

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХЕРСОНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ БІЗНЕСУ І ПРАВА
КАФЕДРА ЕКОНОМІКИ, МЕНЕДЖМЕНТУ І АДМІНІСТРУВАННЯ**

**УПРАВЛІННЯ МАРКЕТИНГОВОЮ ДІЯЛЬНІСТЮ
МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ**

Кваліфікаційна робота (проект)

на здобуття ступеня вищої освіти “магістр”

Виконав: студент 2 курсу 293 групи
Спеціальності 073 Менеджмент
Освітньо-професійної (наукової) програми
Менеджмент
Таран І.О.

Керівник: д.е.н., професор Шашкова Н.І.
Рецензент: д.е.н., професор Мохненко А.С.

Херсон – 2020

ПЛАН

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. КОНЦЕПТУАЛЬНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ МАРКЕТИНГОВОЮ ДІЯЛЬНІСТЮ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ.....	5
1.1. Особливості маркетингової діяльності медичних закладів	5
1.2. Особливості формування маркетингової стратегії приватного медичного закладу.....	17
РОЗДІЛ 2 МАРКЕТИНГОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ЯК ТОВАРУ МЕДИЧНОГО РИНКУ	23
2.1. Маркетингове дослідження поведінки споживачів платних медичних послуг.....	41
2.2. Маркетингове дослідження позиції лікарів щодо надання платних послуг.....	46
РОЗДІЛ 3 ОСНОВНІ НАПРЯМКИ УПРАВЛІННЯ МАРКЕТИНГОВОЮ ДІЯЛЬНІСТЮ МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ.....	52
ВИСНОВКИ.....	55
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	

ВСТУП

Актуальність теми дослідження впливає з необхідності досконалення системи охорони здоров'я для підвищення доступності та якості медичної допомоги, розширення можливостей для населення в отриманні первинної спеціалізованої медичної допомоги.

Відносно недавно в сфері просування медичних послуг почали говорити про поняття медичного маркетингу. Необхідність в цьому окремому напрямку маркетингу обумовлена перш за все специфікою відносин провайдерів медичних послуг зі своїми споживачами.

Як правило, пацієнти мають низький ступінь інформованості про послуги, не можуть визначити якість послуги, що надається, можуть оцінити тільки сервісну складову і змушені довіритися фахівцеві. Рівень довіри лікаря у клініці в цілому може як спростити, так і ускладнити процес лікування. В останньому випадку говорять про ятрогенні захворювання - тих, що викликані діями або навіть словами лікаря. Споживачі медичних послуг - пацієнти, - практично завжди знаходяться в «особливому» стані. І при ухваленні рішення про те, як вирішити свою проблему, і при отриманні медичної допомоги. Пацієнти сильно відрізняються від клієнтів: рівнем страху за своє життя, життя і здоров'я близьких; рівнем «болю»; швидкості прийняття рішень; кількістю альтернатив у виборі варіанту дій; довірою до джерел інформації; довірою до фахівця; вадами знань (а часто і неможливістю ці знання отримати); емоційною незахищеністю.

Відповідальність провайдерів медичних послуг (медичних центрів, клінік) перед пацієнтами висока, процес надання медичних послуг і безпосереднє просування таких послуг на ринку вимагає дотримання певних норм і правил.

Мета дослідження - розробка і наукове обґрунтування маркетингових технологій управління діяльністю медичних закладів в умовах структурних перетворень в системі охорони здоров'я

Об'єкт дослідження – механізм забезпечення ефективності маркетингової діяльності медичного закладу.

Предмет дослідження – управління маркетинговою діяльністю медичних закладів.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати й дати комплексну характеристику сучасних методів маркетингу в охороні здоров'я, виявити його особливості та необхідність в управлінні комерційними медичними організаціями.

2 Вивчити організаційно-правову структуру комерційних медичних організацій на регіональному рівні, характер наданої в них медичної допомоги, види медичних послуг,

3 Проаналізувати склад фахівців і керівників комерційних медичних організацій, вивчити їх думку про стан і проблеми надання платних медичних послуг рівень інформованості по різних факторам, що формують концепцію маркетингового управління.

4. Вивчити склад пацієнтів, що звертаються за платними медичними послугами, мотиви їх звернення, ставлення до платності в охороні здоров'я і ступінь задоволеності наданими послугами,

5. Запропонувати основні напрямки розвитку маркетингових підходів в управлінні діяльністю комерційних медичних організацій.

При написанні кваліфікаційної роботи були використанні такі методи дослідження як аналіз відносних показників (коефіцієнтів), табличний, графічний, узагальнення і порівняння. Також в ході написання роботи були використані результати маркетингового дослідження.

Структурно дипломна робота складається з вступу, трьох розділів, висновків, списку використаної літератури.

РОЗДІЛ 1.

КОНЦЕПТУАЛЬНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ МАРКЕТИНГОВОЮ ДІЯЛЬНІСТЮ МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДІВ

1.1. Особливості маркетингової діяльності медичних закладів

Поняття потреби населення в медичній допомозі і медична активність відноситься до маловивченим категоріям здоров'я населення і можливостей його задоволення з боку охорони здоров'я. Тим часом, це поняття найбільш коректно і повно відображає стан здоров'я населення, результати і можливості охорони здоров'я для їх задоволення.

Рівні структура і динаміка показників потреби, з одного боку, залежать від захворюваності і поведінки населення, а з іншого свідчать про рівень розвитку інфраструктури медичної допомоги, медичної активності та доступності для населення. Слід підкреслити позиціонування цього поняття - вплив ринкових відносин на медичну активність і потреби населення: ринку охорони здоров'я в цілому. Всі ці категорії, поняття і умови взаємозалежні і взаємопов'язані психологією, соціологією, економікою, історією, інфраструктурою медичної допомоги, і в цьому полягає проблема для їх дослідження. Завдання полягає в тому, щоб у складній гамі взаємозалежних категорій диференціювати і визначити те головне, що визначає здоров'я населення і рівень задоволення потреб в його оптимальному збереженні або підтримці. Різномічні підходи до вивчення потреби в медичній допомозі викладаються в публікаціях різних авторів, відображаючи позиції і уявлення в різні часові періоди (О. Аристова, М. Артюхіна, Л. Зацної, О. Калініченко, Н. Петрова, А. Сержук, Л., Савченко, С.Полковніченко, А.Шкулєпіна).

Крім того, в умовах ринку недосконалої конкуренції, до якого відноситься і охорона здоров'я, існує інформаційна асиметрія продавців (тобто медичних працівників) і покупців (пацієнтів), яким буває важко обрати необхідну послугу, оцінити і порівняти її якість.

Особливість ринку в охороні здоров'я визначається специфікою товару, яким є медична послуга.

Медична послуга - це сукупність необхідних, достатніх, сумлінних, доцільних професійних дій медичного працівника (виконавця, виробника послуг), спрямованих на задоволення потреб пацієнта (замовника, споживача послуг) (рис.1.1).



Рис. 1.1. Базові спрямування медичних послуг

Медична послуга захід або комплекс заходів, що проводяться при захворюваннях або при безпосередній загрозі розвитку, спрямованих на попередження захворювання і відновлення здоров'я, що мають самостійне, закінчене значення і певну вартість.

Необхідно відзначити, що послуги охорони здоров'я - не звичайний товар, виробництво і споживання якого визначаються співвідношенням платоспроможного попиту і пропозиції. Це свідоме благо повинно бути надано людині будь-що-будь, незалежно від того, багатий він чи бідний, здатний він його оплатити чи ні. Адже якщо це благо не надається, рано чи пізно припиняється будь-яке виробництво, оскільки в сучасних умовах епідемії і всілякі інші напасті здатні знищити все людство.

Відмінними властивостями медичних послуг є:

- ✓ невідчутність;
- ✓ невіддільність від джерела послуги;
- ✓ мінливість якості;
- ✓ неможливість тривалого збереження.

Виділяють такі особливості медичних послуг:

- ✓ результат професійної діяльності втілений в самій людині;
 - ✓ індивідуальний характер послуги;
 - ✓ результативність безпосередньо не пов'язана з величиною витрат;
 - ✓ результат різноманітний за терміном прояви і необхідності повторного впливу;
 - ✓ надаються в матеріалізованому або не матеріалізованому вигляді;
- вартість послуги - величина динамічна.

Основними характеристиками послуги є наступні.

Основні елементи послуги:

- суб'єкти послуги (пацієнт - медичний працівник);
- психологія послуги (взаємини суб'єктів послуги);
- матеріальність послуги (вартість і матеріальне вираз витрат по задоволенню споживача);

документальність послуги (фіксована довгострокова вичерпна інформація, що дає уявлення про кількісну і качественну сторону виконаної послуги),

2. Форма послуги:

- проста медична послуга, яка виконується за схемою "пацієнт" - "спеціаліст" (наприклад, вимір артеріального тиску);

- складна медична послуга, що вимагає для своєї реалізації визначеного складу персоналу, комплексного технічного та фармацевтичного оснащення, спеціальних приміщень і т.д. І складається з поєднання двох н простіших, доповнюють один одного в досягненні поставленої мети, послуг (наприклад, діагностика захворювання в разі поліклінічного обслуговування з лікувально-діагностичною метою);

комплексна медична послуга, що включає набір складних і простих медичних послуг і закінчується або постановкою діагнозу, либо проведенням певного етапу лікування.

За функціональним призначенням медичні послуги можуть бути:

- лікувально-діагностичними (спрямованими на встановлення діагнозу або лікування захворювання);

- профілактичними (диспансеризація, вакцинація, фізкультурно-оздоровчі заходи);

відновно-реабілітаційними

- транспортними;

- санітарно-гігієнічними.

За умовами надання медичних послуг їх можна розділити на надавані: на дому, в амбулаторно-поліклінічних умовах, в процесі транспортування, в умовах стаціонару, в умовах інтенсивної терапії та реанімації, в умовах карантину і т.д.

3. Напрямок послуги:

- пасивна (попит-задоволення);

- активна (відсутність попиту-задоволення).

4. За джерелами:

- надаються тільки людиною;

- надаються людиною + технічне оснащення (технічне оснащення з автоматизацією або без неї),

5. За присутністю клієнта:

- так;
- немає.

6. За мотивами придбання послуги клієнтом для задоволення:

- власних потреб;
- ділових потреб.

7. За мотивами надання послуг:

- комерційна;
- некомерційна діяльність; обслуговування окремих осіб;
- послуги громадського характеру.

Економічними складовими послуги є; собівартість, рентабельність, ефективність, ціна послуги, методика ціноутворення.

Виділяють і такі стадії послуг: впровадження, зростання, зрілість, насичення, спад.

Стадія ЖЦТ "впровадження" характеризується тим, що на цій стадії діяльність установи витрата і неприбуткова. Для першої стадії определяючими є такі моменти:

- послуга виводиться на ринок;
- низький збут, так як послуга маловідома;
- споживачі (покупці, клієнти) представляють собою невелику групу "піонерів-;
- великі витрати на виробництво, так як багато технічних проблем;
- низькі або негативні доходи;
- обмежена конкуренція;
- наявність альтернативних каналів збуту;

Мета цієї стадії - підготувати ґрунт для більш ефективної діяльності в подальшому.

В даний час на стадії "впровадження" медичних послуг на ринку виявилася велика кількість медичних організацій, що не мають досвіду самостійної комерційної діяльності. У перспективі між ними виникає

жорстка конкуренція. Тому завдання організації, фахівців на цій стадії якомога швидше знайти фактор успіху своєї організації (трудові ресурси, обладнання, місце розташування та ін.), який і допоможе швидше подолати цю стадію.

При наявності достатніх фінансів швидше можна подолати стадію "впровадження" різким збільшенням фондоозброєності лікувального закладу і вибором пріоритетного (з комерційної точки зору) напрямку (стоматологія, урологія, гінекологія).

Зростання, як стадія життєвого циклу послуги, характеризується початком ефективної діяльності лікувального закладу (спеціаліста). Для другої стадії характерним є:

- послуга сприйнята на ринку;
- покупці (клієнти) задоволені, і знання "з чуток" замінює частину прямої реклами;
- звичайні споживачі стають покупцями, що збільшує продаж;
- ціни поки не знижуються, так як конкуренція порівняно невелика; доходи і прибуток на одиницю проданої послуги максимальні.
- останні недоліки послуг повинні бути усунені (створення переваги).

Швидкий перехід від стадії "впровадження" в наступну стадію "зростання", а зі стадії "зростання" в наступну стадію "зрілості" свідчить про правильний вибір засобів для вирішення поставлених завдань.

Вихід на третю стадію ("зрілість") - сприятливий результат роботи лікувального закладу. Витрати на підтримку діяльності стабілізуються. Вся увага повинна приділятися проблемі збуту (реклама, підвищення якості послуг, зниження цін та ін.). Для даної стадії ЖЦТ характерні наступні особливості:

- послуга добре відома на ринку;
- конкуренти надають аналогічні послуги і потрібно враховувати їх ціни;
- відтепер наважуються купувати послуги і покупці-консерванти;
- щоб продовжити цей етап, необхідно модифікувати послугу;

- послуга вдосконалюється шляхом незначних змін.

Завдання лікувального закладу - затриматися на цій стадії якомога довше. Незважаючи на сприятливу картину, треба пам'ятати, що за цією стадією рано чи пізно настане спад. І на цій стадії на повний зріст постає питання про подальшу заміну медичної послуги або її модифікації.

Четверта стадія - "насичення". Для неї характерно наступне:

- більша частина ринку купила послугу, і збут не може бути підвищений (стагнація збуту);

- жорстка конкуренція;
- сильне зниження цін і прибутку;
- ще можна трохи вдосконалити послугу;
- необхідно залучити значні ресурси для збереження частки ринку;
- необхідно розглянути можливості освоєння нових ринків;
- очікується поява нової послуги на ринку.

