

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

Кваліфікаційна робота магістра

на тему «Дослідження конкурентоспроможності медичних послуг підприємства сфери охорони здоров'я і резервів її підвищення»

Студент групи 12401Бмн,
Спеціальності 073 «Менеджмент»
ОПП «Менеджмент у сфері
охорони здоров'я»

Ігор СТЕЗЕРЯНСЬКИЙ

Науковий керівник
науковий ступінь,
вчене звання

Олександр КОРОТКИЙ
к.мед.н., доцент

Гарант освітньо-
професійної програми,
науковий ступінь,
вчене звання

Ганна МАТУКОВА
д.пед.н., професор

Завідувач кафедри,
науковий ступінь,
вчене звання

Валентин ПАРІЙ
д.мед.н, професор

Київ, 2024

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
Валентин ПАРІЙ,
д.мед.н., професор
_____ 2023 року

ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ МАГІСТРА
Ігора СТЕЗЕРЯНСЬКОГО

1. Тема роботи: «Дослідження конкурентоспроможності медичних послуг підприємства сфери охорони здоров'я і резервів її підвищення»

керівник роботи: Олександр КОРОТКИЙ, к.мед.н., доцент

Затверджені наказом вищого навчального закладу від «28» вересня 2023 р. №832

2. Строк подання здобувачем вищої освіти роботи: 02.01.2024

3. Вихідні дані до роботи: загальнодоступні відкриті дані (офіційні матеріали, державно-відомчі статистичні форми, аналітичні матеріали та дашборди Національної служби здоров'я України), статутні документи КНП «КМКЛ №3», нормативні акти

4. Цільова установка кваліфікаційної роботи:

Мета кваліфікаційної роботи: аналіз конкурентоспроможності медичного підприємства для забезпечення розробки науково-обґрунтованих управлінських моделей її підвищення.

Об'єкт дослідження: оцінка конкурентоспроможності (як комплекс методологічних та практичних аспектів) підприємств комунальної форми власності, які надають спеціалізовану медичну допомогу.

Предмет дослідження: конкурентоспроможність комунального некомерційного підприємства «Київська міська клінічна лікарня №3» виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації).

5. Перелік графічного (ілюстративного) матеріалу: табл. 14, рис.7

6. Дата видачі завдання: «29» вересня 2023 р.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1.	Затвердження та надання теми роботи	вересень 2023 р.	
2.	Обґрунтування актуальності теми роботи	жовтень 2023 р.	
3.	Робота з бібліографічними джерелами, підготовка матеріалів для написання першого розділу роботи	жовтень 2023 р.	
4.	Надання матеріалів по першому розділу роботи	жовтень 2023 р.	
5.	Збір інформації для написання другого розділу роботи	жовтень 2023 р.	
6.	Надання матеріалів по другому розділу роботи	листопад 2023 р.	
7.	Підготовка матеріалів та написання третього розділу роботи	грудень 2023 р.	
8.	Надання матеріалів по третьому розділу роботи	грудень 2023 р.	
9.	Написання висновків, заключне оформлення роботи та демонстраційних матеріалів	грудень 2023 р.	
10.	Антиплагіатна перевірка роботи	грудень 2023 р.	
11.	Підготовка доповіді до захисту роботи	грудень 2023 р.	

Студент

_____ (підпис)

Ігор СТЕЗЕРЯНСЬКИЙ

Керівник кваліфікаційної роботи

_____ (підпис)

Олександр КОРОТКИЙ

АНОТАЦІЯ

Текст стор. 62, табл. 14, рис. 7.

Ключові слова: конкуренція, конкурентне середовище, конкурентоспроможність медичного підприємства, оцінка конкурентоспроможності, бенчмаркінг, стратегічне управління.

В кваліфікаційній роботі магістра розкрито сутність поняття конкуренції у ринковому сегменті надання медичних послуг. Визначено особливості конкуренції та конкурентоспроможності медичних підприємств, зокрема комунальних некомерційних підприємств, які надають спеціалізовану стаціонарну медичну допомогу. В ході дослідження визначено основні особливості конкурентного середовища у сфері надання медичних послуг та методи для оцінювання конкурентоспроможності. Проведено аналіз діяльності комунального некомерційного підприємства, яке надає спеціалізовану стаціонарну медичну допомогу на прикладі КНП «Київська міська клінічна лікарня №3» ВОКМР (КМДА). Здійснено аналіз конкурентного середовища та оцінку конкурентоспроможності підприємства методом бенчмаркінгу. Запропоновано модель впровадження періодичної оцінки конкурентоспроможності підприємства методами бенчмаркінгу та SWOT-аналізу як елемент стратегічного управління підприємством.

ЗМІСТ

ВСТУП	6
РОЗДІЛ 1. СУЧАСНІ ЗАСАДИ ВИЗНАЧЕННЯ ТА ДОСЛІДЖЕННЯ КОНКУРЕНТНОСПРОМОЖНОСТІ ПІДПРИЄМСТВА	9
1.1. Поняття конкуренції, теоретичні та методологічні аспекти конкурентоспроможності підприємства	9
1.2. Особливості конкурентного середовища у сфері надання медичних послуг	13
1.3. Методи оцінки конкурентоспроможності	16
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1	19
РОЗДІЛ 2. ДОСЛІДЖЕННЯ КОНКУРЕНТНОСПРОМОЖНОСТІ МЕДИЧНОГО ПІДПРИЄМСТВА НА ПРИКЛАДІ КНП «КИЇВСЬКА МІСЬКА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ № 3» ВОКМР (КМДА)	21
2.1. Характеристика КНП «Київська міська клінічна лікарня № 3» ВОКМР (КМДА) та аналіз основних показників діяльності	21
2.2. Аналіз системи управління КНП «Київська міська клінічна лікарня № 3» ВОКМР (КМДА)	31
2.3. Аналіз конкурентного середовища та оцінка конкурентоспроможності підприємства	42
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2	51
РОЗДІЛ 3. УПРАВЛІНСЬКІ МОДЕЛІ ПІДВИЩЕННЯ КОНКУРЕНТНОСПРОМОЖНОСТІ	53
3.1. Оцінка конкурентоспроможності як основа стратегічного планування	53
3.2. Впровадження періодичного бенчмаркінгу конкурентоспроможності підприємства як управлінського завдання	57
3.3. Особливості проведення оцінки конкурентоспроможності методами бенчмаркінгу та SWOT-аналізу на прикладі КНП «КМКЛ №3»	60
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3	61
ВИСНОВКИ	63
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	68
ДОДАТКИ	72

ВСТУП

Ринок медичних послуг в Україні до початку реформування медичної галузі в 2017 році був дуже обмежений. Комунальні заклади практично не були учасниками ринку, адже їх фінансовий результат не залежав ні від кількості, ані від якості наданих медичних послуг. Приватний сектор, натомість, практично не приймав участі у наданні спеціалізованої медичної допомоги у стаціонарному порядку і ця частина медичних послуг була фактично монополізована комунальними закладами.

Основою реформування стала зміна концепції фінансування системи охорони здоров'я. Водночас, важливими складниками трансформації є такі процеси як:

- запровадження Електронної системи охорони здоров'я;
- зміна підходу до централізованих закупівель лікарських засобів та медичних виробів;
- зміна підходу до кадрової політики та навчання медичних працівників, перегляд політики громадського здоров'я;
- упорядкування мережі закладів охорони здоров'я та впровадження єдиного медичного простору тощо.

Впровадження цих змін призвело до зміни ситуації на ринку медичних послуг. Принцип «гроші ходять за пацієнтом» втілюється у виході закладів охорони здоров'я комунальної власності на ринок медичних послуг, що призвело до розвитку конкуренції як між ними, так і, частково, між комунальними та приватними закладами охорони здоров'я.

Окремим важливим фактором трансформації галузі став перехід від обмеження пацієнта у отриманні частини медичних послуг виключно у комунальних закладах охорони здоров'я за місцем реєстрації пацієнта. Впровадження принципу екстериторіальності, тобто можливості для пацієнта самостійно обирати провайдера послуг призвело до природнього перерозподілу пацієнтів та відповідно, конкуренції між надавачами.

Поштовхом до вказаних змін ринкової кон'юнктури стало впровадження державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення у повному обсязі з 2020 року із залученням закладів охорони здоров'я, які надають спеціалізовану медичної допомоги.

Гнучкість та динамічний підхід в управлінні закладом охорони здоров'я в новій парадигмі ринку медичних послуг та розуміння принципів конкуренції стає невід'ємною навичкою керівника. Перетворення з комунального закладу в комунальне некомерційне підприємство не лише змінює підходи у фінансуванні, а несе глибинні зміни у функціонуванні і вимагає застосування інших управлінських підходів.

Актуальність теми кваліфікаційної роботи полягає у дослідженні конкурентоспроможності окремого закладу охорони здоров'я комунальної форми власності, реорганізованого шляхом перетворення з комунального закладу в комунальне некомерційне підприємство, як модель управлінської системи, в умовах ринку спеціалізованих медичних послуг, як конкурентного середовища.

Метою кваліфікаційної роботи є аналіз конкурентоспроможності медичного підприємства для забезпечення розробки науково-обґрунтованих управлінських моделей її підвищення.

Основними завданнями відповідно до мети роботи визначено наступні:

- визначити поняття, окреслити теоретичні та методологічні аспекти конкуренції;
- охарактеризувати особливості конкурентного середовища у сфері надання медичних послуг;
- здійснити аналіз діяльності окремого медичного підприємства як управлінської системи в контексті конкурентного середовища;
- провести оцінку конкурентоспроможності підприємства;
- на основі виявлення системних переваг та недоліків запропонувати управлінську модель підвищення конкурентоспроможності підприємства.

Об'єктом дослідження є оцінка конкурентоспроможності (як комплекс методологічних та практичних аспектів) підприємств комунальної форми власності, які надають спеціалізовану медичну допомогу.

Предметом дослідження є конкурентоспроможність комунального некомерційного підприємства «Київська міська клінічна лікарня №3» виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації).

Методи дослідження застосовані в роботі базуються на загально-теоретичних принципах наукового пізнання. В роботі використані методи аналізу, абстракції, системного, комплексного та процесного підходів, SWOT-аналізу, статистичні та графічні методи, методи економічного аналізу, бенчмаркінг.

Елементи наукової новизни полягають в результатах аналізу аспектів конкурентного середовища медичного підприємства, яке надає спеціалізовану медичну допомогу, в умовах трансформації системи охорони здоров'я як основа для розробки моделей підвищення конкурентоздатності.

Практична значущість дослідження полягає у можливості застосування проведеного аналізу конкурентоспроможності медичного підприємства та управлінської моделі її підвищення як складову стратегічного планування.

РОЗДІЛ 1

СУЧАСНІ ЗАСАДИ ВИЗНАЧЕННЯ ТА ДОСЛІДЖЕННЯ КОНКУРЕНТНОСПРОМОЖНОСТІ ПІДПРИЄМСТВА

1.1. Поняття, теоретичні та методологічні аспекти конкуренції

Поняття «конкуренція» (з латинської з латинської мови *concurrentia* – змагання, суперництво) має різні визначення та інтерпретації в різних наукових галузях та дисциплінах.

У економічних науках конкуренція – характеризує змагальність продавців (або виробників, надавачів послуг) за тих самих покупців чи споживачів. Вона впливає на ціни, якість товарів та послуг, інновації та загальну ефективність ринку.

У біології конкуренція - це процес боротьби між організмами чи видами за обмежені ресурси в природному середовищі. Ця боротьба може включати змагання за їжу, житлову територію, партнерів для розмноження тощо.

У соціології конкуренція досліджується в контексті соціальних відносин та впливу конкурентних чинників на індивідів та групи в суспільстві. Це може охоплювати конкуренцію за ресурси, статус, владу та інші аспекти соціальної взаємодії.

У екології конкуренція вивчається в контексті взаємодії між видами в екосистемах та її впливу на розподіл ресурсів та структуру спільнот.

Отже, спільною сутнісною основою поняття «конкуренція» є змагальність за ресурс (виражений у будь-якій формі), що досягається гнучкістю, пристосуванням до зовнішніх умов та інноваційністю. Ці принципи відображені і в нормативних актах. Так, відповідно до статті 25 Господарського Кодексу України конкуренцію у сфері господарювання визначено як змагання між суб'єктами господарювання, що забезпечує завдяки їх власним досягненням здобуття ними певних економічних переваг, внаслідок чого споживачі та суб'єкти господарювання отримують можливість вибору необхідного товару і

при цьому окремі суб'єкти господарювання не визначають умов реалізації товару на ринку [4].

