантів онлайн-комунікацій надало лікарям унікальний спосіб встановлення комунікації з пацієнтами. Результати масштабних опитувань показують, що переважна більшість пацієнтів можуть і хочуть використовувати інтернет-сервіси для контакту з лікарями, а більше третини респондентів ще й висловили готовність використовувати їх за особисті кошти. Сьогодні всі кабінети

сімейних лікарів обладнані комп'ютером із доступом до мережі Інтернет. Однак такий вид прийому як он-лайн консультація ні в документах, ні в програмі medics не передбачено. Тому пропонуємо в умовах значного поширення COVID-19 передбачити можливість он-лайн прийому пацієнтів за допомогою сервісів Zoom, Googlemeet та передбачити при реєстрації в medics пацієнтів можливість вибору: он-лайн або офф-лайн прийом. Це допоможе не лише зменшити обсяг навантаження на сімейного лікаря, який протягом робочого дня здійснює особисті прийоми та паралельно надає телефонні консультації. Слід зауважити, що заходи щодо запровадження он-лайн-консультування не потребуватимуть ніяких додаткових витрат з боку медичного закладу.

Наступна наша пропозиція стосується спільного процесу прийняття рішень стосується варіантів лікування, профілактики, стратегічного бачення здоров'я пацієнта в цілому. Даний підхід передбачає рівноцінний інформаційний внесок як лікаря, так і хворого. Лікар надає інформацію про захворювання, варіанти лікування, ризик, переваги лікування. Пацієнт надає інформацію про свої життєві принципи, установки, побажання щодо лікування. У випадку, коли пацієнт залучається до процесу прийняття таких рішень він відчуває більшу відповідальність за перебіг процесу лікування (не забуває прийняти ліки) і не має сумніву, що лікар прописав йому непотрібні або дороговартісні ліки, оскільки він мав альтернативу вибору і сам визначав що краще йому підходить.

В умовах реалізації пацієнт-орієнтованого підходу до надання медичних послуг одним з найважливіших показників їх якості і доступності є рівень задоволеності пацієнтів або споживачів медичних послуг. Низький рівень задоволення населення якістю і доступністю безкоштовних медичних послуг зумовив розвиток платної медицини та зростання числа приватних медичних організацій.

З метою оцінювання дієвості запропонованих нами заходів щодо впровадження пацієнт-орієнтованого підходу в наданні медичних послуг

КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» ми розмістили Анкету №2 (Додаток Г) у реєстратурі поліклініки №1 та №4. Опитування проводилось з 22 по 28 вересня 2020 р.В опитуванні взяли участь 100 респондентів віком від 18 до 78 років. Віковий склад опитаних такий: 18-30 років – 14%; 31-45 років – 32%; 46-60 років – 29%; 60 років і старше – 25%.

Результати отриманого опитування засвідчили, що пацієнти КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» переважно схвально оцінюють заходи із запровадження пацієнт-орієнтованого підходу. Проаналізуємо результати анкетування більш детально.

Так на питання «Як часто Ви потребували нагальної медичної консультації сімейного лікаря, але не могли її отримати через відсутність місця для запису?» 53% респондентів зазначили, що періодично (раз на пів року або на три місяці) потребували такої допомоги, 27% опитаних стверджували, що вони взагалі не відчували такої потреби і решта 20% респондентів зазначили, що раз на рік потребували такої допомоги. Також опитані зазначали, що у деяких випадках вчасна консультація сімейного лікаря допомогла б уникнути загострення хвороби та госпіталізації.

На наступне питання анкети «Чи вважаєте Ви за доцільне запровадження роботи чергового сімейного лікаря за схемою «24/7»?» респонденти відповіли схвально. Так 84% респондентів зазначили, що це було б доречно, 7% не знали, що відповісти і 9% стверджували, що в цьому нема потреби.

Щодо відповідей респондентів на питання «Чи скористались би Ви за можливості сервісом он-лайн прийому сімейного лікаря за допомогою ZoomGooglemeet?» то їх голоси розподілились наступним чином (рис. 3.2).

Так, 71% опитаних схвально оцінюють цю пропозицію. Зокрема, респонденти відзначали, що в сучасних умовах поширення інфекцій це особливо актуально та знижує ризик підхоплення інших хвороб. Також окремі опитані відзначили, що іноді візити до сімейного лікаря пов'язані виключно із необхідністю отримання направлення до профільного фахівця, а

он-лайн консультування дозволяє зекономити час і знизити ризик зараження. Щодо 29% противників он-лайн консультування, то переважна їх більшість не має технічних можливостей, або не володіє навиками роботи на комп'ютері або смартфоні. Дехто просто надає перевагу традиційним зустрічам. Варто відзначити, що прихильників он-лайн консультування більше серед молоді і менше серед старших вікових категорій.

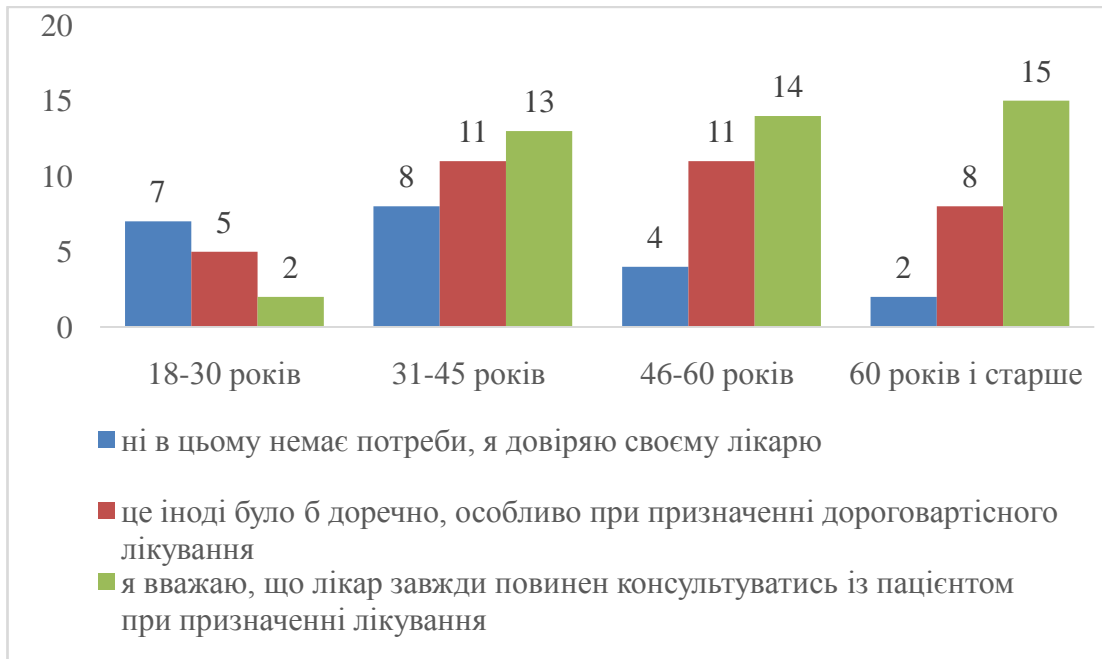


Рисунок 3.2. - Відповіді респондентів на питання «Чи скористались би Ви за можливості сервісом он-лайн прийому сімейного лікаря за допомогою Zoom/Googlemeet?»

Примітка. Систематизовано автором.

