

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені О.О.БОГОМОЛЬЦЯ
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ
ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ТА ПРОФІЛАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ
КАФЕДРА МЕНЕДЖМЕНТУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Кваліфікаційна робота магістра

**на тему Оцінка конкурентної стратегії закладів охорони здоров'я в умовах
регульованого ринку медичних послуг**

Студентки групи 14401Амн,
спеціальності 073 «Менеджмент»
ОПП «Менеджмент у сфері
охорони здоров'я »

Науковий керівник
науковий ступінь,
вчене звання

Гарант освітньо-
професійної програми
науковий ступінь
вчене звання

Завідувач кафедри,
науковий ступінь
вчене звання

Олена КВІЩУК

Ганна МАТУКОВА,
д.п.н., професор

Ганна МАТУКОВА,
д.п.н., професор

Валентин ПАРІЙ,
д.мед.н, проаесор

Київ, 2025

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені О.О.БОГОМОЛЬЦЯ
КАФЕДРА МЕНЕДЖМЕНТУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Освітній рівень магістр

Спеціальність 073 «Менеджмент»

ЗАТВЕРДЖУЮ:

Завідувач кафедри менеджменту
охорони здоров'я

_____ 20__ року

ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ МАГІСТРА

Квіщук Олени Сергіївни

1. Тема роботи Оцінка конкурентної стратегії закладів охорони здоров'я в умовах регульованого ринку медичних послуг

керівник роботи Ганна МАТУКОВА, д.п.н., професор

затверджені наказом вищого навчального закладу

від «13» травня 2025 року №381

2. Строк подання студентом роботи _____

3. Вихідні дані до роботи отриманий матеріал за результатами проходження практики

4. Цільова установка кваліфікаційної роботи

Мета роботи полягає в оцінці конкурентної стратегії закладу охорони здоров'я в умовах регульованого ринку медичних послуг для виявлення напрямів підвищення конкурентоспроможності, ефективного використання ресурсів та адаптації до сучасних викликів.

Об'єкт дослідження: процес стратегічного управління діяльністю закладів охорони здоров'я в умовах державного регулювання ринку медичних послуг.

Предмет дослідження: конкурентна стратегія закладу охорони здоров'я, її структура, чинники формування та інструменти реалізації в умовах регульованого ринку медичних послуг.

5. Перелік графічного (ілюстративного) матеріалу

табл. 18, рис. 6

6. Дата видачі завдання «01» вересня 2025 року

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Затвердження та надання теми роботи	травень 2025 р.	
2	Обґрунтування актуальності теми роботи	вересень 2025 р.	
3	Робота з бібліографічними джерелами, підготовка матеріалів для написання першого розділу роботи	вересень 2025 р.	
4	Надання матеріалів по першому розділу роботи	жовтень 2025 р.	
5	Збір інформації для написання другого розділу роботи	жовтень 2025 р.	
6	Надання матеріалів по другому розділу роботи	листопад 2025 р.	
7	Підготовка матеріалів та написання третього розділу роботи	листопад 2025 р.	
8	Надання матеріалів по третьому розділу роботи	листопад 2025 р.	
9	Написання висновків, заключне оформлення роботи та демонстраційних матеріалів	листопад 2025 р.	
10	Антиплагіатна перевірка роботи	листопад 2025 р.	
11	Підготовка доповіді до захисту роботи	грудень 2025 р.	

Студент

(підпис)

Олена КВІЩУК

(прізвище та ініціали)

Керівник кваліфікаційної роботи

(підпис)

Ганна МАТУКОВА

(прізвище та ініціали)

АНОТАЦІЯ

Текст стор. 111, табл. 18, рис. 6.

Ключові слова: конкурентна стратегія, конкурентоспроможність закладу охорони здоров'я, приватна медична організація, допоміжні репродуктивні технології, регульований ринок медичних послуг, стратегічне позиціонування, SWOT-аналіз.

Зміст роботи: у магістерській кваліфікаційній роботі узагальнено теоретико-методичні підходи до визначення конкурентоспроможності та конкурентних стратегій закладів охорони здоров'я в умовах регульованого ринку медичних послуг. Розкрито особливості формування регульованого ринку медичних послуг в Україні, роль Програми медичних гарантій і договірних відносин з НСЗУ у формуванні конкурентного середовища. Визначено та систематизовано чинники конкурентоспроможності закладів охорони здоров'я, окреслено підходи до оцінювання їхніх конкурентних стратегій.

Надано організаційно-економічну характеристику діяльності ТОВ «ІКСІ Клініка» як приватного закладу репродуктивної медицини. На основі даних за 2020–2024 рр. проаналізовано позиції клініки на ринку медичних послуг, структуру портфеля послуг і джерел фінансування. Застосовано PEST-аналіз, модель «п'яти сил» М. Портера, SWOT- та VRIO-аналіз для виявлення сильних і слабких сторін, можливостей і загроз, а також ключових ресурсів і компетенцій клініки.

На підставі проведеного аналізу розроблено рекомендації щодо вдосконалення конкурентної стратегії ТОВ «ІКСІ Клініка» у форматі «клініки складних випадків» у сфері допоміжних репродуктивних технологій. Запропоновано комплекс заходів із розвитку системи управління персоналом, оптимізації клінічних і сервісних процесів, посилення ІТ-аналітики та

маркетингових комунікацій. Здійснено економічну оцінку запропонованих змін із використанням елементів unit-economics, сценарного аналізу та системи показників KPI/ROI.

Практична цінність роботи полягає у можливості використання запропонованих підходів менеджментом ТОВ «ІКСІ Клініка» для планування стратегічного розвитку та підвищення ефективності діяльності закладу. Окремі методичні рішення (структура аналізу, система показників, підхід до оцінювання конкурентних стратегій) можуть бути адаптовані іншими приватними й комунальними закладами охорони здоров'я, що функціонують в умовах регульованого ринку медичних послуг в Україні.

ЗМІСТ

Стор.	
Вступ	7
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ ФОРМУВАННЯ КОНКУРЕНТНОЇ СТРАТЕГІЇ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	12
1.1. Регульований ринок медичних послуг: сутність, структура, учасники	12
1.2 Конкурентоспроможність закладу охорони здоров'я: визначення, чинники, індикатори	18
1.3 Конкурентні стратегії в охороні здоров'я та вплив державного регулювання на стратегії приватних ЗОЗ	27
Висновки до розділу 1	32
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ КОНКУРЕНТНОЇ СТРАТЕГІЇ ТОВ «ІКСІ КЛІНІКА» В УМОВАХ РЕГУЛЬОВАНОГО РИНКУ	35
2.1. Загальна характеристика та ринкове позиціонування ТОВ «ІКСІ Клініка»	35
2.2 Характеристика основних складових конкурентного управління ТОВ «ІКСІ Клініка» в умовах ринку медичних послуг	49
2.3. Оцінка результативності та ефективності конкурентної стратегії ТОВ «ІКСІ Клініка»	57
Висновки до розділу 2	63
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ КОНКУРЕНТНОЇ СТРАТЕГІЇ ТОВ «ІКСІ КЛІНІКА»	66
3.1 Оптимізація стратегічних альтернатив та вибір пріоритетів розвитку ТОВ «ІКСІ КЛІНІКА»	66
3.2 Розробка моделі конкурентної стратегії ТОВ «ІКСІ КЛІНІКА»: управління персоналом, ресурсами, процесами, ІТ-аналітика, маркетинг	79
3.3 Економічна оцінка ефективності запропонованих змін: unit economics, сценарний аналіз, KPI/ROI	89
Висновки до розділу 3	98
Висновки	101
Список використаних джерел	104

ВСТУП

Актуальність теми. Система охорони здоров'я України розвивається в умовах поєднання ринкових механізмів і жорсткого державного регулювання. Програма медичних гарантій, вимоги до ліцензування, стандарти якості та договірні відносини з Національною службою здоров'я України (НСЗУ) задають рамки, у межах яких діють як комунальні, так і приватні заклади. Закон України № 2168-VIII визначає порядок фінансування гарантованого пакета медичної допомоги та основні принципи взаємодії надавачів послуг з НСЗУ [1]. Водночас значна частина медичних організацій, насамперед приватних, продовжує орієнтуватися переважно на прямі платежі пацієнтів і програми добровільного медичного страхування, частково залишаючись поза Програмою медичних гарантій. Для таких закладів головною стає конкуренція не за бюджетні кошти, а за пацієнта – через якість послуг, сервіс, репутацію, технологічний рівень та ефективність використання ресурсів [2; 4]. Після запуску реформи фінансування (перехід до капітаційної моделі на первинній ланці та елементів оплати за результат на спеціалізованому рівні) міжнародні огляди відзначають зростання стійкості української системи охорони здоров'я, незважаючи на пандемію COVID-19 та повномасштабну війну [2]. У той же час офіційні дані НСЗУ підтверджують значну роль власних витрат домогосподарств і стабільний попит на платні медичні послуги [4]. За таких умов конкурентоспроможність окремого закладу охорони здоров'я визначається не лише доступом до державного фінансування, а й здатністю вибудувати чітку стратегію позиціонування, сформувати пакет послуг, організувати сервіс і внутрішні процеси таким чином, щоб забезпечити стійкі клінічні та фінансові результати.

Проблема дослідження. У науковій літературі конкурентоспроможність медичного закладу розглядається як складний динамічний процес, що охоплює формування і реалізацію управлінських рішень, розвиток компетенцій персоналу, інвестиції в інфраструктуру, роботу з пацієнтським досвідом і репутацією [3; 5].

Для комунальних закладів основні суперечності пов'язані з необхідністю одночасно виконувати вимоги Програми медичних гарантій, працювати в умовах дефіциту ресурсів та підвищувати прозорість і якість послуг [2; 4]. Для приватних клінік ключовими викликами стають формування обґрунтованої цінової політики, збалансування джерел оплати (кошти пацієнтів, ДМС), побудова ефективних каналів залучення пацієнтів, організація сервісу, кадрова політика та оптимізація витрат. На практиці багато управлінських рішень приймаються ситуативно, без системного аналізу їхнього впливу на загальну стратегію. Недостатньо вивченим залишається питання, як у реальних умовах регульованого ринку спроектувати та впровадити конкурентну стратегію приватного закладу, що працює переважно на ринку платних послуг, але зобов'язаний дотримуватися єдиних правил гри. Це зумовлює необхідність комплексного дослідження конкурентної стратегії конкретного закладу – ТОВ «ІКСІ Клініка» – з урахуванням його спеціалізації, ресурсних можливостей та регуляторного середовища.

Мета та завдання дослідження. Метою роботи є оцінка конкурентної стратегії приватного закладу охорони здоров'я ТОВ «ІКСІ Клініка» в умовах регульованого ринку медичних послуг та розробка рекомендацій щодо підвищення його конкурентоспроможності й ефективності використання ресурсів. Для досягнення зазначеної мети поставлено такі завдання: (1) узагальнити теоретичні підходи до визначення сутності та особливостей регульованого ринку медичних послуг, а також до трактування конкурентоспроможності закладів охорони здоров'я; (2) проаналізувати вплив державного регулювання (ПМГ, ліцензійні умови, стандарти якості) на формування конкурентних стратегій медичних закладів різних форм власності; (3) охарактеризувати організаційно-економічні особливості діяльності ТОВ «ІКСІ Клініка» та його позиціонування на ринку, з урахуванням спеціалізації на допоміжних репродуктивних технологіях; (4) провести внутрішній аналіз ресурсів, компетенцій та системи управління якістю клініки із застосуванням

інструментів стратегічного аналізу (SWOT, VRIO тощо); (5) оцінити результативність чинної конкурентної стратегії за клінічними, сервісними та фінансовими показниками; (6) обґрунтувати напрями вдосконалення конкурентної стратегії ТОВ «ІКСІ Клініка», включно з управлінням персоналом, процесами, ресурсною базою, використанням ІТ-аналітики й маркетинговими комунікаціями; (7) здійснити економічну оцінку запропонованих змін із використанням елементів unit-economics, сценарного аналізу та системи ключових показників ефективності (KPI/ROI).

Об’єктом дослідження є процес стратегічного управління закладом охорони здоров’я в умовах регульованого ринку медичних послуг.

Предметом дослідження є конкурентна стратегія ТОВ «ІКСІ Клініка», чинники її формування та інструменти реалізації (структура і пакетування послуг, цінова політика, сервіс і комунікації з пацієнтами, управління персоналом, організація процесів, використання цифрових технологій), а також результати реалізації стратегії на ринку платних медичних послуг.

Методологія дослідження. Теоретичною основою роботи є системний і стратегічний підходи до управління закладами охорони здоров’я. Використано аналіз і синтез наукових джерел щодо конкурентоспроможності медичних закладів та особливостей державного регулювання ринку медичних послуг [1–5]; нормативно-правовий аналіз законодавчих і підзаконних актів у сфері фінансування та організації медичної допомоги [1; 4]; огляд міжнародних аналітичних звітів ВООЗ і Світового банку щодо трансформації системи фінансування охорони здоров’я в Україні [2]. У прикладній частині застосовано PEST-аналіз макросередовища, модель «п’яти сил» М. Портера для оцінки галузевої конкуренції, SWOT- та VRIO-аналіз ресурсів і компетенцій клініки; елементи бізнес-аналітики (аналіз структури джерел оплати, воронки залучення пацієнтів, середнього чека, маржинальності ключових програм); інструменти unit-economics,

сценарний аналіз і систему KPI/ROI для оцінювання економічної ефективності запропонованих заходів.

Інформаційна база дослідження. До інформаційної бази віднесено: Закон України № 2168-VIII та інші нормативні документи у сфері охорони здоров'я [1; 4]; офіційні звіти НСЗУ щодо реалізації Програми медичних гарантій та структури видатків [4]; спільний звіт ВООЗ і Світового банку щодо фінансування охорони здоров'я в Україні [2]; сучасні наукові публікації з проблем конкурентоспроможності закладів охорони здоров'я та державного регулювання ринку медичних послуг [3; 5]; внутрішні операційні та фінансові дані ТОВ «ІКСІ Клініка» за 2020–2024 рр., локальні нормативні документи клініки та результати опитувань пацієнтів.

Наукова новизна роботи полягає в такому:

- конкретизовано зміст поняття конкурентної стратегії закладу охорони здоров'я в умовах регульованого ринку з урахуванням одночасної дії державних інструментів фінансування та ринкової конкуренції;
- запропоновано підхід до оцінювання конкурентної стратегії приватного закладу, який поєднує інструменти стратегічного аналізу з елементами unit-economics і показниками пацієнтського досвіду;
- обґрунтовано цільову модель розвитку ТОВ «ІКСІ Клініка» як клініки, що спеціалізується на «складних випадках» у сфері допоміжних репродуктивних технологій, із фокусом на повному циклі медичних послуг та інтегрованій системі управління якістю;
- розроблено практичні рекомендації щодо вдосконалення управління персоналом, ресурсами, клінічними та сервісними процесами, використання цифрових інструментів і системи моніторингу результатів.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що запропоновані підходи до аналізу та вдосконалення конкурентної стратегії можуть

бути безпосередньо використані керівництвом ТОВ «ІКСІ Клініка» для планування розвитку закладу, а окремі методичні рішення (структура аналізу, система показників, логіка сценарного моделювання) можуть бути адаптовані іншими приватними та комунальними закладами, які працюють у змішаній системі фінансування.

Апробація результатів дослідження за напрямом проблеми дослідження у кваліфікаційній роботі магістра здійснювалася під час участі в Науково-практичній конференції з міжнародною участю «Професор Анатолій Родіонович Уваренко: вчений, педагог, громадський діяч, реформатор системи охорони здоров'я України», 16 травня 2025 р., тема: «Удосконалення системи мотивації та стимулювання персоналу ЗОЗ». За матеріалами дослідження опубліковано тези доповіді та здійснено усну доповіді на зазначеній конференції.

Структура та обсяг роботи. Магістерська кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків та списку використаних джерел. Загальний обсяг роботи становить 111 сторінок машинописного тексту, у тому числі 18 таблиць і 6 рисунків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ ФОРМУВАННЯ КОНКУРЕНТНОЇ СТРАТЕГІЇ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Регульований ринок медичних послуг: сутність, структура, учасники

Ринок медичних послуг має особливий соціально-економічний характер, оскільки поєднує механізми попиту та пропозиції з публічними цілями охорони здоров'я. Відмінними рисами цього ринку є підвищені вимоги до якості та безпеки медичної допомоги, професійні стандарти діяльності надавачів, інформаційна асиметрія між лікарем і пацієнтом та істотна роль держави у встановленні «правил гри» [5; 7]. Унаслідок зазначеного ринкова взаємодія від самого початку відбувається в режимі регулювання, коли держава визначає допуск на ринок, вимоги до процесів і результатів лікування, а також рамки фінансування й нагляду [4; 6].

У межах цього дослідження ринок медичних послуг розуміється як система відносин між надавачами (державні, комунальні та приватні заклади охорони здоров'я), споживачами (пацієнти, домогосподарства, корпоративні клієнти), а також інституціями, що регулюють або опосередковують надання допомоги (державні органи, страхові компанії, професійні асоціації, цифрова інфраструктура eHealth). Метою функціонування ринку є задоволення потреб у медичній допомозі належної якості та доступності в умовах ринкової кон'юнктури [4].

Ринок медичних послуг характеризується високим рівнем інформаційної асиметрії (пацієнт не здатен самостійно оцінити якість послуги до моменту споживання), зовнішніми ефектами (здоров'я однієї особи впливає на суспільне благополуччя), а також соціальною значущістю послуг, що робить неможливою повну комерціалізацію. Як зазначає ВООЗ, медичний ринок належить до категорії

«неспроможних ринків», де втручання держави є обов'язковою умовою ефективності системи.

У цьому контексті регулювання виконує три базові функції:

- захисну — гарантування безпеки пацієнтів і мінімальної якості допомоги;
- стимулювальну — формування економічних стимулів для ефективного використання ресурсів;
- вирівнювальну — забезпечення доступу до медичних послуг незалежно від доходу та місця проживання, що узагальнено в табл. 1.1.

Таблиця. 1.1

Базові функції державного регулювання у сфері охорони здоров'я

Функція	Зміст	Типові інструменти
Захисна	Гарантування безпеки пацієнтів і мінімальної якості допомоги	Ліцензування; стандарти/порядки МОЗ; клінічні протоколи; контроль якості та безпеки; наглядові перевірки
Стимулювальна	Формування економічних стимулів для ефективного використання ресурсів	Методи оплати (capitation, activity-/case-based, DRG); тарифи; договірні умови; публічна звітність/дашборди
Вирівнювальна	Забезпечення доступу до медичних послуг незалежно від доходу/місця проживання	Державні фінансові гарантії (ПМГ); програми профілактики; нормативи доступності; маршрутизація пацієнтів

Джерело: узагальнено автором на основі [5; 6].

Таким чином, втручання держави не суперечить ринковим засадам, а створює умови для справедливої конкуренції між закладами різних форм власності.

Регульований ринок медичних послуг доцільно трактувати як режим функціонування ринку, за якого держава застосовує сукупність нормативно-правових, фінансових, організаційних та інформаційних інструментів. До таких інструментів належать: ліцензування та інші допускові вимоги; стандарти та протоколи надання медичної допомоги; моделі та методи оплати (зокрема capitation на первинному рівні та activity-/case-based/DRG на спеціалізованому рівні);

механізми акредитації й аудиту якості; індикатори результативності та публічна звітність; розвиток реєстрів та eHealth [5; 7]. У міжнародних оглядах підкреслюється, що впровадження зазначених інструментів у поєднанні зі стратегічною закупівлею послуг змінює стимули надавачів від суто «цінової» конкуренції до конкуренції за якість, результативність та ефективність [9].

Узагальнена схема інституційного устрою державного регулювання ринку медичних послуг в Україні, що охоплює центральні органи виконавчої влади та їхні інструменти впливу, можна визначити наступним чином на рис. 1:

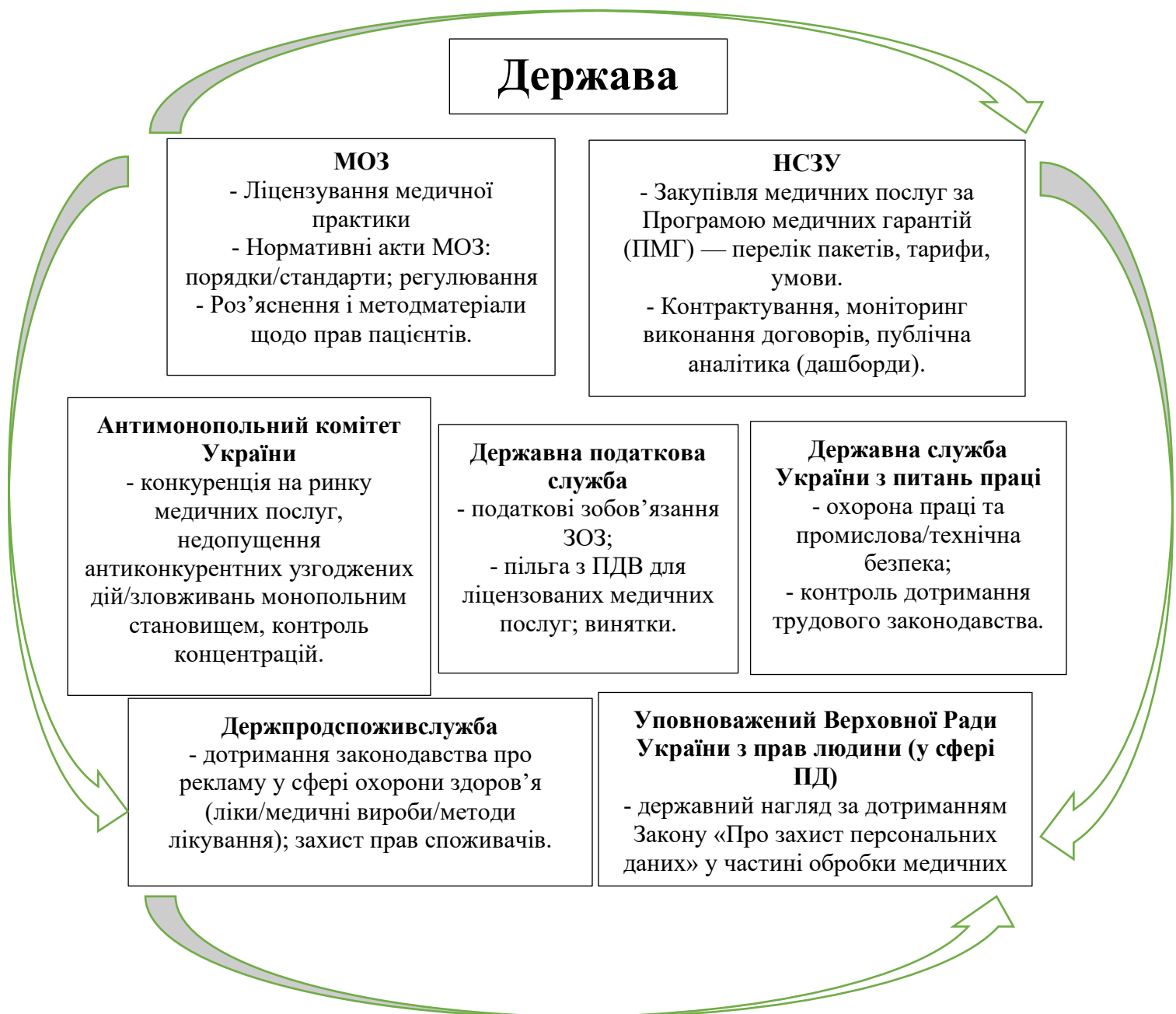


Рис. 1. Система державних органів та інструментів регулювання ринку медичних послуг. Джерело: узагальнено автором на основі [5; 7; 9].

Структурно ринок медичних послуг доцільно описувати через чотири групи учасників, кожна з яких виконує специфічні функції та формує власні правила гри.