З точки зору менеджменту конкуренція розглядається з позиції стратегічного планування, управління ресурсами, маркетингу та управління персоналом. В науковому середовищі прийнято дотримуватися трьох основних видів трактування конкуренції: поведінковий (пряма та непряма взаємодія з отримувачем товару/послуг), структурний (аналіз структури конкурентного середовища, вибір «ніші»), функціональний (суперництво інновацій) [13].

Економічні теорії надають можливість розглядати конкуренцію з різних точок зору, і вона може мати як негативні, так і позитивні впливи на економіку та суспільство. Негативні аспекти конкуренції включають ризики економічних криз, розорення підприємств і збільшення безробіття, а також можливе «хижацьке» використання ресурсів. Поруч з тим, іноді конкуренція перетворюється на недобросовісну конкуренцію, яка може завдати шкоди суспільству.

З іншого боку, позитивні аспекти конкуренції включають те, що вона є двигуном економічного прогресу. Конкуренція стимулює підприємства до інновацій та розвитку, спонукає до ефективного використання матеріальних, трудових та фінансових ресурсів. У світлі конкуренції компанії повинні пильно слідкувати за науково-технічним прогресом, постійно розширювати асортимент продукції та покращувати якість своїх товарів і послуг.

Таким чином, конкуренція має двоїстий вплив на економіку і суспільство, та її наслідки залежать від того, як вона регулюється і як підприємства взаємодіють на ринку. Управління конкуренцією та впровадження адекватних політик може допомогти максимізувати позитивні аспекти конкуренції та зменшити її негативний вплив [13].

Конкуренція лежить в основі ринкових відносин та виконує функції представлені у табл. 1.1. [8, 13].

Таблиця 1.1

Функції конкуренції

Функція	Характеристика
Регулююча	Розподіл доходів відповідно до ефективності підприємства. Ефективні підприємства розвиваються, інші – банкрутують.
Розміщення (алокаційна)	Конкуренція впливає на вибір території для розміщення підприємства та логістичних зв'язків
Інноваційна	Стимул до розвитку науково-технічного прогресу для максимізації продуктивності та мінімізації залучених ресурсів
Адаптивна	Пристосування до мінливих умов, невизначеності
Контролююча	Інституційні механізми антимонопольних обмежень

Для цілісного розуміння поняття конкуренції як економічної категорії варто розглянути її складники та зв'язки між ними. Об'єктом конкуренції виступає потреба споживача (в конкретному ринковому сегменті). Суб'єктом конкуренції є підприємство (організація) – виробник товарів (послуг). Предметом конкуренції є товар або послуга, що задовольняє потребу споживача (рис. 1.1.) [8].



Рис. 1.1. Складники конкуренції як економічної категорії.

Варто звернути увагу на взаємозв'язки між трьома складниками. Споживач – це генератор потреб. У спрощеному вигляді, потреба споживача є завданням для виробника (надавача послуг). Останній, виробляючи товар (надаючи послугу), задовольняє потребу споживача. Конкуренція при цьому виражається у вільному виборі споживачем з поміж однотипних товарів (послуг) тих, які задовольняють його потреби найбільше. Водночас, споживач може оцінювати не тільки якість товару (послуги) та ціну, а і поведінку виробника (надавача). В свою чергу виробник може впливати на потреби споживача, управляти ними. Таким чином конкуренція переміщується на рівень вище – між виробниками (надавачами). При цьому таке зміщення залежить від продукції підприємства: товар або послуга. Порівняння основних рис товару і послуги, які впливають на структурний рівень конкуренції наведені в табл.1.2.

Таблиця 1.2.

Порівняльна характеристика товару та послуги

Показник	Товар	Послуга
Властивості продукту	Матеріальний, має конкретні характеристики: розмір, вага, колір, матеріал тощо.	Нематеріальна, неможливо оцінити фізичні властивості
Характер розробки	включає в себе моделювання, дизайн, виробництво і постачання фізичних об'єктів	передбачає створення процесів, систем, стандартних операційних процедур надання послуги та контролю.
Оцінка якості	Вимір на основі фізичних характеристик	Вимір складніший і базується на клієнтському задоволенні, часі на виконання, безпеці тощо
Маркетинг	Позиціонування бренду, пакування, реклама фізичних характеристик і вигоди товару	Фокусується на комунікації, рекламі процесу надання послуги, відносинах з клієнтами і споживачами
Взаємодія зі споживачем	Взаємодія обмежується вибором товару, оплатою та доставкою, пасивна роль споживача	Широка комунікаційна взаємодія до та, особливо, під час процесу надання послуги, споживачі мають активну роль у процесі надання послуг

Отже, підходи до дослідження конкуренції мають бути комплексними та цілісними, не проводячи сепарацію між конкуренцією лише товарів (послуг) або лише виробників (надавачів). Особливо гостро це виявляється у сфері надання послуг, зокрема медичних.

З позиції менеджменту оцінка конкуренції та управління конкурентоспроможністю підприємства є конкретною функцією менеджменту. Забезпечення конкурентоспроможності підприємства на відповідному ринку здійснюється насамперед за рахунок його управлінських систем та механізмів. Проте певне значення у цьому процесі можуть мати і зацікавлені особи – стейкхолдери, до яких зараховують інвесторів, кредиторів, споживачів, контрагентів, представників державних органів влади тощо [18].

1.2. Особливості конкурентного середовища у сфері надання медичних послуг

Конкурентним середовищем підприємства прийнято позначати комплекс факторів зовнішнього та внутрішнього середовища підприємства, в яких воно взаємодіє з іншими суб'єктами конкуренції.

Виділяють три основні складові конкурентного середовища: інституційну, структурну та функціональну. Інституційна складова включає нормативно-правові засади функціонування та регулювання господарських відносин, макроекономічні характеристики ринку на локальному та національному (подекуди глобальному) рівнях, соціокультурні чинники по відношенню до ринку, уставлені традиції. Структурна складова включає економічні характеристики сегменту ринку: рентабельності, попит, кількості суб'єктів конкуренції. Функціональна складова описує систему зв'язків на ринку: між конкурентами, між споживачами, між регуляторами [8].

Конкурентне середовище залежне від структури ринку. Їх прийнято класифікувати на досконалу, монополістичну, олігополістичну конкуренцію та чисту монополію. Характеристики ринкових структур наведені в табл. 1.3 [8].

У галузі охорони здоров'я частіше спостерігаються монополістична та олігополістична конкуренція. Перша притаманна первинній та частково амбулаторній спеціалізованій медичній допомозі. Олігополістична конкуренція характерна до стаціонарної спеціалізованої медичної допомоги.

Таблиця 1.3.

Характеристики ринкових структур

	Досконала (чиста) конкуренція	Монополістична конкуренція	Олігополістична конкуренція	Чиста монополія
К-сть продавців	велика	велика	обмежена	один
Частка ринку у продавця	мала	помірна	велика	повна
Товар	однорідний, взаємозамінний	диференційований	обидва типи	унікальний
Ціноутворення	визначається попитом і пропозицією («price taker»)	регулюється виробником через диференціацію	регулюється лідером ринку	виробник «price maker»
Вхід нових виробників	вільний вхід нових виробників	утруднений, потребує капіталу	важкий	надважкий
Вид конкуренції	цінова	диференційована цінова (ціна продажу + ціна використання)	нецінова	відсутня

Характеризуючи сучасні особливості конкурентного середовища у галузі охорони здоров'я варто дотримуватися наведених вище складових конкурентного середовища та структури ринку. Інституційно основи провадження господарської діяльності з медичної практики однорідні для всіх учасників ринку незалежно від форми власності та видів надання медичної допомоги та регламентуються Законами України, зокрема Законом України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» та Законом України «Про ліцензування видів господарської діяльності». Виразною особливістю у нормативній площині, що сегментує ринок медичних послуг – є програма державних гарантій медичного обслуговування населення.

Прийняття Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» у 2017 році започаткувало старт реформи фінансування системи охорони здоров'я.

Перехід від утримання комунальних закладів охорони здоров'я до фінансування за надані медичні послуги та впровадження принципу екстериторіальності надання медичних послуг (тобто рівні можливості для отримання медичних послуг пацієнту у закладах охорони незалежно від місця його реєстрації) до розвитку ринку медичних послуг, розширення його на спеціалізовану стаціонарну медичну допомогу [20]. Водночас, виникла сегментація ринку на надавачів медичних послуг, які надають медичну допомогу за програмою медичних гарантій, а які – ні (у вигляді платних послуг, страхових випадків, у відомчих закладах охорони здоров'я тощо). Конкуренція в цьому випадку стає неціновою (оскільки тарифи щодо надання медичних послуг регламентовані нормативно). Крім того, варто відзначити нормативний обов'язок власників комунальних закладів здійснювати оплату комунальних послуг та енергоносіїв комунальних закладів охорони здоров'я, для забезпечення надання медичних послуг за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення [2]. Це ставить в нерівні умови заклади приватної форми власності, які надають медичні послуги за програмою медичних гарантій.

Характеризуючи структурну складову ринку варто розділити підприємства за видами медичної допомоги. Первинна медична допомога порівняно не вимагає вартісного обладнання, має великий споживацький запит. На цьому сегменті ринку представлені як заклади охорони здоров'я комунальної форми власності, так і приватної та фізичні особи підприємства. Конкуренція в цьому сегменті жвава, має як ціновий, так і не ціновий характер.

Ринок спеціалізованої медичної допомоги неоднорідний. Спеціалізована медична допомога, особливо стаціонарна потребує значних капіталовкладень: обладнання, медичні вироби, лікарські засоби тощо. На ринку амбулаторної стаціонарної допомоги присутні заклади приватної форми власності, проте

значна їх кількість обмежується консультативною допомогою. Щодо стаціонарної спеціалізованої медичної допомоги більшу частину ринку займають комунальні та державні заклади охорони здоров'я. Приватний сектор в цьому сегменті представлений менше, і в більшості випадках орієнтований на пацієнтів з високим рівнем доходів. Проте, названі вище трансформаційні механізми, закладені в основу реформи фінансування охорони здоров'я, започаткували нецінову конкуренцію між комунальними закладами охорони здоров'я, які надають стаціонарну спеціалізовану медичну допомогу та уклали договір про медичне обслуговування за програмою медичних гарантій. Найбільше це відчутно у обласних центрах, в яких такі надавачі медичних послуг розташовані в безпосередній територіальній близькості.

Щодо функціональної складової – система взаємозв'язків досить фрагментована. В більшості випадків надавач медичних послуг є незалежним гравцем. Регуляція може здійснюватися шляхом маршрутизації потоків пацієнтів органами державної та місцевої влади. Іншим видом взаємозв'язків є виконання певних медичних послуг за договором підряду: найчастіше це лабораторні та інструментальні дослідження.

1.3. Методи оцінки конкурентоспроможності

Конкурентоспроможність – це комплексна характеристика підприємства, що відображає здатність ефективно функціонувати в умовах ризику та невизначеності, утримувати стабільний, з достатньою для забезпечення нормальної діяльності місткістю цільовий ринок, виробляти і реалізувати продукцію (або надавати послуги), кращу від аналогічної за різними параметрами, для забезпечення у короткостроковій перспективі стабільного прибутку, а у довгостроковій – стійкої позиції на ринку та планомірного його завоювання [5].

Конкурентоспроможність медичної послуги – це комплекс споживчих та виробничих характеристик, який дозволяє якісно задовільнити потреби населення у зміцненні, підтримці та відновленні здоров'я відповідно до

сформованих вимог ринку і законодавства в умовах існування широкого вибору на ринку конкуруючих послуг-аналогів [31].

Конкурентоспроможність медичного закладу може бути визначена як комплексна порівняльна характеристика, яка відображає ступінь переваги сукупності показників його діяльності, що визначають конкурентні переваги на певному ринку за певний проміжок часу щодо відповідної сукупності показників конкурентів, що дозволить утримувати бажану частку ринку, гарантуючи при цьому розвиток та фінансове благополуччя закладу [30, 1].