При відповіді на питання «Чи вважаєте, Ви, що лікар повинен погодити з Вами план лікування а також ліки, які Вам прописує?» респонденти так розподілили свої відповіді (рис. 3.3)

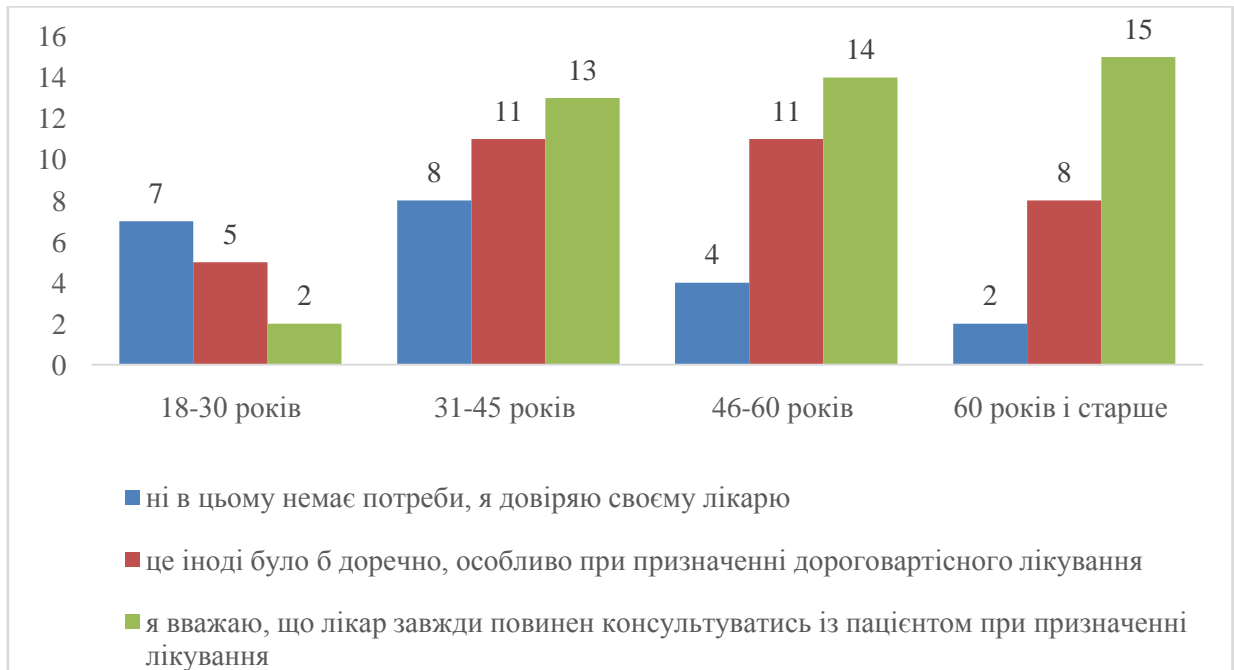


Рисунок 3.2. - Відповіді респондентів на питання «Чи вважаєте, Ви, що лікар повинен погодити з Вами план лікування а також ліки, які Вам прописує?»
Примітка. Систематизовано автором.

Так цілком довіряють лікарю у призначенні лікування 21% опитаних, 35% респондентів вважають, що консультування необхідне особливо в умовах призначення дороговартісного лікування та 44% вважають, що лікар завжди повинен консультуватись із пацієнтом при призначенні лікування. Що до вікових характеристик, то більше довіряють лікарям особи молодших вікових категорій, натомість старші люди намагаються все тримати під контролем.

Щодо відповіді на питання «Чи вважаєте, Ви, що постановці складного діагнозу варто одразу залучати вузькопрофільних фахівців?» 78% опитаних погодились із цим, 12% довіряють сімейному лікарю і 10% не знали, що відповісти.

Таким чином, резюмуючи все вищесказане, слід зазначити, що пацієнт-орієнтована медицина - це порівняно нова модель планування, здійснення і оцінки медичних послуг, яка ґрунтується на взаємовигідних партнерських відносинах між медичними працівниками, пацієнтами та членами їх сімей. Концепція пацієнт-орієнтованої медицини при її належної

імплементациі асоціюється з поліпшенням клінічних результатів, підвищенням задоволеності і комплаєнтності з боку пацієнтів.

ВИСНОВКИ

Магістерська робота присвячена висвітленню важливої наукової проблеми, пов'язаної із забезпеченням конкурентоспроможності медичних послуг закладу охорони здоров'я. Основні висновки та пропозиції дослідження зводяться до такого:

1. На основі системного аналізу літературних джерел встановлено, що конкуренція в охороні здоров'я – це стан і процес взаємовідносин суб'єктів виробництва і споживання медичних послуг в рамках специфічної цивілізованої форми суперництва між медичними працівниками (лікарями) по досягненню найвищого ступеня задоволення цільових потреб пацієнта. В свою чергу конкурентоспроможність медичної послуги є сукупністю якісних і кількісних її характеристик, а також, характеристик лікувально-профілактичного закладу, який її надає, та формує переваги такої медичної послуги на ринку і сприяє можливості задоволення нею потреб пацієнтів в даному виді послуг.

2. Доведено, що важливою ланкою в забезпеченні конкурентоспроможності медичних послуг є правильна оцінка її рівня, яка останнім часом набуває все більш важливе значення. При оцінці конкурентоспроможності вирішується ряд завдань: встановлюється стан і особливості підвищення/зниження конкурентоспроможності, виявлення «проблемних» ділянок діяльності, що негативно впливають на конкурентоспроможність, виявлення резервів підвищення конкурентоспроможності. Однак в даний час відсутні єдині методичні підходи до проведення оцінки конкурентоспроможності медичних послуг, які враховують специфіку системи охорони здоров'я, сферу діяльності медичної організації (види медичної допомоги і послуг, характеристику споживачів тощо)

3. Відзначено, що КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» створене за рішенням Хмельницької міської ради

шляхом злиття Хмельницької міської поліклініки № 1, Хмельницької міської поліклініки № 2, Хмельницької міської поліклініки № 3, Хмельницької міської поліклініки № 4 та комунального закладу «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» в комунальне підприємство «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» Хмельницької міської ради.

КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» є закладом охорони здоров'я - комунальним унітарним некомерційним підприємством, що забезпечує надання амбулаторно-поліклінічної, вторинної (спеціалізованої) консультативно-діагностичної, інших видів медичної допомоги населенню відповідно до вимог чинного законодавства, галузевих стандартів надання медичної допомоги. Основною метою діяльності КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» є надання амбулаторно-поліклінічної, вторинної (спеціалізованої) амбулаторної, консультативно-діагностичної медичної допомоги населенню, включаючи широкий спектр профілактичних, консультативно-діагностичних та лікувальних заходів, послуг медичного характеру, а також інших функцій на основі професійної діяльності медичних працівників, а також, здійснення комплексу заходів з підтримки громадського здоров'я.

Проведено аналіз критеріїв конкурентоспроможності медичних послуг КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр», який засвідчив, що переважна частина клієнтів задоволені результатами лікування, однак не задоволена процесом надання послуг, що пов'язано із проблемами матеріально-технічного та інфраструктурного характеру а також особливостями запису до окремих лікарів та дотримання ними санітарно-гігієнічних правил. Для визначення переліку найбільш популярних медичних послуг а також аутсайдерів такого асортименту було проведено ABC-аналіз, в результаті якого до класу А ми віднесли такі види медичних послуг: УЗД-діагностика, інші види медичних послуг, кардіологічні послуги, рентгенологічні послуги, послуги гастроентеролога, пульмонологічні

послуги, послуги отоларинголога, послуги алерголога, функціональна діагностика та гінекологічні послуги; до класу В віднесено: послуги ендокринолога, невропатолога, фізіотерапевтичні та урологічні послуги; до класу С віднесені нефрологічні послуги, травматологічні та ортопедичні послуги, дерматовенерологічні послуги, послуги дієтолога.