"Спад" - стадія, яка свідчить про зменшення корисності медичної послуги як товару. Характерними елементами даної стадії ЖЦТ є:

- спад збуту;
- споживчий попит в значній мірі задоволений іншими послугами;
- деякі конкуренти вже пішли з ринку;
- прибуток на одиницю послуги незначний.

Завдання лікувального закладу - уникнути цієї стадії, в іншому випадку необхідно вийти на ринок медичних послуг з новим товаром.

Нарешті, до особливостей медичних послуг відноситься і порівняно низька цінова пластичність, яка вимірюється як відношення процентного збільшення обсягу попиту на товар до процентного зменшення ціни даного товару за інших рівних умов. Вона показує, на скільки відсотків збільшиться обсяг попиту при зменшенні ціни товару на один відсоток.

Для більшості медичних послуг коефіцієнт еластичності менше одиниці. Так, за оцінками ряду фахівців США, коефіцієнт цінової

еластичності попиту на стаціонарну медичну допомогу в середньому дорівнює 0,7 (виключення - косметична хірургія), а в багатьох випадках він коливається від 0,2 до 0,7. Це означає, що при підвищенні цін на медичні послуги попит зменшується в меншій мірі, ніж зростає ціна (при підвищенні ціни, скажімо, на 10% попит скоротиться на 2-7%).

В даний час ринок лікувально-профілактичних послуг, медикаментів н товарів досить динамічний за рахунок появи на ньому об'єктів охорони здоров'я та фармацевтичних організаційно-правових форм. Тому діяльність госпрозрахункових структур і комерційних медичних установ, страхових медичних і фармацевтичних організацій, а також інших суб'єктів ринкової діяльності в умовах ринку пов'язана з ризиками. Маркетинг призначений для того, щоб знизити ступінь ризику до мінімуму.

Маркетинг в медицині - це система вивчення ринку медичних послуг з метою формування та задоволення запитів споживачів шляхом управління споживчими властивостями медичної послуги.

Можна відзначити також, що маркетинг в охороні здоров'я це система принципів, методів і заходів, які базуються на комплексному вивченні попиту споживача і цілеспрямованому формуванні пропозиції медичних послуг виробником.

Система стратегічного аналізу ситуації на ринку включає:

- аналіз потенціалу організації;
- стратегії і можливості конкурентів;
- прогноз глобального попиту.

Для реалізації маркетингової стратегії необхідно чітко проведення маркетингової політики, що розуміється як згода, консенсус адміністрації і персоналу організації постачальника послуг і зусилля по співпраці з посередниками з просування товарів на ринок.

Стосовно до охорони здоров'я основними складовими маркетингової політики є наступні. Сервісні характеристики:

1. Режим роботи медичного закладу.

2. Умови перебування в установі.
3. Перелік послуг.
4. Час, що витрачається на відвідування.
5. Готовність персоналу надати послуги для вирішення проблеми споживача.
6. Гарантія надійності послуги (компенсація мимоволі завданих збитків у повному обсязі).

Цінова політика:

1. Вартість порівнянних послуг в інших установах.
2. Вартість непорівнянних (медичних та немедичних) послуг.
3. Вартість в порівнянні із спектром загальнодоступних послуг (немедичних послуг).

Облік попереднього рівня цін на послугу (індексація).

Організаційна система:

1. Повнота надання послуг;
2. Кількість задіяного персоналу;
3. Парк задіяного обладнання;
4. Експрес-діагностика захворювань;
5. Профілактична спрямованість (прикордонні стани прогнозного типу);
6. Формування банку даних на постійних клієнтів (картотека цільових клієнтів і робота з ними).

Комунікаційна політика:

1. Попередня і заключна співбесіда (інформування, рекомендації і т.п.).
2. Роз'яснення необхідності та корисності обстежень.
3. Компетентність співробітників.
4. Дружелюбність і ввічливість персоналу.
5. Індивідуальність обслуговування.
6. Виключення негативних відгуків на послугу (імідж, запобігання претензій по обслуговуванню, довірливість і конфіденційність).

У плані останнього важливе дотримання кількох умов:

Предотвращеніє ризику шкоди для здоров'я - "ймовірність не нашкودити". Безпека послуги - максимально можливе не нанесення шкоди при гарантованій і адекватній компенсації в разі шкоди.

- Конфіденційність та інформована згода - етика і деонтологія персоналу: інформація, що надається споживачем медичної послуги виробнику, повинна носити конфіденційний і приватний характер.

- Індивідуальність взаємодії споживача і виробника послуги: сприйняття лікаря як "заслуженого співрозмовника", об'єктивність підходу до проблем пацієнта, психологічна сумісність виробника і споживача медичних послуг.

- Терміновість надання послуги в залежності від потреби – в результаті взаємодії виробника і споживача медичних послуг слід передбачити ситуації екстреного втручання.

Завданнями маркетингу в медицині на сучасному етапі є наступні:

- ✓ пропаганда конкретних видів медико-санітарного обслуговування (маркетинг послуг), пропаганда установи охорони здоров'я в цілому (маркетинг організацій);
- ✓ популяризація деяких провідних лікарів і медичних сестер (маркетинг окремих осіб);
 - ✓ популяризація розташування лікувально-профілактичного закладу, санаторію та ін. (маркетинг місця), пропаганда ідеї здорового способу життя (маркетинг ідей) тощо.

Загальна мета лікувального закладу може визначатися наступними факторами:

- колом задоволення потреб;
- сукупністю споживачів;
- пропонованими послугами.

Маркетингові цілі можна розділити на кілька класів:

- економічні (досягти певного рівня прибутку);
- кількісні (збільшення обороту ліжкомісць, зменшення середньої тривалості перебування в стаціонарі);

- якісні (створити нові види послуг);
- «егоїстичні» (підвищення престижу і поліпшення іміджу ЛПУ);
- соціальні (поліпшення соціальних умов службовців).

Розглянуті аспекти складають перший етап процесу управління маркетингом - аналіз ринкових можливостей, що включає проведення маркетингових досліджень та збір інформації про маркетингове середовище.

На другому етапі проводиться відбір цільових ринків. Сегменти ринку охорони здоров'я повинні виділятися на основі регіональної демографії (чисельність і щільність населення, рівень захворюваності, смертності, розподіл по класах хвороб), рівня життя населення, його культури, соціальних цінностей та інших споживчих факторів. Зокрема, може бути представлена наступна класифікація критеріїв сегментації пацієнтів (споживачів медичних послуг):

Таблиця 1.1.

Критерії сегментації пацієнтів медичного закладу

Критерії сегментації	Споживач	
	Реальний	потенційний
<i>1. Демографічний критерій</i>		
1.1. Стать	Жінка	Чоловік
1.2. Вік	Середній	Молодий чи похилого віку
1.3. Наявність дітей		
1.4. Задоволеність		
<i>2. Стан здоров'я</i>		
2.1. Наявність хронічних захворювань	Більше 5 років	Менше 3 років
2.2. Частота звертань в поліклініку	1 раз на рік	Кожного місяця, декілька разів на місяць
2.3. Причина відвідувань	Консультація	Профілактика, лікування захворювань
<i>3. Медична культура</i>		
3.1. Відношення до здорового способу життя	Позитивне	Умовно-позитивне
3.2. Наявність поганих звичок	Відсутні	Є
3.3. Режим харчування	2рази на день	1 раз, 3-4 разів на день
3.4. Частота стресів	Часто	Зрідка
3.5. Образ життя	Малорухливий	Активний
3.6. Зберігання режиму	Час від часу	Постійно
3.7. Частота самолікування	Зрідка	Постійно, інколи
3.8. Джерело інформації	Поради знайомих	Реклама, преса

Крім того, на другому етапі проводиться позиціонування послуги на ринку (тобто забезпечення послугі бажаного положення, диференційного від інших місця на ринку і у свідомості цільових споживачів).

Третій етап включає розробку комплексу маркетингу, а саме: розробку послуги, встановлення ціни, вибір методів поширення послуги, розробку системи стимулювання збуту.

При розробці системи руху товару і стимулювання збуту важливо врахувати ту обставину, що в даний час у вітчизняній системі охорони здоров'я переважно пацієнти звертаються за платними послугами (особливо в комерційних структурах) за порадою родичів і знайомих не меншу роль грає реклама. Проте, рекламна стратегія фірми має важливе значення, і при її проведенні необхідно враховувати соціально-демографічні та психологічні особливості реальних і потенційних споживачів тих чи інших послуг.

На четвертому етапі проводяться конкретні маркетингові заходи і контролюється їх ефективність. При цьому аналіз співвідношення між витратами на маркетинг і збутом дозволяє визначити ефективність маркетингових заходів і відповідність витрачених засобів.

Зазвичай аналіз маркетингових витрат здійснюється в 3 етапи:

- Вивчення бухгалтерської звітності, порівняння надходжень від продаж і валового прибутку з поточними витратами.
- Перерахунок витрат за функціями маркетингу; витрати на маркетингові дослідження, рекламу, планування і контроль, тобто зв'язуються поточні витрати з конкретною маркетинговою діяльністю.
- Розбивка функціональних витрат по окремих товарах, методах і формах реалізації, збутових територіях, ринкових сегментах і т.д.

В якості системи показників роботи ЛПУ можна відзначити:

1. Розмір ринку медичних послуг - частка ринку, яку може забезпечити функціонування даного ЛПУ (певний обсяг його діяльності і які надають їм послуги).

2. Загальна кількість пацієнтів.
3. Ступінь концентрації пацієнтів, що обслуговуються за договорами.
4. Медичні послуги, яких найбільше потребують пацієнти,
5. Реакція на введення нових медичних технологій і послуг.
6. Число конкурентів і порівняльний аналіз їх діяльності та деякі інші.

Зазначені проблеми потребують суттєвого наукового обґрунтування, що й обумовлює необхідність проведення даного дослідження.

1.2. Особливості формування маркетингової стратегії приватного медичного закладу

До появи інтернету приватні лікарі і лікарні рідко застосовували медичний маркетинг. Вони вважали, що їхня робота полягає тільки в тому, щоб піклуватися про своїх пацієнтів, але не продавати свої послуги. Пацієнти очікували, що лікарі будуть залучати до себе увагу через «сарафанне радіо» і рекомендації. Тобто, якщо лікар хороший, і клієнт про це дізнається, то він до нього прийде. Колись це працювало добре, але зараз все змінюється.

У наш час усні рекомендації замінив Інтернет. Пацієнти використовують Інтернет для обговорення статусу медичного закладу, відкликання про доктора, рекомендацій того чи іншого лікаря, оглядів послуг клініки і коментарів від попередніх і справжніх пацієнтів конкретного фахівця або клініки. Пацієнти також дізнаються через медичне просування в Інтернет про практику приватного лікаря. Вони використовують пошукову систему, щоб побачити, які коментарі були написані про конкретну клініку. Якщо у клініки є облікові записи в соціальних мережах, вони стежать за ними, щоб побачити, як клініка або лікар насправді взаємодіють зі своїми пацієнтами. Або дізнаються, що їх пацієнти говорять, перш ніж записатися на прийом.

Платна медицина - це бізнес, але процеси в ньому відрізняються від інших бізнес-процесів, тому що прийняті рішення можуть вплинути не на прибуток приватних лікарів та клінік, а на життя людей. Медична сфера продовжує залишатися конкурентним ринком (рис.1.1).

<p>Елементи, що формують унікальність бренду</p> <ul style="list-style-type: none"> - продукт(и) / послуги; - позиціонування/ диференціація (унікальна ціннісна пропозиція); - ціна; - місце / близькість; - люди; - упакування 	<p>Стратегічний маркетинговий план</p> <ul style="list-style-type: none"> - цільові аудиторії; - SWOT-аналіз; - вимірювані цілі; - маркетингові дослідження; - аналіз конкуренції; - стратегії і тактика; - бюджет 	<p>Традиційні медіа</p> <ul style="list-style-type: none"> - телебачення; - радіо; - розміщення інформації рекламного характеру у друкованих виданнях; - прямі поштові розсилки; - зовнішня реклама
<p>Онлайн-інструменти</p> <ul style="list-style-type: none"> - веб-сайт, пристосований для мобільних пристроїв; - інтернет-реклама; - SEO-оптимізація; - соціальні медіа; - управління репутацією 	<p>Маркетинг в охороні здоров'я</p>	<p>Паблік рілейшз</p> <ul style="list-style-type: none"> - паблісіті; - суспільні заходи; - спонсорство; - інтерв'ю та виступи
<p>Зовнішні комунікації між лікарями для скерування пацієнтів</p> <ul style="list-style-type: none"> - налагодження зв'язків між лікарями-спеціалістами лікарями первинної ланки; - розсилання звітів; - обмін досвідом в неробочий час та у неформальній обстановці; - обмін інформацією в друкованому та електронному вигляді; - обмін досвідом, кейс-стаді; - направлення пацієнтів до супутніх спеціалістів для вирішення конкретної проблеми; - заходи з підвищення кваліфікації 	<p>Внутрішні комунікації</p> <ul style="list-style-type: none"> - телефонні комунікації ; - інформування пацієнтів (друковані матеріали, електронна пошта); - супутнє направлення пацієнтів до інших спеціалістів всередині закладу; - внутрішні вивіски, вказівники; - комунікації між співробітниками; - система стеження; - відгуки (рекомендації) та рецензії; - події; - вивчення досвіду пацієнта щодо отриманих медичних послуг 	<p>Маркетинг роботодавця</p> <ul style="list-style-type: none"> - оприлюднення цілей бізнесу; - оголошення пропозицій щодо вакансій; - система продажу медичних послуг; - зустрічі та презентації; - додаткові інформаційні заохочувальні матеріали

Рис. 1.1. Структурні елементи маркетингу в сфері охорони здоров'я

Ринок медичних послуг з позиції маркетингу - це великий набір корисної інформації, яка спростить пацієнтові вибір клініки. З цієї причини для приватних лікарів та клінік все важливішим стає проводити медичний маркетинг із заданою точністю. Це означає, що лікарі повинні розглянути використання різних маркетингових інструментів, щоб визначити, що вони

хочуть донести суспільству, показати переваги того, як вони практикують, як це піде на користь їх пацієнтам. Лікарі повинні дати зрозуміти пацієнтам, як вони працюють і як існує клініка. Вони також можуть показати свої нагороди, відмінними співробітниками і рекламувати спеціалізацію для нових клієнтів.