Отже, конкурентоспроможність медичної послуги є складовою конкурентоспроможності медичного закладу. Конкурентоспроможність закладу охорони здоров'я виступає агрегованим показником його конкурентних можливостей та здатності реагувати, та пристосовуватися до чинників мінливого зовнішнього середовища. Оцінка конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я має наметі визначити рівень відносної характеристики здатності підприємства конкурувати на ринку [31].

На разі в науковій спільноті не виділено єдиних метрологічних стандартів для оцінювання конкурентоспроможності. Вибір конкретного методу залежить від багатьох факторів та цілей, які ставляться перед такою оцінкою. Класифікація методів оцінювання конкурентоспроможності підприємства наведена в табл.1.4 [28].

Кількісні методи: Використовують числові дані для аналізу, включають обчислення відносних величин (індекси, коефіцієнти), що визначають рівень ключових показників для певних аспектів конкуренції, а потім інтегрують їх у групові та інтегровані показники [28]. Методи ресурсомісткі, вимагають достовірних вихідних даних, дозволяють приймати ефективні управлінські рішення, але не повністю позбавлені суб'єктивного фактору у вигляді застосування вагових коефіцієнтів, які визначені умовно.

Якісні методи: Зосереджені на якісних аспектах, таких як клієнтські відгуки, маркетингові стратегії, якість продукту тощо. Методи слабоформалізовані, не дозволяють проводити порівняння та динамічну оцінку.

Таблиця 1.4.

Класифікація методів оцінювання конкурентоспроможності

Ознака класифікації	Категорія	Методи
Спосіб оцінки	Кількісні	Диференційований метод, інтегральний метод, метод різниць, метод балів
	Якісні	SWOT-аналіз, метод експертних оцінок
Форма представлення результатів	Матричні	матриця Мак Кінсі, матриця Shell/DPM, метод PIMS, матриця Ансоффа
	Індексні	Інтегральні методи, метод конкурентних переваг, теорія ефективної конкуренції, конкурентоспроможність продукції
	Графічні	Радіальна діаграма, багатокутник конкурентоспроможності, метод профілів
Показники оцінки	Методи, що характеризують ринкові позиції	Модель БКГ, метод Мак Кінсі, модель Shell/DPM, метод PIMS, модель Портера
	Методи, що характеризують рівень менеджменту	Метод LOTS, метод експертної оцінки, ситуаційний аналіз, карти стратегічних груп, бенчмаркінг
	Методи, що характеризують фінансово-економічну діяльність	Методи фінансово-економічного аналізу, методи прогнозування фінансового стану

Графічні методи оцінки конкурентоспроможності використовують візуальні засоби, такі як графіки, діаграми та графічні зображення, для представлення даних та результатів аналізу. Ці методи допомагають зрозуміло та інформативно відобразити різні аспекти конкурентоспроможності. Вживаним графічним методом є багатокутник конкурентоспроможності - інструмент, який використовується для візуалізації конкурентних переваг та недоліків підприємства, продукту або послуги в порівнянні з конкурентами. Він дозволяє показати різні аспекти конкурентоспроможності та визначити, в яких областях підприємство відрізняється від інших гравців на ринку.

Одним із основних сучасних підходів до вивчення конкурентоспроможності підприємства, який успішно використовують японські, американські, західноєвропейські, скандинавські вчені та бізнесмени є бенчмаркінг. Бенчмаркінг – метод, за допомогою якого компанія порівнює

свою діяльність із практикою інших компаній з метою впровадження конкретних змін, які дозволяють покращити діяльність, і підвищує свою конкурентоспроможність. Функції бенчмаркінгу: системний характер (охоплює всі аспекти діяльності компанії, зокрема його радикальні зміни як системи загалом); чітка спрямованість на досягнення найкращого рівня; прикладна спрямованість на досягнення конкурентних переваг [13]. Перевагою бенчмаркінгу є порівняна простота та швидкість проведення, можливість відстеження динамічних змін, можливість порівнювати не тільки якості виробленого продукту чи послуги, а і функціональних процесів виробників. Результати бенчмаркінгу є логічно зрозумілими для широкого кола зацікавлених сторін.

З урахуванням особливостей конкурентного середовища у галузі охорони здоров'я, а також певних конкурентних обмежень, характерних для сучасного стану розвитку ринку, для оцінки конкурентоспроможності медичного підприємства пропонується використовувати метод бенчмаркінгу та комплексний аналіз управлінської діяльності конкретного підприємства. Вказані підходи дозволять проаналізувати як внутрішнє, так і зовнішнє середовище підприємства з метою формування обґрунтованих пропозицій до підвищення конкурентоспроможності.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1

Проаналізувавши сучасні підходи до визначення конкуренції та конкурентоспроможності та основні особливості конкурентного середовища у галузі охорони здоров'я України можна підсумувати наступне:

- конкуренція на ринку медичних послуг знаходиться на етапі становлення, активного розвитку;
- ринок медичних послуг сегментований за видами таких послуг (первинна медична допомога, спеціалізована амбулаторна допомога, спеціалізована стаціонарна допомога);

- структура ринку медичних послуг має характер монополістичної конкуренції, а за певними видами медичних послуг – олігополістичної;
- реформа фінансування охорони здоров'я дозволила вийти на ринок медичних послуг закладам охорони здоров'я комунальної форми власності, які і забезпечують надання лівової частини медичних послуг населенню;
- в конкурентному середовищі ринку медичних послуг існують наступні конкурентні обмеження: в разі надання медичних послуг за договором в рамках програми медичних гарантій в тариф не закладено комунальні платежі, що обумовлює різне становища надавачів приватної форми власності та комунальної (державної);
- конкурентоспроможність медичної послуги є складовою загальної конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я;
- конкуренція між комунальними підприємствами, які надають стаціонару спеціалізовану медично допомогу має характер нецінової, основною метою підприємства є надання більшої кількості послуг максимальній кількості пацієнтів з метою отримання вищого фінансування за договором про надання медичних послуг за програмою медичних гарантій;
- вибір методів оцінки конкурентоспроможності залежить від поставлених цілей, наявних ресурсів для проведення та очікуваних результатів, відсутній «золотий стандарт» оцінки конкурентоспроможності;
- одним з вживаним методом для оцінки конкурентоспроможності є бенчмаркінг, який є гнучким інструментом з можливістю оцінки різних складових.

РОЗДІЛ 2

ДОСЛІДЖЕННЯ КОНКУРЕНТОСПРОМОЖНОСТІ МЕДИЧНОГО ПІДПРИЄМСТВА НА ПРИКЛАДІ КНП «КИЇВСЬКА МІСЬКА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ № 3» ВОКМР (КМДА)

2.1. Характеристика КНП «Київська міська клінічна лікарня № 3» ВОКМР (КМДА) та аналіз основних показників діяльності

В цілях даної роботи з метою аналізу конкурентоспроможності медичних послуг підприємства для забезпечення розробки науково-обґрунтованих управлінських моделей її підвищення було обрано сегмент ринку, в якому конкуренція з'явилася найпізніше – стаціонарну спеціалізовану медичну допомогу. Пропонується здійснити аналіз багатопрофільного закладу охорони здоров'я, комунальної форми власності, який функціонує в умовах конкурентного середовища м. Києва. Такий вибір підприємства становить актуальну дослідницьку проблему, у зв'язку з особливостями розвитку конкуренції в даному сегменті ринку. Для аналізу обрано комунальне некомерційне підприємство «Київська міська клінічна лікарня №3» виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації) (далі - КНП «КМКЛ №3»).

КНП «КМКЛ №3» є лікувально-профілактичним закладом охорони здоров'я, некомерційним підприємством, заснованим на комунальній власності територіальної громади міста Києва, підпорядкованим Департаменту охорони здоров'я виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації) [22, 26].

КНП «КМКЛ №3» діє згідно Статуту, який затверджений розпорядженням Київської міської державної адміністрації від 31.01.2020 №207 «Про затвердження статутів клінічних закладів охорони здоров'я міста Києва» [26].

Підприємство утворено шляхом реорганізації з комунального закладу відповідно до рішення Київської міської ради від 24.10.2019 №6/7579 «Про реорганізацію закладів охорони здоров'я, що належать до комунальної

власності територіальної громади міста Києва» [25]. Керівництво діяльністю КНП «КМКЛ №3» здійснює директор, який призначається на посаду на контрактній основі Департаментом охорони здоров'я виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації). Штати КНП «КМКЛ №3» визначаються і затверджуються директором підприємства. Підприємство користується закріпленим за ним комунальним майном, що є власністю територіальної громади міста Києва, на праві оперативного управління [27].

Лікарня побудована 1976 року, має давню історію, впізнавана як медичними працівниками, студентами медичних ВНЗ, так і пацієнтами. За своє існування заклад зазнавав багатьох змін (виокремлення певних відділень в окремі заклади охорони здоров'я, централізація у вигляді територіального медичного об'єднання тощо). Історичні етапи розвитку закладу тісно пов'язані зі зміною політик в системі охорони здоров'я як міського, так і загальнодержавного рівня, та за своїм об'ємом і суттю можуть бути представлені окремим дослідженням. Загальну характеристику підприємства наведено в табл. 2.1.

Лікарня розташована на лівому березі р. Дніпро, та є однією з 6-ти багатопрофільних лікувальних закладів для дорослих, які обслуговують лівобережжя міста, та є найдоступнішою для густонаселеного житлового масиву «Троєщина».

Заклад межує з КНП «Київський міський пологовий будинок №6» ВОКМР (КМДА), КНП «КДЦ Дніпровського району м. Києва», КНП «Київський міський центр нефрології та діалізу» ВОКМР (КМДА), КНП «Центр первинної медико-санітарної допомоги №1» Дніпровського району м. Києва. Поряд розташоване КНП «Київська міська дитяча клінічна лікарня №2» ВОКМР (КМДА).

В період з 2019 по 2021 роки проведено капітальний ремонт будівель лікарні, облаштування території, інженерних мереж, розширено об'єм кисневих резервуарів.

Таблиця 2.1

Загальна характеристика КНП «КМКЛ №3»

Показник	Характеристика
Повна назва:	Комунальне некомерційне підприємство «Київська міська клінічна лікарня №3» виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації)
Код ЄДРПОУ	05415958
Юридична адреса:	Україна, 02125, місто Київ, вул. П. Запорожця, буд. 26
Власник:	Київська міська рада
Орган управління:	Департамент охорони здоров'я виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації)
Організаційно-правова форма:	Комунальне некомерційне підприємство
Форма власності:	Державна/власність територіальної громади
Місце провадження діяльності:	Україна, 02125, місто Київ, вул. П. Запорожця, буд. 26
Керівник:	Директор Іващенко П.Б.
Дата заснування:	1976
Основний вид економічної діяльності:	86.10 Діяльність лікарняних закладів
Ліцензія на медичну практику:	№1576, дата видачі 13.07.2020 (безстроково)
Акредитаційна категорія:	вища
Статутний капітал:	72 896 127 грн
Загальна кількість працівників:	701
Загальна кількість ліжок:	410
Електронна адреса веб-сайту	https://kmk13.itmed.org

Підприємство провадить некомерційну господарську діяльність, спрямовану на досягнення, збереження і зміцнення здоров'я населення та інших соціальних результатів без мети одержання прибутку. Метою діяльності підприємства є забезпечення потреб населення в наданні вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. Головним завданням є підвищення доступності та якості медичної допомоги при ефективнішому і

раціональнішому використанні ресурсів для досягнення найкращих результатів [27].

Структура закладу представлено блок-схемою (Рис.2.1) [23].