4. Здійснено оцінку конкурентоспроможності УЗД-обстеження черевної порожнини, яке надається КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» та МЦ «Оксфорд медікал», «Міламед» та «Марія», та встановлено, що послуга КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» є більш конкурентоспроможною, однак основна її перевага формується на основі низької ціни послуги у випадку її комерційного надання. Натомість якісні параметри значно програють основним конкурентам і за технічними і за сервісними параметрами. Це пояснюється тим, що комерційні медичні установи мають змогу фінансувати придбання кращого медичного обладнання а також оплачувати працю більш кваліфікованим фахівцям та встановлювати для пацієнтів зручний графік прийому.

Проведено комплексне оцінювання конкурентоспроможності медичних послуг КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр». Згідно з цим оцінюванням конкурентоспроможність визначається у 3,66 бали з 5 можливих. Отже, керівництву КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» доцільно звернути увагу на проблемні аспекти надання медичних послуг, пов'язані із їх якістю: зокрема підвищити рівень технічного оснащення, забезпечити лікарів необхідними матеріалами, раціонально планувати прийом пацієнтів з метою уникнення черг та забезпечувати заміну вузькопрофільного фахівця на момент його відсутності (відпустка, лікарняне, навчання). Крім того, на нашу думку доцільним є запровадження системи контролю якості медичної послуги.

5. З метою підвищення конкурентоспроможності медичних послуг ми запропонували запровадити у КП «Хмельницький міський лікувально-

діагностичний центр» систему аудиту якості медичних послуг, яка базується на ряді критеріїв та індикаторів якості. Критерії якості деталізуються для кожного відділення / структурного підрозділу і кожного співробітника, відповідно до виду і обсягу медичної допомоги, визначених Положеннями про структурні підрозділи та посадовими інструкціями. Крім того, запропоновано застосовувати в діяльності медичної установи клінічний аудит, який спрямований на покращання процесів та результатів допомоги пацієнтам через систематичний перегляд складових медичної допомоги у порівнянні з визначеними критеріями та впровадження змін там, де допомога або її результати не досягають очікуваного рівня. Правильна організація аудиту не призведе до значного навантаження на співробітників-аудиторів, але надасть їм можливість брати участь в поліпшенні якості роботи закладу і переносити знання та навички, отримані під час аудиторської діяльності, в свою повсякденну діяльність на робочому місці.

6. Запропоновано з метою підвищення задоволеності клієнтів медичними послугами застосувати пацієнт-орієнтований підхід. До основних напрямків використання пацієнт-орієнтованого підходу у КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» віднесено: підвищення рівня доступності медичних послуг (у т.ч. запровадження послуг за схемою 24/7); використання мультидисциплінарного підходу у лікуванні пацієнтів; розвиток системи он-лайн консультування (Zoom, Googlemeet) та удосконалення процедур спільного прийняття рішень. Проведено опитування пацієнтів КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр», яке засвідчило, що вони переважно схвально оцінюють заходи із запровадження пацієнт-орієнтованого підходу.

Таким чином, опрацьовані в роботі теоретичні положення і практичні пропозиції щодо удосконалення процедур забезпечення конкурентоспроможності медичних послуг закладу охорони здоров'я можуть бути впроваджені в діяльність медичних закладів різних організаційно-правових форм власності та розмірів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Азоев Г. Л., Челенков А. П. Конкурентные преимущества фирмы. М.: Новости, 2000. 256 с.
2. Баланс за 2019 р. КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр». Хмельницький, 2019 р. 2 с.
3. Баланс за 2018 р. КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр». Хмельницький, 2018 р. 2 с.
4. Баланс за 2017 р. КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр». Хмельницький, 2017 р. 2 с.
5. Белобжецкий В.Н. Методы оценки качества услуг. *РИСК: ресурсы, информация, снабжение, конкуренция*. № 1. 2012. С. 6-12
6. Богомолова Е.В. Совершенствование методологии экономического анализа на современном этапе развития России. *Аудит и финансовый анализ*. 2015. №1. С.73-79.
7. Бойко В.В. Учимся бизнес-мышлению. *Экономика и менеджмент в стоматологии*. № 2 (31). 2010. С. 24-32.
8. Большова Т.В. Медико-социальные и организационные аспекты оптимизации использования кадровых ресурсов на муниципальном уровне в условиях реформирования здравоохранения: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 14.02.03. Рязань, 2011. 133 с.
9. Бурибаева Ж.К., Махамбетова Д.Ж. Методические аспекты оценки конкурентоспособности в здравоохранении. *Вестник Казахского Национального медицинского университета*. 2015. №3. С. 453-456.
10. Вещепура Н. В. , Ветрова О. Ю. Конкурентоспроможність підприємства: дослідження сутності як економічної категорії та показника діяльності. *Вісник Донецького університету економіки та права*. 2012. № 1. С. 96-

- 101.
11. Вовчак А. В., Камишніков Р. В. Конкурентні переваги: сутність та класифікація. *Маркетинг в Україні*. 2015. №2. С. 50–53.
 12. Гатіна С. Г. Оцінювання конкурентоспроможності медичних послуг. *Матеріали IV Всеукраїнської науково-практичної Інтернет-конференції «Публічне управління та адміністрування у процесах економічних реформ» (м. Херсон, 11 листопада 2020 р.)*, Херсон, 2020. С. 128-130.
 13. Гончаров Н.Г., Бойченко Ю.Я., Оранская О.В. Практика внедрения системы внутреннего контроля качества в ЦКБ РАН. *Вестник Росздравнадзора*. 2013. №6 С. 47–59.
 14. Гудов А.Х., Поляков С.В., Каменский В.А. и соавт. SWOT-анализ деятельности медицинской организации в аспекте конкурентоспособности услуг. *Вестник Росздравнадзора*. Выпуск № 1. 2012. С.41-45
 15. Жилинский С.Э. Предпринимательское право: Учебник для вузов. М., 2004. 255 с.
 16. Зайкіна Г. М. Удосконалення системи управління якістю і конкурентоспроможністю продукції підприємства. *Агросвіт*. 2014. № 11. С. 28–32
 17. Звіт про надходження та використання коштів загального фонду за 2017 р. КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр». Хмельницький, 2017 р. 2 с.
 18. Звіт про надходження та використання коштів загального фонду за 2018 р. КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр». Хмельницький, 2018 р. 2 с.
 19. Звіт про надходження та використання коштів загального фонду за 2019 р. КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр». Хмельницький, 2019 р. 2 с.
 20. Звіт про фінансові результати діяльності за 2017 р. КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр». Хмельницький, 2017 р. 2 с.

21. Звіт про фінансові результати діяльності за 2018 р. КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр». Хмельницький, 2018 р. 2 с.
22. Звіт про фінансові результати діяльності за 2019 р. КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр». Хмельницький, 2019 р. 2 с.
23. Историяэкономических учений: учеб. Пособие ;подобщ. Ред Г.А. Шмарловской. Мн.: ООО»Новоезнание» 2000. 340с.
24. Калініченко Л. Л. Розробка концепції конкурентоспроможності підприємств. *Вісник економіки транспорту і промисловості*. 2019. № 28. С. 156-160.
25. Клименко С. М. , Дуброва О. С., Барабась Д. О., та ін. Управління конкурентоспроможністю підприємства: навч. Посібник. К.: КНЕУ, 2006. 527 с.
26. Конкурентоспроможність підприємства : оцінка рівня та напрями підвищення : моногр.; за заг. ред. Янкового О.Г. Одеса : Атлант, 2013. 470 с.
27. Космина О. М. Конкурентоспроможність і конкурентні переваги підприємства в сучасних ринкових умовах. *Зб. наук. праць Таврійського державного агротехнологічного університету*. 2013. №. 1. С. 125–131.
28. Криштопа Б.П., Горачук В.В. Организациявнутреннего аудита в системе контроля качества медицинскойпомощи. *НаучныеведомостиБелгородскогогосударственногоуниверситета*. Серия: Медицина. Фармация. 2014. Т.25. №4. С. 163–168.
29. Кухтинова Л.Г., Власова М.Н. Повышениеконкурентоспособностисоциальных услуг. *ИзвестияВысшихучебных заведений. Поволжскийрегион*. Общественные науки. 2013. №3. С. 189-198.
30. Кучерявенко Д.М. Организационно-экономическимеханизмыинновационногоуправленияздоровоохранением: автореф. дис. ... канд. экон.: 08.00.05. Самара, 2011. 158 с.