Останнім часом в питанні просування клініки на перше місце все частіше виходить інтернет-маркетинг. Так, це, безумовно, один з найважливіших інструментів залучення пацієнтів, якщо не сказати, ключових. Але треба розуміти, що інтернет-маркетинг, включаючи SEO просування сайту клініки, контекстну рекламу, SMM і таргетовану рекламу в соціальних мережах і навіть ютуб канал і емейл маркетинг - це тактика. А як бути зі стратегією? На що робити наголос в контекстній рекламі? Яка унікальна торгова пропозиція на перших сторінках клініки? Як клініка і її послуги виглядають на тлі конкурентів? Та й просто потрібна відповідь на питання - чому потенційному пацієнтові, який шукає медичну послугу або лікаря в інтернеті, варто звернутися саме в цю клініку, а не в іншу?

Ринок медичних послуг є привабливим для інвесторів. Люди будуть хворіти завжди, тому для підприємців-початківців у цій сфері все здається вигідним і нескладним.

Але при відкритті клініки виникають проблеми в пошуку кваліфікованого персоналу для надання якісних послуг населенню.

Гостро постає питання залучення майбутніх клієнтів (пацієнтів) і їх утримання. У цьому випадку необхідний грамотне управління медичним закладом на основі маркетингу.

Базою медичного маркетингу є концепція лікарні. Розрізняють декілька концепцій: Поліклініка; стаціонар; Медичний заклад для реабілітації (санаторій); Вузькоспеціалізовані лікувально-профілактичні установи (стоматології, кабінети гінекології, ЛОР-захворювань, офтальмології, ортопедії і т.д.).

Маркетинг в медичній сфері діяльності - це організація продажів медичних послуг або продуктів на основі оцінки попиту на них. Для визначення потреб і вимог клієнтів проводиться опитування, результати якого закладаються в процес вибору послуг, їх обсягу та рівня обслуговування.

У галузі охорони здоров'я маркетинг визначається як комплексний процес планування, управління і обґрунтування виробництва медичних і фармацевтичних послуг і продуктів, а також розробки цінової політики та просування продуктів і послуг потенційним і реальним споживачам.

Виділяють такі особливості медичного маркетингу:

- наявність приватних і державних медичних установ впливає на формування ринку (виникають неточності в зборі даних для оцінки діяльності організацій);
- процес надання послуги повинен йти в суворій послідовності, на відміну від інших видів послуг: діагностика, анамнез, призначення, спостереження (пацієнти - це не клієнти);
- медична послуга є вимушеною для пацієнта і має певну цінність, так як вирішує проблему (необхідно раціональне поєднання вартості та якості послуг, що надаються);
- попит на медичні послуги нееластичний (підвищення або зниження цін на 10-15% споживач може не помітити);
- лікар не є продавцем послуг (він вирішує проблему пацієнта і результат рішення залежить від його професіоналізму, вибору адекватних методів лікування).

Система управління маркетингом в медичному закладі представляє собою планування, реалізацію і контроль за виконанням маркетингових заходів для досягнення цілей організації.

Така система включає в себе послідовні етапи, що ведуть до розробки маркетингових стратегій розвитку установ галузі охорони здоров'я:

- оцінка можливостей ринку (проведення маркетингових досліджень, аналіз маркетингового середовища і ринку споживачів медичних послуг);
- вибір цільового ринку (сегментування, вибір відповідної ніші і позиціонування);
- розробка комплексу маркетингу; розробка і реалізація маркетингових стратегій;
- контроль і можливі коригування маркетингової діяльності.

Маркетингові стратегії медичного закладу будуються на основі рішення ряду завдань:

- Ринкове завдання;
- Операційне завдання;
- Організаційна задача;
- Фінансове завдання.

Перше завдання - це рішення про кількість послуг, що надаються. Друге завдання полягає в розумінні того, які дії всередині організації слід зробити, щоб вирішити ринкове завдання. Організаційна задача - це питання ефективного керівництва установою і його персоналом. Останнє завдання - це уявлення зазначених трьох завдань в грошовій формі.

Набір медичних послуг є основою медичного бізнесу. Від того, як медичні послуги реалізуються залежить успіх ведення даного бізнесу. На сьогоднішній день існує величезна кількість моделей, проектів просування товарів і послуг в медичній сфері.

Суть будь-якої послуги полягає в її нематеріальному характері. Тобто, пацієнт / клієнт не може оцінити її до того, поки не скористається нею. Однак, до виникнення бажання або необхідності у пацієнта скористатися послугою, існує рекламна кампанія, що формує уявлення про той чи інший вид послуг.

Реклама безпосередньо (або опосередковано) впливає на асоціації людини, які формуються в його свідомості, і в результаті яких він приймає те чи інше рішення. В даному випадку - рішення скористатися медичною послугою. Тому вкрай важливим є формування довірчого образу медичної організації.

Не завжди пацієнт може об'єктивно оцінити якість самої послуги, оскільки на формування його відносини до послуги знадобиться певний час. Однак, ставлення до себе, в тому числі після взаємодії в рамках «лікар-пацієнт» складається негайно; у людини створюється «довірче психологічне поле».

Важливо, щоб подібне психологічне поле у пацієнта було сформовано якомога раніше, оскільки саме від цього залежить подальше успішне залучення клієнтів.

Умовно, точки дотику клієнта і клініки можна розділити на наступні категорії:

- матеріальні, - продуманий інтер'єр приміщення, свій фірмовий стиль;
- психологічні, - особисте сприйняття (реакція на спілкування з медперсоналом, формування довіри до лікуючим лікарям);
- соціальні, - відгуки та коментарі в інтернеті;
- технологічні, - оцінка лікувального та діагностичного обладнання клініки.

Важливо пам'ятати, що спілкування клініки з потенційним клієнтом починається з телефонного дзвінка, тобто спілкування з адміністратором. Відзначено, що близько 70% від усього часу спілкування пацієнта з клінікою доводиться на адміністративний штат співробітників. Тому при підборі адміністративного персоналу обов'язково варто враховувати такі якості людей: як комунікабельність, доброзичливість і стресостійкість.

РОЗДІЛ 2

МАРКЕТИНГОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ЯК ТОВАРУ МЕДИЧНОГО РИНКУ

2.1. Маркетингове дослідження поведінки споживачів платних медичних послуг

Оскільки в основі концепції маркетингового управління лежить теза про необхідність повного задоволення тих чи інших потреб ринку, дуже важливо знати думку самих споживачів з різних аспектів, що характеризує (в даному випадку) рівень організації та якість медичної допомоги. Тому нами було проведено анкетування пацієнтів, які звернулися за платними медичними послугами. З їх загального числа 28,1% склали чоловіки і відповідно 71,9% - жінки. Переважно респонденти були представлені особами порівняно молодого віку; 40,6% з них склали пацієнти до 30 років; 40,6% - 30-39 років; по 9,4% - 40-49 років і більш старшого віку. Однак, є значні відмінності вікової структури чоловіків і жінок: серед перших переважали пацієнти 30-39 років і порівняно високою була частка осіб 40-49 років; серед ж друге - більше половини склали пацієнтки молодше 30 років (рис. 2.1).

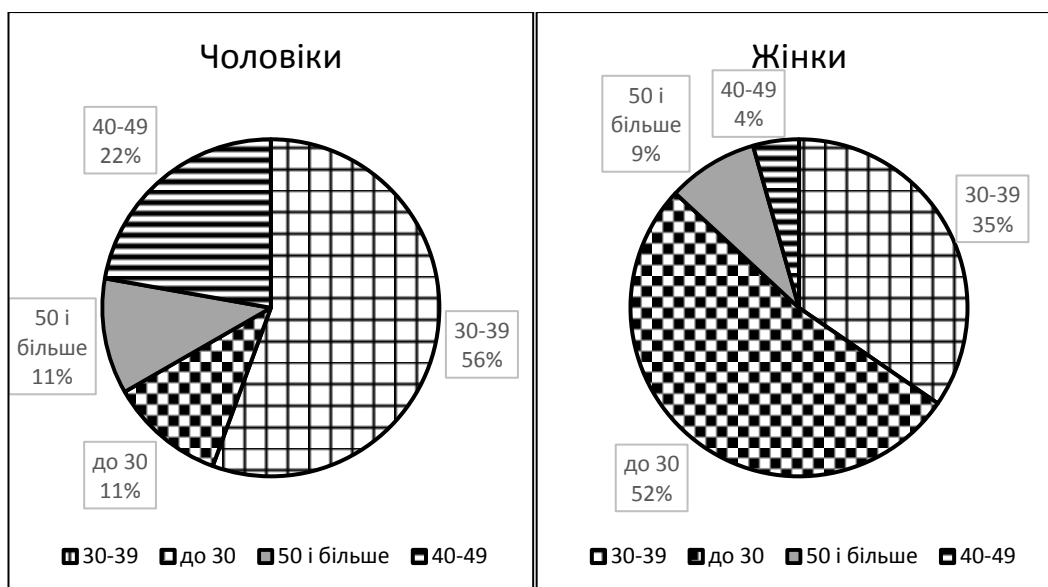


Рис.2.1. Вікова структура опитаних чоловіків і жінок,%

За родом занять респонденти розподілилися наступним чином: 18,8% склали студенти; 31,3% - інженерно-технічні працівники; по 9,4% - лікарі і юристи; 18,8% - представники бізнесу, 12,5% - непрацюючі. При цьому респонденти-чоловіки були представлені: інженерно-технічних працівниками (77,8%), представниками бізнесу (11,1%); непрацюючими (11,1%); жінки - усіма з перерахованих категорій (переважаючими з них були студентки - 26,1% і представники бізнесу - 21,7%).

Середньомісячний дохід пацієнтів в 3,2% випадків не перевищував 6 тис. грн.; в 25,8% - становив від 6 до 8 тис. грн.; в 51,6% - 8-10 тис. грн.; в 9,7% - 10-15 тис. грн.; в 9,7% - понад 15 тис. грн. Дохід понад 20 тис. грн. відзначили 25% чоловіків і 15,4% жінок.

До цього звернення в комерційні структури більшість опитаних (75%) зверталися в державні медичні установи. Серед чоловіків цей показник (88,9%) був достовірно ($P < 0,05$) вище, ніж серед жінок (69,6%). Відрізнявся він і в різних вікових групах, коливаючись від 69,2% серед осіб до 30 років до 100% серед пацієнтів старше 50 років. Якщо серед лікарів раніше зверталися до державних установ всі опитані, то серед інженерно-технічних працівників

- 90%; представників бізнесу - 83,3% ; юристів - 66,7%; мінімальною (50%) питомою вагою стала група студентів і непрацюючих.

Нами вивчалися причини незадоволеності пацієнтів (причому, опитані могли вибрати один або кілька варіантів відповіді). Така причина, як неякісне лікування (або перегукується з даним типом варіант відповіді «навіть за свої гроші толком не вилікують»), була вказана 62,5% респондентів (44,4% чоловіків і 69,6% жінок). Високою, на наш погляд, була частка людей, що вказали на грубість медичного персоналу - 19,4% (12,5% чоловіків і 21,7% жінок). Майже таким же (15,1%) була питома вага тих, хто відзначив наявність великих черг (цю обставину підкреслили тільки жінки). Кожен шостий опитаний - 15,6% (22,2% чоловіків і 13,0% жінок) - підкреслив, що в будь-якому випадку (навіть у державній ЛПЗ) доводиться платити за надану допомогу.

Причини незадоволеності відрізнялися серед осіб з різним рівнем доходу. Так, неякісне лікування відзначили всі респонденти з доходом до 6 тис. грн. і тільки 33,3% - при доході понад 6 тис. грн; грубість і наявність черг - тільки респонденти з доходом 6 тис. грн. Водночас вказали, що змушені були все одно оплачувати послуги 33,3% осіб з доходом більше 10 тис. грн. і тільки 16% - при доході до 6 тис. грн. Частка респондентів, що вказала на неякісну допомогу практично не відрізнялася серед респондентів до 30 років (69,2%); 30-39 (70,1%), старше 50 років (66,7%). Грубість персоналу відзначали тільки пацієнти до 30 (33,3%) і 30-39 років (15,4%). Наявність черг особливо хвилювало респондентів до 30 (38,5% з них) і старше 50 років (33,3%). У будь-якому випадку змушені були оплачувати надані послуги пацієнти до 30 (15,4%) і 30-39 років (23,1%).

Відрізнялася думка з аналізованого питання і серед представників різних соціально-професійних груп. Так, відсоток людей, що вказали на неякісну допомогу коливався від 50% (студенти, інженерно-технічні працівники) до 100% (лікарі); грубість персоналу і наявність черг особливо гостро сприймалися студентами (на що вказали половина з них); на фактор

платності в найбільшому відсотку випадків (33,3%) вказали представники бізнесу (табл. 2.1).

Таблиця 2.1.