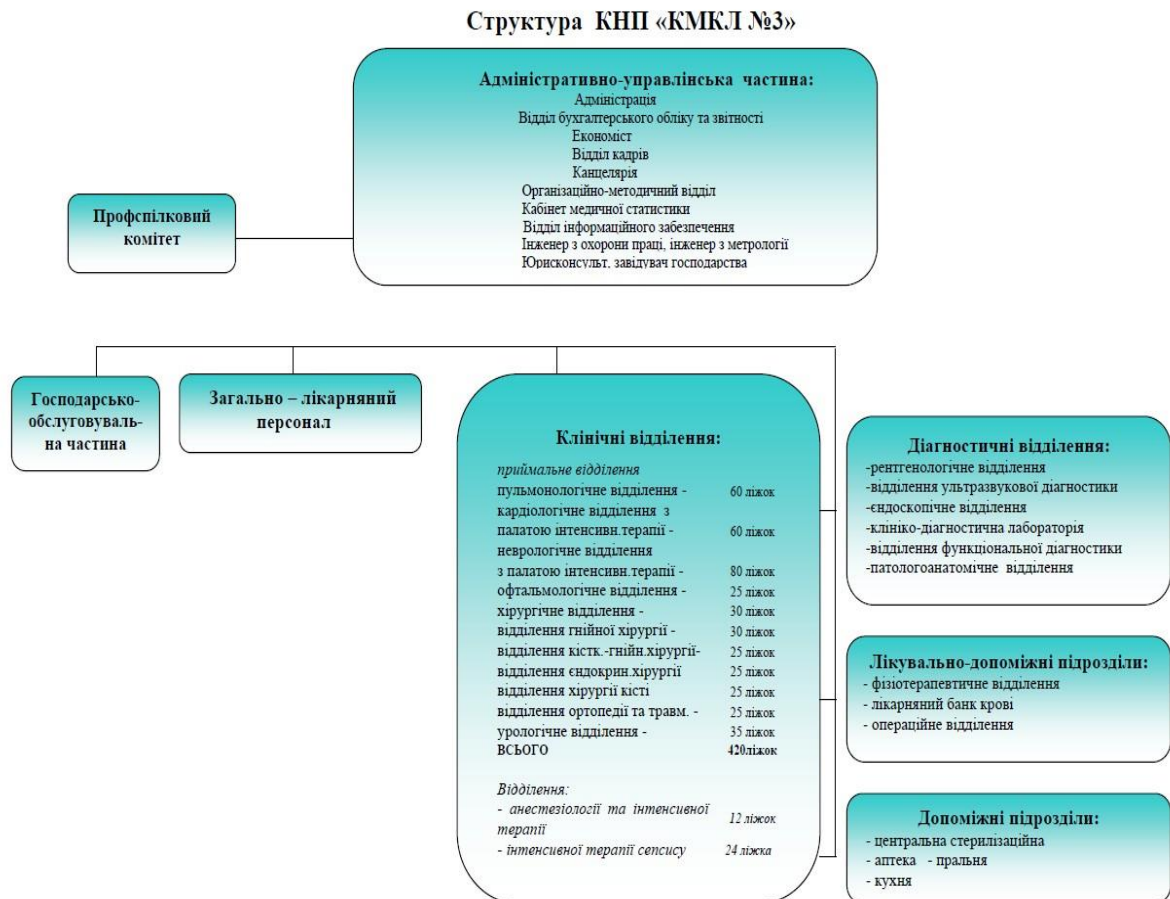


Рис. 2.1. Блок-схема структури КНП «КМКЛ № 3»

КНП «КМКЛ №3» є багатопрофільним лікувальним закладом, що надає як стаціонарну, так і амбулаторну медичну допомогу хірургічного, травматологічного, урологічного, кардіологічного, неврологічного, терапевтичного, офтальмологічного та інших напрямів.

На базі КНП «КМКЛ №3» функціонують чотири клінічні кафедри:

- Кафедра загальної хірургії № 2 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця;

- Кафедра внутрішньої медицини №3 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця;

- Кафедра неврології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця;

- Кафедра урології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика.

Аналіз кадрового забезпечення КНП «КМКЛ №3» проведено у трьохрічній динаміці та наведено у табл. 4.1 [12].

Таблиця 2.2

Середньооблікова численність персоналу КНП «КМКЛ № 3»

Рік/квартал:		2020 2-4 квартал	2021 1-4 квартал	2022 1-4 квартал	2023 3 квартал
К-сть працівни- ків	загалом, осіб	1 520	856	738	701
	керівники	1	1	1	1
	керівники структурних підрозділів	21	33	32	32
	лікарі	194	175	132	128
	середній медичний персонал	256	286	246	231
	молодший медичний персонал	222	218	207	197
	інші працівники	826	143	120	112

Як видно з таблиці, у відповідь на зміну системи фінансування охорони здоров'я, а саме впровадження програми медичних гарантій у повному обсязі (із залученням спеціалізованої медичної допомоги) у 2020 році та відповідно зміну бюджету підприємство відреагувало оптимізацією штату. В знаки дається скорочення посад «інших» (не пов'язаних з основним виробничим процесом – наданням медичних послуг) працівників, які склали левову частину кадрового складу. Відслідковуючи співвідношення кількості лікарів до загальної кількості працівників (рис. 2.2) – найвищий показник спостерігався у 2021 році. У зв'язку з драматичними подіями в країні з початку 2022 року показник дещо погіршився, проте вже в 2023 році прослідковується позитивна динаміка.

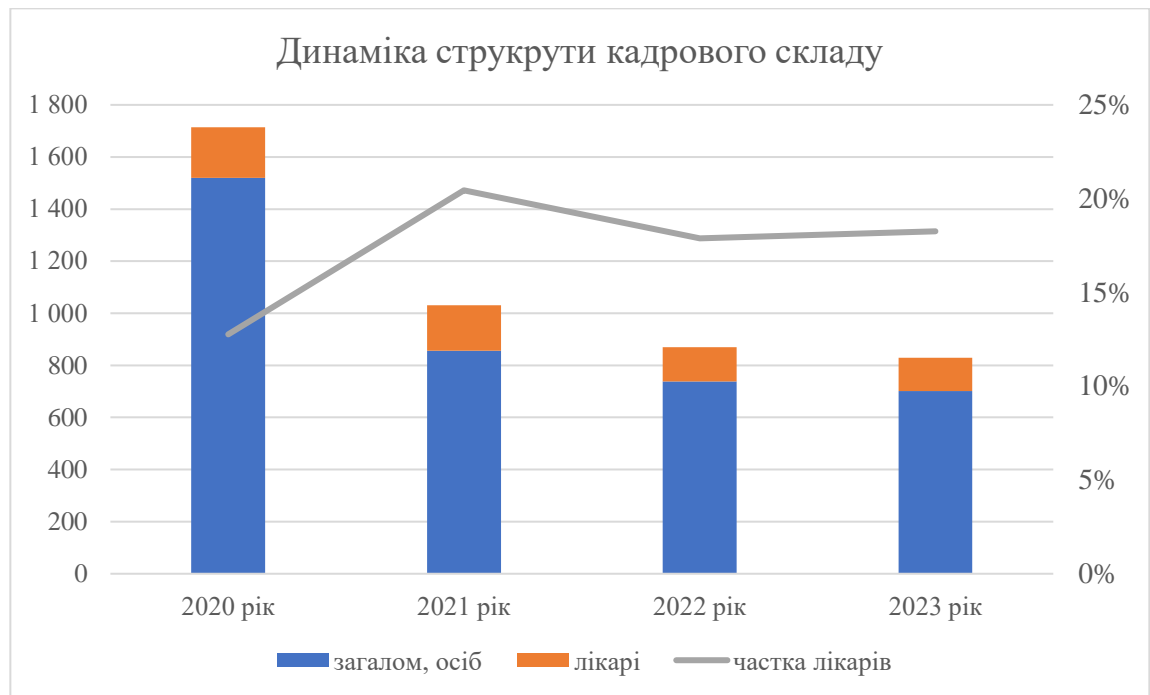


Рис. 2.2. Співвідношення кількості лікарів до загальної кількості персоналу КНП «КМКЛ № 3»

Фінансово-економічний стан доцільно аналізувати за повний календарний рік. Характеристика фінансово-економічної діяльності КНП «КМКЛ №3» на основі даних 2022 року наведена у табл. 2.3.

Таблиця 2.3

Характеристика фінансово-економічної діяльності КНП «КМКЛ №3» за 2022 рік

Категорія показників	Показник	Обсяг коштів
1	2	3
Рух коштів	Грошові кошти та поточні фінансові інвестиції на початок року, тис. грн	85 471,00
	Грошові кошти на початок періоду, тис. грн	85 471,00
	Надходження грошових коштів, тис. грн	314 293,44
	Використання грошових коштів, тис. грн	249 415,94
	Грошові кошти на кінець періоду, тис. грн	150 348,50
	Грошові кошти та поточні фінансові інвестиції на кінець року, тис. грн	150 348,50

Продовження таблиці 2.3

1	2	3		
Надходження	Програма медичних гарантій, тис. грн	264 849,92		
	Платні послуги страхові виплати, тис. грн	586,01		
	Інше, тис. грн	2 653,52		
	Державний бюджет в т. ч. централізовані закупівлі тощо, тис. грн	-		
	Обласний районний та бюджет місцевого самоврядування, тис. грн	64 108,95		
	Благодійна допомога, тис. грн	6 403,82		
Придбання		Витрати на оплату праці, тис. грн	168 419,80	
		Витрати на оплату робіт, послуг, інше, тис. грн	3 420,39	
		Витрати на оплату комунальних послуг та інших енергоносіїв, тис. грн	15 300,21	
		Ремонт, тис. грн	5 725,74	
		Неопераційні витрати, тис. грн	-	
	Придбання, оприбуткування товарно-матеріальних цінностей	Лікарські засоби, тис. грн	16 145,89	
		Кисень, що використовується для медичних цілей, тис. грн	722,58	
		Кров та її компоненти, тис. грн	781,48	
		Вироби медичного призначення та допоміжні засоби, тис. грн	11 725,32	
		Імунобіологічні препарати, лікувальне харчування, тис. грн	-	
		Лікувальне харчування, тис. грн	-	
		Дезінфекційні засоби, тис. грн	41,92	
		Засоби індивідуального захисту, тис. грн	1 827,31	
		Продукти харчування, тис. грн	3 779,79	
		Інше придбання та оприбуткування, тис. грн	2 229,32	
	Капітальні інвестиції	Придбання, створення, тис. грн	32 460,21	
		Модернізація, модифікація, капітальний ремонт, тис. грн	12 231,44	
	Баланс	Необоротні активи	Необоротні активи: початок звітного періоду, тис. грн	597 740,20
			Необоротні активи: кінець звітного періоду, тис. грн	602 285,90
Оборотні активи		Оборотні активи: початок звітного періоду, тис. грн	136 625,40	
		Оборотні активи: кінець звітного періоду, тис. грн	199 864,90	
Усього активи		Усього активи: початок звітного періоду, тис. грн	734 884,10	
		Усього активи: кінець звітного періоду, тис. грн	807 439,90	
Власний капітал		Власний капітал: початок звітного періоду, тис. грн	669 917,10	
		Власний капітал: кінець звітного періоду, тис. грн	750 991,80	

Продовження таблиці 2.3

1	2	3
Довгострокові зобов'язання та забезпечення	Довгострокові зобов'язання та забезпечення: початок звітного періоду, тис. грн	43 067,70
	Довгострокові зобов'язання та забезпечення: кінець звітного періоду, тис. грн	39 095,00
Поточні зобов'язання та забезпечення	Поточні зобов'язання та забезпечення: початок звітного періоду, тис. грн	21 899,30
	Поточні зобов'язання та забезпечення: кінець звітного періоду, тис. грн	17 353,10
Зобов'язання, пов'язані з необоротними активами	Зобов'язання, пов'язані з необоротними активами: початок звітного періоду, тис. грн	-
	Зобов'язання, пов'язані з необоротними активами: кінець звітного періоду, тис. грн	-
Усього пасиви	Усього пасиви: початок звітного періоду, тис. грн	734 884,10
	Усього пасиви: кінець звітного періоду, тис. грн	807 439,90

Фінансовий результат підприємства за 2022 рік позитивний, в цілому досить збалансований. Витрати на оплату праці становлять 50% від загального показника надходжень та 64% від надходжень за договором про надання медичних послуг за програмою медичних гарантій. 9% відсотків від загального показника надходжень витрачено на лікарські засоби, медичні вироби. При аналізі наведених показників необхідно зважати на зміни в країні спричинені широкомасштабною війною. Варто детальніше зупинитися на структурі надходжень в 3-х річній динаміці (табл. 2.4) [12].

З наведених даних, можна відзначити, що левову частину надходжень підприємства становлять кошти отримані за договором про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій. Крім того, вагому частку становить фінансування з міського бюджету. Збільшення фінансування з міського бюджету у 2021 році пов'язано із заходами щодо подолання пандемії COVID-19. Про те, як бачимо, фінансування з міського бюджету не є рівномірним і чітко прогнозованим. На цей фактор необхідно зважати при плануванні та прийнятті стратегічних управлінських рішень.