31. Лазаренко О. О. Етапи проведення аналізу конкурентоспроможності організації. *Молодий вчений*. 2014. № 2. С.479-484.
32. Левицька А. О. Методи оцінки конкурентоспроможності підприємства: вітчизняні та закордонні підходи до класифікації. *MechanismofEconomicRegulation*. 2013. № 4. с. 155-163
33. Лихтарович Е.Е. Оценка качества конечного результата деятельности в здравоохранении. *Экономика и управление*. 2012. №1. С. 83-87
34. Літвінова В.О. Графічні методи дослідження у аналізі рівня конкурентоспроможності продукції. *Бізнес-Інформ*. №4. 2012. С. 53-56
35. Локтева О.А. Оценка конкурентоспособности бренда платных медицинских услуг (на примере Санкт-Петербурга). *Проблемы современной экономики*. 2010. №3(35). С. 260-261.
36. Назарова В.В. Виды ценовой конкуренции на рынке медицинских услуг. *Проблемы современной экономики*. 2011. №4. С. 385-388.
37. Николаев И.С. Проблемы формирования предпринимательства и конкурентной среды в системе здравоохранения. *Известия Иркутской государственной экономической академии*. 2011. №3. С. 76-78.
38. Николаев И.С., Багинова В.М., Маланов К.Ж. О развитии конкурентной среды в системе здравоохранения в России. *Бюллетень Восточно-Сибирского НЦ СО Российской академии медицинских наук*. 2011. №1-2. С. 212-214.
39. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 №2801-ХІІ зі змінам та доповненнями. *Відомості Верховної Ради України (ВВР)*, 1993, № 4, ст.19
40. Піддубний І., Піддубна Л. Теорія конкурентоспроможності: сучасний стан і предметно-методологічні аспекти розвитку. *Економіка України*. 2007. №8. С.52–60.
41. Портер М. Конкуренция. М.: Издательский дом «Вильямс», 2001. 495 с.

42. Про захист економічної конкуренції: Закон України від від 11 січня 2001 р. (зі змінами та доповненнями) № 2210-III. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2210-14#Text> (дата звернення 14.11.2000 р.)
43. Расторгуева Т.И. Научное обоснование современных подходов к управлению человеческими ресурсами в здравоохранении. Автореф. дис. док. мед. наук. М., 2009. С.293
44. Регулирование предпринимательской деятельности в системах здравоохранения европейских стран. ; ред. Солтман Р. Б., Буссе Р., Моссиалос Э. Пер. с англ. М: Издательство «Весь Мир», 2012. 272 с.
45. Руссу О.Г. Организационно-экономические механизмы развития услуг в системе здравоохранения : автореф. дис. ... канд. экон. наук: 08.00.05. М., 2012. 173 с.
46. Саати Т. Принятие решений. Метод анализа иерархий. М: Радио и связь, 1993, 316 с.
47. Савчук В. І., Корж Д. А. Системи управління конкурентоспроможністю: підручник. Харків: Вид-во “Основа”, 2003. 264 с.
48. Сагимбаев А.А., Мейрбаева З.О., Кенжалиева М.Х., Мамыров Д.У., Сагимбаева Л.А. *Конкурентоспособность медицинской организации. Журнал «Нейрохирургия и неврология Казахстана»*. 2012. №4. С. 42-45.
49. Саханова Г.Б. Развитие конкурентоспособности экономики Республики Казахстан : проблемы и перспективы (на примере пищевой промышленности): автореф. дис. ... канд. экон. наук: 6D050600. Алматы, 2012. 167 с.
50. Селезнев В.Д., Волков С.Д. Проблемы конкуренции в российском здравоохранении. *Научный журнал НИУ ИТМО. Серия «Экономика и экологический менеджмент»*. 2016. №1. С. 112-117.
51. Сікетіна Н. Г. Методичне обґрунтування факторів конкурентоспроможності продукції. *Економіка: реалії часу*. 2018. № 2. С. 111–114.

52. Статут КП «Хмельницький міський лікувально-діагностичний центр» від 27.12.2018 р. , протокол №10. Хмельницький, 2018. 14 с.
53. Терехова Е.Ю. Формирование конкурентоспособности медицинской организации. Автореф. дис. канд. экон. наук. Сочи, 2004. С. 150
54. Тогунов И.А. Конкурентоспособность медицинской организации (врачебной практики): методологические подходы к оценке и управлению. *Менеджер здравоохранения*. 2016. № 4. с. 34-37.
55. Томпсон А.А., Стрикленд А.Дж. Стратегический менеджмент: концепции и ситуации. Пер. с англ. М.: ИНФРА-М, 2000. 412 с.
56. Филиппов К.А. Развитие конкуренции в сфере здравоохранения. *Бизнес. Образование. Право. Вестник Волгоградского института бизнеса*. - 2019. №1(22). С. 215-218.
57. Фляйшер К., Бенсуссан Б. Стратегический и конкурентный анализ. Методы и средства конкурентного анализа в бизнесе. М. : БИНОМ. Лаборатория знаний, 2005. 541с
58. Хайруллин И.И., Курьлев В.А., Капустина И.О. Организация внутреннего аудита медицинской организации как инструмент повышения ее результативности и эффективности. *Вестник Росздравнадзора*. 2015. №3. С. 33–38.
59. Хамініч С. Ю. Конкурентоспроможність як економічна категорія: реалії сьогодення. *Академічний огляд*. 2016. № 1. С. 13-17.
60. Ціни на послуги МЦ «Марія». URL: <https://medcenter-maria.com/>
61. Ціни на послуги МЦ «Міламед». URL: <http://milamed.com.ua/tsini/>
62. Ціни на послуги МЦ «Оксфорд Медікал». URL: <https://khmelnitsky.oxford-med.com.ua/ua/price/>
63. Чемерис Ю. В. Основні поняття та фактори конкурентоспроможності продукції. *Формування ринкових відносин в Україні*. 2015. № 12(55). С. 31-34.

64. Чорна М. В. Конкурентоспроможність підприємств: Ознаки та умови виникнення. *Вісник Хмельницького національного університету*. 2019. № 1. С. 41-44.
65. Шахбанова И.К. Организационно-экономические аспекты обеспечения конкурентоспособности предприятий сферы услуг: автореф. дис. ... канд. экон. наук: 08.00.05. - Махачкала, 2012. - 181 с.
66. Щепкова И.В., Комарская И.В. Анализ конкурентоспособности платных медицинских услуг. *Молодой ученый*. 2014. №7.1. С. 70-73.
67. Avisar N. etal. Multi-disciplinary patient-centered model for the expedited provision of costly therapies in community settings: The case of new medication for hepatitis C. *Isr. J. Health Policy Res.* 2017. Т. 6. № 1.
68. Barry H.C. etal. A randomized controlled trial of telephone management of suspected urinary tract infections in women. *J. Fam. Pract.* 2001. Т. 50. № 7. P. 589-94.
69. Epstein N. Multidisciplinary in-hospital teams improve patient outcomes: A review. *Surg. Neurol. Int.* 2014. Т. 5. № 8. P. 295.
70. Jayadevappa R., Chhatre S. Patient centered care — A conceptual model and review of the state of the art. *Open Health Serv. Policy J.* 2011. Т. 4. P. 15-25.
71. Pinnock H. Accessibility, acceptability, and effectiveness in primary care of routine telephone review of asthma: pragmatic, randomised controlled trial. *BMJ.* 2003. Т. 326. № 7387. P. 477-479.
72. Schoen C. etal. A survey of primary care physicians in eleven countries, 2009: perspectives on care, costs, and experiences. *Health Aff. (Millwood)*. 2009. Т. 28. № 6.
73. Taber J.M., Leyva B., Persoskie A. Why do People Avoid Medical Care? A Qualitative Study Using National Data. *J. Gen. Intern. Med.* 2015. Т. 30. № 3. P. 290-297.