Частка осіб різних соціально-професійних груп, які виділили різні негативні фактори, що визначили незадоволеність якістю медичної допомоги в державних ЛПЗ

Фактор	Групи респондентів					
	Студенти	Інженерно-технічні робітники	Лікарі	Юристи	Представники бізнесу	Непрацюючі
Неякісне лікування	50,0	50,0	100,0	66,7	66,7	75,0
Грубість персоналу	50,0	11,0	-	-	16,7	25,0
Великі черги	45,0	10,0	33,3	33,3	-	-
Необхідність платити	16,7	20,0	-	-	33,3	-

Нами вивчалось і питання про причини звернення за платною медичною допомогою. При цьому респондентам пропонувалося два варіанти відповіді:

- Краще вже лікуватися за гроші, але якісно;
- немає іншої можливості.

Переважна більшість (90,3%) опитаних обрали перший варіант: всі чоловіки і 87% жінок. Його дотримувалися всі респондентистарше 40 років; 92,3% осіб до 30 і 83,3% - 30-39 років. Частка респондентів, що вказали на відсутність іншої можливості була найбільшою (33,3%) серед лікарів і становила 16,7% серед представників бізнесу та 11,1% - серед інженерно-технічних працівників. Важливо відзначити також, що дану причину назвали тільки ті респонденти, які раніше зверталися в державні медичні установи. Додатково аналізувалося і питання про причини вибору того абоіншого конкретного медичного закладу для надання платної допомоги. Більшість респондентів (65,6%) керувалося при цьому високою якістю лікування; 12,5% респондентів - цінами (які були для них доступнішими); 21,9% - місцем розташування установи.

Якість лікування, як визначальний фактор, в найбільшому відсотку випадків (80%) називався інженерно-технічними працівниками; доступні

ціни - лікарями (33,3%); зручність розташування - студентами (34,1%) і юристами

(33,3%). Дещо відмінно мотивація і серед осіб різного віку.

Зокрема, якість допомоги як визначальний фактор в 66,7-69,2% випадків називали особи до 40 років і старше 50 років і тільки в 33,3% - респонденти 40-49 років (для них визначальним - в 66,7% випадків - було місце розташування установ). Фактор доступності ціни з найбільшою питомою вагою (34,1%) називали пацієнти старше 50 років. Різними були відповіді на зазначене питання також серед чоловіків і жінок. Чоловіки у 88,9% вказували на якість допомоги і розташування установи. Серед жінок ці показники склали відповідно 56,5% і 26,1%; а в 17,4% випадків ними називалася така причина, як доступні ціни.

На питання: «Чи часто Ви раніше зверталися за платною медичною допомогою», - відповіді респондентів розподілилися таким чином:

- так, досить часто - 15,6%;

- зрідка - 40,6%;

- Ні - 43,8%.

Активність жінок щодо платних послуг була вище, ніж активність чоловіків (рис. 2.2).

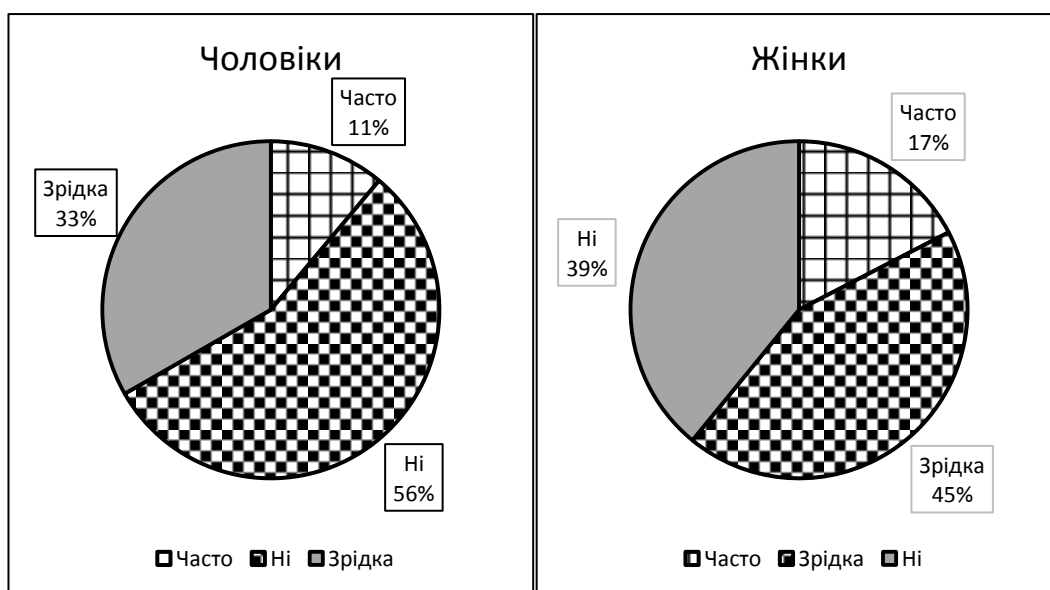


Рис.2.2. Розподіл чоловіків і жінок щодо звернень за платними медичними послугами, %.

На факт частого звернення за платною медичною допомогою вказали тільки особи до 30 (38,5%) і 30-39 років (61,5% з них). Особливо активні в цьому відношенні були студенти (50% з них вказали, що часто зверталися) і представники бізнесу (66,7%). Юристи в 66,7% випадків не відзначили факту попереднього звернення за платними медичними послугами (найбільший показник серед всіх соціально-професійних груп). Часто зверталися за платними послугами 40% респондентів з доходом до 6 тис. грн. і 66,7% - з доходом більше 20 тис. грн.

Важливим фактором, що визначає звернення населення за платними послугами, є їх ціна. При цьому звернені 8% респондентів заплатили за надані послуги не більше 200 грн.; 12% - від 200 до 300 грн.; 44% - 300 до 500 грн. і 36% - понад 500 грн.

Останній показник виявився найбільшим (75%) серед студентів; далі слідували інженерно-технічні працівники (42,9%); близько третини становив він серед інших категорій. Тільки пацієнти 40-49 років і 50 років і старше (відповідно 18,2% і 11,1% випадків) вказали, що оплата за послуги перевищила 300 грн. Максимальну вартість назвали всі респонденти з доходом понад 20 тис. грн. і лише третина - з доходом до 10 грн. Велику вартість вказали чоловіки: ніхто серед них не назвав суму до 300 грн., а майже половина (42,9%) заплатила понад 300 грн. (серед жінок відповідні показники склали 11,1% і 33,3%). Цікаво відзначити, що частка осіб, які заплатили найбільшу суму, склала 75% серед тих, хто раніше не звертався за платними послугами і 27,3% - серед тих, хто звертався часто ($P < 0,05$).

Вказану суму визнали прийнятною для себе 51,7% респондентів, високою - 31,0% (17,2% не змогли визначитися в своїй відповіді). Велика чіткість позиції відзначалася серед жінок. 65% з них визнали ціну прийнятною і лише 5% не змогли дати однозначну відповідь. У той же час

майже половина (44,4%) чоловіків не знала, як оцінити зазначену вартість і лише 22,2% вважала її прийнятною. Ті, які відзначили високу вартість майже однаково – серед чоловіків (33,3%) і жінок (30%). Подання про ціну послуг відрізнялося і серед осіб різного віку. Зокрема, вважали її високою 36,4% респондентів до 30 років; 23,1% - 30-39 років; 50% - 40-49 років; 33,3% - 50 років і старше. Цікаво відзначити також, що якщо серед юристів і представників бізнесу ніхто не вважав за високу вартість послуг, то серед непрацюючих - 50%, а серед лікарів – навіть 66,7% (серед студентів показник склав 40%, інженерно-технічних працівників - 33,3%). Серед респондентів, які раніше не зверталися за платними послугами, ніхто не вважав їх вартість високою, серед ж тих, хто вдається до них часто, цей показник склав 41,7%. Важливо відзначити також, що серед осіб з найбільшим доходом ніхто не вважав за вартість послуг високою.

Ціна послуги впливає не тільки на прийняття конкретного рішення про можливість її отримання, але і в цілому на позицію кожного респондента і населення по відношенню до платних медичних послуг. Виявлено, що більшість (71,9%) респондентів висловлює позитивну думку з даного питання. Разом з тим, тільки 12,5% вважають, що їх слід розвивати ширше: 20% інженерно-технічних працівників і по 16,7% студентів і представників бізнесу. Кожен шостий респондент (15,6%) зазначив, що змушений миритися з наявністю платних послуг (Серед лікарів показник досягав 16,7%). Ніхто з опитаних не вибрав такий варіант відповіді, як негативне ставлення до платних медичних послуг. Якщо серед осіб до 40 років тільки 7,7% респондентів вважали за необхідне більш широкий розвиток платних послуг (а серед пацієнтів старше 50 років таку думку ніхто не підтримував), то у віковій групі 40-49 років даної точки зору дотримувалися 33,3% опитаних. Великим радикалізмом в даному питанні відрізняються чоловіки: серед них 22,2% вважали за необхідне більш широке розвиток платних послуг (в той час як серед жінок - тільки 8,7%; $P < 0,01$). Частка осіб, які відповіли, що

змушені миритися з наявністю платних послуг, становила 20% серед тих, хто раніше доних не вдавався; 21,4% - зрідка зверталися за платною допомогою і тільки 7,7% - серед них часто користуються платними послугами. Респондентам пропонувалося також визначити, які, на їхню думку, платні медичні послуги слід розвивати в першу чергу. 35,5% виділили стоматологічні послуги (44,4% чоловіків і 31,8% жінок); 19,4% - догляд на дому (22,2% чоловіків і 18,2% жінок); 45,2% - швидку медичну допомогу (33,3% чоловіків і 50% жінок).

Принципово важливою є і думка пацієнтів щодо того, де, на їхню думку, слід розвивати платні послуги: в державних установах або комерційних медичних організаціях. Більшість (71%) опитаних схиляються до другого варіанту (88,9% чоловіків і 63,6% жінок). Переважною є дана позиція серед осіб 30-39 років (84,6%) і 40-49 років (100%). У той же час серед респондентів до 30 і старше 50 років її підтримують трохи більше половини опитаних (53,9% і 50,5% відповідно).

За розвиток платних послуг у комерційних організаціях висловлювалися всі опитані лікарі; більшість інженерно-технічних працівників (88,9%) і представників бізнесу (83,3%); половина студентів і непрацюючих і тільки третина (33,3%) юристів.

Для вибору адекватної маркетингової політики велике значення має аналіз питання про те, які джерела інформації населення про платні медичні послуги. Дослідження показало, що найбільш важливим джерелом, який назвала половина опитаних, є поради родичів і знайомих. На другому місці з питомою вагою 28,1% - реклама; на третьому - поради лікарів (12,5%). У 9,4% вказувалися інші джерела.

На таке джерело, як поради знайомих, в найбільшому відсотку випадків вказували непрацюючі (75%) і юристи (66,7%). Поради лікарів були найбільш значущі для студентів і самих лікарів (частка даної відповіді склала серед них 33,3%); реклама - для представників бізнесу (її важливість підкреслили 50% з них). Особи старше 50 років у всіх випадках

вказали тільки таке джерело інформації, як поради знайомих. Поради лікарів сприймали тільки респонденти до 40 років (15,4% з них). Рекламу в якості джерела інформації приблизно в рівному відсотку випадків (30-33%) вказували респонденти до 30, 30-39, 40-49 років. Якщо чоловіки практично не користувалися порадами лікарів, то серед жінок на дане джерело відомостей про платні послуги вказали 17,4% респондентів. У той же час серед чоловіків вище, ніж серед жінок (55,6% і 47,8% відповідно) була частка, які довіряли порадам родичів і знайомих. Особи з доходом до 6 тис. грн. в переважній більшості випадків користувалися тільки порадою лікаря; для осіб з доходом 6-8 тис. грн. основним джерелом інформації (54,2%) були поради знайомих; при доході 8-10 тис. грн. - реклама (66%); а особи з найбільшим рівнем доходу (вище 20 тис. грн.) практично в рівній мірі використовували всі джерела інформації (за винятком поради лікарів, до яких вони вдавалися лише в одиничних випадках).

Респондентам пропонувалося оцінити в балах (від 1 до 10) значимість різних факторів, що визначають якість медичної допомоги і, відповідно, ступінь їх задоволеності від отримання тих чи інших послуг. Такий фактор, як кваліфікація лікаря, в 96,6% випадків був оцінений на 10 балів і тільки в 3,1% - на 9 (останнє мало місце лише серед чоловіків 40-49 років, які працюють в бізнесі). Характер використовуваного обладнання в 87,5% випадків був оцінений на 10 і в 9,4% - на 9 балів. Нижчу оцінку дали чоловіки (22,2% з них 9 балів, серед жінок - 4,4%); особи 40-49 років (15,6%), лікарі (20,4%). Доброзичливість персоналу є, на думку респондентів, менш значущим фактором: 10 балів дали йому 65,6% опитаних; 9 - 6,3%; 8 - 12,5%; 7 - 6,3%; 5 - 6,3%; 4 - 3,1%. Більш важливим вважали його жінки, що дали в 69,6% випадків максимальний бал (серед чоловіків цей показник склав 55,6%).

Найменшу роль грав даний фактор серед пацієнтів 40-49 років (10-бальна оцінка серед них мала місце лише в 50% випадків); найбільшу ж - серед осіб старшої вікової групи, які у всіх випадках поставили максимальний бал.