1) Регулятори та платники. До цієї групи належать органи державної влади й галузевого нагляду (КМУ, МОЗ, інші ЦОВВ), а також інституції, що здійснюють стратегічну закупівлю/оплату медичної допомоги (насамперед НСЗУ) і страховики за програмами ДМС. Їхня роль полягає у визначенні нормативних вимог (допуск на ринок, стандарти/порядки, правила обігу даних), фінансових механізмів (переліки пакетів, тарифи, договори, компенсації/відшкодування), а також в інституційному забезпеченні якості (акредитація, аудити, публічна звітність та дашборди). Сукупність цих інструментів формує регуляторне поле «цінності за гроші» та підсилює прозорість ринку [5; 6; 9].

2) Надавачі послуг. Це державні, комунальні та приватні заклади охорони здоров'я всіх рівнів (первинний, спеціалізований, високоспеціалізований), а також лабораторні, реабілітаційні та профілактичні служби. Вони створюють пропозицію медичної допомоги, впроваджують стандарти/клінічні маршрути, інтегруються з ЕСОЗ та забезпечують належне управління процесами (операційна ефективність, контроль якості, безпека пацієнтів). У приватному сегменті додаткове значення мають інструменти сервісу (доступність, швидкість, омніканальні канали), адже саме вони впливають на конверсію попиту поза межами ПМГ [6; 9].

3) Споживачі. Індивідуальні пацієнти та домогосподарства (out-of-pocket/співоплата), а також корпоративні клієнти, включно з тими, хто користується програмами добровільного медичного страхування. Вони формують попит, визначають пріоритети (локація, час очікування, досвід взаємодії, репутація надавача) і підживлюють ринкові сигнали через інструменти оцінювання

досвіду/задоволеності (PREMs/NPS), що, у свою чергу, стимулює якість і конкуренцію «за результат» [9].

4) Посередники та інфраструктурні учасники. Професійні асоціації, постачальники обладнання/медвиробів, ІТ-провайдери (зокрема рішення eHealth), навчальні та наукові установи. Вони забезпечують технологічну, освітню й методичну інфраструктуру ринку, підтримують інтероперабельність даних і поширюють стандарти практики, що знижує транзакційні витрати та вирівнює якість [5; 6].

У сучасних умовах порівняльна вага стратегічних параметрів конкуренції — якості та безпеки допомоги, пацієнтського сервісу, технологічності (цифровізація, дані, інтероперабельність), репутації та ефективності використання ресурсів — зростає щодо традиційних цінових індикаторів. Це пов'язано з переходом до стратегічної закупівлі та публічної звітності, що переформатовує стимули ринку на користь «цінності за гроші» [9].

Таблиця. 1.2

Структура ринку медичних послуг

1.	Регулятори та платники	Органи державної влади й галузевого нагляду, стратегічні закупівельники/платники, страхові компанії, інституції стандартизації та якості.
2.	Надавачі	Державні, комунальні й приватні заклади охорони здоров'я усіх рівнів, лабораторії, реабілітаційні та профілактичні служби.
3.	Споживачі	Індивідуальні пацієнти, домогосподарства та корпоративні клієнти, включно з програмами добровільного медичного страхування.
4.	Посередники та інфраструктурні учасники	Професійні асоціації, постачальники обладнання, ІТ-провайдери (зокрема рішення eHealth), навчальні та наукові установи.

Джерело: узагальнено автором на основі [5; 6; 9].

З огляду на український контекст доцільно застосовувати сегментацію ринку за двома критеріями: джерелами фінансування (бюджетні кошти, страхування,

оплати «з кишені») та формами власності надавачів. Такий підхід дозволяє виділити щонайменше чотири сегменти з різними правилами конкуренції та наборами стратегічних інструментів (цінова політика та пакетування послуг, стандарти сервісу, партнерства з ДМС/корпоративними клієнтами, технологічні інновації) і, відповідно, коректно порівнювати стратегії провайдерів у межах кожного «під-ринку» [6].

Доцільно показати, якими інструментами держава впливає на ринок та які очікувані наслідки для поведінки учасників. Узагальнення таких інструментів наведено у табл. 2 що слугує візуальним доповненням до викладених вище положень.

Таблиця 1.3

Інструменти державного впливу на ринок медичних послуг та очікуваний вплив на конкуренцію

Блок інструментів	Приклади механізмів	Очікуваний вплив на ринок і стратегії ЗОЗ
Нормативно-правові	ліцензійні умови; стандарти/протоколи; вимоги до персоналу й інфраструктури	вирівнювання мінімальної якості; підвищення бар'єрів входу; інвестиції в компетенції [4; 6]
Фінансові	методи оплати (capitation, activity-/case-based, DRG); тарифи; договори закупівлі	зміщення конкуренції з «ціни» на результати/обсяги; заохочення ефективності та прозорості витрат [7]
Організаційні	акредитація/аудит якості; індикатори результативності; звітність	стандартизація процесів; формування репутаційних стимулів; можливість бенчмаркінгу [5]
Інформаційні	реєстри, eHealth, публічна звітність, інструменти порівняння	зменшення інформаційної асиметрії; посилення ролі пацієнта у виборі надавача [5; 7]

Джерело: узагальнено автором на основі [4; 5; 6; 7; 9].

Міжнародний досвід підтверджує, що ефективність регулювання визначається балансом між державним контролем і конкуренцією.

У країнах ЄС застосовується регульована конкуренція (regulated competition), коли держава встановлює рамки тарифів і стандартів, але допускає змагання за якість між постачальниками (модель Нідерландів, Німеччини).

У Великій Британії NHS поєднує єдиного замовника (purchaser) і конкуренцію між підрядниками, що стимулює підвищення продуктивності.

В Україні подібні елементи втілені у діяльності НСЗУ, однак приватний сектор досі функціонує переважно поза державним фінансуванням, що зумовлює потребу в єдиному полі стандартів і механізмах саморегулювання [9].

Запровадження індикаторів якості, публічних рейтингів і системи Health Care Quality Indicators (HCQI) за зразком OECD може посилити довіру до приватних постачальників і сприяти узгодженню національних стандартів із європейськими.

Отже, ринок медичних послуг є багаторівневою системою з вбудованими ринковими збоями, що обумовлює регульований режим його функціонування. Держава формує «правила гри» через поєднання нормативно-правових, фінансових, організаційних та інформаційних інструментів, встановлюючи вимоги до допуску на ринок, якості та прозорості надання допомоги. Таке середовище не усуває конкуренцію, а переналаштовує її з фокусу на ціні до фокусу на якості, результативності, сервісі, технологічності та ефективності використання ресурсів.

1.2 Конкурентоспроможність закладу охорони здоров'я: визначення, чинники, індикатори

Конкурентоспроможність закладу охорони здоров'я трактується як динамічна здатність організації формувати, утримувати та відтворювати стійкі конкурентні переваги на релевантному ринку через поєднання клінічної якості,

економічної ефективності, позитивного пацієнтського досвіду та організаційної результативності [8].

Теоретико-методичні основи вимірювання конкурентоспроможності

1) Рамка А. Donabedian (structure–process–outcome)

Класичний підхід А. Donabedian пропонує оцінювати якість (а через неї — конкурентоспроможність) через взаємопов'язані блоки структури, процесів та результатів: наявність відповідних ресурсів і систем (structure) створює умови для належних клінічних і сервісних процесів (process), які, своєю чергою, породжують бажані результати лікування й досвіду пацієнта (outcome). Цей каркас є «несучою стіною» для підбору індикаторів і побудови внутрішньої аналітики [10; 11].

2) HCQI/HCQO (Health Care Quality Indicators / Health Care Quality & Outcomes) — це міжнародно погоджені набори індикаторів якості, безпеки та результатів медичної допомоги, які розробляються та підтримуються OECD (Організація економічного співробітництва та розвитку) [10].

Ключові риси HCQI/HCQO:

Доменна структура. Індикатори згруповано за доменами (напр., ефективність, безпека, пацієнт-орієнтованість, доступність) та за рівнями допомоги (первинна, стаціонарна, спеціалізована).

Клінічні «якірні» метрики. Реперні показники включають, зокрема, госпітальну летальність при інфаркті міокарда/інсульті, 30-денні повторні госпіталізації, частоту ускладнень після планових операцій, частоту інфекцій, набутих у стаціонарі, профілактичні охоплення тощо.

Методичні настанови. Для більшості індикаторів визначено чіткі дефініції чисельника/знаменника, вимоги до ризик-коригування (risk adjustment), періоди спостереження, джерела даних та правила порівняння [10].

Призначення для бенчмаркінгу. HCQI/HCQO створені для порівнюваності (між закладами/регіонами/країнами), що робить їх придатними для зовнішнього та

внутрішнього бенчмаркінгу, розробки цільових показників і побудови «дашбордів» управління якістю.

Практичне застосування для закладу: (1) обрати підмножину HCQI/HCQO, релевантну профілю послуг (напр., акушерство/гінекологія, хірургія одноденного стаціонару); (2) налаштувати еталонні рівні (target/alert thresholds); (3) забезпечити ризик-коригування та регулярну валідацію даних; (4) інтегрувати індикатори у систему управління (щомісячні огляди, клінічні ради, система стимулювання персоналу) [10].

3) CAHPS/HCANPS — це стандартизована сім'я опитників пацієнтського досвіду, що вимірює сприйняття якості очима пацієнта: комунікацію з лікарем/медичною сестрою, доступність і зрозумілість інформації, участь у прийнятті рішень, перехід/виписку, «готовність рекомендувати» тощо [11].

Сильні сторони підходу: (1) валідовані композити (узагальнені шкали з кількох питань), (2) можливість порівняння у динаміці та з еталонами, (3) прогнозна цінність для поведінки пацієнтів (повторні звернення, рекомендації). Для приватного сегмента CAHPS/HCANPS виконує роль ринкового барометра: підвищення показників experience часто корелює з ростом частки рекомендацій та виручки [11].

Конкурентоспроможність закладу охорони здоров'я (ЗОЗ) доцільно розглядати у трьох взаємопов'язаних площинах:

- ресурсно-компетентнісній — охоплює кадровий потенціал, технологічні ресурси, матеріальну базу та інвестиційні можливості;
- процесній — відображає організацію медичної допомоги, управління сервісом, маркетинг і канали доступу до послуг;
- результатній — характеризує клінічні й сервісні результати, фінансову стійкість та репутацію закладу [8].

У сучасних дослідженнях конкурентоспроможність ЗОЗ розглядається як багатовимірна категорія, що поєднує клінічні, сервісні, управлінські та кадрові аспекти діяльності. Для узагальнення її структурних складових доцільно виділити п'ять ключових чинників, які комплексно відображають рівень клінічної якості, ефективності управління, сервісності та кадрової спроможності закладу.

Таблиця 1.4.

Ключові чинники конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я

№	Чинник	Характеристика
1	Якість і безпека медичної допомоги	Клінічні результати, дотримання стандартів і системи контролю якості
2	Пацієнтський досвід	Задоволеність, комунікація, залученість пацієнтів, довіра
3	Ефективність використання ресурсів	Продуктивність, собівартість, маржинальність і оптимізація процесів
4	Прозорість і ринковий тиск	Публічна звітність, рейтинги, репутаційна конкуренція
5	Адаптивність системи управління персоналом	Гнучкість ролей, компетентності, безперервний розвиток кадрів

Джерело: узагальнено автором на основі [9–13].

1. Якість і безпека медичної допомоги.

У системі охорони здоров'я саме якість є фундаментом конкурентоспроможності. Заклади, що впроваджують внутрішні системи управління якістю (QMS), демонструють кращу результативність та довіру з боку пацієнтів і платників. В українському контексті якість вимірюється переважно через фрагментарні показники — летальність, частоту ускладнень, повторні госпіталізації, порушення маршруту лікування. Через це диференціація «за якістю» все ще обмежена [9].

Ефективною практикою стає впровадження регулярного клінічного аудиту, інцидент-репортингу та інтеграції показників якості у мотивацію персоналу. Крім того, участь у міжнародних порівняльних ініціативах, як-от OECD Health Care

Quality Indicators (HCQI), допомагає формувати довіру до приватного сектору та уніфікувати стандарти оцінювання результатів.

2. Пацієнтський досвід (experience).

У країнах із розвиненими системами охорони здоров'я пацієнтський досвід є не менш важливим показником, ніж медичні результати. Міжнародно визнані інструменти — САНPS/НСАНPS — вимірюють комунікацію між медперсоналом і пацієнтом, залучення до прийняття рішень, зрозумілість пояснень, умови виписки, готовність рекомендувати заклад [11].

В українських реаліях важливо впроваджувати практику PREMs/NPS-опитувань, які дозволять оцінювати не лише задоволеність, а й довіру до закладу. Високий рівень досвіду формує лояльність і повторні звернення, що прямо впливає на фінансову стабільність клініки. До стратегічних кроків належать навчання персоналу навичкам комунікації, удосконалення навігації пацієнта, створення мультиканальних сервісів запису та зворотного зв'язку.

3. Ефективність використання ресурсів.

Рациональне управління ресурсами є ключовою умовою конкурентності в умовах обмеженого фінансування. Класичні показники — тривалість перебування (ALOS), оборот ліжка, продуктивність лікарів, собівартість епізоду лікування, маржинальність послуг. Висока ефективність дозволяє закладам реалізовувати гнучку цінову політику та створювати резерви для реінвестування у технології й персонал [10].

У сучасних ЗОЗ акцент переноситься з «економії» на керовану ефективність: цифровізацію процесів (ЕСОЗ, МІС), аналітику потоків, візуалізацію КРІ та управлінський облік за епізодом лікування. Такий підхід забезпечує не лише фінансову, а й операційну стійкість.

4. Прозорість і ринковий тиск.

У регульованому середовищі зростає роль публічної звітності та відкритих даних як механізмів конкуренції. Дослідження OECD і Світового банку доводять, що регулярна публікація індикаторів якості, доступності та задоволеності сприяє покращенню результатів лікування та сервісу [12].

В Україні прозорість стимулюють вимоги НСЗУ до звітності, а в приватному секторі — ринковий тиск і репутаційні рейтинги. Заклади, які впроваджують відкритий репортинг (дашборди, публічні показники, індекси сервісу), формують конкурентну перевагу через довіру і впізнаваність бренду.

5. Адаптивність системи управління персоналом.

У сучасній медицині персонал — основний стратегічний ресурс. Гнучкий розподіл ролей, мультисертифікація, безперервний професійний розвиток та внутрішні програми навчання забезпечують стійкість системи до кадрових коливань [13].

Успішні клініки вибудовують HR-систему за принципом competency-based management: чітко описані компетенції, матриці навичок, механізми оцінки продуктивності та прозорі програми мотивації. Це не лише знижує ризики «вузьких місць», але й формує внутрішню культуру якості й навчання, що підсилює конкурентоспроможність організації загалом.

Система індикаторів конкурентоспроможності, пропонується як багатовимірна система індикаторів, що інтегрує клінічні, процесні, пацієнт-центричні та економічні метрики (табл. 5). Для приватних закладів її доцільно доповнювати ринково-фінансовими показниками табл.1.5.

Таблиця 1.5

Система індикаторів конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я

Блок (рамка Donabedian)	Приклади індикаторів (невичерпний перелік)	Методичні зауваги / орієнтири
Structure (ресурси)	укомплектованість і кваліфікація персоналу; відсоток персоналу з підтвердженими компетенціями; наявність критичних технологій; цифрова зрілість (eHealth, КПІ з інтегрованістю); наявність системи управління якістю (акредитація/сертифікація)	Ризик-коригування для порівняння між підрозділами; контроль переліку компетенцій [10]
Process (процеси)	дотримання клінічних протоколів; своєчасність доступу (час очікування на консультацію/операцію); маршрутизація; координація між рівнями; частка епізодів із повним виконанням вимог	Аудити виконання протоколів; план-факт за нормативами доступності [10]
Outcomes (результати)	летальність/ускладнення (обрані нозології); 30-денні повторні госпіталізації; інфекції, набуті у стаціонарі; «textbook outcome» для планових втручань; показники якості життя/функціональних наслідків	Чіткі дефініції чисельника/знаменника; ризик-коригування; порівняння з еталонами HCQI/HCQO [10]
Patient experience	комунікація з лікарем/медсестрою; зрозумілість інформації; участь у прийнятті рішень; виписка/перехід; готовність рекомендувати (would recommend)	Використання валідованих опитників CAHPS/HCANPS; мінімальна вибірка/періодичність [11]
Економічна ефективність (ринковий блок)	середній чек; собівартість епізоду; маржинальність ключових послуг; завантаження потужностей; частка повторних звернень; частка рекомендацій (проху лояльності)	Прив'язка до управлінської звітності; регулярний аналіз чутливості [8; 10; 11]
HR-адаптивність	time-to-fill, time-to-productivity ключових позицій; плинність; охоплення CPD/симуляціями; крос-функціональність (мультисертифікація); покриття критичних змін без падіння якості	KPI HR-функції; кореляція з показниками процесів і досвіду пацієнтів [13]

Джерело: узагальнено автором на основі [8–13].

Оцінка конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я неможлива без системного вимірювання якості, ефективності та результативності медичних послуг. З метою забезпечення об'єктивності, порівнянності та валідності результатів у міжнародній практиці використовують комплексний підхід до оцінювання, який включає клінічні, процесні, економічні, кадрові та досвідові індикатори [9–13].

На початковому етапі вивчення стану, формуються масиви даних з різних джерел — медичних інформаційних систем, управлінського обліку та опитувань пацієнтів. Клінічні та процесні показники отримують з електронної системи охорони здоров'я (ЕКОЗ), журналів якості, реєстрів ускладнень, тоді як experience-індикатори — з результатів стандартизованих опитувальників (CAHPS/HCAPPS, PREMs, NPS). Економічні показники розраховуються на основі управлінського обліку, включаючи собівартість епізоду лікування, маржинальність та структуру фінансування (payer-mix: програми НСЗУ, ДМС, оплати «з кишені») [10; 11].

Для забезпечення коректності порівнянь результатів лікування між різними закладами застосовується метод ризик-коригування. Його сутність полягає у врахуванні впливу чинників, що не залежать від якості надання допомоги, але впливають на результати (вік, стать, коморбідність, тяжкість стану, соціальні умови). Використання скоригованих показників дозволяє більш об'єктивно оцінювати ефективність лікування, уникнути статистичних викривлень та забезпечити справедливе порівняння результатів між закладами [10].

Наступним кроком, всі показники приводяться до єдиної шкали вимірювання (z-score, відсоткове відхилення від еталонного рівня). Вони порівнюються як у динаміці (у межах одного закладу), так і між установами схожого профілю або з міжнародними еталонами якості (рамки OECD Health Care Quality Indicators — HCQI). Такий підхід сприяє виявленню сильних і слабких сторін організації, визначенню напрямів удосконалення та запозиченню кращих практик [10].

Публікація валідних показників якості сприяє підвищенню довіри з боку пацієнтів та стимулює заклади конкурувати за результатами, а не лише за ціною послуги. В умовах регульованого ринку публічні дашборди НСЗУ, відкриті звіти клінік і рейтинги за рівнем задоволеності пацієнтів сприяють підвищенню прозорості, формуванню культури підзвітності та підсилюють мотивацію до покращення якості [12].

Якість надання медичних послуг безпосередньо залежить від кадрового потенціалу. У цьому контексті доцільним є поєднання аналітики якості з індикаторами кадрової стабільності — рівнем укомплектованості, плинністю кадрів, участю у безперервному професійному розвитку (CPD). Дослідження підтверджують, що дефіцит персоналу, особливо в ключових спеціальностях, призводить до зниження якості сервісу, зростання кількості скарг і медичних помилок [13].

Для приватних закладів охорони здоров'я оцінювання конкурентоспроможності доповнюється бізнес-метриками: воронкою залучення пацієнтів (лід → консультація → процедура), показниками SAC/LTV (вартість залучення клієнта / довічна цінність клієнта), а також індексами задоволеності (NPS, CSAT). Це дозволяє поєднати медичні результати з економічною ефективністю та ринковою привабливістю клініки [8; 11; 13].

Отже, конкурентоспроможність медичного закладу є багатовимірною категорією, що інтегрує якість та безпеку, пацієнтський досвід, ефективність використання ресурсів, прозорість та HR-адаптивність. Її доцільно оцінювати за рамкою Donabedian із застосуванням наборів HCQI/HCQO (для клінічних та процесних індикаторів) і CANHPS/HCANPS (для experience), а для приватного сегмента — доповнювати ринково-фінансовими та HR-індикаторами.

1.3 Моделі конкурентних стратегій в системі охорони здоров'я: державне регулювання приватних та комунальних ЗОЗ

Конкурентна стратегія є системною логікою дій закладу охорони здоров'я (ЗОЗ), спрямованою на створення та підтримання стійкої конкурентної переваги на ринку медичних послуг. У загальному менеджменті основою стратегічного вибору виступають класичні генеричні стратегії М. Портера — лідерство за витратами, диференціація та фокусування [14]. Проте в охороні здоров'я ці підходи потребують адаптації з огляду на специфічні умови функціонування галузі — високий рівень державного регулювання, значну соціальну роль медичної допомоги, високі ризики інформаційної асиметрії між лікарем і пацієнтом, а також залежність фінансування від державних програм і страхових механізмів [15].

Вітчизняні науковці пропонують адаптовану класифікацію стратегічних моделей для медичних закладів, яка враховує поєднання ринкових та соціально-регуляторних чинників [14; 15].

Таблиця 1.6

Характеристика основних моделей конкурентних стратегій закладів охорони здоров'я

Модель стратегії	Сутність	Основні інструменти реалізації	Приклади застосування
Позиційна	Визначення ринкової позиції та сегментації цільової аудиторії	Брендинг, маркетинг, стандарти сервісу, цифровізація, диференціація послуг	Приватні клініки, що працюють у преміум- або нішевому сегменті
Ціннісна	Створення максимальної цінності для пацієнта та платника	Управління якістю, досвід пацієнта (NPS, PREMs), ефективність витрат, безпека допомоги	Клініки, орієнтовані на довгострокову лояльність пацієнтів

Портфельна	Диверсифікація напрямів і джерел фінансування	Комбінація державних і комерційних пакетів, стратегічне планування, оптимізація ресурсів	Комунальні ЗОЗ, приватні мережеві клініки, гібридні моделі
------------	---	--	--

Джерело: узагальнено автором на основі [14–18].

Позиційна стратегія — ґрунтується на визначенні та утриманні певної позиції на ринку медичних послуг. Заклад обирає конкретний сегмент (преміум-клас, масовий або нішевий спеціалізований) і формує конкурентну перевагу шляхом унікальної пропозиції, репутації, сервісу або технологічного рівня. Для приватного сектору позиційна стратегія означає створення бренду клініки та орієнтацію на конкретний тип клієнтів (наприклад, пацієнти із середнім і високим доходом, корпоративні програми тощо) [16].

Ціннісна стратегія (value-based strategy) — орієнтується на створення максимальної цінності для пацієнта і платника. Її сутність полягає у досягненні оптимального співвідношення результативності лікування, рівня сервісу та витрат. У межах цього підходу медичні заклади зосереджуються на клінічних результатах, задоволеності пацієнтів (PREMs, NPS), безпеці медичних процедур і ефективному використанні ресурсів. У розвинених країнах така стратегія стала основою концепції Value-Based Healthcare, яка нині поступово інтегрується й в українську систему — через стандарти НСЗУ, публічні дашборди та показники результативності [17].

Портфельна стратегія — передбачає керування набором напрямів і послуг із метою диверсифікації ризиків та підвищення фінансової стійкості. Заклад формує оптимальний баланс між державними та комерційними потоками (наприклад, програми НСЗУ, ДМС, оплата «з кишені»), а також між видами допомоги (первинна, спеціалізована, лабораторна, реабілітаційна). У контексті сучасної

української системи охорони здоров'я портфельна стратегія є найпоширенішою серед комунальних і приватних ЗОЗ, адже дозволяє забезпечити економічну стабільність і поступову модернізацію послуг [18].