Виконала студентка магістратури спеціальності
073 Менеджмент
заочної форми навчання
« ____ » грудня 2020 р.

Підпис

С.Г. Гатіна
Ініціали, прізвище

Науковий керівник
доцент кафедри
к.е.н., доцент
« ____ » грудня 2020 р.

Підпис

Д.А. Арзянцева
Ініціали, прізвище

Робота допущена до захисту:
завідувачка кафедри
д.е.н., професор
« ____ » грудня 2020 р.

Підпис

В.П. Синчак
Ініціали, прізвище

Додаток А

Таблиця А.1. Тимчасові тарифи на платні послуги, що надаються КП «ХМЛДЦ» Хмельницької міської ради

№ з/п	НАЗВА ПОСЛУГИ	без ПДВ	ПДВ	з ПДВ
	ДЛЯ БЮДЖЕТНИХ УСТАНОВ :			
1.	МЕДИЧНИЙ ОГЛЯД ТЕРАПЕВТОМ	30,00		
2.	МЕДИЧНИЙ ОГЛЯД ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОМ	33,00		
3.	МЕДИЧНИЙ ОГЛЯД ОТОЛАРИНГОЛОГОМ	31,00		
4.	МЕДИЧНИЙ ОГЛЯД СТОМАТОЛОГОМ	31,00		
5.	АНАЛІЗ КРОВІ НА РМП	18,00		
6.	ДОСЛІДЖЕННЯ МАЗКА НА ГОНОРЕЮ	10,00		
7.	ДОСЛІДЖЕННЯ КАЛУ НА ГЕЛЬМІНТОЗИ	11,00		
8.	ДОСЛІДЖЕННЯ НА НАЯВНІСТЬ ПАТОГЕННОГО СТАФІЛОКОКУ	71,00		
9.	ДОСЛІДЖЕННЯ НА НОСІЙСТВО КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ	34,00		
	ДЛЯ НЕБЮДЖЕТНИХ УСТАНОВ :			
1.	МЕДИЧНИЙ ОГЛЯД ТЕРАПЕВТОМ	36,00		
2.	МЕДИЧНИЙ ОГЛЯД ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОМ	44,00		
3.	МЕДИЧНИЙ ОГЛЯД ОТОЛАРИНГОЛОГОМ	37,00		
4.	МЕДИЧНИЙ ОГЛЯД СТОМАТОЛОГОМ	37,00		
5.	ДОСЛІДЖЕННЯ НА НАЯВНІСТЬ ПАТОГЕННОГО СТАФІЛОКОКУ	75,00		
6.	ДОСЛІДЖЕННЯ НА НОСІЙСТВО КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ	80,00		
7.	ВИДАЧА БЛАНКА ОСОБИСТОЇ МЕДИЧНОЇ КНИЖКИ ФОРМА №1-ОМК	8,00		
8.	АНАЛІЗ КРОВІ НА Hbs - АНТИГЕН	32,00		
9.	ПЕРІОДИЧНИЙ ПРОФІЛАКТИЧНИЙ МЕДИЧНИЙ ОГЛЯД ВОДІВ	67,65	13,53	81,18
10.	ПОПЕРЕДНІЙ (ПРИ ПРИЙНЯТТІ НА РОБОТУ) АБО ПЕРІОДИЧНИЙ (ПРИ РОБОТІ В ШКІДЛИВИХ УМОВАХ) ПРОФІЛАКТИЧНИЙ МЕДИЧНИЙ ОГЛЯД РОБІТНИКІВ	73,75	14,75	88,50
11.	МЕДИЧНИЙ ОГЛЯД ДЛЯ ОТРИМАННЯ ДОЗВОЛУ НА ПРАВО ОТРИМАННЯ ТА НОСІННЯ ЗБРОЇ	68,85	13,77	82,62
12.	МЕДИЧНИЙ ОГЛЯД ДЛЯ ОТРИМАННЯ ВИЇЗНОЇ ВІЗИ	64,17	12,83	77,00
13.	ВИДАЧА ДОДАТКОВОЇ МЕДИЧНОЇ ДОВІДКИ	9,17	1,83	11,00
14.	ВАРТІСТЬ ОБСТЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТА, ЯКИЙ ПОТРЕБУЄ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ У МЦ "НОВИЙ ЗІР"	207,50	41,50	249,00
15.	МАСАЖ 1 УМ.ОД.	22,50	4,50	27,00
16.	ЕКГ ДЛЯ ТОВ "АЛМ-ПОДІЛЛЯ"	5,00	1,00	6,00
	ПЛАТНІ ПОСЛУГИ БАКЛАБОРАТОРІЇ :	без ПДВ	ПДВ	з ПДВ
1.	БАКДОСЛІДЖЕННЯ НА СТЕРИЛЬНІСТЬ ХІРУРГІЧНОГО ІНСТРУМЕНТАРІЮ			