Серед представників різних соціально-професійних груп оцінки були практично рівними, за винятком непрацюючих, які в 95% випадків поставили 10 балів. Такий фактор, як чистота і естетичність приміщення, в 81,3% випадків був оцінений на 10 балів (100% склав показник серед юристів і непрацюючих і тільки 60% серед лікарів); в 3,1% - на 9; в 6,3% - на 8; в 9,4% - на 7 балів. Особи старшої вікової групи у всіх випадках поставили максимальну оцінку. Серед чоловіків і жінок позиція з даного питання практично не відрізнялася. Наступним оцінюваним фактором була тривалість очікування прийому лікаря. Цей фактор (в порівнянні з попередніми) був значно менш значущий. Тільки половина респондентів присвоїла йому максимальний бал (в 15,6% респонденти дали 9 балів; в 12,5% - 8; в 6,3% - 7; в 9,4% - 5; в 6,3% - 1). Однак, для чоловіків він був істотно ($P < 0,05$) більш значущий, ніж для жінок (частка десятибальною оцінок відповідно склала 66,7% і 43,5%). Нижче оцінювався даний фактор респондентами до 30 років (10 балів - в 37,5% випадків) і 40-49 років (40%); вище - особами 30-39 років (53,9%) і 50 років і старше (82,1%).

Серед осіб різних професій особливо значущим виявився даний фактор серед юристів (96,9% з них оцінили його в 10 балів). Мінімальною була значимість такого фактора, як розташування медичного закладу. На 10 балів оцінили його тільки 43,8% респондентів (даний показник був максимальним - 80% - серед осіб старше 50 років); на 9 - 21,9%; на 8 - 9,4%; на 7 - 6,3%; на 5 - 9,4%; на 3 - 6,3%; на 1 - 3,1%. Думка чоловіків і жінок щодо даного питання практично не відрізнялася. Позиції осіб з різним рівнем доходу за вказаними аспектами були досить близькі. Однак осіб з максимальним його рівнем в меншій мірі (чим інших) хвилювали такі аспекти, як доброзичливість персоналу і місце розташування ЛПЗ.

Зазначені вище параметри (чинники) і отримані оцінки, що відображають загальне уявлення пацієнтів про роль різних складових, які визначають якість медичної допомоги, були зіставлені з реальними оцінками, які дали респонденти, відвідавши комерційні організації, обрані нами в

якості базових. За такого фактору, як кваліфікація лікаря, оцінка була нижче «ідеальної»: 10 балів - в 83,9% випадків; 9 - в 6,5%; 8 - в 9,7%. Серед чоловіків і жінок зазначені оцінки істотно не розрізнялися ($P > 0,05$). Мінімальними вони були серед осіб 30-39 років (10 балів в 66,7% випадків) і такої категорії респондентів, як лікарі(45%).

Майже збіглася з «ідеальною» оцінка обладнання (в 93,6% - 10 балів). За винятком інженерно-технічних працівників, які дали максимальний бал в 88,8% випадків, всі інші респонденти поставили максимальну оцінку. Оцінка 9 балів була тільки серед вікової категорії 30-39 років і тільки серед чоловіків.

Вищою в порівнянні з «теоретичною» була оцінка ступеня доброзичливості персоналу: в 83,8% - 10 балів; в 9,6% - 9 балів; в 3,3% - 8 і 7 балів. Причому, і чоловіки, і жінки, оцінювали її приблизно однаково. Серед осіб старше 40 років максимальний бал відзначався у всіх випадках; у віці до 30 років - в 84,6%; в 30-39 років - у 7,3%. Серед осіб різних соціально-професійних категорій мінімальної (66,7%) була частка респондентів, які дали 10-бальну оцінку, серед студентів і лікарів.

Чистота і естетичність приміщення в 90,3% випадків була оцінена на 10 балів; в 6,5% - на 9 балів; в 3,2% - на 8 балів. Оцінки нижче 10 балів зустрічалися тільки серед студентів і лікарів у віці до 40 років. Розподіл оцінок серед чоловіків і жінок відрізнялося несуттєво ($P > 0,05$).

Значно нижчими (у порівнянні з попередніми) були оцінки такого фактора, як тривалість очікування прийому лікаря: 10 балів - в 54,8% випадків; 9 - в 19,4%; 8 - в 66,5%; 7 - в 9,7%; 5 - в 3,2%; 3 - в 3,2%; 1 - в 3,2%. Якщо чоловіки поставили 10 балів в 75% випадків, то жінки - тільки в 47,8% ($P < 0,05$). Серед осіб різного віку мінімальним був даний показник у віковій групі до 30 (38,5%) і 40-49 років (33,3%), а серед пацієнтів різних соціально-професійних категорій - серед студентів (16,7%) і лікарів (33,3%). Високу оцінку отримало розташування установи (в 71% - 10 балів). Меншу кількість балів поставили особи з максимальним рівнем доходу

(понад 20 тис. грн.) в порівнянні з іншими респондентами у таких позиціях, як стан обладнання, чистота і естетичність приміщення.

В цілому на питання про задоволеність якістю отриманої допомоги позитивно відповіли 86,7% респондентів (13,3% були задоволені не повною мірою). Останній показник був максимальним (33,3%) серед лікарів; становив 16,7% серед студентів і представників бізнесу та 11,1% - серед інженерно-технічних працівників (в групі юристів і непрацюючих всі респонденти були задоволені повністю). Неповну задоволеність висловлювали тільки респонденти молодше 40 років. Важливо відзначити також, що випадки часткової задоволеності відзначалися тільки серед жінок. Респонденти, частково не задоволені якістю наданої допомоги, були тільки серед осіб з доходом до 6 тис. грн. Максимальною (25%) була частка задоволених не в повній мірі серед респондентів, що розглядають звернення за платними послугами як вимушений захід.

Тобто, можна припустити, що незадоволеність платними медичними послугами, з одного боку, визначається їх вартістю (яка прийнятна не для всіх пацієнтів), що може позначитися на загальному обсязі наданих послуг і відповідно на їх кінцевому результаті. З іншого боку, незадоволеність осіб, раніше вдавалися до платних послуг, може бути пов'язана або зі значними змінами в стані здоров'я, які об'єктивно важко істотно коригувати, або з певними психологічними особливостями пацієнтів.

У будь-якому випадку дана група споживачів медичних послуг вимагає додаткової уваги, спрямованої на корекцію їх відносин і сприйняття наданих послуг, що важливо як для "закріплення" зазначених пацієнтів за даною організацією, так і для підтримки її іміджу (маркетинг організації). Крім того, можлива більш гнучка цінова політика в рамках такої групи споживачів. Як основна причина незадоволеності (на частку якої припало 60%) була наступна: «за такі гроші хотілося б більшого». 40% пацієнтів відзначили, що як наслідок було виявлено дефект, який довелося виправляти (в основному це стосувалося стоматологічних послуг).

Останній блок питань був присвячений аналізу причин, які, на думку респондентів, стримують розвиток платних медичних послуг. Головною причиною пацієнти (77,4% з них) визначили обмеженість коштів основної маси населення (причому, чоловіки і жінки були практично єдині в своїй позиції). Наступні рангові місця з великим відривом займають такі причини, як негативна громадська думка (на що вказали 13,1% опитаних) і недосконалість законодавчої бази (12,9%). Цієї точки зору дотримувалися переважно жінки. Приблизно в рівному відсотку випадків називалися такі причини, як бюрократизм чиновників (9,7%) і недостатня інформованість населення (9,9%). Більш значущими вважали ці фактори чоловіки (рис. 2.3).

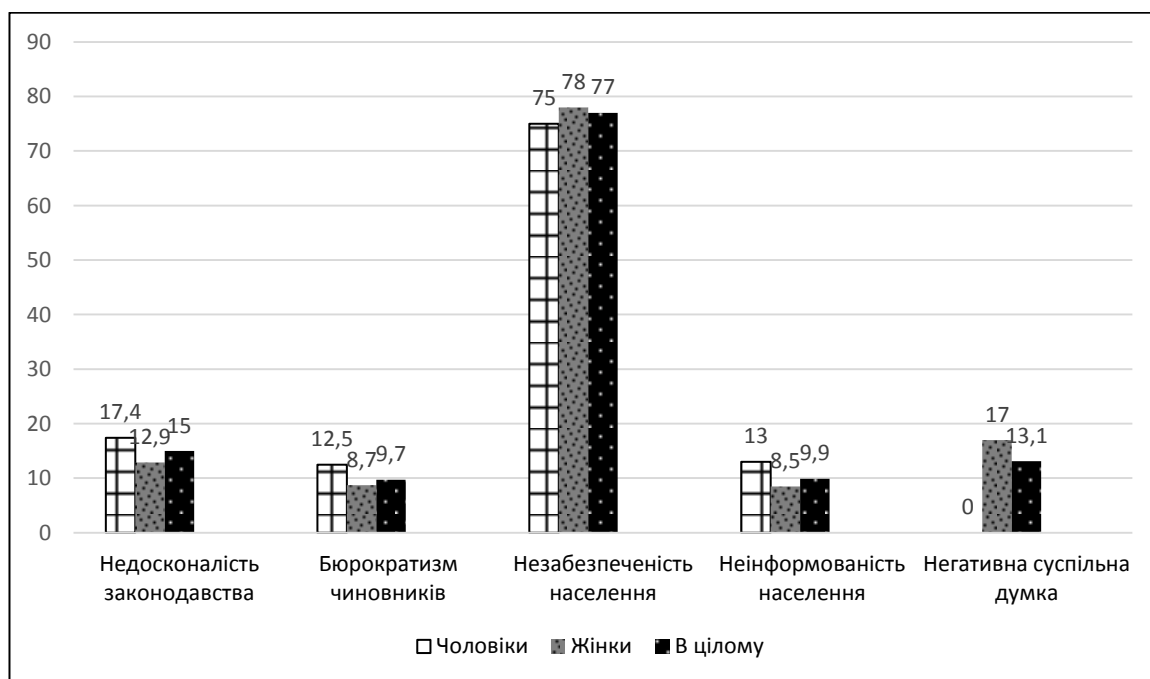


Рис.2.3.Відсоток респондентів, що вказали причини стримання розвитку платних медичних послуг, %.

Думка з аналізованого питання відрізнялася також серед респондентів різних вікових груп. Зокрема, відсоток людей, що вказали на роль фактора низької матеріальної забезпеченості населення коливався від 40% (в віковій групі 40-49 років) до 100% (у віці старше 50 років). У той же час недосконалість законодавства в найбільшому відсотку випадків (50%)

відзначали респонденти 40-49 років, пацієнти ж старше 50 років не вважали значущим даний фактор (так само, як і низьку інформованість населення). Фактор «бюрократизм» відзначили особи до 40 років, негативну громадську думку найбільш важливим вважали пацієнти старшої вікової групи (табл. 2.1).

Таблиця 2.1.

Відсоток осіб різних вікових груп, які вказали на різні причини, стримують розвиток платних медичних послуг

	Вік, років			
	До 30	30-39	40-49	50 і більше
Недосконале законодавство	15,4	7,7	50,0	-
Бюрократизм	16,0	8,0	-	-
Незабезпеченість населення	76,9	84,6	40,0	100,0
Неінформованість населення	7,7	7,7	30,0	-
Негативна суспільна думка	8,0	15,4	-	33,3

Роль тих чи інших факторів по-різному оцінювалася і представниками різних соціально-професійних груп. Відсоток осіб, що вказали на недостатню матеріальну забезпеченість населення, коливався від 33,3% (представники бізнесу) до 100% (лікарі, студенти). Недосконалість законодавчої бази як стримуючий фактор в найбільшому відсотку випадків (33,3%) відзначали лікарі; бюрократизм - представники бізнесу та студенти (по 16,7%); непоінформованість населення - непрацюючі (20%); негативну громадську думку - лікарі і непрацюючі (25% і 21,3% відповідно). З усіх зазначених

чинників особи з найбільшим рівнем доходу відзначили тільки недостатню матеріальну забезпеченість більшості населення.

Таким чином, проведене дослідження показало, що основний контингент осіб, які звернулися за платними медичними послугами, представлений жінками порівняно молодого віку (до 40 років), які працюють за інженерно-технічними спеціальностями, в бізнесі, а також є непрацюючими і студентками. Середньомісячний дохід більшості пацієнтів не перевищує 6 тис. грн.

Більшість опитаних, маючи досвід (нерідко негативний) звернення до державних медичних установ, позитивно ставиться до платних медичних послуг, частина ж сприймає їх як вимушену необхідність. Лише деякі респонденти вважають за необхідне подальше розширення платних послуг (яке більш доцільно, на їхню думку, здійснювати в комерційних організаціях).

В цілому більшість пацієнтів задоволена якістю наданих послуг (хоча і не для всіх їх ціна досить прийнятна). Найбільш критичними пацієнтами є молоді люди (до 30 років), переважно студенти, а також лікарі.

Основними факторами, які впливають на оцінку рівня організації якості платної допомоги, є, на думку респондентів, кваліфікація лікаря і стан медичного обладнання (при цьому пацієнти з максимальним рівнем доходу звертають більшу увагу на естетику приміщення). Наведемо дані оцінки загрози з боку товарів-замінників (табл.2.2.).

Таблиця 2.2.

Оцінка загрози з боку товарів-замінників			
Параметр оцінки	Оцінка параметру		
	3	2	1
Товари-замінники «Ціна-якість»	Існують і займають значну частку ринку	Існують, але їх частка мала	Не існує
Підсумковий бал	1		
1 бал	Низький рівень загрози з боку товарів-замінників		
2 бал	Середній рівень загрози з боку товарів-замінників		
3 бал	Високий рівень загрози з боку товарів-замінників		

Всучасному стані вітчизняної охорони здоров'я (точніше – сфери виробництва і споживання медичних послуг) відсутня основна системна

структура і, отже, відповідні відносини суб'єктів такої системи, що дозволяють практично реалізувати такий механізм підвищення якості медичних послуг як конкуренція. Створення умов конкуренції в системі охорони здоров'я, запуск механізмів цивілізованого суперництва між лікарями, нарешті, управління конкурентоспроможністю медичних установ і лікарських практик - завдання, без осмислення і вирішення яких неможливі якісні зміни в теперішньому стані вітчизняної охорони здоров'я. З позицій системності та комплексного підходу конкурентні переваги медичних послуг забезпечуються правовими, професійними, технологічними, ринковими, науковими, економічними, організаційними, психологічними та іншими аспектами, а також їх системним співвідношенням.