Таким чином, конкурентні стратегії в охороні здоров'я формуються з урахуванням поєднання економічних, соціальних і регуляторних чинників. Заклади не обмежуються єдиною моделлю: приватні клініки часто поєднують позиційну стратегію (через преміум-сегмент і високий сервіс) із ціннісною (через результати лікування та задоволення пацієнтів), а також використовують портфельний підхід для балансування фінансових потоків. У свою чергу, комунальні та державні установи переважно застосовують портфельну модель у межах пакетів НСЗУ, поступово інтегруючи елементи ціннісної конкуренції, такі як підвищення якості, сервісу та відкритості [16; 18].

Вплив державного регулювання на конкурентні стратегії приватних і комунальних закладів охорони здоров'я

Регульований ринок медичних послуг в Україні формує особливе середовище для розроблення та реалізації конкурентних стратегій закладів охорони здоров'я. З одного боку, нормативно-правове, фінансове та організаційне регулювання встановлює правила входу на ринок, стандарти якості й вимоги до процесів надання допомоги, що обмежує простір «вільного» стратегічного вибору. З іншого — держава забезпечує базові умови стабільності, прозорості та довіри, без яких ефективна конкуренція в медичній сфері неможлива [15; 16].

Державне регулювання охорони здоров'я в Україні охоплює кілька основних напрямів:

- ліцензування та акредитація діяльності медичних закладів;
- визначення клінічних стандартів, протоколів і нормативів якості;

- формування фінансових механізмів через державні програми, Національну службу здоров'я України (НСЗУ) та договори закупівлі медичних послуг;
- контроль за дотриманням трудового, податкового та антимонопольного законодавства;
- розвиток публічної звітності та електронної системи охорони здоров'я (eHealth).

Таке поєднання регуляторних інструментів створює різні умови конкуренції для комунальних і приватних закладів, що визначає їхні стратегічні підходи до розвитку [17].

Відмінності між комунальними та приватними ЗОЗ, можна визначити, таким чином: комунальні (державні або муніципальні) заклади охорони здоров'я функціонують у межах бюджетного та договірної фінансування — частково за рахунок місцевих бюджетів, частково через договори з НСЗУ за Програмою медичних гарантій. Їхня діяльність має виражений соціальний характер, спрямований на забезпечення доступності медичної допомоги, що зумовлює обмеження у сфері ціноутворення, реклами та комерційного позиціонування.

Разом із тим, регуляторна модель державного сектору передбачає стабільність фінансових потоків, пріоритет у доступі до державних програм, кадрових ресурсів і базових інвестицій, що створює стратегічну перевагу у довгостроковій стійкості [16; 17]. Така модель знижує гнучкість у прийнятті управлінських рішень, обмежує диверсифікацію доходів і потребує поступової трансформації стратегії з «адміністративної» у «ринково орієнтовану» — з акцентом на якість, сервіс і ефективність використання ресурсів [18].

Приватні заклади охорони здоров'я, навпаки, мають вищий ступінь автономії та стратегічної гнучкості, що дозволяє їм самостійно визначати напрями розвитку, політику ціноутворення, канали фінансування (програми добровільного медичного

страхування, корпоративні контракти, прямі оплати «з кишені»). Вони можуть обирати нішеві або преміум-сегменти ринку, формувати індивідуальні пакети послуг і активно використовувати маркетингові інструменти.

Проте водночас держава здійснює контроль за їх діяльністю через механізми ліцензування, стандартизації, податкового регулювання, сертифікації персоналу та нагляду за якістю медичної допомоги, що частково обмежує їхню повну ринкову свободу [15; 16].

Розвиток приватної медицини в Україні значною мірою залежить від державної політики державно-приватного партнерства (ДПП), доступу до бюджетних або страхових коштів, а також від регуляторних стимулів для інвестицій і технологічного оновлення [16].

Механізми впливу державного регулювання на конкурентні стратегії:

1. Ліцензування та стандарти діяльності. Встановлення єдиних ліцензійних вимог і стандартів МОЗ підвищує витрати входу на ринок для нових гравців, що змушує приватні ЗОЗ орієнтуватися на нішеві сегменти з високою доданою вартістю, а комунальні — концентрувати ресурси на основних пакетах послуг. Таке регулювання стимулює розвиток портфельних стратегій, де ключову роль відіграють ефективність і відповідність стандартам [15].

2. Фінансові механізми НСЗУ. Система договорів із НСЗУ формує модель стратегічної закупівлі послуг, у межах якої фінансування залежить від кількості та якості наданих послуг. Для комунальних ЗОЗ це означає перехід до моделі конкурентного надавача, що бореться за контракти, обсяги та якісні показники. Приватні ЗОЗ, які беруть участь у державних програмах, змушені адаптувати свої тарифи й стандарти до вимог держави, поєднуючи позиційну та ціннісну стратегії [17; 18].

3. Доступ до страхових і корпоративних програм. Участь у системах добровільного медичного страхування (ДМС) створює додаткові можливості для

приватного сектору. Заклади, що укладають договори з ДМС або корпоративними клієнтами, можуть реалізовувати ціннісно-орієнтовані стратегії, орієнтовані на довгострокову лояльність клієнтів і високу якість сервісу [18].

4. Державно-приватне партнерство (ДПП) та публічні закупівлі. ДПП стає важливим механізмом взаємодії державних і приватних ЗОЗ. Комунальні установи отримують можливість залучати інвестиції для модернізації інфраструктури, а приватні — розширювати свою присутність у системі гарантованих послуг. Це формує гібридні стратегії, коли заклади поєднують ринкові інструменти з державними вимогами до доступності та якості [16; 18].

5. Прозорість, звітність і публічна аналітика. Впровадження публічної звітності (дашборди НСЗУ, відкриті бази eHealth) посилює репутаційний вимір конкуренції. Заклади, що демонструють високу якість, задоволеність пацієнтів і ефективне управління, здобувають довіру як у платників, так і у пацієнтів. Таким чином, ціннісна стратегія доповнюється іміджевими та брендовими перевагами, що забезпечує довгострокову конкурентну позицію [17].

Державне регулювання не усуває конкуренцію між медичними закладами, а радше змінює її природу — від цінової до якісно-ціннісної. У межах регульованого ринку заклади охорони здоров'я змушені не лише відповідати державним вимогам, а й розвивати власні конкурентні стратегії, які поєднують елементи позиційного, ціннісного та портфельного підходів. Для комунальних установ це означає рух до ефективності й відкритості, для приватних — інтеграцію соціальної відповідальності та інновацій у бізнес-модель.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1:

1. У розділі визначено, що ринок медичних послуг в Україні є особливим типом соціально орієнтованого ринку, у якому механізми попиту та пропозиції

поєднуються з публічними цілями охорони здоров'я. Його ключова характеристика — регульований режим функціонування, що забезпечує базові гарантії якості й доступу до допомоги, але водночас обмежує спонтанні ринкові механізми, формуючи потребу в стратегічному управлінні конкурентоспроможністю медичних закладів.

2. Сформовано інституційну схему державного регулювання ринку медичних послуг, яка охоплює центральні органи виконавчої влади, контролюючі та наглядові структури, а також визначено основні інструменти впливу — нормативно-правові, фінансові, організаційні та інформаційні. Їхня дія спрямована на підтримання рівноваги між інтересами пацієнтів, надавачів і держави.

3. Визначено структуру ринку медичних послуг, що включає чотири групи учасників: регуляторів і платників, надавачів, споживачів та інфраструктурних посередників. Показано, що саме через взаємодію цих груп реалізується триєдина функція регулювання — захисна, стимулююча та вирівнююча, яка забезпечує умови для прозорості конкуренції між закладами різних форм власності.

4. Узагальнено інструменти державного впливу на ринок медичних послуг (табл. 1.2) і показано їх очікуваний вплив на поведінку ЗОЗ. Підкреслено, що державне регулювання не усуває конкуренцію, а переналаштовує її з цінової на ціннісну — спрямовану на підвищення якості, результативності, сервісу, технологічності та ефективності використання ресурсів.

5. Систематизовано ключові чинники конкурентоспроможності ЗОЗ (табл. 1.3), які відображають клінічну, сервісну, управлінську та кадрову спроможність організації. До них належать якість і безпека медичної допомоги, досвід пацієнта, ефективність використання ресурсів, прозорість і звітність, а також адаптивність системи управління персоналом. Ці чинники визначають стратегічну стійкість закладу й формують основу для оцінювання конкурентного потенціалу.

6. Удосконалено методичний підхід до оцінювання конкурентоспроможності закладів охорони здоров'я, який охоплює етапи збору клінічних, сервісних та економічних даних, ризик-коригування, нормування й бенчмаркінг показників, а також управлінське реагування. Для приватного сегмента до цього підходу додано ринкові індикатори — payer-mix, CAC/LTV, NPS/CSAT, що поєднують фінансову й сервісну результативність.

7. Узагальнено моделі конкурентної стратегії медичних закладів — позиційну, ціннісну (value-based) і портфельну. Визначено, що їх поєднання дозволяє ЗОЗ адаптуватися до умов регульованого ринку, поєднувати державне фінансування з комерційними каналами та вибудовувати стійкі конкурентні переваги.

8. Сформовано теоретико-методичну основу для подальших розділів кваліфікаційної роботи, у яких буде проведено практичну оцінку конкурентної стратегії ТОВ «ІКСІ Клініка» та здійснено порівняльний аналіз стратегічних моделей комунального і приватного секторів охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ КОНКУРЕНТНОЇ СТРАТЕГІЇ ТОВ «ІКСІ КЛІНІКА» В УМОВАХ РЕГУЛЬОВАНОГО РИНКУ

2.1. Загальна характеристика та ринкове позиціонування ТОВ «ІКСІ Клініка»

ТОВ «ІКСІ Клініка» функціонує як приватний заклад охорони здоров'я у сфері репродуктивної медицини та допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ).

Таблиця 2.1

Загальна характеристика підприємства ТОВ «ІКСІ Клініка»

№ з/п	Показник	Характеристика
1	Повна назва ЗОЗ	ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ «ІКСІ КЛІНІКА».
2	Код ЄДРПОУ	42923681
3	Юридична адреса	03037, м. Київ, проспект Валерія Лобановського, буд. 17.
4	Власник (<i>орган управління майном</i>)	Форма власності — приватна; учасники/КБВ: Дарій Євгенія Ігорівна (учасник 49%), Шовкун Юрій Ігорович (учасник 49%), Дарій Олександр Семенович (учасник 2%; директор; також у КБВ).
5	Організаційно-правова форма	Товариство з обмеженою відповідальністю (ТОВ).
6	Форма власності	Приватна.
7	Стисла історія закладу (<i>рік створення, механізм перетворення, статутний капітал тощо</i>)	Юридична особа зареєстрована 02.04.2019. Веде діяльність за основним КВЕД 86.10 «Діяльність лікарняних закладів». (Бренд позиціонує досвід команди «з 1998 року», але це історія бренду/команди, а не дати реєстрації саме цього ТОВ.)
8	Електронна адреса сайту	https://icsi.clinic/
9	Електронна адреса сторінки на Facebook	https://www.facebook.com/icsi.clinic/?locale=uk_UA

Джерело: складено автором за матеріалами звіту практики та внутрішніх документів ТОВ «ІКСІ Клініка».

Медична діяльність проводиться на підставі чинної ліцензії МОЗ України; система менеджменту якості сертифікована за ДСТУ ISO 9001:2015. Умови регульованого ринку передбачають дотримання вимог до кадрового забезпечення, протоколів безпеки і простежуваності медичної документації, що й визначає рамку управління якістю та відповідальності закладу.

У контексті цієї рамки правовий статус і наявність сертифікованих процедур (ліцензування, СОП, внутрішні аудити, порядок інформованої згоди) знижують регуляторні ризики, підвищують передбачуваність процесів і створюють базу для порівнянності клінічних результатів у часі.

Клініка надає повний цикл послуг із лікування жіночого та чоловічого безпліддя: програми ЕКЗ/ICSI, внутрішньоматкова інсемінація, кріоконсервація ооцитів/сперми/ембріонів, програми з донацією, ведення вагітності, гінекологічна допомога та медико-генетичне консультування. Наявність власних ембріологічної та генетичної лабораторій забезпечує замкнений технологічний цикл «діагностика → ембріологія/генетика → перенесення → спостереження», що зменшує операційні втрати на міжпроцесних стиках і підвищує керованість якості.

Таблиця 2.2

Документарне наповнення роботи з кадрами медичного закладу
ТОВ «ІКСІ Клініка»

№ з/п	Документ	Стисла характеристика
1	Статут	Заклад діє на підставі Статуту ТОВ «ІКСІ Клініка», затвердженого засновником та зареєстрованого у встановленому законом порядку (код ЄДРПОУ 42923681, дата державної реєстрації – 02.04.2019). Статут визначає організаційно-правову форму, структуру органів управління (генеральний директор, фінансовий директор, виконавчий директор/медичний директор, маркетинговий директор, керівник адміністративно-інформаційного відділу), їх повноваження, порядок формування штату, основні види діяльності – надання спеціалізованої допомоги в галузі репродуктивного здоров'я.
2	Штатний розклад	Встановлює структуру та чисельність персоналу клініки з розподілом по підрозділах і посадах. Передбачає адміністративний

		блок (генеральний директор, фінансовий директор, виконавчий/медичний директор, маркетинговий директор, керівник адміністративно-інформаційного відділу, головний бухгалтер і бухгалтери, керівник адміністраторів, адміністратори, кол-центр, відділ збуту, інспектор з кадрів, системні адміністратори, технічний персонал), а також клінічні підрозділи (завідувачі відділень ДРТ, амбулаторно-поліклінічного та хірургічного профілю, завідувачі ембріологічної й генетичної лабораторій, лікарі-репродуктологи, акушери-гінекологи, уролог, психолог, генетик, ембріологи, лаборанти, медичні сестри, асистенти лікарів, санітарки, сестра-господиня). Є основою для планування фонду оплати праці та кадрової політики.
3	Колективний договір	Локальний нормативний акт, що укладається між адміністрацією ТОВ «ІКСІ Клініка» та трудовим колективом (за участю представницького органу працівників). Регулює умови оплати праці, режим роботи та відпочинку, порядок надання відпусток, систему преміювання, соціальні гарантії й пільги, заходи з охорони праці та відповідальність сторін. Базується на нормах КЗпП України та Закону України «Про колективні договори і угоди».
4	Посадові інструкції	Розроблені для основних категорій персоналу (керівники, лікарі, середній та молодший медперсонал, адміністративні працівники). Визначають службові обов'язки, права, відповідальність, підпорядкованість і кваліфікаційні вимоги до кожної посади. Складання інструкцій здійснюється з урахуванням Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників, випуск 78 «Охорона здоров'я», затвердженого наказом МОЗ України від 29.03.2002 № 117, та подальших змін до нього.
5	Ліцензія та оцінка відповідності надаваних послуг	Медична практика здійснюється на підставі ліцензії МОЗ України № 1397 від 13.06.2019 на провадження господарської діяльності з медичної практики. У клініці впроваджено систему внутрішнього контролю якості та безпеки медичної допомоги, що передбачає дотримання вимог ліцензійних умов, стандартів і клінічних протоколів у сфері репродуктивної медицини; інформація про ліцензію зазначається в офіційному преїскуранті закладу.

Джерело: складено автором за матеріалами звіту практики та внутрішніх документів ТОВ «ІКСІ Клініка».

Статут формує правову рамку та архітектуру корпоративного управління (органи, компетенції, підзвітність, порядок делегування повноважень), забезпечуючи узгодженість стратегічних і операційних рішень із вимогами регулювання. Штатний розклад виконує стратегічну функцію планування

спроможностей: фіксує структуру та чисельність персоналу, задає необхідні коефіцієнти покриття критичних змін (OPU/ET/FET, кріооперації) і відображає баланс клінічних і сервісних ролей, що є основою для розрахунку фонду оплати праці, графіків роботи та управління потужностями.

Колективний договір інституціоналізує кадрову політику, уніфікуючи правила оплати, преміювання, режиму роботи й охорони праці; це знижує плинність кадрів, підвищує залученість і забезпечує прозорість взаємних зобов'язань адміністрації та персоналу. Посадові інструкції забезпечують нормативну визначеність повноважень і відповідальності для кожної категорії працівників, узгоджуючи кваліфікаційні вимоги з внутрішніми SOP; вони слугують «операційним контрактом», у якому зафіксовано перелік маніпуляцій, межі клінічної автономії, критерії оцінювання результатів праці та канали ескалації інцидентів і рішень.

Ліцензія на медичну практику у поєднанні із системою внутрішнього контролю якості утворює процесну основу комплаєнсу: забезпечується дотримання ліцензійних умов, державних стандартів і клінічних протоколів, уніфікованих SOP та процедур інформованої згоди, підтримується простежуваність і аудит якості (у т.ч. цикл САРА). Сукупна дія зазначених документів створює цілісну нормативно-організаційну конструкцію, яка знижує управлінську невизначеність, підвищує відтворюваність клінічних і процесних результатів і конвертує кадрові та процесні ресурси закладу в стійку конкурентну перевагу.

Матеріально-технічне оснащення кабінетів, відповідає сучасним вимогам щодо надання медичної допомоги закладами ОЗ, табл. 2.3.

Таблиця 2.3

Матеріально-технічне оснащення Кабінету діагностики та лікування
безпліддя (за критеріями акредитації)

№ з/п	Назва обладнання відповідно до таблицю МТО	Необхідна кількість по таблицю МТО	Наявна кількість	% оснащення по таблицю МТО
1	Бікс для зберігання стерильних інструментів і матеріалів	10	10	100%
2	Ваги медичні	1	1	100%
3	Ємкість для дез. розчину	3	3	100%
4	Інструментарій одноразовий для гінекологічного огляду	25 комплектів на зміну	30	125%
5	Інструментарій для гінекологічного огляду багаторазового використання	10 комплектів на зміну	10	100%
6	Кольпоскоп з фотоприставкою	1	1	100%
7	Крісло гінекологічне з освітлювальною лампою	1	1	100%
8	Кушетка медична	1	1	100%
9	Лоток ниркоподібний	10	10	100%
10	Лоток прямокутний	5	5	100%
11	Світильник медичний (безтіньовий) пересувний	1	1	100%
12	Ростомір	1	1	100%
13	Стетоскоп акушерський	1	1	100%
14	Стетофонендоскоп	1	1	100%
15	Стіл інструментальний (пересувний)	1	1	100%
16	Тазомір	1	1	100%
17	Апарат для вимірювання артеріального тиску	1	1	100%
18	Шафа для інструментарію	1	1	100%
19	Шафа медична для медикаментів та інструментарію ШМ	1	1	100%
20	Стіл письмовий	2	2	100%
21	Стілець	6	6	100%
22	Лампа настільна	2	2	100%
23	Шафа для одягу	1	1	100%
24	Шафа для медичної документації	1	1	100%

25	Рукавички гумові оглядові чи хірургічні	30	50	167%
26	Комп'ютер	1	1	100%
27	Принтер	1	1	100%
28	Відро з педальною кришкою	1	1	100%
29	Камера ультрафіолетова	1	1	100%

Джерело: складено автором за матеріалами звіту практики та внутрішніх документів ТОВ «ІКСІ Клініка».

Матеріально-технічне оснащення Кабінету діагностики та лікування безпліддя повністю відповідає вимогам табеля оснащення за критеріями акредитації. У кабінеті наявні всі передбачені табелем засоби: базове меблеве оснащення (гінекологічне крісло з освітленням, кушетка, інструментальний стіл, шафи для інструментарію, медикаментів, одягу та документації), вимірювальна апаратура (ваги, ростомір, тонометр, стетоскоп, стетофонендоскоп, тазомір), освітлювальне обладнання (безтіньовий світильник, настільні лампи), а також повний набір ємностей та лотків для дезінфекції й зберігання інструментарію. Кабінет забезпечений кольпоскопом з фотоприставкою, комп'ютером і принтером, засобами інфекційного контролю (відро з педальною кришкою, УФ-камера), одноразовим і багаторазовим інструментарієм для гінекологічного огляду. За окремими позиціями спостерігається навіть надлишкове забезпечення порівняно з табелем (одноразові набори для огляду, рукавички), що додатково підвищує рівень безпеки пацієнтів та персоналу. Отже, матеріально-технічна база кабінету є достатньою й відповідає вимогам табеля МТО та акредитаційним критеріям.

Матеріально-технічне забезпечення відображається у структурі портфеля послуг: висока насиченість лабораторного та операційного контурів дає змогу реалізовувати повний цикл ДРТ на одному майданчику. Це безпосередньо впливає на виручку за видами послуг, що ілюструє АВС-аналіз.

АВС-групування здійснено за принципом накопичувальної частки доходу: група А — верхні позиції, що сумарно формують $\approx 70\text{--}80\%$, група В — наступні $\approx 15\text{--}25\%$, група С — решта низькодоходних позицій, табл. 2.4.

Таблиця 2.4

АВС-аналіз по видах платних медичних послуг ТОВ «ІКСІ Клініка»

№ п/п	Вид послуги	Сума доходу, грн	Відсоток від загальної суми, %	Кумулятивна частка, %	Група
1	ЕКЗ за методикою ICSI з подальшою біопсією трофектодерми бластоцист	128 500	24,7	24,7	А
2	Пакет спостереження вагітності “Оптимальний” 2025	108 790	20,9	45,7	А
3	Програма «Кріопротокол модифікований»	90 700	17,5	63,1	А
4	Пакет спостереження вагітності “Фізіологічний” 2025	51 925	10,0	73,1	А
5	Штучна інсемінація (без медикаментів)	38 000	7,3	80,4	В
6	Гістерорезекція поліпу або фіброматозного вузла / розсічення внутрішньоматкових перетинок або зрощень / абляція ендометрію	33 100	6,4	86,8	В
7	Конусоподібне висічення шийки матки	33 100	6,4	93,2	В
8	Вакуум-аспірація вмісту матки (вакуум-регуляція менструального циклу) до 9 тижня вагітності	17 600	3,4	96,6	В
9	Консультація провідного репродуктолога, Заслуженого лікаря України, кандидата	3 850	0,7	97,3	С

	медичних наук, професора				
10	УЗД ультразвуковий пренатальний скринінг II триместру вагітності (18–21 тижн.)	2 750	0,5	97,8	C
11	УЗД ультразвуковий пренатальний скринінг I триместру вагітності (11–13 тижн.)	2 200	0,4	98,3	C
12	Консультація Завідувача відділення ДРТ	1 950	0,4	98,6	C
13	Консультація Завідувача відділення оперативних методів лікування	1 950	0,4	99,0	C
14	Кольпоскопія розширена	1 320	0,3	99,3	C
15	УЗД ультразвукове дослідження молочних залоз	1 320	0,3	99,5	C
16	УЗД ультразвукове дослідження вагітної (до 11 тижнів)	1 320	0,3	99,8	C
17	Консультація акушера- гінеколога	1 150	0,2	100,0	C
	Разом	519 525	100,0	100,0	

Джерело: складено автором за матеріалами звіту практики та внутрішніх документів ТОВ «ІКСІ Клініка».

Згідно з табл. 2.4, до групи А увійшли високотехнологічні програми ДРТ (ЕКЗ/ICSI із супутніми етапами, кріопротколи, пакети спостереження вагітності), які визначають спеціалізацію клініки та пояснюють її позиціонування як центру повного циклу. Послуги груп В/С виконують підтримувальну функцію (консультації, окремі оперативні втручання, УЗ-скринінги), «підводячи» пацієнта до базових програм та забезпечуючи завершеність сервісу. Така структура портфеля є типовою для преміального сегмента приватної репродуктивної медицини.

Портфель послуг і структура доходів. За результатами внутрішнього аналізу на основі ABC-логіки (джерело: звітність закладу; методика — підрозд. 1.3) ядро виторгу формують високовартісні програми ДРТ (група А): протоколи ЕКЗ/ICSI, кріопротоколи та пакети супроводу вагітності. Їхня сумарна частка перевищує 60 % загального доходу (табл. 2.4.) Послуги груп В і С — консультації, діагностика, окремі оперативні втручання — виконують підтримувальну роль, підвищують конверсію пацієнтів у базові програми та забезпечують завершеність сервісу.