Порівняно невелика частка платних послуг та інших надходжень – виклик можливостей для керівництва закладом.

Таблиця 2.4

Структура надходжень КНП «КМКЛ №3»

Рік		2020	2021	2022
		2-4 квартал	1-4 квартал	1-4 квартал
1		2	3	4
Надходження, всього	тис. грн	341 154,91	434 617,15	338 602,22
Програма медичних гарантій	тис. грн	160 376,33	250 050,29	264 849,92
	%	47%	58%	78%
Платні послуги, страхові виплати	тис. грн	874,90	904,89	586,01
	%	0,26%	0,21%	0,17%
Державний бюджет (в т.ч. централізовані закупівлі, тощо)	тис. грн	63 215,61	0	0
	%	19%	0%	0%
Обласний, районний та бюджет місцевого самоврядування	тис. грн	65 828,45	176 831,18	64 108,95
	%	19%	41%	19%
Благодійна допомога	тис. грн	48 695,42	4 507,29	6 403,82
	%	14%	1%	2%
Інше	тис. грн	2 164,20	2 323,50	2 653,52
	%	1%	1%	1%

Порівняно з 2020 роком сума надходжень в рамках програми медичних гарантій росте, але не рівномірно. З урахуванням того, що фінансування за договором з НСЗУ базується на кількості наданих медичних послуг, для більш ґрунтовного аналізу пропонується розглянути динаміку сум укладених договорів по пакетно, що наведена у табл. 2.5 [29].

Таблиця 2.5

Пакетний розподіл суми договору за програмою медичних гарантій

Назва пакету медичних послуг	2020	2021	2022
1	2	3	4
Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	62 717 920 ₴	50 672 651 ₴	85 555 256 ₴
Стаціонарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	62 258 545 ₴	42 747 865 ₴	29 458 434 ₴
Медична допомога при гострому мозковому інсульті	21 498 597 ₴	2 848 056 ₴	29 688 015 ₴

Продовження таблиці 2.5

1	2	3	4
Медична допомога дорослим та дітям в амбулаторних умовах (профілактика, спостереження, діагностика, лікування та медична реабілітація)	19 351 ₴	263 307 ₴	207 941 ₴
Езофагогастродуоденоскопія	0,00 ₴	62 400 ₴	689 082 ₴
Колоноскопія	0,00 ₴	84 080 ₴	537 334 ₴
Цистоскопія	0,00 ₴	1 730 ₴	103 282 ₴
Стационарна допомога пацієнтам з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-COV-2	69 051 129 ₴	85 966 946 ₴	110 574 120 ₴
Перехідне фінансове забезпечення комплексного надання медичних послуг закладами охорони здоров'я, умови яких застосовуються з 01.09.2020	17 511 407 ₴		
Готовність до реагування на інфекційні захворювання та епідемії			12 642 120₴
Забезпечення кадрового потенціалу системи охорони здоров'я шляхом організації надання медичної допомоги із залученням лікарів-інтернів			577 548 ₴
Загальна сума договорів з НСЗУ	233 058 971 ₴	182 649 058 ₴	270 035 155 ₴

Провівши аналіз інформації з таблиці можна зробити наступні висновки:

- кількість основних пакетів за 3-х річний період не зазнала значних змін;
- тренд до збільшення вартості пакетів;
- провали за певними пакетами у 2020 році можуть бути пояснені невірним звітуванням про надані медичні послуги через електронну систему охорони здоров'я;
 - зниження терапевтичних випадків та підвищення хірургічних відображає попит на медичні послуги обумовлений зовнішніми чинниками (пацієнти з COVID-19 обліковуються в окремому пакеті);
 - наявність пакету «Перехідне фінансове забезпечення» у 2020 році відображає зниження фінансування за ПМГ порівняно з субвенційним бюджетом 2019 року.

Варто відзначити досить високу розрахункову суму договору у 2022 році, що частково обумовлено наявністю окремого пакету «Стаціонарна допомога пацієнтам з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-COV-2». Натомість у 2023 році розрахункова вартість договору значно мєша (190 701 300 грн). Це характерно для більшості закладів охорони здоров'я, які надавали медичні послуги за вказаним пакетом. Зміну пріоритетів у політиці охорони здоров'я, яка відображається у зміні «кошику» державної закупівлі медичних послуг, можна віднести як один з факторів великого ступеню невизначеності та складності у прогнозуванні, на що в свою чергу необхідно зважати в контексті стратегічного планування. Крім того, відзначається значний ріст за пакетом «Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах», це відображає основний профіль лікарні та відновлення планової госпіталізації у 2022 – 2023 роках, яка була призупинена під час пандемії COVID-19.

За даними бухгалтерської звітності КНП «КМКЛ №3» за 2022 рік частка видатків на оплату праці становить 71%, при цьому 11% від загальних видатків спрямовано на капітальні інвестиції [12]. Дані показники вказують на збалансованість надходжень та витрат.

Підсумувавши викладене можна зробити висновок, що основою бюджету для підприємства є програма медичних гарантій. Відтак конкуренція в цьому сегменті має характер нецінової: «за пацієнтів, що потребують планової стаціонарної допомоги» та «за маршрутизацію ургентних пацієнтів». Оптимізація витрат, зокрема на забезпечення кадрового складу є однією з основних можливостей для підвищення економічної ефективності підприємства.

2.2. Аналіз системи управління КНП «Київська міська клінічна лікарня № 3» ВОКМР (КМДА)

У КНП «КМКЛ № 3» застосований функціональний тип управління. Кожен лінійний керівник у функціональному відношенні підкоряється тільки

відповідному вищому за ієрархією функціональному керівникові. Але окремі функціональні керівники, як і лінійні, через специфічність виконання окремих обов'язків або службово-виробничої необхідності, змушені поширювати свої службові повноваження на посадових осіб і співробітників, що знаходяться в прямому підпорядкуванні в інших функціональних керівників (рис.2.3.).

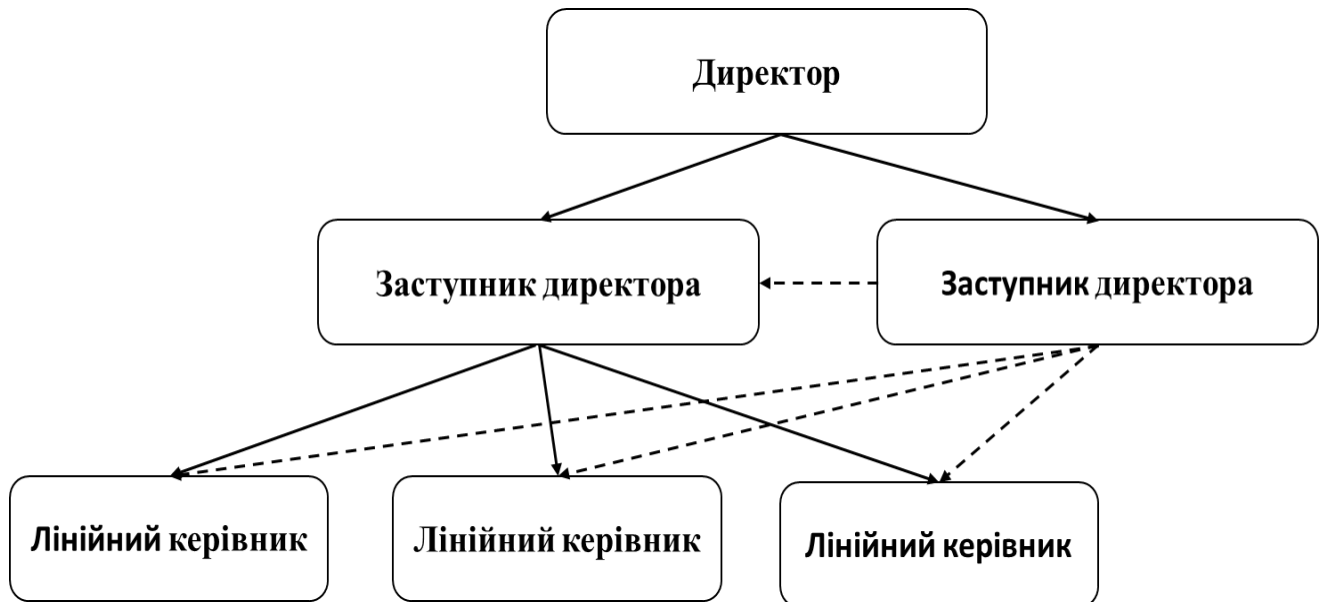


Рис. 2.3. Тип ієрархічних відносин

Вищий керівний склад представлений наступними посадами:

- Директор;
- Заступник директора з медичної частини;
- Заступник директора з медсестринства;
- Заступник директора з організаційно-методичної роботи;
- Заступник директора з економічних питань;
- Заступник директора з технічних питань;
- Головний бухгалтер;
- Начальник відділу кадрів.

Нижчий рівень керівної ланки представлений завідуючими клінічними, діагностичними та допоміжними підрозділами. Заступники директора та керівники підрозділів мають свободу у виборі та реалізації управлінських рішень в межах наділених повноважень, та використовують елементи демократичного підходу.

Варто відзначити високі професійні та особисті якості вищого керівного складу, в частині підготовки з сучасного менеджменту та значний професійний досвід. І хоча ієрархічний централізований підхід є негнучкою системою, проте забезпечує дисципліну та відповідальність, а впровадження демократичних елементів управління на нижчих ланках керівництва є гармонізуючим фактором.

Ієрархічна система характеризується авторитарністю, що, обмежує гнучкість, демократичність, інноваційність та ініціативність в управлінській діяльності. Це, в свою чергу, зменшує респонсивність, можливість працювати у швидкому темпі за відповідним управлінським пакетом. Для технологічно-організованих систем, зокрема і для системи медичної допомоги населенню, прямолінійні типи управління, ієрархічна підпорядкованість, жорсткі рамки службово-посадових відносин, кабінетна практика прийому рішень на сьогодні є застарілими та малоефективними [3]. Відповідно актуалізується необхідність щодо розробки та впровадження схем-моделей управління в КНП «КМКЛ №3» заснованих на засадах сучасного менеджменту: соціократичної чи холакратичної системи.

Соціократія характеризується набором інструментів для формування домовленостей між співробітниками, принципів і правил поведінки в організації, варіантів реагування на виклики та зміни.

Холакратія – це система управління, в якій: влада зосереджена не в окремих людей, а в наборі правил; посадові обов'язки замінені ролями; прийняття рішень надаються працівникам організації; розподіл відповідальності лідерів і співробітників здійснено в рамках їх ролей. Холакратію можна віднести до схеми-моделі децентралізованої системи влади, де сама система побудована таким чином, що кожний співробітник може впливати на життя організації та обіймати повноту влади у рамках своєї ролі та зобов'язань. Відмінною рисою холакратії є використання соціократичного методу кругової структури системи управління організації, яка має вид кіл (зовнішніх і внутрішніх). При цьому співробітники об'єднуються в управлінські функціональні кола за ролями і можуть бути одночасно учасниками декількох

кіл. Роль – це не посадові обов'язки; роль визначається відповідно до чіткого формату із зазначенням імені та прізвища, цілі, можливих «сфер» контролю і відповідальності, поточних завдань. Холакратична схема-модель може здійснюватися у чітких правових межах, процедурах і механізмах реальної участі й можливості впливу співробітників на процеси управління, що вимагає розробки чітких правил [3].

До переваг холакратії відносять підвищення гнучкості, ефективності, прозорості, інноваційності системи управління, збільшення мотивації учасників команди, зменшення суб'єктивізму, гендерних моделей при вчиненні дій [3]. Водночас така система складна для впровадження, особливо для трансформації з інших систем. У процесі переходу можливі помилки, інерція, ігнорування, супротив тощо.

Для забезпечення гнучкості процесу управління та співставності зі змінами системи охорони здоров'я в КНП «КМКЛ №3» доцільно розглянути можливості впровадження елементів холакратичної системи з чіткими правилами, а не посадами. Найшвидший та найпомітніший ефект від впровадження елементів холакратії можливий в разі її розгортання на рівні керівників структурних підрозділів. Одним з таких управлінських функціональних кіл можуть бути об'єднання керівників та/або власне лікарів клінічних структурних підрозділів з метою покращення якості внесення медичної інформації в Електронну систему охорону здоров'я (що в свою чергу позначиться на сумі договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій).