Необхідно визнати, що, характеризуючи медичний заклад категоріями "конкуренція", "конкурентоспроможність", дослідник, в першу чергу, детермінує взаємодію такої організації з іншими конкуруючими суб'єктами, або співвідносить продукцію даної організації (в даному контексті - медичну послугу) з подібною продукцією за ступенем конкурентоспроможності (табл.2.3)

Таблиця 2.3.

Оцінка рівня галузевої конкуренції			
Параметр оцінки	Оцінка параметру		
	3	2	1
Кількість гравців	Велика кількість	Середній кількість (5-7)	Невелика кількість (1 – 3)
Темп зростання ринку	Відсутні або від'ємні	Низький	Високий
Обмеження в підвищенні цін	Жорстка цінова конкуренція на ринку, відсутні можливості в підвищенні цін	Є можливість до підвищення цін тільки в рамках покриття зростання витрат	Завжди є можливість до підвищення ціни для покриття зростання витрат і підвищення прибутку
Підсумковий бал	6		
3 бали	Низький рівень внутрішньогалузевої конкуренції		
4-6 балів	Середній рівень внутрішньогалузевої конкуренції		
7-9 балів	Високий рівень внутрішньогалузевої конкуренції		

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.

Таблиця 2.4.

Оцінка загрози входу на ринок нових конкурентів за допомогою оцінки висоти вхідних бар'єрів

Параметр оцінки	Оцінка параметру		
	3	2	1
Сильні марки з високим рівнем знання і лояльності	Відсутні	2-3	Більше 3
Диференціація продукту	Низький ступінь	Середній ступінь	Високий ступінь
Доступ до каналів розподілу	повністю відкритий	вимагає помірних інвестицій	обмежений
Політика уряду (рівень втручання держави)	відсутнє	низький рівень	високий рівень
Темпи зростання галузі	Високий і зростаючий	Уповільнений	Стагнація або падіння
Підсумковий бал	8		
6 балів	Низький рівень входу на ринок нових гравців		
7-12 балів	Середній рівень входу на ринок нових гравців		
13-18 балів	Високий рівень входу на ринок нових гравців		

Таблиця 2.4.

Умови формування конкурентного середовища
на ринках медичних послуг

Види рівнів управління	Деякі умови і можливі заходи
Рівень Пацієнта	<ul style="list-style-type: none"> • право вільного вибору лікаря; • забезпечення вільного доступу пацієнтів до медичних установ і лікарських практик; • рівний гарантований доступ до вибору постачальників медичних послуг; • захист прав пацієнтів; • система медичного страхування; • система позавідомчого контролю якості медичної допомоги
Лікарський рівень	<ul style="list-style-type: none"> • ліцензування лікарів; • стандартизація медичної діяльності; • право лікувальних установ і приватнопрактикуючих лікарів заробляти і мати прибуток; • система фіксованих контрактних гонорарів з попередньою оплатою; • партнерські права медичного персоналу; • відкритий наймання медичних працівників; • прийняття професійних етичних норм.
Рівень медичної установи	<ul style="list-style-type: none"> • акредитація медичних установ; • підвищення якості стратегічних управлінських рішень; • свобода пристосування функцій і організаційної структури ЛПУ до динамічних ринків медичних послуг; • свобода закладів охорони здоров'я на самофінансування і незалежну діяльність; • система безперервного навчання кадрів
Наукові, економічні та інформаційні завдання	<ul style="list-style-type: none"> • наукове обґрунтування моделей конкуренції в сфері виробництва і споживання медичних послуг; • економічні методи управління медичними установами; • свобода комерційного інвестування в сектор охорони здоров'я; • інформаційна відкритість ринку медичних послуг
Адміністративно-управлінські	демонополізація надання медичної допомоги;

і організаційні заходи	<ul style="list-style-type: none"> • усунення адміністративного поділу і вертикального інтегрування медичних установ і служб; • приватизація медичних установ; • інтеграція служб первинної медико-санітарної допомоги; • реалізація оптимальних і функціональних рішень по реструктуризації установ і служб первинної медико-санітарної допомоги; • відкриття раніше закритих (відомчих) медичних установ для всіх громадян
Державне регулювання	<ul style="list-style-type: none"> • розробка законодавства, що створює умови, гарантії і стимули для підприємництва, конкуренції та структурної перебудови системи охорони здоров'я; • переорієнтація нових програм і проектів в галузі охорони здоров'я з вертикально координованих установ на рівень центрів первинної медико-санітарної допомоги; • регулювання конкурентного середовища на ринках медичних послуг; • система адресних соціальних гарантій в отриманні медичної допомоги окремими категоріями населення

Умови, що дозволяють сформулювати і реалізувати в лікувально-профілактичних установах (лікарських практиках) сутність конкурентоспроможності, формуються певним набором управлінських рішень на рівні державного регулювання, законодавчих ініціатив, реалізації ряду адміністративно-управлінських та організаційних заходів; при вирішенні необхідних дослідних, економічних та інформаційних задач та ін.

Таблиця 2.4.

Оцінка загрози входу на ринок нових конкурентів за допомогою оцінки висоти вхідних бар'єрів

Параметр оцінки	Оцінка параметру		
	3	2	1
Сильні марки з високим рівнем знання і лояльності	Відсутні	2-3	Більше 3
Диференціація продукту	Низький ступінь	Середній ступінь	Високий ступінь
Доступ до каналів розподілу	повністю відкритий	вимагає помірних інвестицій	обмежений
Політика уряду (рівень втручання держави)	відсутнє	низький рівень	високий рівень
Темпи зростання галузі	Високий і зростаючий	Уповільнений	Стагнація або падіння
Підсумковий бал	8		
6 балів	Низький рівень входу на ринок нових гравців		
7-12 балів	Середній рівень входу на ринок нових гравців		
13-18 балів	Високий рівень входу на ринок нових гравців		

Таблиця 2.5.

Оцінка конкурентної сили споживачів медичних послуг

Параметр оцінки	Оцінка параметру		
	3	2	1
Частка покупців з великим обсягом продажів	Більше 80% продажів доводиться на кілька клієнтів	Незначна частина клієнтів тримає близько 50% продажів	Обсяг продажів рівномірно розподілений між усіма клієнтами
Схильність до придбання конкретного товару	Товар компанії не унікальний, існують певні аналоги	Товар компанії частково унікальний, є відмінні характеристики, важливі для клієнтів	Товар компанії повністю унікальний, аналогів немає
Чутливість до ціни	Покупець завжди буде переходити на товар з більш низькою ціною	Покупець буде перемикатися тільки при значній різниці ціни	Покупець зовсім не чутливий до ціни
Споживачі не задоволені якістю існуючого товару на ринку	Незадоволеність ключовими характеристиками послуги	Незадоволеність другорядними характеристиками послуги	Повна задоволеність якістю послуги
Підсумковий бал	7		
4 бали	Низький рівень загрози втрати споживачів		
5-8 балів	Середній рівень загрози втрати споживачів		
9-12 балів	Високий рівень загрози втрати споживачів		

Провідним джерелом інформації для отримання платної послуги є поради родичів і знайомих. Недостатньою, на наш погляд, є роль лікарів. Тим більше, що тільки пацієнти, що мали раніше досвід звернення до державних медичних установ, як привід звернення за платною допомогою вказують на неможливість отримання тих чи інших послуг в державних ЛПЗ. Зазначене вимагає більш цілеспрямованої стратегії і тактики щодо просування і позиціонування різних медичних послуг на ринку.

2.2. Маркетингове дослідження позиції лікарів щодо надання платних послуг

Реалізація маркетингової стратегії буде тим більш успішною, чим більшою мірою про неї поінформовані і зацікавлені безпосередні виконавці (в даному випадку - виробники медичних послуг), що і зумовило необхідність проведення маркетингового опитування лікарів, що надають платні медичні послуги.

Серед опитаних лікарів більшу частину (64,1%) склали жінки. Порівняно «молодим» був віковий склад респондентів: 38,5% припало на частку осіб до 30 років; 33,3% - 30-39 років; 18% - 40-49 років; 10,2% - 50 років і старше. Причому, якщо серед чоловіків переважна група 30-49 років,

то серед жінок - особи до 30 років (і тільки середних були респонденти старше 50 років) (рис. 2.4).

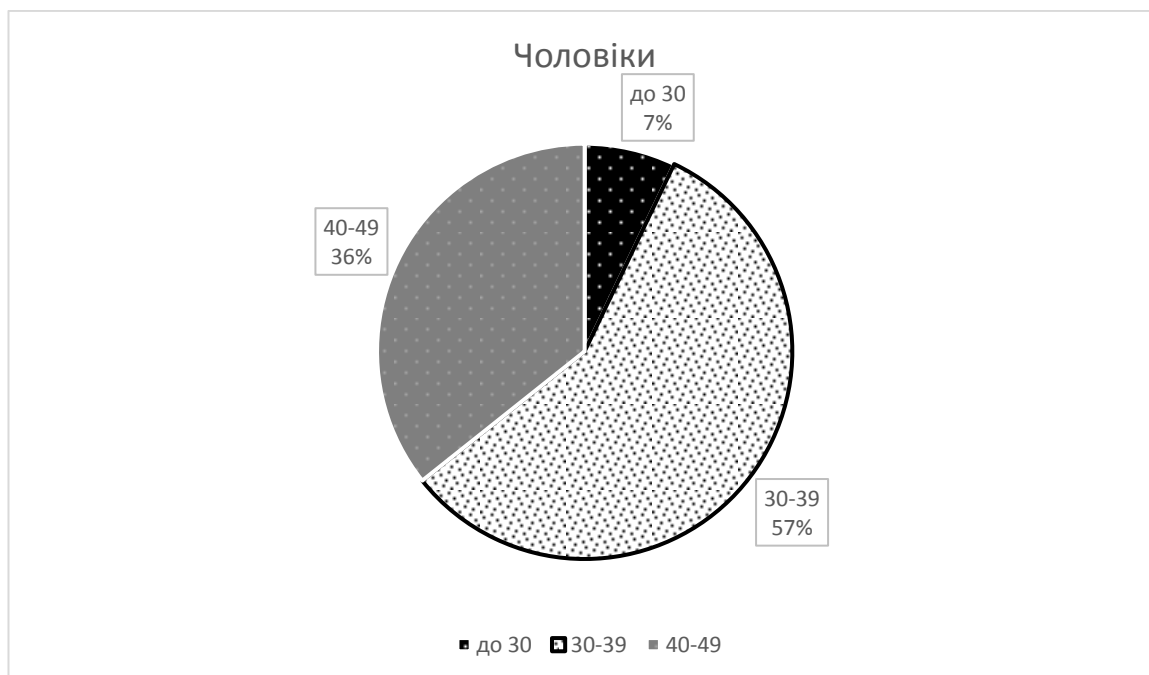


Рис.2.4.Вікова структура опитаних чоловіків, %

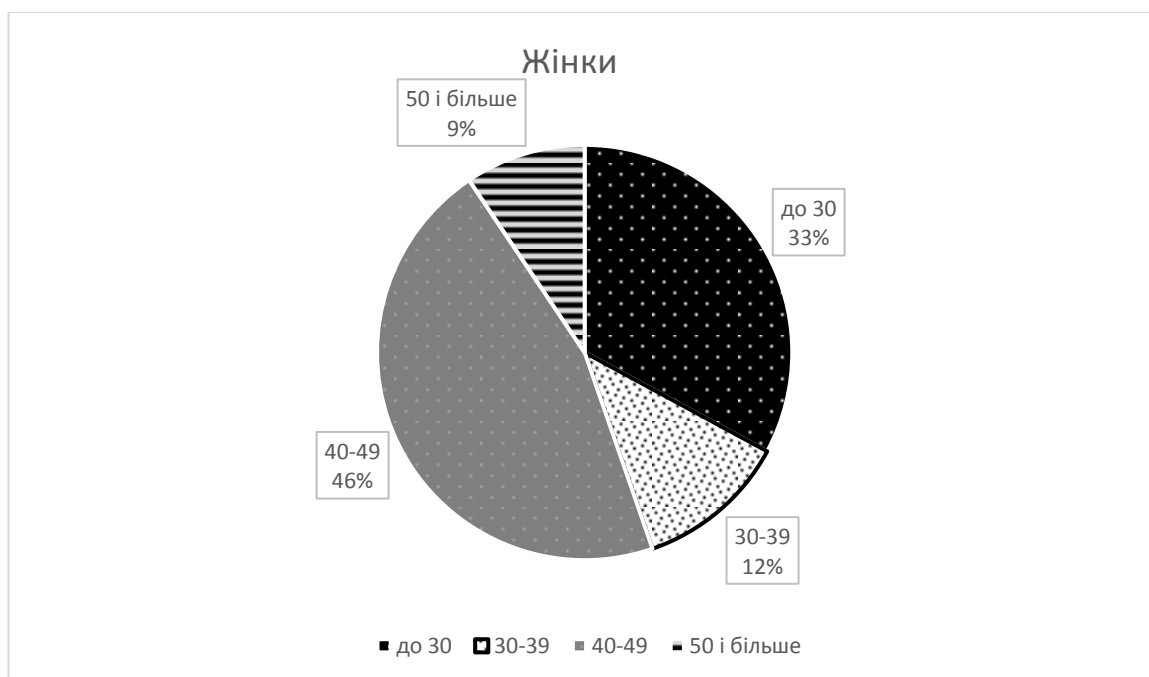


Рис.2.5. Вікова структура опитаних жінок, %

Кваліфікаційна категорія була у 25,6% лікарів, в т.ч. у 10,3% -перша і у 15,3% - вища. Серед чоловіків була вищою, ніж серед жінок, частка мають категорію (35,7% і 20% відповідно). У 12,8% лікарів була вчена ступінь (у

28,6% чоловіків і 4% жінок). 10,3% займалися викладацькою роботою (21,4% чоловіків і 4% жінок), в т.ч. 7,7% - в вищих і 2,6% - в середніх навчальних закладах.