Таблиця 2.5

Характеристика персоналу підприємства ТОВ «ІКСІ Клініка»

№ з/п	Показник	Характеристика	
		абс. ч.	%
1	Кількість лікарів	16	27,6
2	Кількість молодших спеціалістів з медичною освітою	17	29,3
3	Кількість адміністративно-управлінського персоналу	19	32,8
4	Кількість господарсько-обслуговуючого персоналу	6	10,3

Джерело: складено автором за матеріалами звіту практики та внутрішніх документів ТОВ «ІКСІ Клініка».

Питома вага клінічного персоналу (лікарі + молодші спеціалісти з медичною освітою) є домінуючою у структурі штату (див. табл. 2.5), що відповідає вимогам ДРТ до інтенсивності ручної праці та постійної участі профільних фахівців. Баланс адміністративно-управлінського блоку забезпечує CRM-супровід, планування графіків процедур та інформаційну підтримку пацієнтів.

Управління побудоване за функціональним принципом із розмежуванням стратегічного рівня (керівник закладу) та операційних напрямів (медичний/виконавчий, фінансовий, маркетинговий, адміністративно-інформаційний). Персонал включає лікарів-репродуктологів, ембріологів, фахівців УЗД, середній медичний персонал, а також підрозділи CRM і реєстратури. Така

конфігурація відповідає вимогам ДРТ до безперервності процесів та контролю якості.

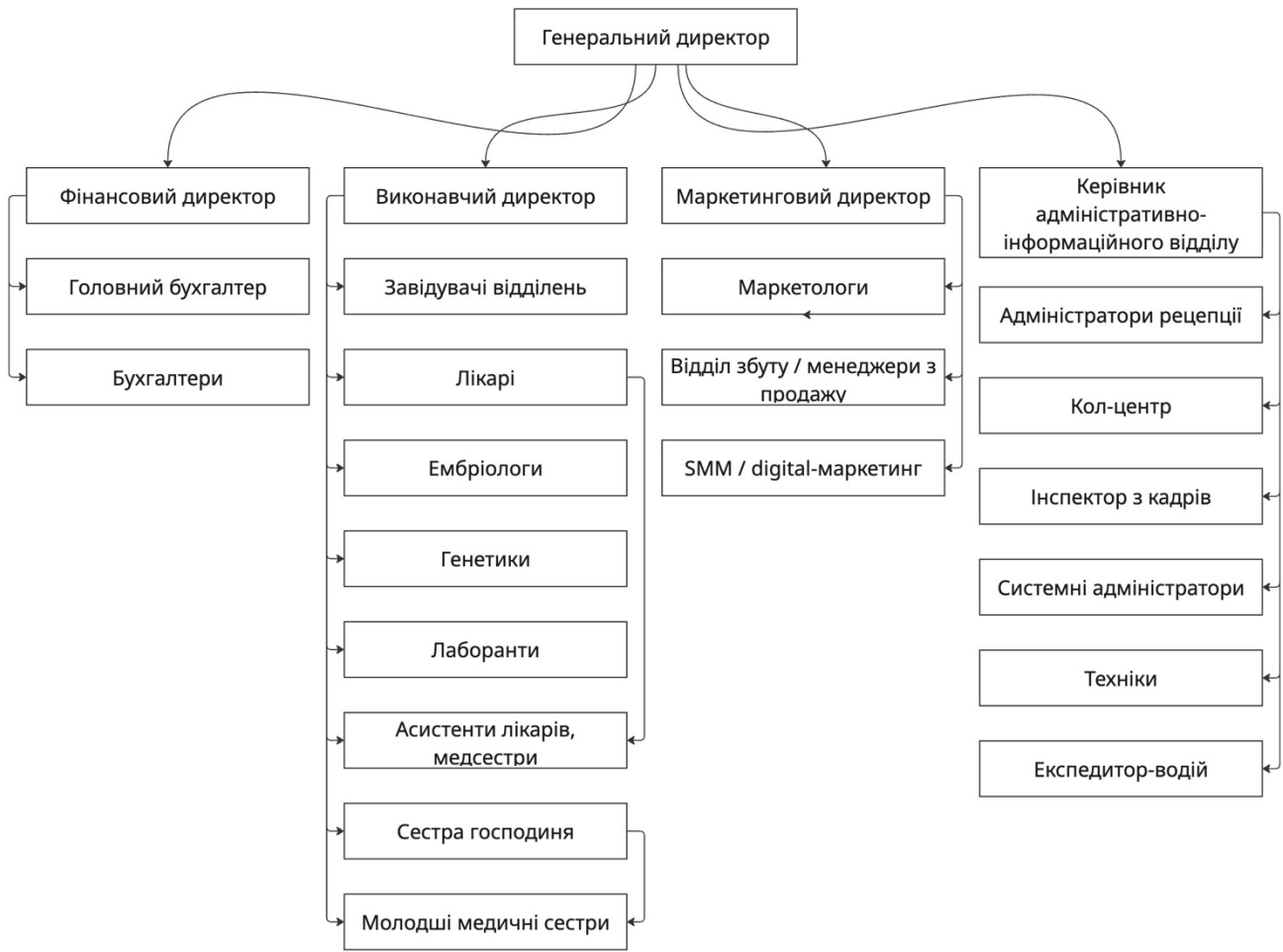


Рис. 2.1 Організаційна структура ТОВ «ІКСІ Клініка».

Таблиця 2.6.

Функціонально-організаційна структура ЗОЗ

Складова	Характеристика
	Суб'єктом управління медичного закладу «ІКСІ Клініка» виступають: – Генеральний директор (засновник, медичний директор, провідний репродуктолог). Організовує медичну діяльність клініки, затверджує стратегію розвитку, контролює якість надання медичної допомоги згідно з сучасними стандартами та вимогами. – Виконавчий директор (медичний директор). Забезпечує

Суб'єкт управління	ефективну роботу клінічних підрозділів, координує діяльність завідувачів відділень, відповідає за оперативне планування та організацію медичного процесу. – Фінансовий директор. Планує бюджет клініки, розробляє та впроваджує фінансову стратегію для досягнення довгострокових цілей, здійснює управління фінансовими ризиками. – Маркетинговий директор. Формує маркетингову стратегію, відповідає за позиціонування клініки на ринку, просування програм ДРТ та інформаційну політику. – Керівник адміністративно-інформаційного відділу. Організовує роботу адміністрації, кол-центру, реєстратури та інформаційної підтримки пацієнтів, забезпечує належний рівень сервісу та комунікацій.
Об'єкт управління	Всі структурні підрозділи та процеси, що відбуваються в межах клініки: – Персонал клініки, який безпосередньо надає медичні та сервісні послуги (лікарі, ембріологи, медичні сестри, молодший медичний персонал, адміністрація). – Матеріально-технічна база: приміщення, операційні, маніпуляційні, ембріологічна та генетична лабораторії, кріобанки, медичне обладнання, інформаційні системи. – Пацієнти клініки, їх маршрути та результати лікування. – Фінансові та людські ресурси – управління бюджетом, витратами, персоналом та іншими ресурсами для забезпечення безперервної роботи закладу.
Блок наукового регулювання	– Моніторинг показників якості та ефективності програм ДРТ і супутніх послуг. – Розробка, адаптація та впровадження внутрішніх клінічних протоколів на засадах доказової медицини. – Написання й публікація наукових статей, участь у професійних конференціях, конгресах, фахових школах. – Організація системи безперервного професійного розвитку персоналу (внутрішні тренінги, клінічні розбори, навчальні курси).

Джерело: складено автором за матеріалами звіту практики та внутрішніх документів ТОВ «ІКСІ Клініка».

На найвищому рівні ієрархії перебуває генеральний директор ТОВ «ІКСІ Клініка», який визначає стратегічні пріоритети, забезпечує відповідність діяльності вимогам ліцензійного регулювання та стандартам якості, представляє заклад у

взаєминах із державними органами, партнерами та ЗМІ і несе відповідальність за виробничо-господарські та фінансові результати.

Операційне управління клінічною діяльністю здійснює виконавчий директор: організовує роботу підрозділів, координує завідувачів відділень, відповідає за якість медичної допомоги, професійний розвиток персоналу, дотримання клінічних SOP і безперервність пацієнтських маршрутів.

Фінансовий директор відповідає за бюджетування, управління витратами й фінансовими ризиками, контроль взаєморозрахунків і звітності; маркетинговий директор формує ринкове позиціонування та каналову стратегію (B2C/B2B), відповідає за інформаційну політику і моніторинг ринкових KPI.

Керівник адміністративно-інформаційного відділу організовує роботу реєстратури та кол-центру, адмініструє CRM і стандарти сервісу.

Підпорядковані ланки:

Завідувач відділення ДРТ, завідувачі амбулаторно-поліклінічного та операційного блоків, керівники ембріологічної й генетичної лабораторій відповідають за планування навантаження (OPU/ET/FET), контроль середовища та простежуваність біоматеріалу, дотримання індикаторів якості й безпеки.

Старша медична сестра організовує роботу змін, веде журнали контролю, забезпечує виконання вимог інфекційного контролю та своєчасне забезпечення витратними матеріалами.

Правове, кадрове та IT-супроводження (інспектор з кадрів, системний адміністратор/аналітик МІС і CRM) підтримує комплаєнс, безперервність документообігу та стабільність інформаційної інфраструктури.

Клінічні виконавці (лікарі-репродуктологи, акушери-гінекологи, ембріологи, урологи), середній і молодший медперсонал, адміністратори та оператори кол-центру забезпечують безпосереднє надання медичних і сервісних послуг згідно з регламентами.

Окрім наведеної структури, персонал закладу класифікується за функціонально-посадовими групами — узагальненими категоріями працівників, сформованими за спільністю виконуваних функцій і займаних посад. У межах цього підходу виділяють чотири групи, що відображають різні рівні управлінської відповідальності та операційної участі:

- I. Ядро управління — генеральний директор; виконавчий директор; фінансовий директор; маркетинговий директор; керівник адміністративно-інформаційного відділу.
- II. Керівники підрозділів та ключові адміністративні ролі — завідувач відділення ДРТ; завідувачі амбулаторного й операційного блоків; завідувачі ембріологічної та генетичної лабораторій; головний бухгалтер; (за наявності) керівник відділу збуту/продажу.
- III. Профільні фахівці підтримки та інфраструктури — системні адміністратори (MIC/CRM), техніки, інспектор з кадрів, експедитор-водій, (за наявності) фахівці з якості/охорони праці та старші медичні сестри. Ці посади не виконують клінічних маніпуляцій, але забезпечують безперервність ІТ-, матеріально-технічних і кадрових процесів.
- IV. Клінічні та сервісні виконавці — лікарі, ембріологи, генетики, лаборанти, асистенти лікарів і медичні сестри (в т.ч. молодші), адміністратори рецепції, оператори кол-центру, фахівці з маркетингу (SMM/digital), менеджери з продажу/відділу збуту.

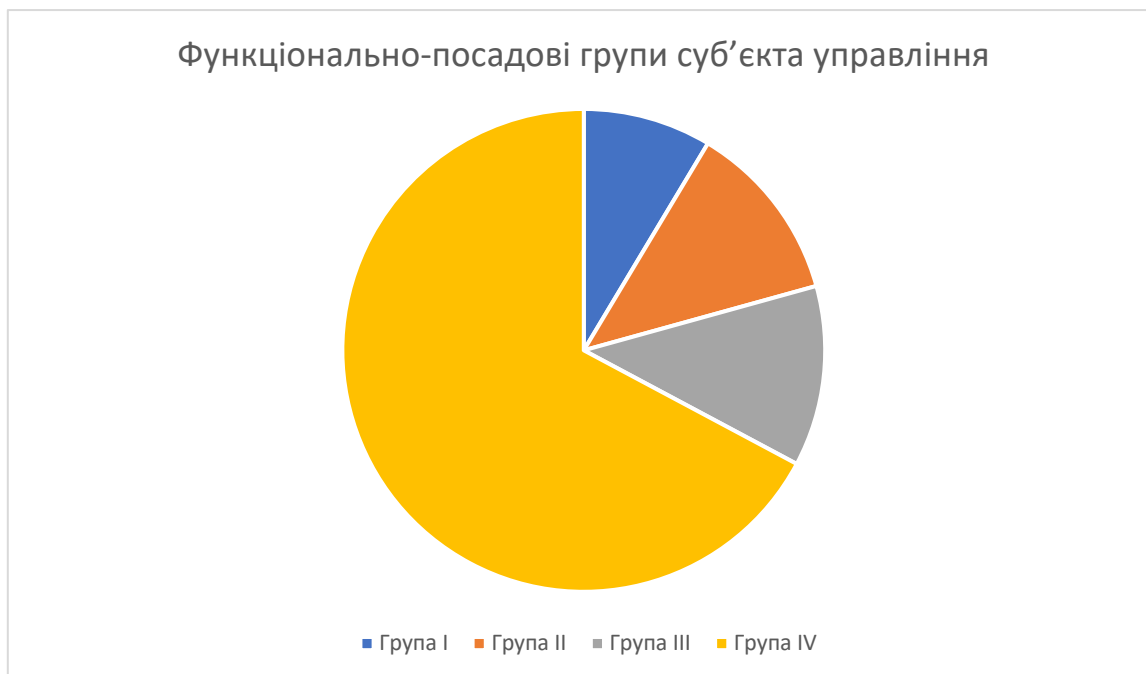


Рис. 2.2. Функціонально-посадові групи суб'єкта управління

Функціонально-посадові групи становлять основу організаційної структури суб'єкта управління і забезпечують раціональний розподіл обов'язків, чітку підзвітність, умови для професійного розвитку персоналу та ефективну внутрішню комунікацію. Частки груп (рис. 2.2) підтверджують наявність необхідної організаційної спроможності для підтримання повного ДРТ-циклу та відтворюваної якості медичної допомоги в умовах регульованого ринку.

Цільові сегменти та канали залучення. Основний сегмент попиту — пацієнти із середнім і високим рівнем доходу, чутливі до показників результативності протоколів та прозорості клінічних даних. Додаткові сегменти: (1) пацієнти зі складним анамнезом і попередніми невдалими спробами; (2) іноземні пацієнти та українці, що проживають за кордоном (медичний туризм). Маркетингові комунікації ґрунтуються на поєднанні цифрових каналів (SEO/SEM, інформаційні лендінги для ключових протоколів, соціальні мережі), партнерських рефералів і

освітніх заходів; робота CRM підтримує воронку «звернення → консультація → протокол → перенесення → підтверджена вагітність».

Конкурентне поле та стратегічна логіка позиціонування. На приватному сегменті ДРТ безпосередніми конкурентами виступають заклади з власною лабораторною базою та доказовою звітністю клінічних результатів. Обрана позиція ТОВ «ІКСІ Клініка» може бути охарактеризована як преміальний центр повного циклу з акцентом на диференціації за технологічними та процесними параметрами. У координатах загальної стратегії (за М. Портером) це поєднання диференціації та фокусу на нішевих/складних клінічних випадках, що знижує інтенсивність цінової конкуренції та підвищує стійкість маржі.

Поєднання регуляторної відповідності, лабораторної автономії, маркерної технологічної диференціації, сервісної моделі «одного вікна» та стандартизованого управління якістю формує ринкове позиціонування ТОВ «ІКСІ Клініка» як центру репродуктивної медицини повного циклу. У межах контрольованої конкуренції детермінантами успіху виступають клінічна результативність, операційна передбачуваність і прозорість звітування, що підтримує стабільну частку доходів за рахунок високотехнологічних програм і лояльність цільових сегментів.

2.2. Характеристика основних складових конкурентного управління ТОВ «ІКСІ Клініка» в умовах ринку медичних послуг

З огляду на специфіку регульованого ринку медичних послуг, конкурентоспроможність приватного ЗОЗ визначається не декларативною стратегією, а ступенем операціоналізації — тим, наскільки чітко цілі, процеси та ресурси зведені в керовану систему щоденної практики. У ТОВ «ІКСІ Клініка» ключові елементи такого контуру вже впроваджені: кадрові спроможності, стандартизовані SOP і політики якості (ISO 9001:2015), «one-stop» технологічна

модель ДРТ із лабораторною автономією, інтегрований CRM-супровід маршруту пацієнта та цикл безперервного професійного розвитку.

Люди (персонал). В «ІКСІ Клініка» уже функціонує сформована команда з підтвердженою кваліфікацією у сфері ДРТ: акушери-гінекологи, репродуктологи, ембріологи, анестезіологи, фахівці УЗД, середній медперсонал та адміністратори CRM/реєстратури. Усі критичні ролі працюють за затвердженими СОП, із подвійною ідентифікацією біоматеріалу та фіксацією дій у медичній інформаційній системі. Налагоджено регулярні клінічні розбори, міждисциплінарні консилиуми (MDT), цикл безперервного професійного розвитку (CPD), а також періодичну рецертифікацію практичних навичок на ризикових ділянках (ТЕ-біопсія, кріооперації, логістика PGT-A). Діє система наставництва для нових співробітників і план наступництва на «вузькі» позиції ембріології.

Система цілей формалізована на рівні стратегічних (підтримання позиції центру повного циклу преміального сегмента) та операційних SMART-цілей: скорочення time-to-ET/FET, підвищення частки еуплоїдних переносів за медичними показами, зменшення частки відмін/перенесень, дотримання SLA відповіді на звернення, стабілізація маржинальності портфеля. Цілі щоквартально переглядаються на основі KPI-дашбордів.

Поточні завдання визначені політиками якості та операційними регламентами: керованість воронкою «звернення → консультація → протокол → перенесення → підтверджена вагітність», контроль середовища лабораторії (газові суміші/температура/вологість), валідація інкубаторів і кріобанку, безперервна простежуваність зразків (traceability), юридично коректна інформована згода, управління інцидентами через CAPA-цикл, планування завантаження слотів OPU/ET/FET.

У закладі діє функціонально-матрична структура з чітким розподілом повноважень: стратегічний рівень (генеральний/медичний директор), клінічні

підрозділи (амбулаторний блок, операційний блок, анестезіологія, УЗД/діагностика), ембріологічна та генетична лабораторії, адміністративно-інформаційний блок/CRM, фінансово-економічна служба та менеджер якості. Впроваджено «подвійний контроль» критичних дій, формалізовані hand-off між підрозділами та канали ескалації інцидентів.

Операційний контур побудований за принципом «one-stop clinic». В «IKCI Клініка» наявні та застосовуються високоспеціалізовані технології: ТЕ-біопсія трофектодерми бластоцист із подальшим PGT-A (NGS) за показами; опція freeze-all; виконуються пренатальні інвазивні втручання — біопсія ворсин хоріона (CVS) та редукція плода. Усі технологічні етапи закріплені в СОП, інтегровані з документообігом генетичних лабораторій і супроводжуються стандартизованими формами інформованої згоди.

Матеріально-технічна база включає операційний блок, ембріологічну/генетичну лабораторії, кріосховище та МІС із модулем простежуваності. Фінансові та логістичні ресурси підтримуються рамковими угодами з постачальниками (safety-stock для критичних реагентів, валютні застереження). Інтелектуальні ресурси — затверджені СОП, шаблони інформованої згоди, навчальні програми; людські ресурси — крос-навчені команди з резервуванням на пікові навантаження. Планування потужностей ведеться по слотах і відображається в єдиному операційному календарі.

Система показників (фактично діюча). Моніторяться клінічні KPI (implantation/ongoing pregnancy rate, miscarriage rate, частка PGT-A, частка D5/D6, cumulative rate ≤ 3 цикли), операційні (завантаження OPU/ET/FET, TAT, відміни/перенесення, інциденти та швидкість їх закриття), комерційні (конверсії по воронці, середній чек/маржа, SAC/LTV), а також показники досвіду пацієнтів (PREMs/NPS) та HR-метрики (плинність у критичних ролях, CPD-покриття, time-

to-productivity нових співробітників). На основі цих даних проводяться щотижневі оперативні наради та щоквартальні рев'ю стратегії.

Щоб не обмежуватись описом процедур і організації, необхідно формально відрізнити ресурси, що створюють довгострокову конкурентну перевагу, від тих, що лише забезпечують виконання (execution). Для цього застосовано підхід VRIO (Value — цінність, Rarity — рідкість, Imitability — імітованість, Organization — організаційна підтримка). Оцінювання проведено на фактичному контурі «ІКСІ Клінік: «one-stop» модель ДРТ із лабораторною автономією, затверджені SOP/ISO-практики, CRM-керованість воронки, діючі CAPA та CPD. Далі кожен ключовий актив оцінюється за VRIO, формулюється управлінська інтерпретація і тип переваги.

Таблиця 2.7

VRIO-аналіз ТОВ «ІКСІ Клініка»

Ресурс / компетенція	V	R	I	O	Інтерпретація	Тип переваги/управлінський акцент
Власні ембріологічна та (інтегрована) генетична лабораторії; кріобанк	+	+	+	+	Замкнений цикл ДРТ, контроль середовища, короткі ТАТ, нижчі «втрати на стиках», стабільність якості	Стійка, важко імітована; утримувати сарех-якість, план сервісу та калібрувань
ТЕ-біопсія трофектодерми з подальшим PGT-A (NGS)	+	+	+	+	Підвищення частки еуплоїдних переносів, зниження ризику невиношування; плановість завантаження (freeze-all)	Диференціація високого рівня; стандартизувати показання, чек-листи, комунікацію цінності
CVS (біопсія ворсин хоріона) та редукція плода	+	+	+	+	Рідкісні пренатальні втручання, що розширюють спектр до рівня центрів пренатальної медицини	Нішева стійка; дублювати компетенції, суворий комплаєнс та етичні процедури
Операційна модель «one-stop clinic» з	+	±	+	+	Менша варіативність, краща керованість ризиками, вища	Операційна перевага; підтримувати hand-off, stop-rules, аудит чек-листів

traceability і подвійною ідентифікацією					задоволеність пацієнтів	
Система якості: ISO 9001:2015, SOP, внутрішні/зовнішні аудити, CAPA	+	0	±	+	Дисципліна виконання, доказовість, швидке усунення першопричин інцидентів	Необхідний стандарт; сила — у регулярності аудитів і закритті CAPA
Команда (репродуктологи, ембріологи, анестезіологія, УЗД) + CPD/MDT	+	±	±	+	Відтворюваність складних втручань; зменшення людської варіативності	Умовно стійка; план наступництва, крос-навчання, анти-вигорання
CRM + аналітика KPI (воронка, слоти OPU/ET/FET, TAT, інциденти)	+	0	±	+	Менше втрат на переходах, швидкі управлінські рішення, прозорість конверсій	Тимчасова/викональна; якість даних, регулярні дашборди, SLA
Партнерства (генетичні лабораторії, акушерські центри, страхові/корпоративні програми)	+	±	±	+	Ефект мережі, стабільні потоки, зрозумілі SLA для B2B/B2C	Перевага взаємодії; контракти, показники сервісу, єдиний маршрут
Репутаційний капітал і публічні KPI (агреговані, з методичними примітками)	+	±	±	+	Довіра, нижча цінова чутливість, етична прозорість	Довіра-орієнтована; регулярний звітінг, верифікація даних

Джерело: складено автором за матеріалами звіту практики та внутрішніх документів ТОВ «ІКСІ Клініка».

«Ядро» сталої переваги ІКСІ — лабораторна автономія, TE-біопсія/PGT-A та нішева пренатальна експертиза, організаційно підперта «one-stop» моделлю. Інші елементи — викональні підсилювачі, які конвертують технологічний потенціал у відтворювану якість і фінансову стійкість. Така структуризація відповідає канонічним правилам VRIO і дозволяє коректно відрізнити сталу перевагу від тимчасових/паритетних рішень для формування подальших TOWS-кроків.