Управлінська система медичної допомоги, як і будь-яка інша, у структурно-функціональному відношенні складається з трьох обов'язкових складових частин – суб'єкта управління, об'єкту управління та блоку наукового регулювання або служби інформаційно-аналітичного забезпечення

У КНП «КМКЛ №3», як управлінській системі, вказані складники представлені наступним чином:

- Суб'єкт управління (апарат управління) - керівний склад;

- Об'єкт управління – безпосередньо медичний персонал та виконавський персонал допоміжних підрозділів;
- Служба інформаційно-аналітичного забезпечення – організаційно-методологічна частина.

З метою аналізу КНП «КМКЛ №3» як управлінської системи пропонується використати системний підхід у розрізі шести аспектів: системно-компонентного, системно-функціонального, системно-структурного, системно-інтегративного, системно-комунікаційного, системно-історичного.

Системно-компонентний аспект. Апарат управління (АУ) КНП «КМКЛ №3» повністю укомплектований кадрами. Структурно-функціональні підрозділи АУ представлені наступними: директор, заступники директора, відділ кадрів, економічний підрозділ, відділ бухгалтерського обліку та звітності, організаційно-методологічний відділ, відділ інформаційного забезпечення, канцелярія, підрозділ охорони праці та метрологічного забезпечення, підрозділ юридичного забезпечення та підрозділ адміністративного забезпечення, керівники структурними підрозділами. Кадровий резерв не сформований, за необхідністю заміщення відбувається з поміж штатних працівників. Диференціація працівників на чотири службово-функціональні групи представлено в табл. 2.6.

Отже, спостерігається диспропорція у розподілі управлінських функцій. Головні функції занадто сконцентровані на одній особі, що знижує ефективність управлінської діяльності. Заступники директора не повною мірою можуть використовувати службово-посадові повноваження, оскільки не наділені правом видачі службово-розпорядчих документів та певною мірою обмежені в прийнятті рішень.

Збільшення делегованих повноважень на заступників директора та, відповідно, перевід їх у службово-функціональну групу І, а також впровадження роботи Ради громадського контролю, матиме позитивний вплив на оптимізацію роботи управлінської системи підприємства.

Таблиця 2.6

Службово-функціональні групи АУ КНП «КМКЛ №3»

Група працівників АУ	Характеристика
I. Виконавці головних управлінських функцій	Головні у правлінські функції виконує директор, прийняття важливих управлінських рішень з можливістю застосування розпорядчих документів не делеговані заступникам (<5% від керівного складу)
II. Виконавці допоміжних управлінських функцій	Заступники директора, головний бухгалтер, начальник відділу кадрів, окремі фахівці (юрисконсульт., завідуючий господарством, інженер з охорони праці). Персонал виконавців допоміжних функцій складає левову долю від всього персоналу АУ (>70% від керівного складу) .
III. Виконавці додаткових та опосередкованих функцій	Секретар, статист, канцелярія та інші. Спостерігається формальне відношення до власне управлінських функцій (25% керівного складу)
IV. Громадські організації та позаштатні структури	Не залучені в прийняття управлінських рішень (хоча функціонування ради громадського контролю передбачене статутом підприємства).

Системно-функціональний аспект передбачає визначення службового статусу кожного співробітника; тип їх службової-посадової субординації залежно від посади, виду управління чи специфіки вирішуваних управлінських завдань; наділ делегованих повноважень і додаткових обов'язків; складання пакетів документів під конкретні управлінські ситуації; розробку положень і посадових документів, як і критеріїв оцінки праці, а також інструкцій, методичних матеріалів та інше [3]. У КНП «КМКЛ №3» системно-функціональний аспект представлений наступними особливостями:

- всі посадові особи мають службово-посадові інструкції;
- в положеннях про підрозділи та посадових інструкціях невичерпно (формально) описаний розділ «взаємодія» з іншими підрозділами;
- плани роботи мають формальну складову та не містять координаційних заходів та заходів аналізу зворотного зв'язку.

Отже з точки зору системно-функціональний аспект в КНП «КМКЛ №3» є прогалини з функціями взаємодії, планування та зворотного зв'язку. Вказані

функції є ключовими у відповідних фазах процесу управління. Відтак, недоліки є системними та потребують вжиття заходів, щодо їх усунення.

Системно-структурний аспект системного підходу припускає розв'язання питань організації внутрішнього взаємозв'язку в АУ між його компонентами та елементами [3]. У КНП «КМКЛ №3» на першому ієрархічному рівні (директор – заступники) застосовується лінійний тип управління. На другому ієрархічному рівні (заступники директора – керівники структурних підрозділів) застосовується функціональний тип управління.

На третьому ієрархічному рівні (керівники структурних підрозділів – виконавці) застосовується лінійний тип управління. Водночас, з урахуванням найбільшої концентрації управлінського персоналу у другій службово-функціональній групі, загальний превалюючий тип управління в АУ підприємства – функціональний. При цьому варто відзначити стійкі неформальні зв'язки між управлінськими ланками.

Схеми руху інформації в більшості – не затверджені документально.

Системно-інтегративний аспект системного підходу при організації АУ забезпечується чинниками, які утримують систему як єдине ціле та сприяють її розвитку [3]. Вагомим поштовхом до розвитку системно-інтегративного аспекту стала пандемія COVID-19: набутий досвід у організації роботи підприємства в у нових умовах, як власне в КНП «КМКЛ №3», так і в інших закладах охорони здоров'я насамперед м. Києва, став базисом для впровадження управлінсько-розпорядчих документів на основі науково-практичних знань.

В найгостріші періоду спалаху захворюваності використовувались, не характерні до цього в підприємстві, штабний тип управління з початковими елементами холакратичної системи на рівні третього ієрархічного рівня. Проте, вони не набули подальшого розвитку.

Системно-комунікаційний аспект характеризує механізми зовнішньої взаємодії. У КНП «КМКЛ №3» системно-комунікаційний аспект знаходиться на досить високому рівні. Це практично забезпечується як виконанням

розпорядчих документів Департаменту охорони здоров'я ВОКМР (КМДА) (розпорядчі документи щодо маршрутизації пацієнтів), так і власних управлінських схем підприємства.

Зокрема, розроблені та впровадженні організаційно-розпорядчі документи щодо залучення фахівців інших медичних закладів міста, в разі необхідності, для надання медичної допомоги пацієнтам в рамках договорів співпраці. Розроблені та впроваджені схеми роботи з підрядними організаціями. Водночас, управлінські схеми взаємодії з громадськими та пацієнтськими організаціями потребують уваги (нерозроблені).

Системно-історичний аспект. З моменту створення КНП «КМКЛ №3» зазнало досить багато перетворень, реорганізацій, поділів, централізації як територіальне медичне об'єднання тощо. Частина керівного складу АУ є носієм цих історичних подій, що дозволяє враховувати певні прогностичні моделі при аналізі змін, як у медичній галузі країни, так і м. Києва.

Отже, за результатами системного підходу при аналізі АУ КНП «КМКЛ №3» виявлено диспропорцію у розподілі управлінських функцій з їх концентрацією на «першій особі», прогалини з функціями взаємодії, планування та зворотного зв'язку, нерозроблені комунікаційні стратегії з громадськими організаціями та пацієнтами.

Прийнято виділяти наступні технолого-функціональні фази процесу управління:

- I. Розробка та ухвалення управлінських рішень;
- II. Планування реалізації управлінських рішень;
- III. Доорганізація системи;
- IV. Регулювання системи;
- V. Контроль реалізації рішень і діяльності системи [3].

Перша фаза – одна з найвідповідальніших. Основними етапами раціонального наукового підходу прийняття управлінських рішень є:

- діагноз проблеми;
- формулювання критеріїв для прийняття рішень;

- пошук альтернатив;
- оцінка альтернатив;
- вибір альтернативи та прийняття рішення;
- зворотній зв'язок щодо вирішення проблеми [15].

З метою підвищення обґрунтованості рішень, можливості вибору серед альтернативних варіантів оптимального, усунення небезпеки суб'єктивізму, на етапі його розробку можливе використання об'єктивного зіткнення думок фахівців, що реалізується методом дискусії, мозкового штурму, колективного обговорювання, голосування «за і проти», ділової гри, конференції ідей та інші [3].

У КНП «КМКЛ №3», не зважаючи на ієрархічну систему, при виборі альтернатив вищий керівний склад періодично використовує методи дискусії, колективного обговорення. Інші зазначені методи практично не використовуються. При такому підході прийняття управлінського рішення найбільше залежить від професіоналізму керівника.

Слабкими ланками в системі управління КНП «КМКЛ №3» можуть виступати фази планування, доорганізації та контролю. Фаза доорганізації може включати уточнення сфери, області та масштабів діяльності суб'єкта управління в межах управлінського рішення, встановлення адекватних схем діяльності; перегляд інформаційних потреб і схем інформаційного забезпечення в апараті управління; орієнтацію колективу на максимально ефективне виконання завдань, забезпечення «психологічного комфорту» в колективі в цілому чи колективі співробітників, які безпосередньо пов'язані з реалізацією управлінського рішення [3].

Доорганізація певної мірою залежна від взаємозв'язків в управлінській системі. У КНП «КМКЛ №3» в більшості наказів підприємства ці зв'язки не зазначені. Крім того, в положеннях про структурні підрозділи та посадові інструкції розділу «взаємозв'язки» приділено недостатню увагу. Фактично взаємозв'язки сформовані історично і носять неформальних характер. При цьому виникає залежить від «примх» конкретних посадовців або виконавців.

Фаза контролю носить адміністративний характер та не дає повноти зворотного зв'язку, а це позбавляє можливості корекції управлінського рішення. Не можна стверджувати, що вказані фази процесу управління відсутні в закладі, проте рівень інформаційного забезпечення процесів, що їх обумовлює та пов'язує, потребує удосконалення.

У процесі управлінні виділяється три послідовних і взаємозв'язаних технологічних циклів: інформаційний, логіко-розумовий та організаційний.

Інформаційний цикл включає інформаційне забезпечення управління, тобто сукупність інформаційних ресурсів, засобів, методів і технологій, сприяючи ефективному проведенню всього процесу управління, в тому числі розробки і реалізації управлінських рішень.

У межах інформаційного циклу реалізуються переважно технічні операції роботи з інформацією, які включають: збір і первинну обробку інформації (кодування, групування, складання таблиць, статистична обробка та ін.); складання довідок; прийом, реєстрацію, підготовку і випуск документів; контроль виконання; прийом і передачу оперативних повідомлень; планування робочого часу і заходів [3].

У КНП «КМКЛ №3» більшість цих функцій виконує організаційно-методологічна служба. Із впровадженням медичної інформаційної системи на підприємстві аналіз інформації про надані медичні послуги, кадровий склад вийшов на якісно новий рівень. Забезпечення АУ оперативного доступу до простого аналітичного інструментарію надає можливості для прийняття обґрунтованих управлінських рішень.

Варто зазначити, що інструментарій розвинутих медичних інформаційних систем набагато більший, ніж можливість звітування про надані медичні послуги. Впровадження модулів бухгалтерського обліку, обліку лікарських засобів, медичних виробів значно розширює, уніфікує інформаційні звіти, що дозволяє проводити якісний, швидкий та точний аналіз. КНП «КМКЛ №3» не використовує такі модулі, а лише обмежується базовим функціоналом.

Розгортання додаткових модулів інформаційної системи потребує фінансових ресурсів та навчання персоналу.

З першого розділу дослідження з урахуванням видатків закладу можна припустити, що фінансова складова не є лімітуючим фактором, натомість мотивація до інновацій, готовність до змін АУ є низькою, що ще раз показує, що ієрархічна, авторитарна система управління не повністю відповідає вимогам часу.

На межі організаційного та інформаційного циклів знаходяться автоматизовані системи електронного документообігу. У КНП «КМКЛ №3» розгорнута система електронного документу обігу «АСКОД». Проте її впровадження обмежене зовнішньою взаємодією (найбільше з Департаментом охорони здоров'я ВОКМР (КМДА)).

Для процесів власне управлінням підприємством автоматизована система електронного документообігу не використовується.