	ТА МАТЕРІАЛУ	55,00		
2.	БАКДОСЛІДЖЕННЯ ЗМИВІВ З ОБ'ЄКТІВ ВНУТРІШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА			
	ВІДДІЛЕНЬ ХІРУРГІЧНОГО ПРОФІЛЮ	72,00		
3.	БАКДОСЛІДЖЕННЯ ЗМИВІВ З ОБ'ЄКТІВ ВНУТРІШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА			
	ВІДДІЛЕНЬ НЕХІРУРГІЧНОГО ПРОФІЛЮ	69,00		
4.	БАКДОСЛІДЖЕННЯ ДЕЗРОЗЧИНІВ НА СТУПІНЬ МІКРОБНОЇ КОНТАМІНАЦІЇ	35,00		
5.	БАКДОСЛІДЖЕННЯ ОБСЕМЕНІННЯ ПОВІТРЯНОГО СЕРЕДОВИЩА ПРИМІЩЕНЬ			
	МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ	67,00		
6.	БАКДОСЛІДЖЕННЯ СТІЧНИХ ВОД	66,00		
7.	БАКДОСЛІДЖЕННЯ БІОМАТЕРІАЛУ НА МІКРОФЛОРУ (мокроти, слизу із зів'я, слизу із носа, сечі, виділень з рани, очей, вух, статевих органів)	138,00		
8.	ПОСІВ КРОВІ НА СТЕРИЛЬНІСТЬ І ГЕМОКУЛЬТУРУ ТА ЧУТЛИВІСТЬ ВИДІЛЕНОЇ МІКРОФЛОРИ ДО АНТИБІОТИКІВ	79,00		
9.	БАКДОСЛІДЖЕННЯ ГНІЙНИХ БАКТЕРІАЛЬНИХ МЕНІНГІТІВ (ліквору, крові, носоглоткового слизу)	95,00		
10.	БАКДОСЛІДЖЕННЯ КАЛУ КІЛЬКІСНИМ МЕТОДОМ	131,00		
11.	БАКДОСЛІДЖЕННЯ КАЛУ НА МІКРОФЛОРУ (ДИСБАКТЕРІОЗ)	222,00		
12.	БАКДОСЛІДЖЕННЯ НА КАШЛЮК	54,00		
13.	БАКДОСЛІДЖЕННЯ НА ДИФТЕРІЮ	61,00		
14.	БАКДОСЛІДЖЕННЯ НА ХОЛЕРУ	60,00		
15.	БАКДОСЛІДЖЕННЯ НА КАМПІЛОБАКТЕРІЇ	65,00		
16.	БАКДОСЛІДЖЕННЯ НА БРУЦЕЛЬОЗ	33,00		
	ПЛАТНІ ПОСЛУГИ КДЛ І КАБІНЕТА ЕКГ ДЛЯ КП "ХМЦПМСД №1":			
1.	ЗАГАЛЬНИЙ АНАЛІЗ КРОВІ (ТРОЙКА)	15,00		
2.	ЛЕЙКОЦИТАРНА ФОРМУЛА КРОВІ -МОРФОЛОГІЯ КЛІТИН (РУЧНИЙ)	25,00		
3.	ЗАГАЛЬНИЙ АНАЛІЗ КРОВІ З ЛЕЙКОЦИТАРНОЮ ФОРМУЛОЮ (ERBA, 22 показники)	24,00		
4.	АНАЛІЗ КРОВІ НА ГЛЮКОЗУ	12,00		
5.	ЗАБІР КРОВІ ДЛЯ ЗАГАЛЬНОГО АНАЛІЗУ КРОВІ (ТРОЙКА)	13,00		
6.	ЗАБІР КРОВІ ДЛЯ ЗАГАЛЬНОГО АНАЛІЗУ КРОВІ З ЛЕЙКОЦИТАРНОЮ ФОРМУЛОЮ (ERBA)	24,00		
7.	ЗАБІР КРОВІ З ВЕНИ	14,00		
8.	ЗАГАЛЬНИЙ АНАЛІЗ СЕЧІ (СІТОЛАВ)	25,00		
9.	МІКРОСКОПІЯ СЕЧІ	13,00		
10.	БІОХІМІЧНИЙ АНАЛІЗ КРОВІ НА ЗАГАЛЬНИЙ	27,00		

	ХОЛЕСТЕРИН (АНАЛІЗАТОР МБА)			
11.	БІОХІМІЧНИЙ АНАЛІЗ КРОВІ НА ЗАГАЛЬНИЙ ХОЛЕСТЕРИН	35,00		
	(АВТОМАТИЧНИЙ АНАЛІЗАТОР КОВАС)			
12.	ЕКГ	18,00		
	КОСМЕТОЛОГІЧНІ ПОСЛУГИ:	без ПДВ	ПДВ	з ПДВ
1.	КРІОДЕСТРУКЦІЯ 1 ЕЛЕМЕНТУ	57,50	11,50	69,00
2.	КРІОМАСАЖ ОБЛИЧЧЯ	52,50	10,50	63,00
3.	ДІАТЕРМОКОАГУЛЯЦІЯ 1 ЕЛЕМЕНТУ	60,00	12,00	72,00
4.	ВИДАЛЕННЯ 1 ЕЛЕМЕНТА МЕТОДОМ ГЛИБОКОЇ ДІАТЕРМОКОАГУЛЯЦІЇ (АТЕРОМИ, ПАПІЛОМИ, ГЕМАНГІОМИ, ФІБРОМИ)	130,00	26,00	156,00
5.	ВИДАЛЕННЯ МІЛУМА	52,50	10,50	63,00
6.	КОНСУЛЬТАЦІЯ ЛІКАРЯ-КОСМЕТОЛОГА	95,00	19,00	114,00
7.	ВИПІСКА ПОВТОРНОГО РЕЦЕПТА	7,50	1,50	9,00
8.	ЕЛЕКТРОЕПІЛЯЦІЯ	55,00	11,00	66,00
9.	Д' АРСЕНВАЛЬ	25,00	5,00	30,00
10.	ЧИСТКА ОБЛИЧЧЯ	50,00	10,00	60,00
11.	ПІЛІНГ ОБЛИЧЧЯ	47,50	9,50	57,00
12.	МАСКА З АНТИБІОТИКОМ	47,50	9,50	57,00
13.	МАСКА З ТРАВ	46,66	9,33	56,00
14.	МАСАЖ ОБЛИЧЧЯ І ШИЇ	45,83	9,17	55,00
1.	ОБСТЕЖЕННЯ, КОНСУЛЬТАЦІЯ ТА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ПСИХОНЕВРОЛО - ГІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ	84,45		
2.	ІМПЕДАНСОМЕТРІЯ	79,45		
3.	АУДІОМЕТРІЯ	74,90		
4.	ПРЕСОТЕРАПІЯ	113,50		
5.	РЕОВАЗОГРАМА	54,75		
6.	РЕОЕНЦЕФАЛОГРАМА	54,75		
	ПРОБИ З ПОБУТОВИМИ АЛЕРГЕНАМИ:			
1.	ПРИЙОМ ЛІКАРЯ - АЛЕРГОЛОГА	60,00		
2.	ПРОБИ АЛЕРГІЧНІ ПОБУТОВІ (проба 1 алергеном)	74,68		
3.	ПРОБИ АЛЕРГІЧНІ ПОБУТОВІ (проба 2 алергенами)	79,02		
4.	ПРОБИ АЛЕРГІЧНІ ПОБУТОВІ (проба 3 алергенами)	105,81		
5.	ПРОБИ АЛЕРГІЧНІ ПОБУТОВІ (проба 4 алергенами)	125,45		
6.	ПРОБИ АЛЕРГІЧНІ ПОБУТОВІ (проба 5 алергенами)	141,20		
7.	ПРОБИ АЛЕРГІЧНІ ПОБУТОВІ (проба 6 алергенами)	161,63		
8.	ПРОБИ АЛЕРГІЧНІ ПОБУТОВІ (проба 7 алергенами)	180,24		
9.	ПРОБИ АЛЕРГІЧНІ ПОБУТОВІ (проба 8 алергенами)	198,86		
10.	ПРОБИ АЛЕРГІЧНІ ПОБУТОВІ (проба 9 алергенами)	217,47		
11.	ПРОБИ АЛЕРГІЧНІ ПОБУТОВІ (проба 10 алергенами)	236,09		
	ЛІКУВАННЯ ПОБУТОВИМИ АЛЕРГЕНАМИ:			
1.	ЛІКУВАННЯ 1 ПОБУТОВИМ АЛЕРГЕНОМ	152,48		
2.	ЛІКУВАННЯ 2 ПОБУТОВИМИ АЛЕРГЕНАМИ	153,90		
3.	ЛІКУВАННЯ 3 ПОБУТОВИМИ АЛЕРГЕНАМИ	149,72		