Після виокремлення «ядра» та «підсилювачів» логічним є інтегрувати внутрішні детермінанти з умовами зовнішнього середовища. Для цього

використовується SWOT як інструмент синтезу: він зіставляє сильні/слабкі сторони (внутрішні, керовані) з можливостями/загрозами (зовнішні, керовані через стратегію) та слугує основою для TOWS-дій.

Таблиця 2.8

SWOT-аналіз ТОВ «ІКСІ Клініка»

S — Сильні сторони (внутрішні)	W — Слабкі сторони (внутрішні)
S1. Повний цикл ДРТ на одному майданчику (ембріологія/кріо/пренатальна підтримка).	W1. Капіталомісткість лабораторій і високі фіксовані витрати (чутливість до завантаження).
S2. Технологічні компетенції TE-біопсії трофектодерми + PGT-A (NGS).	W2. «Вузькі місця» потужностей (слоти OPU/ET/FET; інкубатори/кріо).
S3. Рідкісні пренатальні втручання: CVS (біопсія ворсин хоріона), редукція плода.	W3. Кадрова концентрація у критичних ролях (ембріологія/інвазивні процедури).
S4. Сертифікована система якості ISO 9001:2015, SOP, CAPA, traceability.	W4. Імпортозалежність реактивів/витратних і валютні ризики.
S5. Сформована мультидисциплінарна команда ДРТ, ембріології, медичної генетики та пренатальної медицини із запровадженою системою безперервного професійного розвитку, клінічних розборів і наставництва.	W5. Обмежена публічна порівнянність результатів (вплив персональних брендів).
O — Можливості (зовнішні)	T — Загрози (зовнішні)
O1. Зростання попиту на генетичний скринінг і протоколи з доказовою результативністю.	T1. Посилення конкуренції з боку мережових/великих центрів.
O2. Медичний туризм (українці за кордоном, іноземні пацієнти) під «one-stop clinic».	T2. Логістичні/валютні збої постачання імпортних реагентів.
O3. Партнерства зі страховими/корпоративними програмами репродуктивного здоров'я.	T3. Регуляторні/репутаційні ризики інвазивних та пренатальних втручань.
O4. Масштабування freeze-all/PGT-A за показами → плановість завантаження.	T4. Дефіцит кадрів (ембріологи, анестезіологи) на ринку праці.
O5. Посилення SEO/SEM, освітніх активностей і реферальних мереж.	T5. Падіння платоспроможності частини пацієнтів (цінова чутливість).

Джерело: складено автором за матеріалами звіту практики та внутрішніх документів ТОВ «ІКСІ Клініка».

Ключове джерело конкурентної спроможності ТОВ «ІКСІ Клініка» — технологічне ядро: власні лабораторії, виконання TE-біопсії з подальшим PGT-A (NGS) та наявність компетенцій у пренатальних інвазивних втручаннях (CVS,

редукція плода). Поєднання цих складових із керованою операційною моделлю («one-stop clinic», стандартизовані SOP/ISO-процедури, простежуваність зразків і підтримка CRM) забезпечує стабільну якість послуг і прогнозованість результатів лікування. Водночас ідентифіковано низку обмежень виконального характеру: капіталомісткість та «вузькі місця» потужностей, концентрація критичних компетенцій у окремих фахівців, імпортозалежність витратних матеріалів. На зовнішньому полі ринку фіксуються сприятливі можливості (зростання попиту на генетичні скринінги, розвиток медичного туризму, корпоративні та страхові програми) разом із суттєвими загрозами (посилення конкуренції, логістичні та валютні ризики, підвищені вимоги до інвазивних втручань, дефіцит кадрів).

Ефективне управління ресурсами закладу охорони здоров'я є визначальним чинником конкурентоспроможності на регульованому ринку. За умов інтенсивної конкуренції результативність клініки залежить від збалансованого використання трудових, матеріально-технічних, інформаційних та фінансових ресурсів, що безпосередньо позначається на якості медичної допомоги, доступності послуг і задоволеності пацієнтів.

Недостатня керованість ресурсами зумовлює типові ризики: зниження якості сервісу (черги, відтермінування процедур, дефіцит обладнання), погіршення умов праці та демотивацію персоналу з подальшим відтоком фахівців, а також відставання у впровадженні сучасних медичних технологій і протоколів. У підсумку це підриває операційну стійкість, ускладнює досягнення стратегічних цілей і послаблює ринкові позиції закладу.

Підвищення ефективності потребує системного підходу, що охоплює: удосконалення кадрового менеджменту (поєднання матеріальної й нематеріальної мотивації, безперервний професійний розвиток), раціональне управління основними засобами (оновлення парку обладнання, навчання роботи з високотехнологічними системами, контроль використання приміщень),

впровадження енергоощадних рішень та оптимізацію комунальних витрат, а також диверсифікацію джерел фінансування (грантові й партнерські програми, цільові інвестиції) і вибудоване бюджетування.

Операційна результативність формується не окремими рішеннями, а узгодженою системою управління людьми, основними засобами, інфраструктурними ресурсами та фінансами. Її ефективність визначається сукупністю чинників — від кадрової політики та стандартів виконання робіт до оновлення обладнання, енергоефективності й фінансової дисципліни. Узагальнення ключових напрямів підвищення ефективності використання ресурсів у ЗОЗ подано на рис. 2.3.



Рис. 2.3. Ключові напрями підвищення ефективності використання ресурсів у ЗОЗ.

Представлена схема ілюструє, що поєднання зрілої кадрової моделі, раціонального управління основними засобами, ощадливого використання інфраструктурних ресурсів і дисципліни фінансів формує в ТОВ «ІКСІ Клініка» важко відтворюване технологічно-процесне «ядро» та належний рівень керованості операціями, що створює передумови для стійких конкурентних позицій за умови послідовної роботи з окресленими ризиками.

2.3. Оцінка результативності та ефективності конкурентної стратегії ТОВ «ІКСІ Клініка»

Результати за блоками показників:

А) Портфель та економічна ефективність

Дані таблиці 2.4 (ABC-аналіз) підтверджують концентрацію виторгу у групі А за рахунок високотехнологічних програм (зокрема, протоколів ЕКЗ/ICSI, модифікованих кріопротоколів і пакетів супроводу вагітності). Така структура портфеля узгоджується з логікою преміальної диференціації: ядро високої цінності забезпечує маржинальність і стабільність грошового потоку, тоді як послуги груп В–С виконують роль сервісного «містка» для конверсії пацієнтів у базові програми. Виявлені коливання виручки корелюють переважно з логістичними та валютними чинниками витратних матеріалів, а не зі зміною попиту, що підтверджує стійкість комерційної моделі.

Б) Кадрова спроможність і організаційна придатність

Структура персоналу (таблиця 2.5) відповідає потребам моделі повного циклу: питома вага клінічних ролей (лікарі, середній медперсонал) поєднується з достатнім адміністративно-інформаційним контуром (реєстратура/CRM) для підтримки керованості маршруту пацієнта, простежуваності зразків і виконання SOP.

Оскільки операційна модель «повного циклу» потребує стабільних і відтворюваних командних компетенцій, доцільно перевірити її стійкість у динаміці. Йдеться про те, наскільки ТОВ «ІКСІ Клініка» утримує необхідний кадровий профіль не лише номінально, а й за підсумками щорічного балансу кадрів, що безпосередньо впливає на безперервність маршрутів пацієнта, простежуваність зразків і виконання SOP. Для цього здійснено кількісну оцінку руху персоналу за 2021–2024 рр. із розрахунком коефіцієнтів прийому, вибуття, плинності та сталості, а також аналіз укомплектованості штатів.

Методика розрахунку показників руху кадрів

Позначення:

- $K_{\text{прийм}}$ – коефіцієнт прийому;
- $K_{\text{вибут}}$ – коефіцієнт вибуття;
- $K_{\text{плин}}$ – коефіцієнт плинності;
- $K_{\text{стаб}}$ – коефіцієнт сталості.

Формули (за рік):

$$K_{\text{прийому кадрів}} = \frac{\text{Число працівників, прийнятих за місяць (квартал, рік)}}{\text{Середньооблікова кількість штатних працівників за місяць (квартал, рік)}}$$

$$K_{\text{вибуття кадрів}} = \frac{\text{Число працівників, які вибули за місяць}}{\text{Середньооблікова кількість штатних працівників за місяць}}$$

$$K_{\text{плинності кадрів}} = \frac{\text{Число працівників, які звільнилися за місяць}}{\text{Середньооблікова кількість штатних працівників за місяць (квартал, рік)}}$$

К сталості кадрів = Число працівників, які відпрацювали рік та більше
Середньооблікова кількість штатних працівників.

Орієнтир: природний рівень плинності 3–5%/рік; понад 5% — підвищений.

Вихідні дані та підсумки руху персоналу (2021–2024)

Таблиця 2.9

Рух персоналу: абсолютні показники

Рік	Середньооблікова чисельність, ос.	Прийнято, ос.	Вибуло (всього), ос.	З них звільнено (плинність), ос.	На кінець року зі стажем ≥ 1 рік, ос.
2021	35	12	5	4	28
2022	44	15	7	6	36
2023	52	18	10	8	41
2024	58	16	9	7	47

Джерело: складено автором за матеріалами звіту практики та внутрішніх документів ТОВ «ІКСІ Клініка».

Табл. 2.10

Рух персоналу: відносні показники (коефіцієнти, %)

Рік	$K_{\text{прийм}}$	$K_{\text{вибут}}$	$K_{\text{плин}}$	$K_{\text{стаб}}$
2021	34,29	14,29	11,43	80,00
2022	34,09	15,91	13,64	81,82
2023	34,62	19,23	15,38	78,85
2024	27,59	15,52	12,07	81,03

Джерело: складено автором за матеріалами звіту практики та внутрішніх документів ТОВ «ІКСІ Клініка».

Ключові спостереження.

- 1. Зростання масштабу: середньооблікова чисельність збільшилась з 35 (2021) до 58 осіб (2024), що відповідає розширенню портфеля послуг і переходу до керованої «one-stop» моделі.
- 2. Хвиля найму 2021–2023 (коеф. прийому $\approx 34\text{--}35\%$) свідчить про активну фазу нарощення потужностей; у 2024 р. — нормалізація до 27,6% на тлі досягнення цільової штатної чисельності.
- 3. Плинність кадрового ядра утримується в діапазоні 11–15%/рік (вище «природних» 3–5%), що притаманно періоду масштабування та конкуренції за дефіцитні ролі (ембріологія, анестезіологія, УЗД).
- 4. Стабільність: $K_{\text{стаб}} \approx 79\text{--}82\%$ означає наявність «ядра» співробітників зі стажем ≥ 1 рік, достатнього для відтворюваності SOP і зниження операційних ризиків.

Укомплектованість штатів. Показник укомплектованості визначено як відношення зайнятих посад до кількості посад за штатним розкладом.

Таблиця 2.11

Укомплектованість штатів (усі категорії)

Рік	Посад за штатним розкладом, од.	Зайнято, од.	Укомплектованість, %
2021	38	35	92,11
2022	48	44	91,67
2023	56	52	92,86
2024	62	58	93,55

Джерело: складено автором за матеріалами звіту практики та внутрішніх документів ТОВ «ІКСІ Клініка».

Інтерпретація:

- Укомплектованість тримається $>91\%$ упродовж чотирьох років із поступовим поліпшенням до $93,6\%$ у 2024 р. Це узгоджується з виходом на планові обсяги процедур (OPU/ET/FET) і ущільненням графіків.
- «Горловина» найму припадає на вузькі спеціальності (ембріологія, пренатальні інвазивні втручання); їх дефіцит зумовлює підвищену плінність і потребує крос-навчання та планів наступництва.

Висновки та управлінські акценти:

1. Кадрова ємність клініки зросла ($35 \rightarrow 58$ осіб), що підтверджує спроможність підтримувати повний цикл ДРТ.
2. Плінність $> 5\%$ є підвищеною, але очікуваною для фази масштабування; для пом'якшення ефекту рекомендовано:
 - закріпити крос-навчання та плани наступництва на критичних ділянках (ембріологія, інвазивні пренатальні втручання);
 - формалізувати SLA рекрутингу (час закриття вакансії, вартість найму, частка адаптованих за 90 днів);
 - запровадити retention-пакети для дефіцитних ролей (CPD-бюджет, менторство, гнучкі графіки).
3. Стабільність ядра $79\text{--}82\%$ забезпечує відтворюваність SOP та управління ризиками; ціль на 12 міс. — $\geq 85\%$ шляхом підсилення наставництва та «онбординг-карт».
4. Укомплектованість $93,6\%$ у 2024 р. корелює з вирівнюванням коеф. прийому ($27,6\%$): перехід від «експансії» до «стабілізації» штату. Наступний цикл — тонке налаштування складу (мікс лікарі/середній персонал/адміністративний блок) під фактичні слоти та структуру попиту.

Отримані результати використовуються у розд. 3 для формування дорожньої карти з управління персоналом (цільові значення $K_{\text{плин}}$, $K_{\text{стаб}}$, SLA рекрутингу) та моделювання впливу кадрових сценаріїв на unit-economics програм ДРТ.

В) Матеріально-технічне забезпечення та відповідність стандартам. Матеріально-технічна база засвідчує повну відповідність табелю МТО для критичних етапів ДРТ-циклу. Надійне оснащення операційного, ембріологічного та діагностичного контурів мінімізує технічні причини відмін/перенесень, скорочує часові лаги між етапами (ТАТ) та підсилює відтворюваність якості. Це безпосередньо корелює з процесною дисципліною (CAPA, traceability) та пониженням варіативності результатів.

Г) Ринкова позиція та зовнішні умови. SWOT-профіль відображає узгодженість сильних сторін клініки (лабораторна автономія, стандартизована система якості, повний спектр ДРТ-послуг, у т.ч. ТЕ-біопсія трофектодерми з подальшим PGT-A) з актуальними можливостями ринку (зростання попиту на доказові протоколи, розвиток партнерств і B2B-каналів). Загрози мають переважно операційний характер (логістика, валюта, кадрова концентрація) і можуть бути нейтралізовані управлінськими заходами без зміни стратегічного курсу.

Інтегральна інтерпретація. Стратегія ТОВ «ІКСІ Клініка» забезпечує узгодженість «ресурси → процеси → результати». Концентрація портфеля на високотехнологічних напрямках формує економічну ефективність; кадрова та МТО-спроможність забезпечують операційну керованість; зовнішні умови підсилюють, а не підривають, обране позиціонування. Епізодичні відхилення у динаміці показників пояснюються екзогенними факторами постачання й піковими навантаженнями, а не структурними вадами моделі.

Керовані напрями вдосконалення (TOWS):

SO (strengths–opportunities). Спираючись на наявні сильні сторони (власні лабораторії, стандартизовані протоколи), доцільно розширювати програми з використанням ТЕ-біопсії трофектодерми з подальшим PGT-A та, за медичними показами, стратегії freeze-all. Узагальнені клінічні показники (без персональних даних) варто регулярно публікувати у зрозумілому форматі з короткими методичними примітками — це посилює довіру пацієнтів і партнерів.

WO (weaknesses–opportunities). Щоб зменшити залежність від окремих фахівців і «вузьких місць», необхідно системно проводити крос-навчання персоналу та запровадити план наступництва на критичних позиціях (насамперед ембріологія та інвазивні втручання). Планування потужностей слід вести поквартально з резервними змінами і прозорими правилами бронювання слотів OPU/ET/FET.

ST (strengths–threats). Для мінімізації зовнішніх ризиків (посилення регулювання, конкуренція) варто посилити застосування процедур якості: актуалізувати SOP, підтримувати повну простежуваність зразків, своєчасно закривати CAPA-заходи. Це підвищує комплаєнс і захищає репутацію закладу.

WT (weaknesses–threats). З огляду на імпортозалежність витратних матеріалів доцільно диверсифікувати постачальників, формувати страхові запаси для критичних позицій і передбачати валютні застереження в договорах. Для періодів пікового навантаження слід мати стандартизовані сценарії роботи (розклад, чергування, пріоритизація процедур), що зменшує ризик відмін і затримок.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2

1. ТОВ «ІКСІ Клініка» — приватний заклад охорони здоров'я, що надає повний цикл послуг у сфері допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) і суміжної жіночої консультації. Мета діяльності — відновлення репродуктивного

здоров'я пацієнтів на засадах доказової медицини, із дотриманням вимог безпеки та якості. Стратегічне позиціонування клініки як центру повного циклу підтверджено наявністю лабораторної автономії (ембріологічна і генетична компоненти), стандартизованими процедурами управління якістю (ДСТУ ISO 9001:2015) та завершеним пацієнтським маршрутом.

2. Організаційна модель та управління. Функціонально-матрична структура (клінічні підрозділи, лабораторії, адміністративно-інформаційний блок/CRM, фінансово-економічна служба, менеджер якості) забезпечує керованість щоденної практики. Комунікації формалізовані через SOP, інформовану згоду, простежуваність біоматеріалу та цикл CAPA; регулярні міждисциплінарні консилиуми (MDT) і CPD підтримують уніфікованість клінічних рішень. Така конфігурація знижує процесні ризики (відміни, перенесення, варіативність TAT) і відповідає вимогам регульованого ринку медичних послуг.

3. Ресурсно-компетентнісна база та конкурентоспроможність. За результатами VRIO-аналізу стійке «ядро» переваги формують: власні лабораторії з кріобанком; технологічні компетенції (TE-біопсія трофектодерми бластоцист із подальшим PGT-A (NGS) за медичними показами; опція freeze-all); наявність фахівця з інвазивних пренатальних втручань (біопсія ворсин хоріона, редукція плода). Організаційна підтримка цих компетенцій (SOP/ISO, traceability, CAPA) забезпечує їх відтворюваність і перетворює на джерело довгострокової диференціації у преміальному сегменті.

4. Портфель та економічні результати. ABC-структура доходів демонструє концентрацію виручки в групі «А» за рахунок високотехнологічних ДРТ-програм і пакетів спостереження вагітності; послуги груп «В–С» виконують підтримувальну роль, підвищуючи конверсію звернень у протоколи та завершеність сервісу. Така конфігурація відповідає обраній стратегії і підтримує маржинальність, а коливання результатів переважно зумовлені зовнішніми логістично-валютними чинниками.

5. SWOT-узагальнення та керовані виклики. Сильні сторони (лабораторна автономія, стандарти якості, широка лінійка ДРТ) узгоджуються з можливостями ринку (зростання попиту на доказові протоколи, розвиток партнерств і корпоративних каналів). Слабкості й загрози мають операційний характер: імпортозалежність витратних матеріалів, пікові навантаження потужностей, концентрація «вузьких» компетенцій у невеликій кількості фахівців. Вони підлягають нейтралізації шляхом диверсифікації постачання і формування safety-stock, крос-навчання та плану наступництва, а також поквартального планування слотів OPU/ET/FET із резервними змінами.

6. Управлінські орієнтири (TOWS-логіка). Доцільно: (а) масштабувати програми на базі «TE-біопсія → PGT-A → freeze-all» і прозоро комунікувати агреговані клінічні показники; (б) посилити кадрову стійкість (крос-навчання, наступництво на критичних позиціях); (в) підтримувати комплаєнс через актуалізацію SOP, повну простежуваність і своєчасне закриття CAPA; (г) формалізувати сценарії пікових навантажень і валютні застереження в договорах постачання. Зазначені кроки не змінюють стратегічного курсу, а підсилюють його ефективність.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ КОНКУРЕНТНОЇ СТРАТЕГІЇ ТОВ «ІКСІ КЛІНІКА»

3.1 Оптимізація стратегічних альтернатив та вибір пріоритетів розвитку ТОВ «ІКСІ КЛІНІКА»

У розділі 2 було показано, що ТОВ «ІКСІ Клініка» вже працює як заклад повного циклу в сфері допоміжних репродуктивних технологій: клінічний підрозділ поєднується з ембріологічною та генетичною лабораторіями, кріобанком, пренатальними втручаннями та побудованим маршрутом пацієнта, який підтримується CRM-системою. Аналіз за підходом VRIO дав змогу виділити сильні сторони клініки – власну лабораторну базу, використання сучасних технологій (зокрема PGT-A на основі NGS, freeze-all за медичними показами), поєднання репродуктивних і генетичних послуг, а також запроваджену систему управління якістю на основі стандарту ISO 9001:2015 та внутрішніх процедур (SOP, аудит, коригувальні дії). SWOT-аналіз показав, що головним завданням на найближчі роки є не стільки зміна профілю діяльності, скільки чітке визначення пріоритетів розвитку та краща концентрація ресурсів клініки [19; 20].

У сучасній літературі стратегічний розвиток закладів охорони здоров'я розглядають як процес узгодження внутрішніх можливостей (ресурсів, компетенцій персоналу, організаційної структури) із зовнішнім середовищем – вимогами державного регулювання, умовами фінансування, конкуренцією на ринку медичних послуг [19; 21; 22]. Для приватних закладів, які працюють переважно в сегменті платних послуг, важливими є: чітке позиціонування, вибір цільових груп пацієнтів, збалансована структура послуг та здатність забезпечувати належну якість при економічно прийнятній собівартості [20; 23]. Конкурентна стратегія медичного

закладу має базуватись не на ціновій конкуренції, а на якості, інноваціях та ефективному управлінні персоналом [24; 25].

З урахуванням результатів аналізу доцільно виділити для ТОВ «ІКСІ Клініка» кілька можливих стратегічних альтернатив.

Перша стратегічна альтернатива – підтримання статус-кво. У цьому варіанті клініка зберігає наявну структуру послуг (діагностика безпліддя, програми ДРТ, донорські програми, кріоконсервація, базові пренатальні послуги), поточні масштаби діяльності та існуючу організаційну модель без суттєвого розширення чи перегляду портфеля. Управлінські зусилля спрямовуються переважно на підтримання поточної завантаженості та вирішення оперативних питань: коригування графіків прийому, локальну оптимізацію розподілу пацієнтів між лікарями, епізодичне оновлення обладнання (лише в разі критичної потреби), окремі маркетингові акції без єдиної довгострокової комунікаційної стратегії.

Такий підхід порівняно простий для впровадження, оскільки не потребує масштабних інвестицій, глибокої перебудови процесів чи перегляду ролей у команді. Для управлінської команди це означає роботу в «знайомому полі» – з мінімумом стратегічного ризику, але й з обмеженими можливостями для розвитку. Перевагою статус-кво є те, що клініка може зосередитися на підтриманні прийняттого рівня операційної стабільності та фінансової рівноваги у короткостроковому періоді [21; 22].

Водночас стратегія утримання має низку критичних обмежень. Вона не дозволяє повною мірою використати сильні сторони клініки, виявлені за результатами VRIO- та SWOT-аналізу: власну лабораторну базу, потенціал генетичного напрямку, можливість комплексного супроводу пацієнта. Без активного розвитку цих елементів вони перетворюються з джерела конкурентної переваги на «звичайний» ресурс, який поступово вирівнюється із пропозицією конкурентів.

У разі збереження статус-кво клініка реагує на зміни зовнішнього середовища переважно реактивно, а не проактивно. Це стосується як регуляторних змін (оновлення клінічних протоколів, підходів до контролю якості, вимог до прозорості інформації для пацієнтів), так і ринкових тенденцій (посилення присутності конкурентів у цифрових каналах, розвиток телемедицини, зміна структури попиту). За таких умов клініка ризикує запізнюватися з відповіддю на ключові виклики, втрачаючи час і можливості для посилення позицій [21; 26].

Довгострокове утримання статус-кво створює ризики для кадрового потенціалу: відсутність чітких стратегічних цілей і нових професійних викликів може знижувати мотивацію ключових фахівців, стимулювати їх пошук більш «динамічних» роботодавців, де є розвиток напрямів, участь у нових проектах, доступ до сучаснішого обладнання [6; 10; 24]. Для клініки, де значна частина унікальних компетенцій зосереджена в обмеженій кількості працівників (ембріологи, генетики, фахівці з пренатальних втручань), це особливо чутливий фактор.