У межах логіко-розумового циклу реалізуються переважно логічні й творчі операції роботи з інформацією. Логічні операції включають альтернативні розрахунки по розробленому алгоритму, розробку варіантів або вибір рішень за наявними варіантами (планування матеріально-технічного постачання, розробка бізнес-плану, стратегії розвитку тощо) [3].

Варто відзначити низький рівень стратегічного планування у КНП «КМКЛ №3». Стратегічні та тактичні плани в більшості побудовані формально, контроль за виконанням частковий. Ціллю планування виступає зовнішній фактор (вимоги ДОЗ ВОКМР (КМДА)), а не ініціатива керівників підприємства.

Щодо шляхів управління в КНП «КМКЛ №3» використовується прямий шлях: управління за принципом прямих, жорстко регламентованих, дій (наказ, доручення) з використанням авторитарного стилю.

Стратегічний і частково тактичний вид управління в КНП «КМКЛ №3» сконцентровані на першому ієрархічному рівні (директор підприємства). Визначена, частина тактичного виду управління нижчого рівня реалізується на

рівні заступників директора (другий ієрархічний рівень), оперативне управління реалізується на рині керівників підрозділів.

Щодо ситуаційного виду управління – рівень виконавця варіюється в залежності від складності проблеми.

Отже процес управління в КНП «КМКЛ № 3» має ряд недоліків щодо типових фаз (планування, доорганізації та контролю), а також технологічних циклів (низька залученість новітніх автоматизованих інформаційних інструментів, концентрації тактичного управління на вищій ієрархічній ланці, формальний підхід до стратегічного планування).

В більшості, ці недоліки умовно можна назвати «спадковими хворобами», які перейшли до підприємства з часів комунального закладу та вимагають послідовного, методичного, науково-обґрунтованого впровадження новітніх технологій менеджменту. Водночас, це відображається на конкурентоспроможності підприємства: брак стратегічного підходу та гнучких рішень.

2.3. Аналіз конкурентного середовища та оцінка конкурентоспроможності підприємства

Спеціалізовану стаціонарну медичну допомогу з поміж закладів, які уклали договір про надання медичних послуг за програмою медичних гарантій у м. Києві надають лише комунальні та з 2023 року державні некомерційні підприємства [29]. У столиці присутні заклади охорони здоров'я приватної форми власності, які надають такий спектр медичної допомоги, але вони не уклали угоди з Національною службою здоров'я України та надають послуги на платній основі для пацієнта. Відтак оцінювати конкурентні переваги настільки різних груп підприємств не є методологічно коректно. В табл. 2.7. наведено заклади охорони здоров'я, які надають стаціонарну спеціалізовану медичну допомогу для дорослого населення у м. Києві. З конкурентної групи, за ознакою типовості пацієнта, виокремлено пологові будинки, дитячі лікарні, заклади, спеціалізовані на певному профілі патології (онкологічні диспансери,

психіатричні лікарні, дерматовенерологічні заклади тощо). Таким чином визначено чіткий ринковий сегмент та конкурентну групу підприємств.

Таблиця 2.7

Конкурентна група закладів охорони здоров'я

Повна назва	Скорочена назва
КНП "ОЛЕКСАНДРІВСЬКА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ М. КИЄВА" ВОКМР (КМДА)	ОКЛ
КНП "КИЇВСЬКА МІСЬКА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ №1" ВОКМР (КМДА)	КМКЛ №1
КНП "КИЇВСЬКА МІСЬКА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ №2" ВОКМР (КМДА)	КМКЛ №2
КНП "КИЇВСЬКА МІСЬКА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ №3" ВОКМР (КМДА)	КМКЛ №3
КНП "КИЇВСЬКА МІСЬКА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ №4" ВОКМР (КМДА)	КМКЛ №4
КНП "КИЇВСЬКА МІСЬКА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ №5" ВОКМР (КМДА)	КМКЛ №5
КНП "КИЇВСЬКА МІСЬКА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ №6" ВОКМР (КМДА)	КМКЛ №6
КНП "КИЇВСЬКА МІСЬКА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ № 7" ВОКМР (КМДА)	КМКЛ №7
КНП "КИЇВСЬКА МІСЬКА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ №8" ВОКМР (КМДА)	КМКЛ №8
КНП "КИЇВСЬКА МІСЬКА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ №9" ВОКМР (КМДА)	КМКЛ №9
КНП "КИЇВСЬКА МІСЬКА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ №10" ВОКМР (КМДА)	КМКЛ №10
КНП "КИЇВСЬКА МІСЬКА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ № 11" ВОКМР (КМДА)	КМКЛ №11
КНП "КИЇВСЬКА МІСЬКА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ № 12" ВОКМР (КМДА)	КМКЛ №12
КНП "КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ №15 ПОДІЛЬСЬКОГО РАЙОНУ МІСТА КИЄВА" ВОКМР (КМДА)	КМКЛ №15
КНП "КИЇВСЬКА МІСЬКА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ № 17" ВОКМР (КМДА)	КМКЛ №17
КНП "КИЇВСЬКА МІСЬКА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ №18" ВОКМР (КМДА)	КМКЛ №18
КНП "КИЇВСЬКА МІСЬКА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ ШВИДКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ" ВОКМР (КМДА)	КМКЛШМД

З точки зору інституційної складової досліджуваного конкурентного середовища варто відзначити наступні особливості. У всіх закладів охорони здоров'я один власник та орган управління. Департамент охорони здоров'я виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації) (далі – ДОЗ) не тільки реалізує політику у сфері охорони здоров'я на адміністративно-територіальній одиниці [22], а і призначає керівників. Заклади охорони здоров'я підзвітні та підконтрольні ДОЗ. З одної сторони така ситуація дозволяє чітко будувати маршрути пацієнтів, регулювати диференціацію надавачів, реалізувати місцеві програми у сфері охорони здоров'я, в цілому системно підходити до надання медичної допомоги в межах міста, з іншої – несе певні корупційні ризики та суб'єктивні моделі розвитку. Водночас, на вказані аспекти має вплив Київська міська рада та безпосередньо

громадськість міста (через участь у наглядових радах підприємств, інструменти петицій, вибір депутатського корпусу та міського голови тощо). Отже для керівника такого підприємства важливо зберігати гнучкість і баланс між інтересами безпосереднього роботодавця (ДОЗ), власника (КМР), громадськістю та, найважливіше, пацієнта.

Структурна складова конкретного середовища представляє собою групу із 17-ти закладів охорони здоров'я. Структура ринку набуває ознак олігополістичної конкуренції, що виражається у обмеженій кількості надавачів, складності входу на ринок нових надавачів, нецінової конкуренції. Варто відзначити і історичний аспект: більшість закладів побудовані (або розширені) наприкінці 70-х початку 80-х років минулого сторіччя. Типовість проектів, місць розташування та складу лікарень обумовлені принципами розвитку тодішньої системи охорони здоров'я. Суттєві відмінності між сучасними закладами, серед іншого, пов'язані з різним інвестуванням в них. Не у всіх закладах проведені сучасні ремонти, встановлено дороговартісне обладнання. Політика таких інвестицій на місцевому рівні фрагментована і не завжди послідовна. Так у 2023 році лише з 3-ма київськими лікарнями укладено договір про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій за пакетом «Медична допомога при гострому інфаркті міокарда». Тобто, лише 3 лікарні відповідають вимогам специфікацій за пакетом, а саме наявності системи рентгенівської ангіографічної для можливості проведення коронарографії [29].

Головною особливістю функціональної складової конкурентного середовища виступає маршрутизація пацієнтів розпорядчими документами ДОЗ. Це стосується як ургентних пацієнтів, так, частково, планової допомоги. Бригади екстреної медичної допомоги відповідно до затвердженого графіку госпіталізацій здійснюють госпіталізацію пацієнтів у визначені заклади охорони здоров'я. В основу таких графіків покладено день тижня та район міста, з якого госпіталізують пацієнта. Крім того, визначені і критерії для перевезення пацієнтів між закладами охорони здоров'я [24]. Цей фактор значно

впливає на конкурентоспроможність підприємства і напряму не залежить від дій менеджменту закладів.

Загальну оцінку конкурентоспроможності в даному сегменті ринку пропонується проводити за допомогою методу бенчмаркінгу. Це дозволить порівнювати конкурентів за різними параметрами між собою. З урахуванням «молодості» ринкового сегменту та відсутності явного лідера-взірця, а також важкість моделювання умовного взірця – саме порівнюючи підприємства можна оцінювати кращі управлінські практики.

Окресливши конкурентне середовище перед безпосередньою оцінкою конкурентоспроможності підприємства варто розглянути загальну схему-модель конкуренції в даному сегменті рис. 2.4. Схема дозволить зрозуміти основу для проведення бенчмаркінгу та виокремити показники для оцінки та порівняння.

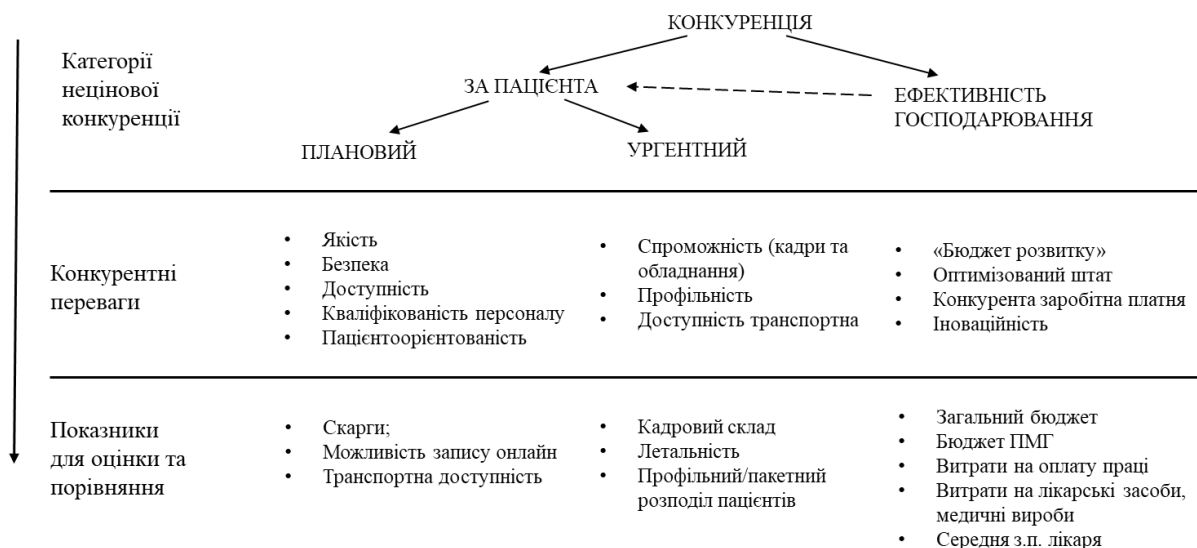


Рис. 2.4. Схема-модель конкурентного середовища

Модель нецінової конкуренції в конкретних умовах конкурентного середовища передбачає конкуренцію «за пацієнта». Якщо це пацієнт, який потребує планової медичної допомоги – конкуренція за формою класична нецінова у сфері надання послуг. Водночас конкуренція за ургентного пацієнта – опосередкована, адже в такому разі пацієнт самотійно не обирає надавача медичних послуг. Конкуренція за пацієнта, який знаходиться у невідкладному стані, в основному передбачає собою боротьбу за включеність і масштаб

включення у маршрут госпіталізації, який формується ДОЗ на основі спроможності надавачів.

В свою чергу «спроможність» обумовлена ефективністю господарювання та управління підприємством. Своєчасне визначення пріоритету діяльності, стратегічне бачення перспективи та можливість гнучко реагувати на зміни у галузі та в країні в цілому мають стати основою світогляду менеджера медичного підприємства.

Як основа для проведення бенчмаркінгу пропонується використовувати відкриті загальнодоступні дані галузевої статистичної звітності за 2022 рік. Це дозволяє підприємству самостійно проводити бенчмаркінг, не залучаючи конкурентів, а також забезпечує можливість проведення повторних оцінок та їх порівняння між собою.

Показники для оцінки пропонується розділити на чотири логічні блоки:

1. Фінансово-економічний блок;
2. Кадровий блок;
3. Блок медичних послуг;
4. Пацієнтоорієнтовані аспекти.

Фінансово-економічний блок включає показники загальних надходжень, надходжень за програмою медичних гарантій, витрат на оплату праці та на забезпечення лікарськими засобами, медичними виробами.