Серед лікарів до 30 років ні в кого не було категорії; у віковій групі 30-39 років вона була у 30,8%; в 40-49 років - у 28,6%; у віці жстарше 50 років - у всіх лікарів. За тривалістю роботи в комерційних організаціях, на базі яких проводилося дослідження, респонденти розподілилися наступним чином: 8,1% працювали не більше півроку (15,4% чоловіків і 4,2% жінок); 8,1% - від півроку до року (7,7% чоловіків і 8,3% жінок); 83,8% - понад 1 року (76,9% чоловіків і 87,5% жінок). Тривалість роботи в комерційній організації відрізнялася серед респондентів різного віку, будучи максимальною в старшій віковій групі. Як і слід було очікувати, основна частина опитаних (97,4%) позитивно ставилася до платних медичних послуг, в т.ч. 48,7% вважали, що їх слід ширше розвивати (71,4% чоловіків і 36% жінок). Тільки 2,6% лікарів висловили нейтральне ставлення (жінки). Останнє мало місце тільки серед лікарів до 30 років. Найбільший же «радикалізм» був властивий респондентам 30-39 років. Серед осіб з різним стажем роботи нейтральну позицію висловили тільки респонденти, працюючі більше п'яти років. Частка ж тих, хто вважав необхідним ширше розвивати платні послуги, була максимальною (70%) серед лікарів зі стажем роботи 6-10 років.

Респондентам пропонувалося також виділити послуги, які, на їх погляд, слід розвивати в першу чергу. 35,9% опитаних вважали, що необхідно розвивати стоматологічні послуги (42,9% чоловіків і 32% жінок); 33,3% - послуги з догляду на дому (50% чоловіків і 24% жінок); 43,6% - швидку медичну допомогу (21,4% чоловіків і 56% жінок). Частка підтримуючих розвиток стоматології була найбільшою (50%) серед лікарів 50 років і старше; догляду на дому - серед осіб 40-49 років (57,1%); швидкої допомоги - серед респондентів до 30 років (53,3%). Нам було також важливо дізнатися думку лікарів з питання про те, що, на їх погляд, стримує розвиток платних послуг. В якості головного чинника респонденти вказали низьку матеріальну

забезпеченість основної маси населення (причому, чоловіки і жінки були однакостайні в своїй думці).

Кожен четвертий респондент вважав таким фактором бюрократизм чиновників. Однак, якщо серед чоловіків - лікарів так думав кожен другий, то серед жінок - тільки 12%. Кожен шостий респондент (15,6%) відзначив недосконалість законодавства по даному питанню. Дуже невелика частина опитаних (7,1% чоловіків і 4% жінок) відзначила, що причиною є негативна суспільна думка.

Нам було також цікаво з'ясувати причини, за якими лікарі працюють в комерційній організації. На першому місці за частотою стояв такий, як можливість більш якісного надання медичної допомоги: його обрали 69,2% респондента; майже половина (48,7%) з них вважала важливою можливістю самореалізації. Лише в третині випадків (35,9%) вказувалася така причина, як високий зарібок. Позиція чоловіків і жінок практично не відрізнялася лише з питання про можливість високого зарібку (табл. 2.1). Перші дві з перерахованих причин були набагато більш важливі для жінок: 60% з них вказали на велику можливість самореалізації, в той час як серед чоловіків - тільки 28,6%; 76% - на можливість більш якісної допомоги (Серед чоловіків - 57,1%).

Таблиця 2.1.

Частка лікарів, що вказали на причини, що мотивують їх працювати у приватних медичних закладах

	Стать		
	Чоловіки	Жінки	Всі
Високий зарібок	35,7	36,0	35,9
Більша можливість самореалізації	28,6	60,0	48,7
Можливість більш якісної допомоги	57,1	76,0	69,2

Додатково лікарям було поставлено питання про те, що їм особисто заважає в роботі з надання платних медичних послуг. Більшість (89,7%)

респондентів вважало, що їм нічого не заважає (85,7% чоловіків і 92% жінок).

Єдиним фактором, який вказали респонденти, є недостатньо точна технічна оснащеність ЛПЗ. Частка респондентів, що вказала на певні «Перешкоди» в роботі складала: 13,3% - серед лікарів до 30 років; 7,4% - 30-39 років; 14,3% - 40-49 років.

Важливо відзначити також, що ніхто з лікарів, які мають вищу кваліфікаційну категорію не зауважив, що йому заважає що-небудь при наданні платних послуг. Серед лікарів-сумісників вище (14,3%), ніж серед постійно працюючих лікарів (8,7%), виявилася частка тих, хто відзначив дану обставину. Аналізуючи переваги платних послуг перед безкоштовною медичною допомогою, лікарі відзначили наступне. Найголовнішою перевагою вони вважали можливість постійного вдосконалення і розвитку (на що вказали 74,4% опитаних). Лише кожен четвертий (25,6%) вважав, що платні послуги гарантують високу якість медичної допомоги. 19% респондентів зазначили їх більшу доступність (у порівнянні з безкоштовними).

РОЗДІЛ 3

ОСНОВНІ НАПРЯМКИ УПРАВЛІННЯ МАРКЕТИНГОВОЮ ДІЯЛЬНІСТЮ МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ

На відміну від "класичного" маркетингу (маркетингу товарів), маркетинг послуг (в силу самої їх специфічності) має ряд особливостей. Усвідомлення цього почалося в 60-70-х роках, коли з'явилися перші дослідження з даного питання (Johnson E.M., 1964; Rathmell J.M., 1974). Остаточне ж визнання маркетингу послуг як самостійної дисципліни відбулося в 80-х роках (Lovelock C.H., 1984), коли почався випуск двох спеціальних журналів "Services Industries Journal" і "Journal of Professional Services Marketing". Зкінця 80-х і по теперішній час йде процес диференціації маркетингупослуг в різних сферах. Однією з таких є охорона здоров'я, відмінною рисою якого є наявність як значного державного, так і приватного сектора, а користування

платними послугами -фактором, що диференціює людей. При цьому державний сектор в більшості своїй не отримує достатніх інвестицій для забезпечення відповідності сучасному рівню науково-технічного прогресу, а приватний сектор далеко не завжди забезпечує належний рівень надійності гарантії якості та задоволеності споживача. Незважаючи на те, що одним із пріоритетних і Конституційно регламентованих завдань держави є турбота про здоров'я громадян, обраний Україною шлях реформування не дозволяє державі брати на себе повністю витрати на охорону здоров'я. Це є однією з передумов формування приватного сектора в охороні здоров'я функціонування якого визначається загальними завданнями бізнесу. Головною метою при цьому є отримання прибутку.

Причому ринкові відносини складаються як власне в сфері приватної медицини, так і частково в державному секторі, в якому в тій чи іншій мірі представлені платні послуги, а також на етапі взаємодії між ними, визначаючи конкурентне середовище в системі медичних послуг. Таким чином, і для приватних, і для державних підприємств, на ринку охорони здоров'я стає актуальною проблема маркетингового управління, який передбачає пропозицію високоякісних послуг, постійну роботу з формування позитивного іміджу організації, залученню додаткових пацієнтів, аналізу їх потреб і запитів, використання конкурентного ціноутворення.

В даному випадку класичний інструментарій маркетингу - маркетинг - мікс - не відображає всіх маркетингових ресурсів і видів діяльності, які слугують створенню та підтриманню довгострокових взаємин з покупцями. Основними відмітними особливостями концепції маркетингу взаємин є наступні:

- його головна спрямованість
- управління взаємодією
- ресурси постачальника і покупця взаємозалежні

- фахівці відділу маркетингу в основному виконують роль консультанта, а маркетингова діяльність інтегрована в бізнес-процеси компанії;

- взаємини формуються в основному на базі співпраці між продавцем і покупцем.

Одне із завдань, що вирішуються в ході маркетингу взаємин, є поступове зростання продажів одному і тому ж покупцеві при зменшених витратах на його залучення, обслуговування, адаптацію до його потреб. При цьому паралельно можлива реалізація стратегії перехресних продажів, високих цін (як плата за надійність), фільтрування недоліків як за рахунок іміджу, створення сприятливої громадської думки, так і можливості розробки спільних ідей нових послуг.

Створення, розвиток і підтримка взаємин між постачальником і покупцем ґрунтується на виконанні обіцянок, даних іншій стороні і що стосуються поставки товарів і послуг, фінансових потоків, інформаційного обміну, соціальних контактів і перспектив на майбутнє (рис.3.1.).

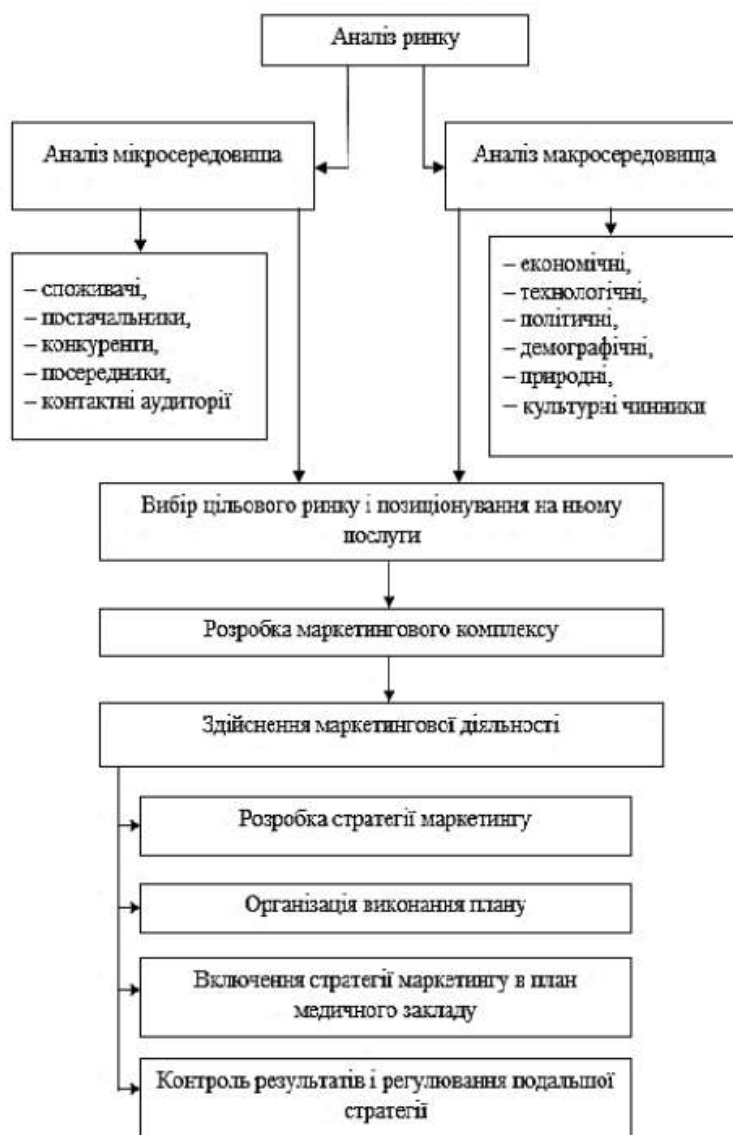


Рис.3.1. Маркетинговий комплекс медичного закладу

Стратегічне маркетингове планування в сфері надання медичних послуг складається з наступних етапів:

1. Визначення місії фірми як бажаного масштабу її діяльності і довгострокових видимих перспектив розвитку (філософія фірми).

2. Ситуаційний аналіз, спрямований на оцінку можливостей розвитку фірми з урахуванням стану зовнішнього середовища (незадоволені потреби окремих груп покупців, розробка нових технологій). При цьому важливо визначити ключову компетенцію фірми, яка полягає в її матеріальних і нематеріальних ресурсах, які є джерелом конкурентної переваги. Ключова компетенція повинна задовольняти двома основними критеріями: а)

конкуренти не повинні мати можливості її повної імітації без значних інвестицій і залучення рідкісних фахівців; б) вона повинна становити суттєву цінність в очах покупців. В процесі ситуаційного аналізу збирається і аналізується також інформація про цільових ринкових сегментах і конкурентів.

Таблиця 3.1.

Основні інструменти просування	
Лідогнеруючі	Іміджеві
SEO – оптимізація сайту.	Активність в Facebook.
Контекстна реклама в Google	Спонсорство спортивних заходів.
Банерна реклама на цільових ресурсах (банери за основними напрямками готові).	Робота з лікарями (забезпечення інформаційної підтримки, іміджеві подарунки).
Партнерські проекти з аптеками.	СМС – привітання платних пацієнтів, які вже пролікувалися в клініці (День народження, основні свята).
Радіо-реклама.	Внутрішнє забезпечення роботи клініки (фірмова поліграфія, сувенірна продукція, фірмові друковані пам'ятки).
Рекламні статті в провідних ЗМІ регіону.	Е-маїл розсилки з корисним актуальним контентом.
Серія іміджевих роликів для внутрішнього використання в клініці, а так само новинні сюжети на ТБ регіону.	Реєстрація ТМ (захист логотипу).
Друковані статті (для безкоштовних інтернет-видань, сайтів з прес-релізами, сайту лікарні, сайту клініки, e-mail розсилок).	

Таблиця 3.2.