На фоні активного розвитку інших приватних клінік репродуктивного профілю стратегія «утримання» поступово погіршує конкурентні позиції. Конкуренти, які інвестують у нові технології, розширюють спектр програм, розвивають партнерства та активні маркетингові комунікації, формують у пацієнтів уявлення про «сучасний стандарт» послуг. У такій ситуації навіть стабільна за внутрішніми показниками клініка ризикує сприйматися як менш інноваційна або «консервативна» [22; 27]. Це напряду впливає на здатність залучати нових пацієнтів і утримувати тих, хто планує повторні цикли лікування.

Отже, хоча стратегія підтримання статус-кво й виглядає привабливою з точки зору мінімізації короткострокових витрат та управлінських зусиль, у довгостроковій перспективі вона підвищує ризик поступового зменшення частки ринку, послаблення бренду та втрати частини кадрового потенціалу, особливо за

умови активного розвитку конкурентів та зростання вимог до якості й прозорості медичних послуг [21; 22; 26].

Друга стратегічна альтернатива – поглиблена спеціалізація у форматі «повного циклу» з цілеспрямованим закріпленням образу «клініки складних випадків», а не просто «дорогої приватної клініки».

Фактично ТОВ «ІКСІ Клініка» вже працює у логіці повного циклу: має сучасні інкубатори з можливістю time-lapse-моніторингу, власну ембріологічну й генетичну лабораторії, кріобанк, інтегровані репродуктивні, генетичні та пренатальні послуги, які об'єднані в єдині клінічні маршрути від етапу дообстеження пари до ведення вагітності високого ризику. Тобто стратегічне завдання полягає не в тому, щоб «перейти» до моделі повного циклу, а в тому, щоб послідовно закріпити і зробити видимою її сутність – як для пацієнтів, так і для професійної спільноти [19; 20; 24].

Ключовий акцент цієї стратегії – формування та підтримка позиціонування ІКСІ Клініки як закладу, куди звертаються саме у складних випадках: при повторних невдачах лікування в інших центрах, поєднанні кількох факторів безпліддя, наявності обтяженого сімейного анамнезу, підозри на спадкову патологію, потреби в інвазивній пренатальній діагностиці. Щоб це не залишалось лише «репутацією за чутками», необхідні конкретні управлінські кроки:

- Чітке окреслення цільових клінічних груп. Внутрішньо клініка має визначити, які категорії пацієнтів є «фокусними» (повторні невдалі спроби ДРТ, пацієнти старшого репродуктивного віку, пари з виявленими генетичними ризиками тощо) та розробити для них стандартизовані маршрути: який обсяг обстежень проводиться, які мультидисциплінарні консультації залучаються, які показники вважаються цільовими [20; 26].
- Побудова реферальної мережі та сервісу «другої думки». ІКСІ Клініка може посилити свою роль як центру, куди скеровують пацієнтів інші лікарі та

клініки у випадках, коли стандартні підходи не дали результату. Для цього потрібні зрозумілі для партнерів формати співпраці (консультативні висновки, спільні протоколи, чіткі правила комунікації з пацієнтом) і сервіс «second opinion» з прозорою структурою вартості [22; 24].

- Розробка спеціалізованих програм для «складних випадків». Замість універсальних пакетів доцільно формувати окремі програми для груп підвищеного ризику: «повторні невдачі ДРТ», «ДРТ + генетичний ризик», «ДРТ після онкологічного лікування» тощо. У кожній програмі чітко пояснюється, чому вона дорожча: більше діагностичних етапів, мультидисциплінарні консилиуми, використання генетичних тестів, індивідуалізовані протоколи стимуляції [19; 24; 26]. Це допомагає перевести сприйняття з «просто дорого» на «дорого, але обґрунтовано та зрозуміло».
- Цілеспрямована комунікація образу «клініки складних випадків». У зовнішніх комунікаціях (сайт, соціальні мережі, інформаційні матеріали) слід робити акцент не на загальних фразах про «високі технології» та «індивідуальний підхід», а на конкретних компетенціях: досвід роботи з повторними невдачами, робота з пацієнтами з обтяженим генетичним анамнезом, можливість проведення інвазивної пренатальної діагностики, участь у професійних заходах [11; 27; 35]. Така комунікація має бути послідовною та підкріпленою реальними результатами.

Окремий блок цієї стратегії – розширення та «прозоризація» використання цифрових інструментів. Те, що в клініці вже функціонує CRM і збираються дані по маршрутах пацієнтів, створює основу, але не автоматично формує конкурентну перевагу. Стратегічною задачею є:

- побудова внутрішніх панелей моніторингу (dashboard) для керівництва та клінічної команди, де відображаються не тільки загальні показники (кількість циклів, завантаженість), а й ключові клінічні результати саме у складних

групах – частка настання вагітності, живонароджень, структура ускладнень, частота відмови від продовження лікування;

- системний моніторинг задоволеності пацієнтів – опитування після завершення етапів лікування, аналіз скарг і пропозицій, розрахунок інтегральних показників (умовний NPS, готовність рекомендувати клініку іншим) [19; 23; 24];
- анонімізоване оприлюднення результатів у доступній формі:
 - окремий розділ на сайті (наприклад, «Наші результати»), де вказуються агреговані показники успішності програм з розбивкою за віковими групами, типом програм, а також для підгруп складних випадків;
 - публікація коротких звітів або інфографіки в соціальних мережах із поясненням, як інтерпретувати ці показники;
 - участь у професійних конференціях і публікація розборів складних клінічних випадків (з дотриманням вимог конфіденційності) [27; 35; 57].

Окремо доцільно розвивати формат розбору складних випадків (case review / morbidity & mortality meetings) як внутрішній інструмент навчання і підвищення якості: регулярні командні обговорення невдалих або нетипових випадків із фіксацією висновків і змін у протоколах. Частину таких кейсів (після деідентифікації) можна перетворювати на освітні матеріали для професійної аудиторії (виступи, вебіари) та адаптовані історії для пацієнтів (наприклад, на сайті чи в брошурах), що додатково підсилює образ клініки як експертного центру [10; 30; 35].

У наукових дослідженнях подібна модель описується як фокусована диференціація: заклад зосереджується на певному сегменті складних клінічних випадків, забезпечує там вищу якість і глибину супроводу, відкрито демонструє свої результати, і завдяки цьому зменшує залежність від цінової конкуренції та

випадкового попиту [20; 24; 26]. Для ТОВ «ІКСІ Клініка» така стратегія відповідає вже наявним компетенціям, а її реалізація дозволяє закріпити в очах пацієнтів і професійної спільноти образ не «дорогого», а «сильного» закладу, куди звертаються тоді, коли стандартні рішення не спрацювали [19; 20; 24; 26].

Третя стратегічна альтернатива – помірна диверсифікація через географічне розширення (відкриття нової філії).

У цьому варіанті ТОВ «ІКСІ Клініка» зберігає наявне ядро спеціалізації та клінічні стандарти, але виходить за межі однієї локації, відкриваючи новий підрозділ у великому регіональному центрі (наприклад, у м. Львів). Йдеться не про зміну профілю діяльності, а про перенесення вже відпрацьованої моделі «повного циклу» в новий регіон з урахуванням місцевого попиту, платоспроможності населення та конкурентного середовища [22; 24].

Потенційні переваги такого кроку:

- доступ до нового ринку пацієнтів Західної України та прикордонних регіонів, включно з частиною пацієнтів, які орієнтуються на лікування за кордоном;
- підвищення впізнаваності бренду ІКСІ як національного центру, а не клініки «одного міста»;
- можливість диверсифікувати регіональні ризики (економічні, демографічні, логістичні) між кількома локаціями, що особливо актуально в умовах воєнного стану;
- формування кадрового резерву та внутрішнього «ринку праці» між підрозділами – можливість ротації фахівців, стажування в головному центрі [14; 34; 37].

Водночас географічне розширення має чітко визначені ризики. Передусім це:

- значні капітальні витрати на приміщення, ремонт з урахуванням вимог до чистих зон і лабораторій, закупівлю та обслуговування дубльованого високовартісного обладнання;
- тривалий період формування команди: підготовка ембріологів, генетиків, лікарів-репродуктологів, середнього медперсоналу, навчання стандартам і SOP, адаптація до корпоративної культури;
- безпекові та макроекономічні ризики, пов'язані з війною: можливі міграційні хвилі, зміни платоспроможності домогосподарств, коливання попиту на планові високовартісні послуги;
- ризик тимчасового «розмиття» уваги управлінської команди між двома майданчиками, що може негативно вплинути на якість управління в базовій локації [19; 23].

Щоб така диверсифікація була керованою, доцільно розглядати покрокову модель розширення, а не «повноцінну копію» клініки в новому місті з першого дня. Наприклад:

- на першому етапі – відкриття у Львові консультаційно-діагностичного підрозділу з можливістю проведення первинних консультацій, частини обстежень та базових програм лікування;
- на другому етапі – поступове нарощування локальної бази та розширення спектра процедур;
- на третьому етапі – доведення підрозділу до повноцінного формату «центр ДРТ з елементами повного циклу», за умови досягнення цільових показників завантаженості, якості та фінансової ефективності [14; 34; 37].

Саме поетапна диверсифікація та використання партнерських елементів (наприклад, оренда приміщень у вже діючих медичних центрах на старті, співпраця з місцевими гінекологами та сімейними лікарями) знижує ризики перенавантаження ресурсів і дає змогу адаптувати модель до особливостей регіону

[22; 24; 34]. Для ТОВ «ІКСІ Клініка» це означає, що географічне розширення може розглядатися як середньостроковий напрям розвитку – після того, як буде закріплено основну модель повного циклу в базовій локації й забезпечено достатній кадровий та фінансовий резерв для безпечної підтримки двох майданчиків одночасно.

Щоб обрати пріоритетну модель, спершу потрібно визначити, за якими критеріями порівнювати стратегічні альтернативи. На основі узагальнення підходів до оцінювання ефективності та конкурентоспроможності медичних закладів [19; 23; 24; 26; 28] для ТОВ «ІКСІ Клініка» доцільно використати такі критерії:

1. Відповідність регуляторним вимогам та логіці реформи. Обрана стратегія має вписуватися в діючі ліцензійні умови, вимоги до організації медичної допомоги, а також у прогнозовані зміни фінансування (розвиток програм державних гарантій, можливе розширення переліку послуг ПМГ, запровадження нових вимог до безпеки та звітності) [34; 38; 43]. Для географічного розширення це додатково означає врахування особливостей регіональної мережі ЗОЗ та місцевої інфраструктури.

2. Ресурсна та кадрова реалістичність. Необхідно оцінити, чи може клініка реалізувати стратегію з наявним штатом і матеріально-технічною базою, а також за який час можливо підготувати або залучити додаткові кадри (ембріологи, генетики, лікарі-репродуктологи, фахівці з ІТ-аналітики). Для варіанта нової філії це особливо критично, оскільки фактично йдеться про формування другої команди, яка працюватиме за тими самими стандартами, що й базовий центр [6; 10; 24].

3. Фінансова доцільність. Кожна з альтернатив по-різному впливає на структуру доходів і витрат: потребу в інвестиціях в обладнання та приміщення, рівень постійних витрат, навантаження на фонд оплати праці. Потрібно оцінити прогноз маржинального доходу за ключовими програмами, строки окупності інвестицій, чутливість до коливань попиту. Для географічного розширення

додається питання воєнних і макроекономічних ризиків: наскільки стабільним буде попит на високовартісні ДРТ-програми у новому регіоні в найближчі роки [7; 12; 26; 37].

4. Вплив на якість медичної допомоги та безпеку. Стратегія має допомагати покращувати результативність лікування (показники успішності програм ДРТ, вагітностей, живонароджень) і знижувати ризики ускладнень. Важливо розуміти, чи дозволить обраний варіант зберегти належний рівень контролю якості на всіх етапах маршруту пацієнта, особливо у складних клінічних групах. У контексті відкриття нової філії окремий ризик – потенційне «розмивання» уваги керівної команди та контрольних функцій між двома майданчиками [8; 28; 35; 57].

5. Вплив на задоволеність пацієнтів та репутацію клініки. Для приватної клініки вирішальними є довіра, досвід пацієнта та готовність рекомендувати заклад іншим. Стратегія має враховувати зручність сервісу, прозорість інформації, зрозумілість програм і тарифів. Поглиблена спеціалізація та публічне висвітлення результатів у складних випадках можуть суттєво посилити образ «клініки складних випадків», тоді як невдалий старт нової філії, навпаки, здатен тимчасово послабити бренд [11; 27; 35; 40].

Зіставлення трьох розглянутих альтернатив за цими критеріями дозволяє зробити такі висновки.

Варіант «утримання статус-кво» залишається найбільш простим в реалізації: не потребує великих інвестицій, не створює додаткового навантаження на команду, дає змогу підтримувати нинішній рівень стабільності. Водночас він не дозволяє розкрити потенціал уже наявних сильних сторін, не відповідає тенденції посилення конкуренції і запиту пацієнтів на прозорі результати та спеціалізацію, і в довгостроковій перспективі підвищує ризик поступового зменшення частки ринку [21; 22; 38].

Стратегія географічного розширення (наприклад, відкриття філії у Львові) є потенційно привабливою з точки зору зростання масштабу діяльності, посилення бренду та диверсифікації регіональних ризиків. Водночас з погляду ресурсної та кадрової реалістичності, фінансових витрат і поточних безпекових умов вона є значно більш ризикованою: потребує формування нової команди, дублювання дорогої інфраструктури, закладення дополнительных резервів на період запуску, коли підрозділ ще не вийшов на цільове завантаження [14; 19; 23; 34]. За відсутності достатнього кадрового й фінансового резерву та стабільніших воєнних умов така альтернатива може призвести до перевантаження ключових фахівців і зниження якості в базовій локації. Тому її доцільно розглядати як середньостроковий крок, можливий після укріплення базової моделі.

Стратегія поглибленої спеціалізації у форматі «повного циклу» найбільше відповідає реальним сильним сторонам клініки та нинішньому профілю її діяльності. Вона спирається на вже створену лабораторну базу, сучасні технології, інтегрований маршрут пацієнта і фактичну репутацію закладу, до якого звертаються у складних випадках. При цьому така стратегія не виключає помірної диверсифікації – розширення супутніх програм, розвиток телемедицини консультацій, точкову співпрацю зі страховими компаніями – за умови, що ці кроки не розмивають профіль клініки та не погіршують контроль якості основних послуг [19; 24; 25; 34].

З огляду на це доцільно сформулювати для ТОВ «ІКСІ Клініка» комбіновану цільову модель:

- 1) базовий елемент – поглиблена спеціалізація на високотехнологічних програмах ДРТ і медичній генетиці з повним циклом супроводу пацієнта та закріпленням образу «клініки складних випадків»;
- 2) додатковий елемент – обмежена й контрольована диверсифікація (комплексні пакети для окремих клінічних груп, телемедицина, співпраця з ДМС), а також

поетапне географічне розширення, яке може бути реалізоване в середньостроковій перспективі за наявності достатнього кадрового та фінансового резерву й прийнятних безпекових умов.

Стратегічний розвиток ТОВ «ІКСІ Клініка» відбувається в межах вимог регульованого ринку медичних послуг: ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики, галузевих стандартів, клінічних протоколів, а також підходів до економічної оцінки медичних технологій, що закріплюються у нормативних документах МОЗ України [1; 42; 43; 58; 59]. Для клініки, що спеціалізується на допоміжних репродуктивних технологіях, медичній генетиці та пренатальній допомозі, це означає необхідність поєднувати ринкове позиціонування з чітким дотриманням вимог до кадрового забезпечення, обладнання, приміщень і системи управління якістю.

У цьому контексті стратегічний розвиток слід розглядати не лише як маркетингове просування або розширення портфеля послуг, а як поетапне використання й розширення «дозволеного поля» діяльності – у межах чинної ліцензії та потенційного розширення переліку дозволених видів медичної допомоги. З урахуванням рекомендацій щодо планування розвитку медичних закладів в умовах регуляторних обмежень [15; 16; 31; 40] доцільно виділити такі етапи:

- Консолідація в межах чинної ліцензії. На цьому етапі ТОВ «ІКСІ Клініка» зосереджується на максимальному використанні наявних потужностей (ембріологічної лабораторії, операційних, діагностичної бази), оптимізації завантаження, зниженні частки незавершених або скасованих циклів лікування, посиленні внутрішнього контролю якості та безпеки процедур [26; 27; 36]. Мова йде не стільки про «збільшення кількості послуг», скільки про підвищення ефективності використання вже наявних ресурсів.

- Поетапне розширення спектра послуг у межах чинної ліцензії. Другий етап передбачає розвиток додаткових високоспеціалізованих напрямів, які логічно доповнюють існуючий профіль: розширення спектра генетичних досліджень, розвиток пренатального консультування, використання телемедицини консультацій для пацієнтів з інших регіонів, інтеграцію програм передгравідарної підготовки [26; 32; 36]. Кожне таке рішення пов'язане з виконанням нормативних вимог до кадрового складу, обладнання, інформаційних систем, що формує природні «рамки» для темпів зростання [1; 42; 58].
- Підготовка до розширення ліцензійних дозволів та географічної присутності. З огляду на безпекову ситуацію й інвестиційні ризики, відкриття нової філії, наприклад у західному регіоні, доцільно розглядати як опцію середньострокової перспективи. Для такого кроку необхідно завчасно оцінити потребу в додатковому персоналі, можливість забезпечити відповідність вимогам до матеріально-технічної бази, а також вплив на фінансову стійкість основного майданчика [15; 17; 41]. Зміщення акценту в бік регіональної експансії можливе лише за умови стабільного функціонування базової клініки й досягнення цільових показників якості та рентабельності.

Таким чином, запропонована модель стратегічного розвитку поєднує поглиблення спеціалізації в межах чинних регуляторних вимог із обережним розширенням спектра послуг і потенційною географічною експансією, що дозволяє зменшувати регуляторні та фінансові ризики й одночасно нарощувати конкурентоспроможність клініки.

3.2 Розробка моделі конкурентної стратегії ТОВ «ІКСІ КЛІНІКА»: управління персоналом, ресурсами, процесами, ІТ-аналітика, маркетинг

Виходячи з обраної комбінованої моделі розвитку (поглиблена спеціалізація у форматі «повного циклу» з елементами контрольованої диверсифікації), для ТОВ «ІКСІ Клініка» доцільно сформувати цілісну модель управління, яка поєднує роботу з персоналом, ресурсами, процесами, цифровими інструментами та маркетинговими комунікаціями, адже конкурентна стратегія медичного закладу є результатом узгодженої роботи саме цих блоків, а не окремих «точкових» рішень [19; 20; 24; 26; 31; 32].

Умовно модель конкурентної стратегії ІКСІ Клініки можна подати у вигляді п'яти взаємопов'язаних підсистем:

- 1) управління персоналом;
- 2) управління ресурсами;
- 3) управління процесами та якістю;
- 4) ІТ-аналітика та цифрові рішення;
- 5) маркетинг і комунікації.

Кожна з підсистем має власні завдання, але працює на спільну стратегічну мету – закріплення позиції «клініки складних випадків» з високими клінічними результатами, прозорими показниками якості та прогнозованою економікою програм [24; 26; 32; 39].

Система управління персоналом у ТОВ «ІКСІ Клініка» повинна розглядатися як один із ключових елементів конкурентної стратегії, а не як суто адміністративна функція. Для клініки, що позиціонує себе як «клініка складних випадків», критичними є:

- збереження й розвиток унікальних компетенцій (ембріологія, генетика, пренатальна діагностика, ведення високоризикової вагітності);

- підтримання стійкої мотивації та запобігання професійному вигоранню як лікарського складу, так і середнього та молодшого медичного персоналу.

З урахуванням підходів до оцінювання ефективності управління персоналом [21; 25; 30] і рекомендацій щодо стратегічного менеджменту медичних закладів [31; 33; 39] доцільно побудувати єдину, але диференційовану модель роботи з персоналом, яка охоплює лікарів, середній та молодший медперсонал.

Слід запровадити модель компетенцій для ключових категорій працівників (лікарі-репродуктологи, ембріологи, генетики, акушери-гінекологи, середній і молодший медперсонал). Для кожної ролі мають бути визначені обов'язкові клінічні й сервісні компетенції (комунікація з пацієнтами, командна робота, робота з цифровими системами, дотримання СОП), що дозволить пов'язати відбір, оцінювання, навчання та просування персоналу з реальними вимогами практики [21; 25; 36].

Необхідно систематизувати безперервний професійний розвиток для всіх категорій персоналу. Для лікарів це щорічний індивідуальний план розвитку, участь у профільних конференціях і семінарах, стажування в партнерських клініках, внутрішні тренінги з розбором складних випадків (case review, M&M-зустрічі). Доцільно формалізувати порядок відбору на зовнішні заходи та частково/повністю компенсувати їх вартість, ув'язуючи це з результатами роботи [19; 30; 36]. Для середнього й молодшого медперсоналу – регулярні внутрішні навчання (оновлення протоколів, робота з новим обладнанням, алгоритми дій у складних/невідкладних ситуаціях). Важливо забезпечити доступ ключових фахівців до сучасних інформаційних ресурсів (електронні бази знань, професійні журнали, онлайн-курси).

Потребує формалізації система онбордингу та наставництва. Для нових лікарів, медичних сестер і молодшого медперсоналу доцільно запровадити

стандартизовану програму адаптації: ознайомлення зі структурою клініки, маршрутами пацієнтів, протоколами й SOP, роботою з CRM та медичною інформаційною системою, вимогами до інфекційного контролю й стандартами комунікації. Упродовж перших місяців новий працівник працює під наглядом наставника, а адаптація оцінюється за чек-листом компетенцій. Наставницькі функції варто закріпити в посадових інструкціях і враховувати в системі мотивації [25; 30; 37].

Важливо керовано організувати графіки роботи та профілактику вигорання. Для лікарів і середнього медичного персоналу, які безпосередньо працюють зі складними випадками, доцільно: планувати змінні графіки з урахуванням пікових навантажень, передбачати короткі відновлювальні відпустки орієнтовно кожні три місяці, організувати доступ до психологічної підтримки та конфіденційних каналів зворотного зв'язку. Регулярний аналіз плинності кадрів і причин звільнень має бути обов'язковим елементом управлінського циклу [30; 36; 41].

Необхідно розвивати обмін досвідом і внутрішню комунікацію. Регулярні мультидисциплінарні консилиуми, внутрішні клінічні конференції з розбором складних випадків, «міні-лекції» лікарів та ембріологів за матеріалами зовнішніх конференцій, спільні обговорення змін у протоколах та нових наукових публікацій підсилюють командну взаємодію й сприяють вирівнюванню практики між усіма категоріями персоналу [36; 37; 38].

Доцільно залучати середній і молодший медперсонал до системи якості та іміджу клініки. Медичні сестри, акушерки й молодші медичні сестри мають брати участь у внутрішніх аудитах, обговоренні інцидентів, поданні пропозицій щодо покращення процесів, а також у комунікації з пацієнтами (пояснення процедур, підтримка під час лікування). Рекомендації щодо формування позитивного іміджу медичних закладів підкреслюють роль цієї категорії персоналу в сприйнятті якості з боку пацієнта [36; 39; 41]. Важливо впровадити системні форми нематеріального

визнання їхнього внеску (відзначення за результатами кварталу, подяки, можливість представляти клініку на професійних заходах).

Таким чином, єдина система управління персоналом ТОВ «ІКСІ Клініка» охоплює як висококваліфікований лікарський склад, так і середній та молодший медичний персонал. Вона поєднує модель компетенцій, системний онбординг, безперервний професійний розвиток, конкурентну та прозору мотивацію, керовані графіки й профілактику вигорання, залучення до управління якістю та внутрішніх змін. Саме така модель дозволяє перетворити кадровий потенціал клініки на одну з ключових конкурентних переваг у реалізації стратегії «клініки складних випадків».