4.	ЛІКУВАННЯ 4 ПОБУТОВИМИ АЛЕРГЕНАМИ	155,06		
	ПРОБИ З ПИЛКОВИМИ АЛЕРГЕНАМИ:	без ПДВ	ПДВ	з ПДВ
1.	ПРОБИ АЛЕРГІЧНІ ПИЛКОВІ (проба 1 алергеном)	63,55		
2.	ПРОБИ АЛЕРГІЧНІ ПИЛКОВІ (проба 2 алергенами)	76,71		
3.	ПРОБИ АЛЕРГІЧНІ ПИЛКОВІ (проба 3 алергенами)	78,84		
4.	ПРОБИ АЛЕРГІЧНІ ПИЛКОВІ (проба 4 алергенами)	89,31		
5.	ПРОБИ АЛЕРГІЧНІ ПИЛКОВІ (проба 5 алергенами)	102,87		
6.	ПРОБИ АЛЕРГІЧНІ ПИЛКОВІ (проба 6 алергенами)	113,46		
7.	ПРОБИ АЛЕРГІЧНІ ПИЛКОВІ (проба 7 алергенами)	123,96		
8.	ПРОБИ АЛЕРГІЧНІ ПИЛКОВІ (проба 8 алергенами)	134,63		
9.	ПРОБИ АЛЕРГІЧНІ ПИЛКОВІ (проба 9 алергенами)	145,55		
10.	ПРОБИ АЛЕРГІЧНІ ПИЛКОВІ (проба 10 алергенами)	156,22		
	ЛІКУВАННЯ З ПИЛКОВИМИ АЛЕРГЕНАМИ:			
1.	ЛІКУВАННЯ 1 ПИЛКОВИМ АЛЕРГЕНОМ	124,93		
2.	ЛІКУВАННЯ 2 ПИЛКОВИМИ АЛЕРГЕНАМИ	126,73		
3.	ЛІКУВАННЯ 3 ПИЛКОВИМИ АЛЕРГЕНАМИ	125,06		
4.	ЛІКУВАННЯ 4 ПИЛКОВИМИ АЛЕРГЕНАМИ	137,04		
	ПРОБИ З АНЕСТЕТИКОМ:			
1.	ПРОБИ АЛЕРГІЧНІ АНЕСТЕТИКИ (проба з 1 анестетиком)	51,18		
2.	ПРОБИ АЛЕРГІЧНІ АНЕСТЕТИКИ (проба з 2 анестетиками)	54,24		
3.	ПРОБИ АЛЕРГІЧНІ АНЕСТЕТИКИ (проба з 3 анестетиками)	58,28		
4.	ПРОБИ АЛЕРГІЧНІ АНЕСТЕТИКИ (проба з 4 анестетиками)	61,27		
	ПОСЛУГИ СТОМАТОЛОГІЧНОГО КАБІНЕТУ :			
1.	ОГЛЯД СТОМАТОЛОГА	35,00		
2.	ПРОКЛАДКА ІЗ МАТЕРІАЛУ ІОНОБОНД	120,00		
3.	ПРОКЛАДКА ІЗ УНІЦЕМА	75,00		
4.	ПЛОМБУВАННЯ 1 КАНАЛУ МАТЕРІАЛОМ ТІЄДЕНТ	110,00		
5.	ТИМЧАСОВА ПЛОМБА (ДЕНТИН ПАСТА)	60,00		
6.	ПЛОМБА ІЗ АЛЬВЕОЛОТОМІЯ	150,00		
7.	АЛЬФАДЕНТ - ХІМІЧНИЙ КОМПОЗИТ	150,00		
8.	КЕТАК МОЛЯР	180,00		
9.	ФОТОПОЛІМЕР (spectrum)	250,00		
10.	МИШ'ЯК	70,00		
11.	ФОТОПОЛІМЕР ("Харизма")	300,00		
12.	ФІКСАЦІЯ КОРОНКИ НА ФОСФАТЦЕМЕНТ	80,00		
13.	РЕЗЕКЦІЯ ВЕРХІВКИ КОРЕНЯ	120,00		
14.	ЛІКУВАННЯ ПАРАДОНТОЗУ ВЛАСНИМИ ЛІКАМИ	40,00		
15.	ЗНЯТТЯ ЗУБНОГО КАМЕНЮ	150,00		
16.	ПРОСТЕ ВИДАЛЕННЯ	70,00		
17.	СКЛАДНЕ ВИДАЛЕННЯ	180,00		
18.	ЗНЯТТЯ КОРОНКИ	70,00		
19.	РАДІКУЛЯРНА КИСТА	150,00		
	Анестезія:	без ПДВ	ПДВ	з ПДВ
20.	АНЕСТЕЗІЯ З ЛІДОКАІНОМ	40,00		
21.	АНЕСТЕЗІЯ ІЗ СЕПТОНЕСТОМ	70,00		

22.	АНЕСТЕЗІЯ З УБЕСТЕЗІНОМ	70,00		
23.	ВИДАЛЕННЯ БЕЗ ЗНЕБОЛЕННЯ	50,00		
	Лікування пульпіту:			
24.	ОДНОКОРЕНЕВОГО ЗУБА	130,00		
25.	БАГАТОКОРЕНЕВОГО ЗУБА	250,00		
	Лікування періодонтиту:			
26.	ОДНОКОРЕНЕВОГО ЗУБА	280,00		
27.	БАГАТОКОРЕНЕВОГО ЗУБА	300,00		
	Анкера:			
28.	АНКЕР ПОЗОЛОЧЕНИЙ	130,00		
29.	ШТИФТ СКЛОВОЛОКОННИЙ	130,00		
30.	РОЗПЛОМБУВАННЯ КАНАЛУ	130,00		
	ПЕРЕСУВНИЙ ФЛЮОРОГРАФ:			
1.	ФЛЮОРОГРАФІЯ	38,30		
2.	ВІЇЗД ПЕРЕСУВНОГО ФЛЮОРОГРАФА (зимовий період)	49,98		
3.	ВІЇЗД ПЕРЕСУВНОГО ФЛЮОРОГРАФА (літній період)	49,32		
	ХІРУРГІЧНЕ ВІДДІЛЕННЯ:			
1.	ЛАТЕКСНЕ ЛІГУВАННЯ ВНУТРІШНЬОГЕМОРОІДАЛЬНИХ ВУЗЛІВ (3 процедури)	1035,00		
2.	PRP - ТЕРАПІЯ	752,80		
	ПОСЛУГИ КАБІНЕТУ УЗД :			
1.	УЗД 1 УМ. ОД.	24,00		
	ПОСЛУГИ ЗГІДНО УКЛАДЕНИХ ДОГОВОРІВ до 03.05.2019 р.:			
1.	МЕДИЧНИЙ ОГЛЯД ТЕРАПЕВТОМ	17,50		
2.	МЕДИЧНИЙ ОГЛЯД НЕВРОПАТОЛОГ	14,95		
3.	МЕДИЧНИЙ ОГЛЯД ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОМ	16,09		
4.	МЕДИЧНИЙ ОГЛЯД ОТОЛАРИНГОЛОГОМ	17,37		
5.	МЕДИЧНИЙ ОГЛЯД ОФТАЛЬМОЛОГОМ	17,39		
6.	МЕДИЧНИЙ ОГЛЯД ГІНЕКОЛОГ	17,75		
7.	МЕДИЧНИЙ ОГЛЯД ХІРУРГ	15,04		
8.	ЦИТОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ	42,08		
9.	ЗАГАЛЬНИЙ АНАЛІЗ КРОВІ	43,65		
10.	ЗАГАЛЬНИЙ АНАЛІЗ СЕЧІ	23,61		
11.	АНАЛІЗ КРОВІ НА ГЛЮКОЗУ	22,77		
12.	БІОХІМІЧНИЙ АНАЛІЗ КРОВІ НА ЗАГАЛЬНИЙ ХОЛЕСТЕРИН	26,23		
13.	ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАФІЯ	25,77		
14.	ВИСНОВОК ЛЕК	20,12		
15.	ТЕСТУВАННЯ ФУНКЦІЙ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ	65,61		
16.	АНАЛІЗ КАЛУ НА ПРИХОВАНУ КРОВ	2,78		
17.	ФІБРОГАСТРОДУОДЕНОСКОПІЯ	120,83		
18.	АНАЛІЗ КРОВІ НА БІЛРУБІН	14,80		
19.	АлТ, АсТ КРОВІ	19,90		
20.	ЛІПІДОГРАМА	163,97		
21.	ТОЛЕРАНТНІСТЬ ДО ГЛЮКОЗИ	68,72		