Канали комунікації медичного закладу

Онлайн	Офлайн
Сайт клініки	Друковані засоби масової інформації
Спілкування через месенджери (Telegram, Facebook, Viber)	ПОSM-матеріали у відділеннях медичного закладу, а також міських лікарнях
Інтернет-ЗМІ	Реклама в маршрутних таксі
Сторінка у Facebook	Статті у ЗМІ
	Участь у телетрансляціях місцевого телебачення
	Поширення роздаткових матеріалів

3. Проведений аналіз дозволяє диференціювати місію фірми на конкретні цілі, що представляють собою квантифіціруємі результати, які слід досягти за певний проміжок часу. Цілі можуть бути виробничі (забезпечення відповідної якості послуг, підвищення рівня використання виробничих потужностей і т.д.), фінансові (досягнення певного рівня рентабельності) і маркетингові (забезпечення задоволеності пацієнтів, завоювання стійкої мети

ринку, досягнення заданого обсягу продажів постійним клієнтам і ін.).

4. Розробка стратегій розвитку (стратегія проникнення на ринок, розробка послуги, розвиток ринку, диверсифікації). Стратегія проникнення може бути успішною при зростаючому ринку і порівняно невеликій конкуренції. Вона орієнтована на пошук нових покупців. Стратегія розвитку ринку може розглядатися як з точки зору географічної експансії (що лише в невеликому ступені може бути застосовано в охороні здоров'я як в силу капіталомісткості, так і в силу того, що в іміджі фірми велика роль, як зазначалося вище, належить конкретним фахівцям), так і в розрізі можливості нових варіантів оплати послуг.

5. В залежності від обраної стратегії планується бюджет фірмі коригується асортиментний ряд послуг.

6. Для реалізації стратегії приймаються і реалізуються конкретні управлінські рішення (як в сфері виробництва, так і в сфері маркетингу), вибираються стратегічні партнери.

7. Формуються і відслідковуються в динаміці показники для контролю за ходом реалізації обраної стратегії.

Оцінка результатів ринкового функціонування фірми і корегування її стратегії і тактики для найбільш точного досягнення цілей становлять суть такого етапу (елемента) маркетингової діяльності, як контролінг, який має на увазі превентивну діяльність з вивчення рівня функціонування підприємства, його шансів і ризиків.

- Опитування пацієнтів проводяться нерегулярно (якщо взагалі проводять), програма їх проведення неформалізована, що ускладнює інтерпретацію зіставлення результатів.

- Практично відсутня система управління скаргами (рекламаціями) - як джерелом ідей для підвищення якості.

- Не вивчається думка різних категорій персоналу про можливі зміни стратегії і тактики фірми.

- Відсутні показники, що характеризують успішність управління взаємовідносинами.

- Практично не проводиться оцінка маркетингового впливу особистих ресурсів підприємства.

Для того, щоб скласти безумовну конкуренцію іншим організаціям, необхідно оптимізувати просування послуги на ринок. Для того, щоб не опинитися «задавленими» конкурентними організаціями, як показав досвід нашої роботи, необхідно, по-перше, вибрати індивідуальне положення, де не буде прийому конкурентів, що пропонують аналогічні послуги, по-друге, невід'ємною частиною з просування послуги на ринок є реклама. Сам стиль реклами повинен бути побудований таким чином, щоб клієнт звернув увагу на організацію. При покупці наших послуг покупець (пацієнт) отримує перевагу, наприклад, отримання знижок при подальшому обігу в комерційну медичну організацію. З метою реклами використовуються спеціальні рекламні щити. Інакше важливим конкурентною перевагою комерційної медичної організації є і виробнича потужність організації, під якою мається на увазі технічна оснащеність. Ця оснащеність повинна відповідати не тільки сучасним вимогам медичної науки, але і відповідати всім вимогам по комфортабельності і престижу, що є важливим фактором, що впливає на запити споживачів.

Досвід роботи комерційних медичних організацій показує, що при проведенні грамотної цінової політики і рекламної діяльності зростає попит на медичні послуги і відкриваються нові можливості для застосування нових більш ефективних, але дорогих технологій, обладнання і лікування.

ВИСНОВКИ

1, Існують значні відмінності в характері специфіки організації платних медичних послуг в комерційних і некомерційних медичних організаціях, що вимагає їх роздільного вивчення і диференціації маркетингових підходів до управління. Лікарі та пацієнти в більшості (відповідно 94,9% і 71,0%) відзначають більш високий рівень організації обслуговування в приватних медичних організаціях. Лікарі, що працюють в останніх, поряд з більш високою якістю обслуговування та високим заробітком, пов'язують роботу в них з наявністю великих можливостей для самореалізації (48,7% з них).

2. Однією з головних цілей концепції маркетингового управління приватними медичними організаціями є розробка заходів з досягнення повного задоволення потреб населення в тих чи інших видах платної медичної допомоги (послуг) і попиту на них.

3. Серед основних факторів, що стримують розвиток платних медичних послуг, і пацієнти, і лікарі вказують недостатню фінансову забезпеченість основної маси населення (відповідно в 77,4 і 76,9% випадків), недосконалість законодавства (12,9 і 15,4%) , бюрократизм чиновників (9,7 і 25,4%).

Структура інформаційних каналів пацієнтів в 50% - поради родичів і знайомих, в 28,1% - реклама; в 12,5% - поради лікарів; в 4% - інші, має місце неповна відповідність очікувань пацієнтів по відношенню до різних складових, що визначають (на їхню думку) якість медичної допомоги і реальних вражень значущості (оцінок) зазначених факторів в результаті її надання, що вимагає цілеспрямованої інформаційної роз'яснювальної роботи як частини маркетингової стратегії комерційної медичної організації.

4. Важливою умовою успішного розвитку будь-якої комерційної організації є формування її оптимальної внутрішньої структури (включаючи корпоративний цибулю, внутрішнє усвідомлення працівниками цілей, задач, проблем організації), чому повинна сприяти активна позиція керівництва. Про недоліки даної роботи свідчить той факт, що повне уявлення про

структуру цін на медичні послуги мають лише 25% опитаних лікарів, а свою думку про можливість зміни цінової політики змогли висловити трохи більше половини (54%) респондентів. Лише 5,1% опитаних вважали себе досить компетентними в питаннях маркетингу.

5. Аналіз мережі комерційних медичних організацій на регіональному рівні вказує на відсутність маркетингової стратегії регіонального розвитку приватної медицини. Надання платних медичних послуг багато в чому носить випадковий характер і не відповідає основному принципу маркетингового управління - відповідність пропозиції реального попиту (тобто потребам різних груп населення в тих чи інших видах послуг). Усунення зазначеного невідповідності в рамках маркетингового управління є важливим фактором, що сприяє як розвитку зазначених організацій, так і підвищенню соціальної задоволеності населення надається медичною допомогою.

6. У сучасних умовах класичний інструментарій маркетингу - маркетинг-мікс - не відображає всіх маркетингових ресурсів і видів діяльності, які слугують створенню та підтриманню довгострокових взаємин з покупцями. Основними відмітними особливостями концепції маркетингу взаємин, які будуть сприяти розвитку комерційних медичних організацій, слід вважати такі:

- його головна спрямованість - управління взаємодією (тобто переважання інтерактивного інструментарію);
- ресурси постачальника і покупця взаємозалежні;
- фахівці відділу маркетингу в основному виконують роль консультантів, а маркетингова діяльність інтегрована в бізнес-процес організації;
- взаємини формуються в основному на базі співпраці між медичним персоналом і пацієнтам на індивідуальному рівні.

7. Для поліпшення рівня надання медичної допомоги населенню на регіональному рівні повинні бути розроблені програми розвитку приватної

медицини за участю в їх розробці та реалізації органів управління охороною здоров'я, органів виконавчої влади, що відповідають за розвиток малого бізнесу, асоціацій страховиків і приватних медиків.

8. Інтегруючу роль розвитку всіх систем охорони здоров'я на регіональному рівні та реалізації відповідних програм повинні грати комісії, створені при органах управління охороною здоров'я з представників державних та комерційних медичних організацій, центрів ліцензування, санітарно-епідеміологічного нагляду, інших зацікавлених структур.

9. Доцільно узаконити положення про обов'язкову наявність сертифіката з організації охорони здоров'я у керівників комерційних медичних організацій та включення в бізнес-плани зазначених організацій навчання співробітників питань організації та економіки охорони здоров'я.

4. В рамках асоціацій (гільдій тощо) приватних медиків необхідно проведення більш активної роз'яснювальної роботи в засобах масової інформації, пов'язаної з реалізацією маркетингових завдань при наданні платних медичних послуг,

5. Для вироблення і корекції управлінських рішень, пов'язаних з завданнями маркетингового управління, доцільно періодично (не рідше одного разу на два роки) проводити маркетингові опитування пацієнтів за єдиною уніфікованою програмою.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Рожкова І. В. Державне управління міжгалузеву взаємодією зохорони громадського здоров'я: регіональні аспекти : монографія/ І. В. Рожкова, О. І. Мартинюк. – К. : НАДУ, 2008. – 224 с.
2. Рожкова І. В. Децентралізація управління у сфері охорони здоров'я на місцевому рівні : монографія / І. В. Рожкова, І. М. Солоненко. – К. :Фенікс, 2008. – 160 с.
3. Вовк С.М. Організація сучасного механізму фінансування охорони здоров'я в умовах трансформаційного періоду країни / С.М. Вовк, В.М. Лобас // Економіка охорони здоров'я. Науково-практичний журнал. – 2015. - № 2 – С. 8-12.
4. Лехан В. М., Слабкий Г. О., Шевченко М. В. Аналіз результатів реформування системи охорони здоров'я в пілотних регіонах: позитивні наслідки, проблеми та можливі шляхи їх вирішення. Україна. Здоров'я нації. 2015. № 3. С. 67-86. 95.
5. Лехан В., Рудий В., Ричардсон Э. (2010) Украина: Обзор системы здравоохранения. Системы здравоохранения: время перемен. Другое. ВОЗ : Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. 2010. 12 (8). 227 с. 96.
6. Слабкий Г.О. Сучасні підходи до фінансування системи охорони здоров'я: монографія. Київ, 2011. 344 с.
7. Тогунов І. А. Лікар і пацієнт на ринку медичних послуг [Електронний ресурс] / І. А. Тогунов // Володимирський обласний фонд обов'язкового медичного страхування. – Режим доступу: www.marketing.spb.ru.

8. Артюхіна М.В. Маркетингова діяльність закладів охорони здоров'я в умовах реформування галузі / М.В. Артюхіна // Економічний вісник Донбасу. – 2011. – № 2 (24). С. 135137.
9. Вертайм К. Цифровой маркетинг. Как увеличить продажи с помощью социальных сетей, блогов, вики-ресурсов, мобильных телефонов и других современных технологий (DigiMarketing: The Essential Guide to New media & Digital Marketing) / К. Вертайм, Я. Фенвик. – М. : Издательство Альпина Паблишер, Юрайт, 2010. – 384 с.
10. Ілляшенко С.М. Сучасні тенденції застосування інтернет-технологій [Електронний ресурс] / С.М. Ілляшенко. – Режим доступу: http://www.nbuv.gov.ua/portal/Soc_Gum/Mimi/2011_4_2/2_1.pdf.
11. Интернет-магазин и его продвижение в поисковых системах [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://forum.webasyst.ru/viewtopic.php?id=6193>.
12. Andrews, K. Factors that affect for medical care services: a micro-macroeconomic analysis (Clemson University) // Thesis for the Ph. D. degree 0501–Economics, General / K. Andrews. – 2001. – 89 p.
13. Ballard, D. J. Indicators to improve clinical quality across an integrated health care system / David J. Ballard // International Journal for Quality in Health Care. – 2003 1 Dec. – Vol. 15, suppl. 1.
14. Demographia World Urban Areas (World Agglomerations). – 8th Annual Edition: Version 2. July 2012. – URL: <http://www.demographia.com/dbworldua.pdf>.
15. Dunsford, J. Relationship-centered health care as a Lean intervention / Jennifer Dunsford, Laura E. Reimer. // International Journal for Quality in Health Care. – 2017 1 Dec. – Vol. 29. N 8. – P. 1020–1024.
16. Dussault, G. Assessing future health workforce needs. WHO Regional Office for Europe / G. Dussault, J. Buchan, W. Sermeus, et al. // European Observatory for Health Systems and policies. – 2010. – N 54.

17. Fransen, H. Participatory citizenship: Critical perspectives on clientcentred occupational therapy / H. Fransen, N Pollard., S. Kantartzis, et al. // Scand.J. Occup. Ther. – 2015 Jul. – N 22 (4). – P. 260–266.
18. Global status report on noncommunicable diseases 2010. WHO. –Geneva, 2011. – 162 p.
19. McCain, M. Ambulatory care of the future optimizing health, service andcost by transforming the care delivery model [Электронный ресурс] / M. McCain. – 2011. – URL: [http://www.chartisgroup.com/files/pdfs/Ambulatory Care of the Future.pdf](http://www.chartisgroup.com/files/pdfs/Ambulatory_Care_of_the_Future.pdf).
20. Ogden, K. A conceptual map for patient-centred care requirements:enhancing the approach of systems to achieving patient-centred care / K. Ogden, J. Barr, D. Greenfield // International Journal for Quality in Health Care. – 2017 1 Sept. – Vol. 29. Suppl. 1. – P. 41.
21. Ruzieva, I. G. Studying of the relation of the population of the city ofbukhara to alternative methods of treatment / I. G Ruzieva // Биология иинтегративная медицина. – 2017. – № 1. – С. 45–58.
22. Карпенко Н.В. Інноваційні підходи до формування маркетингових комунікацій на фармацевтичному ринку / Н.В. Карпенко // Науковий вісник Полтавського університету економіки і торгівлі. Сер. : Економічні науки. 2012. № 2. С. 119–122. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvpushk_2012_2_27.
23. Гнатушенко В.В. Конкурентный маркетинг на предприятии/Донецкий национальный ун-т. — Донецк: Юго-Восток, 2006. — 266 с.