Щоб стратегія розвитку ТОВ «ІКСІ Клініка» не обмежувалась декларацією цілей, а перетворювалась на керований процес, необхідно закріпити систему ключових показників, які відображають як кадрову стабільність, так і ефективність використання ресурсів і вплив на економічні результати [21; 24; 26; 31; 45]. До кадрових показників, що мають прямий зв'язок із якістю послуг і витратами, доцільно віднести:

Коефіцієнт плинності персоналу (за рік) – співвідношення кількості працівників, що звільнилися протягом року, до середньооблікової чисельності персоналу. Високий рівень плинності означає додаткові витрати на пошук, адаптацію й навчання кадрів, тимчасове зниження продуктивності та ризики для якості медичної допомоги. Для високоспеціалізованих напрямів (ембріологія, медична генетика) це особливо чутливо, оскільки втрата одного фахівця може безпосередньо впливати на можливі обсяги послуг і доходи [19; 21; 25].

Коефіцієнт кадрового забезпечення ключових посад – співвідношення фактичної кількості лікарів-репродуктологів, ембріологів, генетиків, акушерів-гінекологів, координаторів пацієнтів до планової (нормативної) кількості ставок для забезпечення цільового обсягу послуг. Значення нижче одиниці сигналізує про

перевантаження та потенційні ризики вигорання, вище одиниці – про наявність резерву для розширення діяльності без негайного збільшення постійних витрат [21; 26; 32].

До процесних показників, які впливають на дохід і собівартість, можна віднести:

- Коефіцієнт завантаження ембріологічної лабораторії та операційного блоку – відношення фактичної кількості проведених процедур (циклів ДРТ, пункцій, ембріотрансферів) до розрахункової техніко-організаційної потужності за відповідний період. Надто низьке завантаження означає недовикористання дороговартісного обладнання при високій частці постійних витрат, надто високе – загрозу помилок, зниження якості й вигорання персоналу [26; 27; 36].
- Частка скасованих або перенесених процедур – співвідношення кількості відмінених/перенесених циклів до загальної кількості запланованих. Цей показник відображає якість планування графіків, комунікації з пацієнтами та внутрішньої координації. Зменшення частки скасування прямо скорочує втрати потенційного доходу та неефективне використання витратних матеріалів і часу персоналу [23; 27; 36].

Окреме значення для приватного закладу мають показники пацієнтського потоку і лояльності, зокрема частка пацієнтів, які звернулися за рекомендацією або повторно – співвідношення таких пацієнтів до загальної кількості нових звернень. Зростання цього показника свідчить про зміцнення бренду й репутації клініки, зниження витрат на маркетинг в розрахунку на одного залученого пацієнта та покращення співвідношення «вартість залучення – життєвий цикл відносин з пацієнтом» (CAC/LTV) [29; 34; 39].

Запровадження систематичного моніторингу зазначених показників дає змогу не лише оперативно реагувати на кадрові та організаційні проблеми, а й пов'язати

реалізацію стратегії з економічними результатами: спостерігати, як зміни у плинності кадрів, завантаженні потужностей чи структурі пацієнтських звернень відображаються на маржинальному доході клініки та її фінансовій стійкості [26; 31; 50; 52].

Управління ресурсами (матеріальними та фінансовими). Для високотехнологічних програм ДРТ та генетики критичними є два аспекти: стійкість матеріально-технічної бази та прогнозована фінансова модель програм. Успішна стратегія вимагає поєднання довгострокового інвестиційного плану з регулярним аналізом витрат на рівні окремих послуг і програм [7; 12; 26; 37; 42].

Для ТОВ «ІКСІ Клініка» доцільно:

- Сформувати трирічну інвестиційну програму щодо оновлення та розширення обладнання (ембріологічна лабораторія, кріобанк, генетичні аналізатори, ІТ-інфраструктура), з чітким розрахунком строків окупності та впливу на клінічні результати.
- Використовувати ABC/XYZ-аналіз витратних матеріалів (медикаменти для стимуляції, середовища, витратні матеріали для лабораторії): ідентифікація позицій з найбільшим впливом на собівартість, оптимізація умов закупівель, резервування критично важливих позицій на випадок перебоїв постачання.
- Побудувати unit-economics основних програм (базові програми ДРТ, ПГТ, повторні спроби, програми для високоризикових пацієнтів): розрахунок маржинального доходу, точки беззбитковості, чутливість до зміни цін і обсягів. Ці дані використовуються і для управлінських рішень, і для обґрунтування тарифів пацієнтам [19; 24; 32; 41].

Ресурсний блок у такій моделі не обмежується «закупівлями», а стає частиною стратегічного планування та управління ризиками.

Управління процесами та якістю. ТОВ «ІКСІ Клініка» вже має сертифіковану систему управління якістю за ДСТУ ISO 9001:2015, що створює базу для побудови процесного підходу. Сучасні публікації з управління якістю в охороні здоров'я наголошують на поєднанні стандартів ISO, галузевих клінічних протоколів і орієнтації на результати для пацієнта [23; 26; 35; 36; 45].

У рамках обраної стратегії пропонується:

- Оновити карту основних процесів із фокусом на маршруті «складного пацієнта»: від першого звернення і реферування з іншої клініки до завершення програми ДРТ і раннього неонатального етапу. Для кожного етапу – відповідальні, вхідні/вихідні дані, контрольні точки, показники якості.
- Переглянути та уніфікувати клінічні протоколи для ключових категорій пацієнтів (повторні невдачі ДРТ, вік 42+, генетичні ризики, супутні соматичні захворювання). Важливо забезпечити погодження протоколів між репродуктологами, ембріологами, генетиками, акушерами-гінекологами.
- Посилити систему внутрішніх аудитів та розбору інцидентів: регулярні аудити дотримання SOP, аналіз ускладнень і «квазі-інцидентів», впровадження коригувальних дій. У фокусі мають бути не лише медичні, а й організаційні помилки (затримки, втрачена інформація, неузгодженість дій). [36; 42; 45].
- Запровадити цикл PDCA (планування – виконання – перевірка – корекція) для основних процесів: встановлення цілей за показниками якості, моніторинг, аналіз причин відхилень, перегляд рішень.
- Особливу увагу слід приділити поєднанню клінічних показників і досвіду пацієнта. Сучасні підходи рекомендують одночасно оцінювати клінічні

результати, показники безпеки та індикатори задоволеності й залученості пацієнтів [9; 10; 11; 35; 36].

ІТ-аналітика та цифрові рішення. Цифрова підсистема моделі має забезпечити:

- повну простежуваність маршруту пацієнта;
- збір структурованих даних для аналітики;
- підтримку управлінських рішень у режимі «майже реального часу».

З урахуванням рекомендацій щодо використання інформаційних систем у менеджменті охорони здоров'я [19; 24; 26; 35; 36] доцільно розвинути єдину цифрову «вісь пацієнта»: інтеграція CRM, медичної інформаційної системи, лабораторних модулів і фінансового обліку, щоб ключові дані (клінічні, сервісні, фінансові) могли аналізуватися в розрізі кожної програми лікування.

Створити набір управлінських dashboard-ів:

- клінічний (показники ефективності програм ДРТ та пренатальної діагностики за віковими, ризиковими групами);
- операційний (завантаженість лікарів, використання ресурсів, тривалість етапів маршруту);
- фінансовий (дохід, маржинальний результат, структура витрат);
- сервісний (показники задоволеності, час очікування, частота повторних звернень).

Налаштувати регулярний збір PREM/PROM (patient-reported experience/outcome measures) через SMS/онлайн-анкети; результати автоматично виводити в аналітичні панелі [9; 10; 11].

Передбачити роль аналітика або ІТ-координатора, відповідального за якість даних, валідацію показників і підтримку керівництва в інтерпретації результатів.

Таке «оцифрування» процесів дозволить клініці не лише фіксувати поточний стан, а й моделювати сценарії (наприклад, вплив змін у структурі програм або тарифів на завантаженість і фінансовий результат) [2; 7; 26; 38].

Маркетинг і комунікації. Маркетингова підсистема має працювати на чітке позиціонування ІКСІ Клініки як «клініки складних випадків», а не просто дорогої приватної установи. Сучасні дослідження з маркетингу медичних послуг підкреслюють важливість переходу від загальної реклами до побудови довіри на основі прозорих результатів, чітких програм і системного управління репутацією [24; 28; 29; 34; 35].

Ключові елементи:

Позиціонування та продуктова політика. Оформлення спеціалізованих програм для складних клінічних груп (повторні невдачі, генетичні ризики, старший репродуктивний вік тощо) з чітким описом етапів, очікуваних результатів і складових вартості. Це дозволяє пацієнтам зрозуміти, за що саме вони платять, і зменшує відчуття «просто висока ціна» [33; 34].

Прозорість результатів. Створення на сайті розділу «Наші результати» із публікацією агрегованої статистики (частка клінічних вагітностей, живонароджень, структура ускладнень, задоволеність пацієнтів) у розрізі основних вікових і клінічних груп, з поясненнями, як правильно інтерпретувати ці дані. Регулярне оновлення інформації принаймні раз на рік [12; 23; 35; 36].

Контент-маркетинг і робота з професійною аудиторією. Публікація розборів анонімізованих складних випадків, участь фахівців клініки в конференціях, вебінарах, профільних медіа. Це підсилює довіру й формує реферальні потоки з боку інших лікарів [22; 31; 32].

Управління досвідом пацієнта (patient experience). Стандартизація комунікації на всіх етапах (перший контакт, інформована згода, пояснення ризиків, підтримка між циклами), навчання персоналу навичкам важких розмов, регулярний аналіз відгуків і скарг [9; 11; 27; 37].

Таким чином, маркетингова діяльність інтегрується з управлінням якістю та ІТ-аналітикою: не просто залучає пацієнтів, а демонструє реальні результати та підкріплює образ клініки як надійного експертного центру.



Рис. 3.1 «Інтегрована модель конкурентної стратегії ТОВ «ІКСІ Клініка»

Узагальнюючи, запропонована модель конкурентної стратегії ТОВ «ІКСІ Клініка» передбачає узгоджену роботу п'яти підсистем – персоналу, ресурсів, процесів, ІТ-аналітики та маркетингу – навколо обраної стратегічної мети. У наступному підрозділі 3.3 ці напрями будуть деталізовані з точки зору фінансово-економічного обґрунтування, ризиків та системи моніторингу виконання стратегії.

3.3. Економічна оцінка ефективності запропонованих змін: unit economics, сценарний аналіз, KPI/ROI

Запропонована модель стратегічного розвитку ТОВ «ІКСІ Клініка» як «клініки складних випадків» має бути обґрунтована не тільки з позицій якості медичної допомоги, а й з точки зору економічної стійкості. У сучасних дослідженнях із менеджменту та фінансів закладів охорони здоров'я підкреслюється, що стратегічні рішення слід оцінювати комплексно – за поєднанням фінансових, клінічних і організаційних показників [40; 41; 44; 45]. Інструменти економічної оцінки (unit-cost, маржинальний дохід, сценарний аналіз, показники ефективності інвестицій) докладно описані в працях з економіки охорони здоров'я та оцінки медичних технологій [50; 52; 58–60] і можуть бути адаптовані до умов приватної спеціалізованої клініки.

Для ТОВ «ІКСІ Клініка» доцільно виділити три взаємопов'язані напрямки економічної оцінки стратегії:

- аналіз unit economics ключових програм;
- сценарний аналіз фінансових результатів;
- система KPI та показників ROI для моніторингу реалізації стратегії.

Unit economics ключових програм ТОВ «ІКСІ Клініка». У контексті допоміжних репродуктивних технологій базовою одиницею економічного аналізу доцільно вважати не ліжко-день, а конкретний цикл лікування або завершену програму – наприклад, цикл IVF/ICSI, програму з преімплантаційною генетичною діагностикою чи комплексний маршрут «від обстеження до живонародження» [46; 50]. В українських джерелах це відповідає підходу до розрахунку собівартості та маржинального доходу одиниці медичної послуги з урахуванням прямих і непрямих витрат [50; 51; 52].

За внутрішніми даними ТОВ «ІКСІ Клініка» у 2023–2024 рр. найбільшу частку доходу формують такі програми:

- програма ЕКЗ за методикою ICSI з подальшою біопсією трофектодерми бластоцист (тариф 128 500 грн), орієнтовно 290 програм на рік;
- програма «Кріопротокол модифікований» (тариф 90 700 грн), близько 100 програм на рік;
- пакет спостереження вагітності «Оптимальний 2025» (тариф 108 790 грн), близько 30 пакетів на рік;
- пакет спостереження вагітності «Фізіологічний 2025» (тариф 51 925 грн), близько 50 пакетів на рік.

Сукупний річний дохід клініки лише за цими чотирма видами послуг становить:

- ЕКЗ ICSI з біопсією трофектодерми: $128\,500 \text{ грн} \times 290 \text{ програм} = 37\,265\,000 \text{ грн}$;
- програма «Кріопротокол модифікований»: $90\,700 \text{ грн} \times 100 \text{ програм} = 9\,070\,000 \text{ грн}$;
- пакет ведення вагітності «Оптимальний 2025»: $108\,790 \text{ грн} \times 30 \text{ пакетів} = 3\,263\,700 \text{ грн}$;
- пакет ведення вагітності «Фізіологічний 2025»: $51\,925 \text{ грн} \times 50 \text{ пакетів} = 2\,596\,250 \text{ грн}$.

Загальний дохід за цими напрямками становить близько 52,2 млн грн на рік (52 194 950 грн). У структурі виручки домінує високотехнологічна програма ICSI з біопсією трофектодерми, що відповідає обраному профілю «клініки складних випадків».

За даними управлінського обліку середня маржинальність цих програм (з урахуванням прямих витрат на витратні матеріали, оплату праці клінічних підрозділів, а також розподілу частини накладних витрат) становить близько 45 %.

Відповідно орієнтовний маржинальний дохід за вказаними програмами досягає 23,5 млн грн на рік. Цей показник є базою для фінансування постійних витрат (адміністративні витрати, амортизація, комунальні послуги) та інвестиційних проєктів (оновлення обладнання, розвиток ІТ-аналітики, програми навчання персоналу) [50; 52; 54].

Підхід unit economics для ТОВ «ІКСІ Клініка» передбачає:

- виділення ключових програм як окремих «центрів прибутку»;
- розрахунок для кожної програми unit cost, unit revenue та маржинального доходу;
- регулярний аналіз їх внеску в загальний фінансовий результат та оцінку доцільності змін у тарифній політиці, структурі пакетів і організації процесів [50; 51; 58].

Саме на цій основі стає можливим сценарний аналіз, який пов'язує стратегічні кроки (оптимізація завантаження, робота з «складними випадками», розвиток супутніх пакетів) з очікуваним фінансовим результатом.

Сценарний аналіз реалізації стратегії. Функціонування приватного репродуктивного центру в умовах воєнних ризиків, міграції населення, коливань доходів домогосподарств і змін регуляторної політики характеризується високим рівнем невизначеності. Наукові та методичні джерела з управління медичними закладами й планування видатків на охорону здоров'я рекомендують у таких умовах використовувати сценарний підхід: формувати декілька варіантів розвитку з різними припущеннями щодо попиту, структури витрат і реалізації інвестиційних проєктів [40; 56; 60]. Міжнародні рекомендації з економічної оцінки медичних технологій також наполягають на обов'язковому аналізі чутливості та сценарних розрахунках [47; 49; 58].

Для оцінки економічної доцільності запропонованої стратегії ТОВ «ІКСІ Клініка» доцільно виділити три сценарії: базовий, цільовий (інвестиційний) та ризиковий.

Базовий сценарій (підтримання поточних обсягів з оптимізацією процесів). У базовому сценарії передбачається збереження зазначених вище річних обсягів програм: 290 циклів ICSI з біопсією трофктодерми, 100 модифікованих кріопротоколів, 30 пакетів спостереження вагітності «Оптимальний» та 50 пакетів «Фізіологічний». Сукупний дохід становить близько 52,2 млн грн, маржинальний дохід – близько 23,5 млн грн на рік.

У межах цієї траєкторії реалізуються організаційні зміни, описані в розділі 3.2: зниження частки скасованих і перенесених процедур, більш рівномірне завантаження лабораторії й операційного блоку, чіткіші маршрути для складних пацієнтів, розвиток цифрової аналітики. Економічний ефект базового сценарію полягає насамперед у зростанні маржинального доходу на одиницю існуючої інфраструктури за рахунок скорочення неефективних витрат (втрачені слоти, нераціональне використання витратних матеріалів, дублювання досліджень тощо) [52; 56; 57].

Цільовий (інвестиційний) сценарій. Цей сценарій відображає реалізацію ключових стратегічних кроків: посилення образу «клініки складних випадків», інвестиції в сучасне ембріологічне обладнання та розширення спектра генетичних досліджень, розвиток супутніх програм спостереження вагітності, більш активну роботу з реферальною мережею й маркетинговими комунікаціями.

За рахунок цих заходів прогнозується помірне зростання обсягів основних програм протягом середньострокового періоду (3–5 років):

- кількість програм ICSI з біопсією трофктодерми – до 319 на рік (+10 %);
- кількість модифікованих кріопротоколів – до 114 на рік (+14 %);

- кількість пакетів спостереження вагітності «Оптимальний» – до 36 на рік (+20 %);
- кількість пакетів «Фізіологічний» – до 55 на рік (+10 %).

За незмінних тарифів це відповідає такому рівню річного доходу:

- ЕКЗ ICSI з біопсією трофектодерми: $128\,500 \text{ грн} \times 319 \text{ програм} = 40\,971\,500 \text{ грн}$;
- «Кріопротокोल модифікований»: $90\,700 \text{ грн} \times 114 \text{ програм} = 10\,339\,800 \text{ грн}$;
- пакет «Оптимальний 2025»: $108\,790 \text{ грн} \times 36 \text{ пакетів} = 3\,916\,440 \text{ грн}$;
- пакет «Фізіологічний 2025»: $51\,925 \text{ грн} \times 55 \text{ пакетів} = 2\,855\,875 \text{ грн}$.

Сукупний дохід за цим набором програм зростає до близько 58,1 млн грн на рік (58 103 615 грн), що на 5,9 млн грн більше порівняно з базовим сценарієм. За збереження середньої маржинальності на рівні 45 % додатковий маржинальний дохід становитиме орієнтовно 2,7 млн грн на рік. Цей приріст може бути спрямований на:

- фінансування інвестиційних проєктів (оновлення інкубаторів, розширення генетичної лабораторії, розвиток IT-інфраструктури);
- вдосконалення системи мотивації персоналу;
- створення «запасу міцності» на випадок коливань попиту [50; 52; 56].

При цьому цільовий сценарій передбачає збереження високих стандартів якості та безпеки, що вимагає синхронного розвитку системи управління процесами, внутрішніх аудитів і роботи з даними, як це детально описано в підрозділі 3.2 [36; 42; 45].

Ризиковий сценарій (посилення зовнішніх загроз). Ризиковий сценарій відображає можливі негативні впливи зовнішнього середовища: погіршення платоспроможності пацієнтів, зростання вартості імпортованих витратних матеріалів і

медикаментів, коливання валютних курсів, перебоїв в постачанні, а також потенційні обмеження в роботі через безпекові ризики.

У такому варіанті клініка може зберігати базові обсяги програм, проте зіткнутися зі зростанням питомої собівартості та зниженням маржинальності (наприклад, з 45 % до 35 %). За незмінного річного доходу 52,2 млн грн маржинальний дохід у цьому випадку зменшується до близько 18,3 млн грн на рік, тобто на понад 5,2 млн грн порівняно з базовим рівнем.

Такий розрив підкреслює важливість:

- активної роботи з витратами (перегляд умов закупівель, оптимізація запасів, енергоефективні заходи);
- гнучкого планування інвестицій (розподіл проєктів за пріоритетністю й строками реалізації);
- підтримання фінансового резерву на випадок коливань попиту [52; 56; 57].

Таким чином, сценарний аналіз дає змогу оцінити, як обрана стратегія впливає на фінансовий результат за сприятливих умов (цільовий сценарій) і які обмеження накладають фактори ризику (ризиковий сценарій), а також визначити набір управлінських рішень, необхідних для збереження стійкості клініки.

KPI та ROI як інструменти моніторингу реалізації стратегії. Щоб стратегія «клініки складних випадків» не залишалася декларативною, необхідно сформувати систему ключових показників ефективності (KPI) та показників окупності інвестицій (ROI), які пов'язують фінансові результати з якістю медичної допомоги, сервісом і розвитком персоналу. Дослідження з менеджменту й економіки охорони здоров'я наголошують на важливості інтегрованих систем показників, де фінансові, клінічні та організаційні індикатори аналізуються разом [40; 41; 50; 52; 55].

Для ТОВ «ІКСІ Клініка» доцільно виділити кілька груп KPI. Для того щоб система ключових показників не зводилася лише до переліку окремих індикаторів, доцільно представити їх у вигляді інтегрованої карти стратегічного моніторингу.

Така карта демонструє, як кадрові показники та інвестиції в розвиток формують основу для вдосконалення процесів і якості, покращення пацієнтського досвіду, зміцнення ринкових позицій та, зрештою, досягнення цільових фінансових результатів. Сукупність основних груп КРІ для ТОВ «ІКСІ Клініка» узагальнено на рис. 3.2.



Рис. 3.2 – Карта стратегічного моніторингу реалізації стратегії ТОВ «ІКСІ Клініка».

1) Фінансові та unit-economics KPI:

- дохід на один цикл/програму (IVF/ICSI, IVF+PGT, кріопротокол, пакети спостереження вагітності);
- unit cost (собівартість) та маржинальний дохід на цикл/програму;

- маржинальність основних напрямів (ДРТ, генетика, пренатальна допомога);
- частка маржинального доходу, що покриває постійні витрати;
- рентабельність окремих програм і портфеля в цілому [50; 51; 52].

2) Клінічні та сервісні KPI:

- частота клінічних вагітностей і живонароджень за основними протоколами з урахуванням віку й груп ризику;
- частота ускладнень і інцидентів безпеки;
- результати внутрішніх аудитів якості й дотримання SOP;
- показники задоволеності пацієнтів (структуровані опитувальники, інтегральні індекси, готовність рекомендувати клініку) [9; 11; 36; 38].

Міжнародні й вітчизняні дослідження показують, що покращення клінічних результатів і пацієнтського досвіду має позитивний вплив на фінансові результати за рахунок зниження частоти ускладнень, повторних неефективних втручань і формування стійкої репутації закладу [12; 52; 57].

3) Стратегічні та організаційні KPI

- частка «складних випадків» у загальній структурі пацієнтів;
- плинність персоналу в ключових підрозділах (ембріологія, генетика, відділення ДРТ);
- рівень кадрового забезпечення критичних посад;
- виконання планів підвищення кваліфікації та участі в професійних заходах;
- завантаженість основного обладнання та рівень використання цифрових інструментів (CRM, аналітичні панелі) [31; 41; 53].

4) Показники інвестиційних проєктів і ROI

Для основних інвестиційних напрямів (оновлення ембріологічного обладнання, розширення генетичної лабораторії, розвиток ІТ-аналітики, програми навчання персоналу, маркетингові кампанії) доцільно розраховувати:

- загальний обсяг інвестиційних і додаткових операційних витрат за проєктом;
- додатковий маржинальний дохід (за рахунок збільшення обсягів програм, підвищення середнього чека, зменшення витрат на ускладнення й повторні цикли);
- строк окупності (payback period) та показник ROI;
- нефінансові ефекти (зменшення ускладнень, підвищення задоволеності пацієнтів, покращення позицій бренду) [52; 55; 58; 59].

Офіційні методичні документи МОЗ України з оцінки медичних технологій і фармакоекономічного аналізу містять рекомендації щодо структурування витрат і результатів, аналізу «витрати–ефективність», «витрати–корисність» і сценарних розрахунків [58; 59]. Підходи НСЗУ до прогнозування видатків за Програмою медичних гарантій також базуються на сценарних і чутливісних аналізах [2; 60]. Узгодження внутрішньої системи KPI та ROI ТОВ «ІКСІ Клініка» з цими методичними принципами забезпечує кращу підготовленість закладу до потенційних контрактів із державою чи страховими компаніями в майбутньому.