22.	ДОБОВИЙ МОНИТОРИНГ АД, ЕКГ	75,29		
23.	ЕХОКАРДІОГРАФІЯ	75,29		
24.	ВИСНОВОК КОМІСІЇ	20,12		
25.	РЕНТГЕНОГРАФІЯ ОРГАНІВ ГРУДНОЇ ПОРОЖНИНИ	44,59		
26.	АУДІОМЕТРІЯ	47,72		
27.	ПІДРАХУНОК РЕТИКУЛОЦИТІВ	21,84		
28.	АНАЛІЗ КРОВІ НА ТРОМБОЦИТИ	15,08		
29.	ПАЛЕСТЕЗІОМЕТРІЯ (вібраційна чутливість)	10,58		
30.	ШКІРНА ТЕРМОМЕТРІЯ	8,19		
31.	ДИНАМОМЕТРІЯ	2,89		
32.	АНАЛІЗ КРОВІ НА ТЕРМОРЕЗИСТЕНТНІСТЬ ЕРИТРОЦИТІВ	28,06		
33.	ДОСЛІДЖЕННЯ НА ГЕЛЬМІНТОЗИ	8,24		
34.	ДОСЛІДЖЕННЯ МАЗКА НА ГОНОРЕЮ	15,23		
35.	АНАЛІЗ КРОВІ НА РМП (сифіліс)	21,12		
36.	ДОСЛІДЖЕННЯ НА НАЯВНІСТЬ ПАТОГЕННОГО СТАФІЛОКОКУ	31,65		
37.	ДОСЛІДЖЕННЯ НА НОСІЙСТВО КИШКОВИХ ІНФЕКЦІЙ	35,03		
38.	ВИДАЧА БЛАНКА ОСОБИСТОЇ МЕДИЧНОЇ КНИЖКИ ФОРМА №1-ОМК	6,00		
39.	УЗД ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ	87,46		
40.	УЗД ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ	53,50		
41.	УЗД НИРОК І НАДНИРНИКОВИХ ЗАЛОЗ	45,35		
	Головний бухгалтер _____		Приваленко О.А.	
	Начальник планово-економічного відділу _____		Бондар О.В.	

Додаток Б
АНКЕТА №1

Шановний пацієнт з метою поліпшення медичного обслуговування пацієнтів просимо надати відповідь на ряд питань запропонованої анкети.

1. Чому для отримання медичної послуги Ви обрали саме наш заклад (можете обрати кілька відповідей)?

- безкоштовні послуги
- тут працюють чудові фахівці
- тому що саме сюди отримав направлення від сімейного лікаря
- близько до дому
- зручна система запису
- Ваш варіант _____

2. Чи задоволені Ви результатами лікування?

- так цілком
- ні не задоволений
- в цілому так, але є певні проблемні моменти

3. Чи задовольняють Вас умови надання медичних послуг (в приміщенні лікувального закладу є гардероб, достатньо місць для очікувань, в кабінеті лікаря є місце призначене для речей пацієнта, достатньо оглядового обладнання та матеріалів тощо) (можете обрати кілька відповідей)?

- так, цілком задовольняють, є все необхідне
- ні не задовольняє (якщо Ви обрали цей варіант відповіді, то визначте що саме Вас не задовольняє):
- не працює гардероб
- недостатньо місць для очікувань та/або вони незручні
- в кабінеті лікаря немає місця для речей, відсутня ширма тощо
- при огляді/консультації/лікуванні необхідно приносити свої матеріали (рукавички, шприци, одноразові серветки, купувати оглядові набори)

в кабінетах лікарів дуже застаріле обладнання, яке не дає бажаного результату лікування/достовірну постановку діагнозу

інше

4. Чи задоволені Ви процесом консультування та діагностики?

так цілком задоволений/а (лікар уважний, діагноз поставлений вірно)

лікар був дуже уважним, але діагноз встановлено не було/невірно

лікар провів лише поверховий огляд і спрямував мене до іншого фахівця

лікар грубий, уваги не приділив, до процесу надання послуг поставився несумлінно

інше вкажіть _____

5. Скільки часу тривало консультування у лікаря?

10 хвилин

15 хвилин

20 хвилин

більше 30 хвилин

6. Чи дотримувався медичний персонал санітарних правил при консультуванні/наданні послуг (мили руки, змінювали рукавички, заміняли на кушетках серветки, обробляли медичне обладнання тощо)?

так дотримували

дотримувались частково

не дотримувались

7. Скільки часу в черзі Ви очікували на прийом у спеціаліста?

5 хвилин;

15 хвилин

30 хвилин

45 хвилин

більше однієї години

Зазначте фахівців очікування в черзі до яких тривало більше 1 години

8. Скільки часу Ви очікували на запис у спеціаліста?

- 1 день
- 2 дні
- до тижня
- більше місяця

Зазначте фахівців очікування на запис до яких був більше 2-х днів

9. Скільки часу в середньому Ви витрачаєте на те щоб дістатися до місця лікування/надання консультації?

- 15-20 хвилин
- 30-40 хвилин
- більше години

Дякуємо Вам за відповіді!

Додаток В

№ з/п	Питання	Бали				
		1	2	3	4	5
1.	Кваліфікація старшого медичного персоналу (лікарі)					
2.	Кваліфікація молодшого медичного персоналу (медсестри, санітари, лаборанти)					
3.	Оснащеність кабінету сучасною медичною технікою					
4.	Стан медичного обладнання, яке використовується при постановці діагнозу і лікування					
5.	Час очікування в черзі на прийом до лікаря					
6.	Ввічливість і чуйність персоналу					
7.	Злагожденість і рівень взаємодії медичних підрозділів					
8.	Доступність отримання послуги					
9.	Гнучкість цінової політики					
10.	Співвідношення ціни та повноти послуги					
11.	Час, витрачений на постановку діагнозу					
12.	Позитивні зміни стану здоров'я					
13.	Ступінь задоволеності від отриманої послуги					
14.	Загальне враження про роботу медичного закладу					
15.	Імовірність повторного звернення в медичний заклад					

Додаток Г

АНКЕТА №2

Шановний пацієнт з метою впровадження пацієнт-орієнтованого підходу в діяльність нашого медичного закладу просимо надати відповідь на ряд питань запропонованої анкети.

1. Як часто Ви потребували нагальної медичної консультації сімейного лікаря, але не могли її отримати через відсутність місця для запису?
 - такого не траплялось;
 - раз на рік;
 - раз на пів року;
 - раз на три місяці.
2. Чи вважаєте Ви за доцільне запровадження роботи чергового сімейного лікаря за схемою «24/7»?
 - ні в цьому немає потреби;
 - це було б доречно;
 - не знаю як відповісти.
3. Чи скористались би Ви за можливості сервісом он-лайн прийому сімейного лікаря за допомогою Zoom/Googlemeet?
 - Ні не скористався, надаю перевагу особистому прийому
Вкажіть причину _____
 - В окремих випадках це було б дуже доречно;
Вкажіть в яких _____
 - Із задоволенням використовував би такий підхід до лікування
Вкажіть причину _____
4. Чи вважаєте, Ви, що лікар повинен погодити з Вами план лікування а також ліки, які Вам прописує?
 - ні в цьому немає потреби, я довіряю своєму лікарю;
 - це іноді було б доречно, особливо при призначенні дороговартісного лікування;
 - я вважаю, що лікар завжди повинен консультиватись із пацієнтом при призначенні лікування.
5. Чи вважаєте, Ви, що постановці складного діагнозу варто одразу залучати вузькопрофільних фахівців?
 - ні в цьому немає потреби, я довіряю своєму лікарю;
 - так, це було б доречно;
 - складно відповісти.

Дякуємо Вам за відповіді!