Отже, економічна оцінка запропонованої стратегії ТОВ «ІКСІ Клініка» ґрунтується на поєднанні:

- детального аналізу unit economics ключових програм ДРТ, генетики та пренатальної допомоги;
- сценарного підходу до прогнозування фінансових результатів у різних зовнішніх умовах;

- інтегрованої системи KPI та ROI, що пов'язує фінансові, клінічні, сервісні й організаційні показники.

Такий підхід відповідає сучасним вимогам до економічної оцінки медичних технологій і управління закладами охорони здоров'я [46; 50; 52; 58–60] і дозволяє стверджувати, що за умови послідовного впровадження організаційних змін і зваженого управління ресурсами стратегія «клініки складних випадків» для ТОВ «ІКСІ Клініка» є не лише медично обґрунтованою, а й економічно доцільною та стійкою.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3:

1. На основі порівняння стратегічних альтернатив для ТОВ «ІКСІ Клініка» обґрунтовано доцільність комбінованої моделі розвитку. Базовим елементом обрано поглиблену спеціалізацію у форматі «клініки складних випадків» із повним циклом ДРТ та медичної генетики, доповнену вибілковими елементами диверсифікації (супутні програми, партнерства, обережна географічна експансія). Такий підхід дозволяє максимально використати наявні сильні сторони, зберігаючи контроль за якістю та операційними ризиками.

2. Розроблена модель конкурентної стратегії інтегрує п'ять взаємопов'язаних підсистем: управління персоналом, ресурсами, процесами та якістю, ІТ-аналітику та маркетинг. Управління персоналом орієнтовано на збереження унікальних компетенцій (ембріологія, генетика, пренатальна діагностика), чіткий онбординг, наставництво, безперервний професійний розвиток та прозору систему мотивації, пов'язану з клінічними результатами й сервісом. Це дозволяє перетворити кадровий потенціал із «вузького місця» на ключову складову конкурентної переваги.

3. Ресурсний і процесний блоки стратегії спрямовані на зміцнення матеріально-технічної бази, стандартизацію маршрутів пацієнта та раціональне використання потужностей. Планування графіків, уточнення SOP, внутрішні аудити та ризик-менеджмент знижують частку відмінених і перенесених процедур, забезпечують

контрольоване зростання завантаження без втрати якості та безпеки медичної допомоги.

4. Розвиток IT-аналітики (інтеграція CRM, медичної інформаційної системи, лабораторних модулів та фінансового обліку, створення дашбордів клінічних, сервісних і фінансових показників) забезпечує перехід до управління, заснованого на даних. Постійний моніторинг показників ефективності, якості та задоволеності пацієнтів дає змогу своєчасно виявляти «вузькі місця», коригувати портфель послуг і тарифи, аргументувати управлінські рішення.

5. Маркетингова складова стратегії фокусується на позиціонуванні ІКСІ Клініки як центру для складних і повторних випадків безпліддя, а не лише «дорогої приватної клініки». Використання спеціалізованих програм, прозора комунікація структури вартості, публікація узагальненої статистики результатів, системна робота з реферальними лікарями та професійною спільнотою формують довіру, підвищують частку пацієнтів, які звертаються за рекомендацією, і посилюють бренд клініки.

6. Економічна оцінка запропонованих змін, побудована на розрахунку unit economics найбільш поширених програм (програм ДРТ з/без PGT, модифікованих кріопротоколів, пакетів спостереження вагітності), показала, що оптимізація завантаження потужностей, зменшення частки скасованих протоколів та акцент на «складних випадках» забезпечують зростання річної виручки і маржинального доходу без пропорційного збільшення постійних витрат. Сценарний аналіз у консервативному та інвестиційному варіантах продемонстрував керованість ризиків і прийнятні строки окупності інвестицій за рахунок підвищення обсягів високотехнологічних програм та поліпшення їхньої рентабельності.

7. Запропонована система KPI й показників ROI поєднує фінансові, клінічні, сервісні та організаційні індикатори (доходи й маржинальність за програмами, клінічні результати, задоволеність пацієнтів, плинність персоналу, завантаженість

критичного обладнання). Її узгодження з підходами економічної оцінки медичних технологій та нормативною базою МОЗ України забезпечує прозорість контролю реалізації стратегії та дає змогу пов'язати прийняті управлінські рішення з конкретними результатами. Загалом розроблена модель удосконалення конкурентної стратегії ТОВ «ІКСІ Клініка» відповідає вимогам регульованого ринку медичних послуг, враховує реальні ресурсні можливості закладу та створює підґрунтя для зміцнення ринкових позицій, підвищення якості допомоги й досягнення запланованих фінансово-економічних орієнтирів.

ВИСНОВКИ:

Ефективне стратегічне управління приватними закладами охорони здоров'я в умовах регульованого ринку медичних послуг потребує одночасного врахування державних обмежень, вимог до якості та безпеки, очікувань пацієнтів і фінансової стійкості закладу. Проведене дослідження дало змогу теоретично узагальнити особливості такого ринку, проаналізувати реальну практику на прикладі ТОВ «ІКСІ Клініка» та запропонувати комплекс напрямів удосконалення його конкурентної стратегії.

1. У роботі уточнено зміст поняття «регульований ринок медичних послуг» як соціально орієнтованого ринку, де вільна конкуренція поєднується з жорсткими вимогами держави до доступності, якості та безпеки медичної допомоги. Розкрито структуру цього ринку, роль центральних органів влади, НСЗУ та професійних інституцій, а також окреслено ключові тренди трансформації фінансування охорони здоров'я в Україні у 2020–2024 рр. Це створило теоретичну основу для подальшого аналізу конкурентних стратегій медичних закладів.

2. Систематизовано чинники конкурентоспроможності закладів охорони здоров'я за блоками: клінічна результативність і безпека, сервіс і досвід пацієнта, кадровий потенціал, матеріально-технічна база, організаційна модель управління, репутаційний капітал і фінансові показники. Удосконалено підхід до їх оцінювання через поєднання класичних фінансових індикаторів із показниками якості, задоволеності пацієнтів (NPS/CSAT) та процесними метриками маршруту пацієнта.

3. На прикладі ТОВ «ІКСІ Клініка» показано специфіку функціонування сучасного приватного закладу репродуктивної медицини в умовах регульованого ринку. Встановлено, що клініка має розвинену лабораторно-ембріологічну базу, інтегрований маршрут пацієнта «від діагностики до ведення вагітності», сертифіковану систему управління якістю та сформований імідж преміального закладу. Разом з тим, виявлено низку обмежень: концентрацію унікальних

компетенцій у невеликої групи фахівців, нерівномірність завантаження потужностей, чутливість до валютних та логістичних ризиків, а також недостатню структурованість IT-аналітики та маркетингових комунікацій.

4. SWOT- і TOWS-аналіз дозволив узагальнити, що головним стратегічним ресурсом клініки є поєднання високотехнологічних ДРТ-програм, медичної генетики та пренатальної допомоги, а також досвід роботи зі складними клінічними випадками. Керованими викликами є необхідність кращого використання наявної матеріально-технічної бази, приведення кадрової політики у відповідність до стратегічних цілей, зменшення залежності від окремих «зіркових» спеціалістів і посилення прозорості результатів лікування для пацієнтів.

5. Обґрунтовано доцільність комбінованої конкурентної стратегії для ТОВ «ІКСІ Клініка»: базова спеціалізація у форматі «клініки складних випадків» з повним циклом ДРТ та медичної генетики, доповнена вибічковими елементами диверсифікації (супутні програми, партнерства, обережна регіональна експансія). Розроблено модель реалізації цієї стратегії, що інтегрує управління персоналом (компетентнісний підхід, онбординг, наставництво, CPD, профілактика вигорання), процесами (стандартизація маршрутів, SOP, управління потужностями), ресурсами (поетапні інвестиції в критичне обладнання) та IT-аналітикою (CRM, медична інформаційна система, дашборди клінічних і фінансових показників).

6. Показано, що маркетингова політика клініки має трансформуватися від загального позиціонування як «дорогої приватної клініки» до чіткого образу центру, куди звертаються у разі повторних невдач лікування, поєднання чинників безпліддя та підозри на спадкову патологію. Запропоновано використовувати публікацію узагальненої статистики результатів, розбори складних випадків, професійну експертну комунікацію та прозорі пакети послуг як інструменти зміцнення довіри та залучення цільової аудиторії.

7. На основі розрахунків unit economics основних програм (ЕКЗ за методикою ICSI з біопсією трофектодерми, модифіковані кріопротоколи, пакети спостереження вагітності) сформовано підхід до економічної оцінки запропонованих змін із використанням сценарного аналізу та системи KPI/ROI. Для кожної програми визначено структуру витрат, собівартість одиниці послуги, маржинальний дохід, поріг беззбитковості та внесок у покриття постійних витрат, що дозволяє ранжувати напрями за впливом на фінансовий результат і обґрунтовувати тарифну політику й структуру портфеля послуг. Моделювання цільового сценарію (зниження частки скасованих циклів, підвищення завантаження ембріологічної лабораторії та зростання обсягів високотехнологічних програм при збереженні чинних тарифів) показало суттєве збільшення річного маржинального доходу та покращення показників рентабельності порівняно з базовим станом. Це підтвердило економічну доцільність обраної стратегії «клініки складних випадків» за умови поетапного впровадження заходів і постійного моніторингу фінансових, клінічних і сервісних KPI.

8. Практична цінність роботи полягає в тому, що запропонована модель вдосконалення конкурентної стратегії ТОВ «ІКСІ Клініка» може використовуватися як практична «дорожня карта» для ухвалення управлінських рішень: під час планування інвестицій у обладнання та IT-рішення, формування кадрової політики та системи безперервного професійного розвитку, удосконалення процесів і системи управління якістю, організації IT-аналітики та побудови маркетингових комунікацій. Окремі елементи роботи – підходи до оцінювання конкурентоспроможності, структура системи KPI, логіка розрахунку unit economics і сценарного аналізу – можуть бути адаптовані й іншими приватними закладами охорони здоров'я, які функціонують у подібних умовах регульованого ринку медичних послуг в Україні.

Список використаних джерел та літератури

1. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» : Закон України від 19.10.2017 р. № 2168-VIII // Офіц. портал Верховної Ради України. – URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/2168-19> (дата звернення: 02.11.2025).
2. World Health Organization; World Bank. Health financing in Ukraine: reform, resilience and recovery. Synthesis report. – Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2024. – 84 p. – URL: <https://www.who.int/europe/publications/health-financing-in-ukraine--reform--resilience-and-recovery---synthesis-report> (дата звернення: 02.11.2025).
3. Баксалова О. М., Шелест Є. О. Теоретичні основи управління розвитком потенціалу конкурентоспроможності медичного закладу // Вісник Хмельницького національного університету. Економічні науки. – 2021. – № 6(2). – С. 226–234.
4. Устінов О. В. Опубліковано звіт НСЗУ за 2023 рік // Український медичний часопис. – 15.05.2024. – URL: <https://umj.com.ua/uk/novyna-254005-opublikovano-zvit-nszu-za-2023-rik> (дата звернення: 02.11.2025).
5. Барзилович А. Д. Наукові підходи до визначення понять «ринок медичних послуг», «державне регулювання ринку медичних послуг» // Держава та регіони. Серія : Державне управління. – 2019. – № 4(68). – С. 70–75.
6. Барзилович А. Д. Принципи та функції державного регулювання ринку медичних послуг: теоретичний аспект // Інвестиції: практика та досвід. – 2019. – № 21. – С. 70–74.
7. World Bank. Ukraine Health Financing Reform: Progress and Future Directions. Overview. – Washington, DC : World Bank, 2021. – 36 p. – URL: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/704581639720587025/pdf/Ukraine->

- [Health-Financing-Reform-Progress-and-Future-Directions-Overview.pdf](#) (дата звернення: 02.11.2025).
8. Кайда О., Костюк О. Аналіз конкурентоспроможності закладів охорони здоров'я України в умовах економіки сталого розвитку // Вісник Хмельницького національного університету. Серія : Економічні науки. – 2025. – Т. 340, № 2. – С. 441–446.
 9. Anufriyeva V., Pavlova M., Stepurko T., Groot W. The perception of health care quality by primary health care managers in Ukraine // BMC Health Services Research. – 2022. – Vol. 22. – Article 895.
 - 10.OECD. Healthcare Quality and Outcomes (HCQI/HCQO): indicators and guidance. – Paris : OECD Publishing, 2025. – (Electronic resource). – URL: <https://www.oecd.org> (дата звернення: 02.11.2025).
 - 11.AHRQ; CMS. CAHPS/HCAHPS Surveys and Measures: patient experience composites. – Rockville, MD : Agency for Healthcare Research and Quality; Centers for Medicare & Medicaid Services, 2025. – (Electronic resource). – URL: <https://www.ahrq.gov/cahps/index.html> (дата звернення: 02.11.2025).
 - 12.Strumann C., Schreyögg J., Tiemann O. Can competition improve hospital quality of care? A difference-in-differences approach to evaluate the effect of increasing quality transparency on hospital quality // European Journal of Health Economics. – 2022. – Vol. 23, No. 7. – P. 1229–1242.
 - 13.Матукова Г., Багашова Н., Матукова-Ярига Д. Конкурентоспроможність малих підприємств: система адаптивного управління персоналом // Ефективна економіка. – 2022. – № 8. – DOI: 10.32702/2307-2105.2022.8.9.
 - 14.Тринчук А. А. Методологічні засади формування конкурентних стратегій закладів охорони здоров'я // Modern Engineering and Innovative Technologies. – 2023. – Вип. 28(1). – С. 104–112.

- 15.Мельник А. Трансформаційна модель ринку охорони здоров'я в Україні: виклики і можливості // Вісник ТНУ ім. В. І. Вернадського. Серія : Державне управління. – 2022. – Т. 31(70). – С. 124–136.
- 16.Леган І. М., Крикун О. Д. Напрями вдосконалення державного регулювання ринку приватної медицини // Вчені записки ТНУ ім. В. І. Вернадського. Серія : Державне управління. – 2020. – Т. 31(70), № 3. – С. 123–133.
- 17.Лукаш С. Державне управління процесом автономізації медичних закладів // Аспекти публічного управління. – 2021. – № 4(58). – С. 17–27.
- 18.Корчевська О. Ключові конкурентні переваги закладів охорони здоров'я: критерії та оцінка // Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах війни та післявоєнної відбудови України : матеріали наук.-практ. конф. – 2022. – Вип. 17. – С. 355–363.
- 19.Алшарф І. А. М. Формування механізму управління ефективністю діяльності медичних підприємств та установ : дис. ... канд. екон. наук : 08.00.04. – Одеса, 2020. – 239 с.
- 20.Білецька І. М., Васильців Т. Г. Концепційні положення менеджменту закладів охорони здоров'я: економічні аспекти системного розвитку // Наукові записки Львівського університету бізнесу та права. – 2022. – Вип. 35. – С. 210–216.
- 21.Гавкалова Н. Л., Терещенко Л. В. Методичний підхід щодо оцінювання ефективності менеджменту персоналу на підприємстві // Бізнес Інформ. – 2018. – № 12. – С. 465–470.
- 22.Данько В. Удосконалення системи управління закладами охорони здоров'я на інноваційних засадах // Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія : Економіка і управління. – 2019. – № 2, Т. 30(69). – С. 102–110.

23. Дацій Н. В. Особливості оцінки якості надання медичних послуг у системі охорони здоров'я України // Інвестиції: практика та досвід. – 2018. – № 4. – С. 105–108.
24. Котлик А. В., Гресь Г. О. Підхід до розробки комплексу ключових показників оцінки ефективності діяльності приватних медичних закладів і його інтеграції з системою мотивації // Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія : Міжнародні економічні відносини та світове господарство. – 2022. – Вип. 43. – С. 82–88.
25. Лизунова О. М., Іщенко Я. Г., Кондрашова Г. В. Використання інноваційних методів управління персоналом підприємства // Економіка та суспільство. – 2018. – Вип. 14. – С. 448–456.
26. Економіка охорони здоров'я : підручник / за заг. ред. В. Д. Парія ; Нац. мед. ун-т ім. О. О. Богомольця. – Житомир : Вид. дім «Бук-Друк», 2021. – 288 с.
27. Менеджмент у системі медичної допомоги населенню : навч. посіб. [Електронний ресурс] / Вишнівецький І. І., Гур'янов В. Г., Жила А. В. та ін. ; за заг. ред. В. Д. Парія, В. І. Журавля ; Нац. мед. ун-т ім. О. О. Богомольця. – Київ, 2023. – 1289 с.
28. Шутурмінський В. Г., Кусик Н. Л., Рудінська О. В. Основи менеджменту та маркетингу в медицині : навч. посіб. – Одеса : Одеський нац. мед. ун-т, 2020. – 292 с. (умовні дані за виданням).
29. Дудкіна О. П. Технології маркетингу як інноваційний інструмент управління закладами охорони здоров'я в умовах медичної реформи // Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи : матеріали всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю. – Київ, 2020. – С. 37–40.
30. Дяків О. П., Юрик Г. Інноваційний менеджмент у розвитку середнього медичного персоналу // Модернізація менеджменту та публічного управління

- в системі охорони здоров'я : кол. монографія / за ред. М. М. Шкільняка, Т. Л. Желюк. – Тернопіль : Крок, 2020. – С. 415–432.
- 31.Сафонов Ю. М., Борщ В. І. Стратегічний менеджмент закладів охорони здоров'я: загальні принципи та особливості застосування в галузі охорони здоров'я України // Економіка та управління національним господарством. – 2018. – № 8. – С. 62–76.
 - 32.Гуржий П. О. Управління конкурентоспроможністю закладів охорони здоров'я на ринку медичних послуг // Таврійський науковий вісник. Серія : Економіка. – 2024. – Вип. 22. – С. 193–201.
 - 33.Гуржий П. О. Стратегічне управління закладом охорони здоров'я в умовах реформування // Економіка та управління національним господарством. – 2025. – № 1(10). – С. 65–74.
 - 34.Міщук А. А. Формування маркетингової конкурентної стратегії закладів на ринку медичних послуг : дис. ... д-ра філософії : 051 – Економіка. – Тернопіль : Західноукраїнський нац. ун-т, 2021.
 - 35.Пенькова Т. В. Формування маркетингової конкурентної стратегії для медичних закладів : кваліфікаційна робота на здобуття ступеня магістра за спеціальністю 073 «Менеджмент». – Тернопіль : Західноукраїнський нац. ун-т, 2024. – 78 с. (умовні дані за репозитарієм).
 - 36.Шкільняк М. М., Артимович А. І. Моделі управління якістю медичних послуг: світовий досвід та уроки для України // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2025. – № 3. – С. 196–205.
 - 37.Петрущак І. А. Впровадження сучасних моделей управління якістю в закладах охорони здоров'я : кваліфікаційна робота за спеціальністю 073 «Менеджмент». – Тернопіль : Західноукраїнський нац. ун-т, 2023.

38. Мартинюк О. А., Курдибанська Н. Ф. Впровадження системи управління якістю в медичних закладах // Причорноморські економічні студії. – 2016. – Вип. 6. – С. 75–79.
39. Топільчук Б. А. Формування позитивного іміджу закладу охорони здоров'я : кваліфікаційна робота за спеціальністю 073 «Менеджмент», освітньо-професійна програма «Менеджмент закладів охорони здоров'я». – Тернопіль : Західноукраїнський нац. ун-т, 2023. – 70 с.
40. Станасюк Н., Мінко А. Необхідність стратегічного підходу в управлінні закладами охорони здоров'я та його ключові орієнтири // Економіка та суспільство. – 2024. – № 52. – С. 123–132. (точні вихідні – за журналом).
41. Стахів О. О., Зошук І. В. Конкурентоспроможність закладів охорони здоров'я в умовах мінливого безпекового середовища // Науковий вісник Полісся. – 2024. – № 1(28). – С. 470–483.
42. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я України до 2030 року : проєкт / МОЗ України. – Київ, 2021. – (Матеріали публічних консультацій; публікація у щотижневику «Аптека», 04.01.2022).
43. Миронюк І. С., Слабкий Г. О., Білак-Лук'янчук В. Й. та ін. Місце громадського здоров'я в Стратегії розвитку системи охорони здоров'я України до 2030 року (частина 2) // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2024. – № 2. – С. 73–80.
44. Менеджмент : підручник / С. Ю. Бірюченко, К. О. Бужимська, І. В. Бурачек та ін. ; за заг. ред. Т. П. Остапчук. – Житомир : Державний університет «Житомирська політехніка» ; Житомир : Вид-во «Рута», 2021. – 856 с.
45. Шкільняк М. М., Овсянюк-Бердадіна О. Ф., Крисько Ж. Л., Демків І. О. Менеджмент : підручник. – Тернопіль : Західноукраїнський нац. ун-т, 2022. – 258 с.

46. Luyten J., Connolly M. P., Verbeke E. et al. Economic evaluation of medically assisted reproduction: an educational overview of methods and applications for healthcare professionals // *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. – 2022. – Vol. 85. – P. 217–228.
47. Health Information and Quality Authority (HIQA). Guidelines for the economic evaluation of health technologies in Ireland. – Dublin : HIQA, 2019. – 108 p.
48. Bertram M. Y., Lauer J. A., De Joncheere K. et al. Methods for the economic evaluation of health care interventions for priority setting in the health system // *International Journal of Health Policy and Management*. – 2021. – Vol. 10, No. 10. – P. 673–681.
49. MEASURE Evaluation. A Guide to the Fundamentals of Economic Evaluation in Public Health. – Chapel Hill, NC : University of North Carolina, 2019. – 92 p.
50. Яворська Ж. Б. Економіка охорони здоров'я. Маркетинг медичних послуг : навч. посібник. – Львів : Львівський нац. медичний університет ім. Данила Галицького, 2024. – (Електронне видання).
51. Марчук І. А. Економіка охорони здоров'я. Маркетинг медичних послуг : навч. посібник. – Вінниця : ВНМУ ім. М. І. Пирогова, 2023. – 160 с. (умовні дані за репозитарієм).
52. Гришук С. М., Кільницька О. С., Яремова М. В. Економічна оцінка та ефективність медичних технологій у закладах охорони здоров'я України // *Економіка та суспільство*. – 2023. – № 52. – С. 109–115.
53. Гуржий П. О. Оцінювання ефективності діяльності закладів охорони здоров'я // *Інноваційна економіка*. – 2023. – № 4(101). – С. 98–104.
54. Говорко О. В. Ефективність системи забезпечення охорони здоров'я: методичні підходи до визначення економічної ефективності // *Інтелект XXI*. – 2017. – № 2. – С. 82–86.

55. Гришук С. М. Економічна ефективність медичних технологій лікування нирок в підприємствах охорони здоров'я : кваліфікаційна робота на здобуття ступеня магістра за спеціальністю 073 «Менеджмент». – Житомир : Поліський нац. ун-т, 2022. – 84 с.
56. Шалько М. Державне управління фінансовим забезпеченням сфери охорони здоров'я в Україні // Фінансовий простір. – 2024. – № 2. – С. 102–111.
57. IQVIA; American Chamber of Commerce in Ukraine; Київська школа економіки. Витрати на охорону здоров'я та доступ до лікування в Україні : аналітичний звіт. – Київ, 2020. – 60 с. (умовні дані за звітом).
58. Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками. Державна оцінка медичних технологій для лікарських засобів : Стандарт. Настанова СТ-Н МОЗУ 42-9.1:2021. – Вид. офіц. – Київ : Міністерство охорони здоров'я України, 2021. – 96 с.
59. Міністерство охорони здоров'я України. Фармакоекономічний аналіз. Основні положення : Стандарт МОЗ України СТ-Н МОЗУ 42-9.1:2023. – Київ : МОЗ України, 2023. – 64 с.
60. Національна служба здоров'я України ; Міністерство охорони здоров'я України. Методичні рекомендації щодо розрахунку прогнозного обсягу видатків за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення на оплату послуг первинної медичної допомоги : затв. наказом МОЗ України від 29.07.2024 р. № 1327. – Київ, 2024. – 32 с.