Кадровий блок включає показник загальної кількості персоналу підприємства, з них лікарів та середню заробітну плату лікаря.

Блок медичних послуг складається з ліжкового фонду, кількості пролікованих пацієнтів (виписаних та померлих), летальності, кількості електронних медичних записів за категоріями пакетів медичних послуг.

Блок пацієнтоорієнтованих аспектів з кількісних об'єктивних даних включає лише показник кількості скарг від пацієнтів направлених до Національної служби здоров'я України. Інші показники мають характер якісних та можуть носити суб'єктивний характер (можливість запису на прийом онлайн, транспортна доступність, розташування відносно р. Дніпро).

В кожному блоці визначено ключові показники, які оцінено за бальною системою у вигляді рейтингу. Місце у рейтингу дорівнює нарахованим балам. У блоці паєнтоорієнтованих аспектів з урахуванням можливої суб'єктивності бальна система дискретна (так/ні, 3 і 0 балів відповідно).

Надалі проведено суму балів та відповідно рейтингування підприємств. Загальну таблицю бенчмаркінгу наведено в додатку А. Ключові показники, за якими проводилось бальне рейтингове оцінювання наведені у табл. 2.8.

Таблиця 2.8

Ключові показники рейтингування

Блок показників	Показник	Характеристика
Фінансово-економічний блок	Загальні надходження	Характеризують отримання коштів з усіх джерел
	Надходження за ПМГ	Характеризують отримання коштів за договором з НСЗУ
	Витрати на оплату праці (% від надходжень за ПМГ)	Одночасно характеризує можливість покриття витрат на оплату праці (достатній рівень надходжень за ПМГ відносно кількості персоналу) та управління кадрами
	Витрати на лікарські засоби, медичні вироби у розрахунку на одного пацієнта	Характеризує можливість забезпечення пацієнта необхідними для лікування лікарськими засобами, медичними виробами та витратними матеріалами. Становить велику значимість для пацієнта
Кадровий блок	Середня заробітна плата лікаря	Становить конкурентну перевагу щодо залучення кваліфікованого персоналу
Блок медичних послуг	Летальність	Опосередковано характеризує якість медичної допомоги, натомість не враховує спектр патології. При оцінці застосовано дискретний принцип: більше або менше середнього показника по всім оцінюваним закладам
Пацієнтоорієнтовані аспекти	Кількість скарг пацієнтів до НСЗУ	Показник має певні суб'єктивні риси, тому застосовано дискретний принцип: більше або менше середнього показника по всім оцінюваним закладам
	Можливість запису на прийом онлайн	Один з показників пацієнтоорієнтованості, який легко оцінити. Бальний принцип дискретності: так/ні

Таким чином отримано загальний рейтинг підприємств, наведений на рис. 2.5.

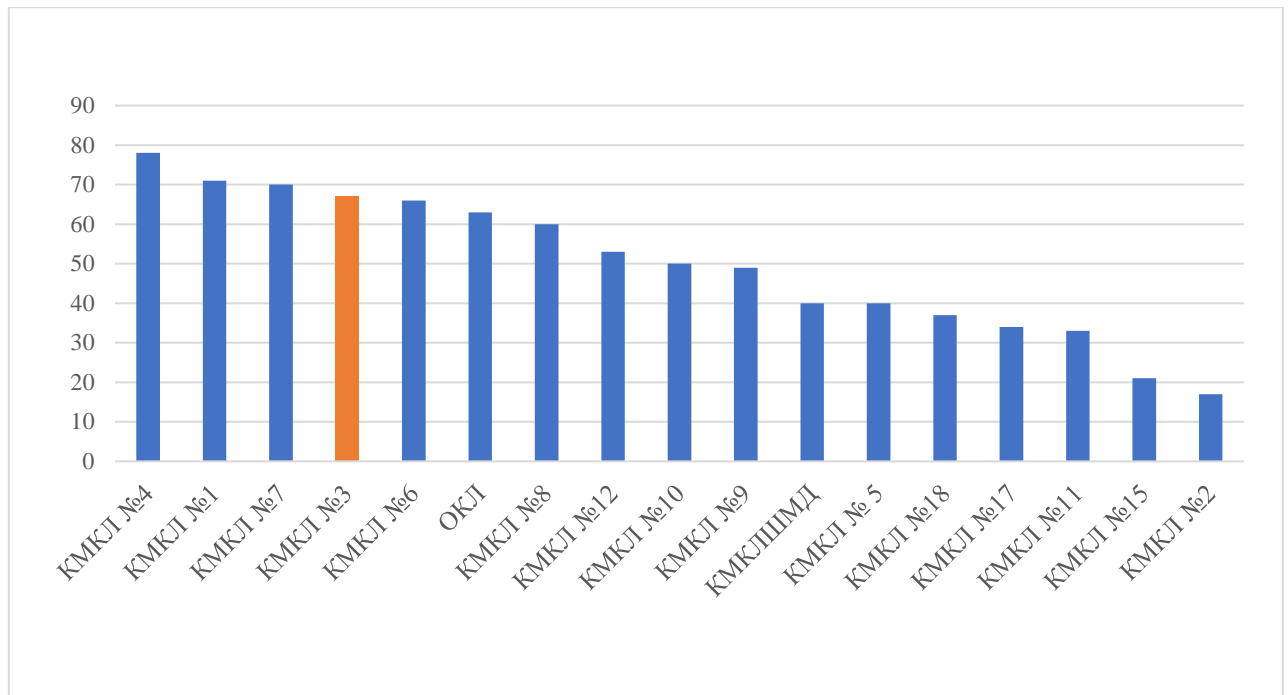


Рис. 2.5. Результати рейтингування за проведенням бенчмаркінгом.

Дослідне підприємство – КНП «КМКЛ №3» входить у 5-ку лідерів галузі та посідає друге місце серед підприємств розташованих на лівобережжі столиці. Підприємство має високі показники надходжень за програмою медичних гарантій (поступається лише «флагманам» столиці: КМКЛ №1 та ОКЛ). Натомість витрати на лікарські засоби, медичні вироби та витратні матеріали – середні. Потенційно, це виклик для адміністрації лікарні, адже забезпечення пацієнтів під час стаціонарного лікування ліками та медичними виробами не лише конкурентна перевага, а і обов'язок надавача за договором про надання медичної допомоги за програмою медичних гарантій [21]. Водночас, варто зауважити на особливості 2022 року щодо наявності досить високої частки лікарських засобів, отриманих як гуманітарна допомога. Середня заробітна платня у КНП «КМКЛ №3» знаходиться на відносно високому рівні. Летальність та скарги на низькому рівні. Відсутність можливості записатися на прийом онлайн – потенціал для розвитку підприємства.

Загалом можна відмітити, що КНП «КМКЛ №3» за всіма параметрами на лівобережжі міста поступається лише КМКЛ №1. При цьому потужності останньої значно більші.

Продовжуючи дослідження конкурентоспроможності підприємства проведено SWOT-аналіз організації діяльності КНП «КМКЛ №3» (табл. 2.9).

Таблиця 2.9

SWOT-аналіз організації основної діяльності КНП «КМКЛ №3»

Сильні сторони	Слабкі сторони
<ul style="list-style-type: none"> • Швидкі та результативні рішення у надзвичайних ситуаціях забезпечено централізованою ієрархічною системою управління • Проведений капітальний ремонт будівель та, частково, приміщень європейського рівня • База клінічних кафедр провідних медичних ВНЗ • Значний клінічний та управлінський досвід у керівного складу лікарні • Концентрація «ексклюзивних» медичних послуг (мікрохірургія кисті, урологічні втручання) • Відносно конкурентна заробітна платня лікаря • Оптимізація витрат та ефективність використання кадрового ресурсу • Порівняно низька летальність як показник якості медичних послуг 	<ul style="list-style-type: none"> • Інерційність системи управління і, як наслідок, повільне реагування на зміни в системі охорони здоров'я • Низька частка застосування інноваційних підходів та невикористання потенційних можливостей у збільшенні доходів з різних джерел фінансування • Низьке застосування стратегічного планування та перспектив розвитку
Можливості	Загрози
<ul style="list-style-type: none"> • Інтенсифікація надання певних видів послуг як конкурента перевага • Розвиток іміджу закладу • Розвиток платних послуг та сервісної складової медичних послуг • Потенційно – база для великого медичного хабу з урахуванням сусідства • Велика кількість потенційних пацієнтів, через обмеженість лівобережжя столиці у багатопрофільних лікувальних закладах 	<ul style="list-style-type: none"> • Маршрутизація, профіль та кількість ургентних пацієнтів, доставлених бригадами ЕМД, визначається ДОЗ ВОКМР (КМДА) • Низький потенціал амбулаторної ланки • Відсутність високотехнологічного обладнання для лікування ІМ (ангіограф)

В цілому варто відзначити високий конкурентний потенціал КНП «КМКЛ №3». Водночас, варто зупинитися на певних структурно-функціональних

особливостях конкурентного середовища, що мають великий вплив на підприємство. Основними конкурентами підприємства є КМКЛ 1 та КМКШМД. При цьому з урахуванням розташування КМКЛ 1 конкуренція має характер розвитку/інновацій. Натомість КМКШМД розташована в менш ніж у 3-х кілометрах від КНП «КМКЛ №3». І хоча історично два підприємства орієнтовані на різні когорти пацієнтів, існують перехресні інтереси (зокрема медична допомога пацієнтам з інсультом та, потенційно з інфарктом міокарда). Обидва підприємства мають договір про надання медичної допомоги за програмою медичних гарантій за пакетом «Медична допомога при гострому мозковому інсульті». При цьому КМКШМД забезпечена власними КТ та МРТ обладнанням, КНП «КМКЛ №3» використовує КТ за умовами договору підряду. Організаційно-економічна ефективність використання власного обладнання або на умовах підряду може стати предметом окремого дослідження в рамках оцінки медичних технологій. Обидва підприємства надають медичну допомогу при гострому мозковому інсульті без застосування ендovasкулярних втручань. При цьому тариф на таку послугу найбільший і становить у 2023 році 131472 грн за пролікований випадок (порівняно з випадком застосування тромболітичної терапії та без неї – 62565 та 14925 грн. відповідно) [7]. Лімітуючим фактором для застосування ендovasкулярних втручань у обох підприємствах є відсутність ангіографічного обладнання та відповідних фахівців. Аргументом для власника та потенційних інвесторів може стати позиціонування та перспектива надавача. При цьому для КНП «КМКЛ №3» аргументація виглядає більш ствердною, враховуючи кількість пролікованих випадків інсульту за 2022 рік (935 проти 389 КМКЛШМД). Водночас, визначення чіткої стратегічна аргументація для всіх зацікавлених сторін (від громади до Міністерства охорони здоров'я України) – потенційних інвесторів – важливе завдання для керівництва лікарні.

Подібна ситуація складається і для надання медичної допомоги пацієнтам з гострим інфарктом міокарду. За програмою медичних гарантій така допомога на лівобережжі столиці надається лише в КНПЛ №1. З урахуванням неможливості закупити дороговартісне ангіографічне обладнання

комунальними підприємствами самостійно та наявного дефіциту надавачів такого спектру послуг це завдання переміщуються на рівень управління системою медичної допомоги регіонарного та державного рівня. Проте аргументація та стратегічний план розвитку, перспективні пропозиції – підґрунтя, яке готує керівник підприємства, на підставі якого можуть бути прийняті рішення місцевими або державними органами влади як основними інвесторами. Варто зауважити, що поряд з КМКШМД розташована Державна установа «Інститут серця Міністерства охорони здоров'я України», що є певним обмежуючим фактором з точки зору інвестиційної доцільності для розвитку за тим самим напрямом лікарень, що знаходяться поруч.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2

Проведено всебічний аналіз діяльності та системи управління КНП «КМКЛ №3», охарактеризоване конкурентне середовище, проведено оцінювання конкурентоспроможності підприємства методами бенчмаркінгу та SWOT-аналізу. За результатами виявлено наступне:

- КНП «КМКЛ №3» є багатопрофільним лікувальним закладом розташованим на лівобережжі столиці. Більшу частину профілю медичного кошика складає медична допомога хірургічного профілю.

- Основну дохідну частину підприємства складають надходження за програмою медичних гарантій. Спостерігається позитивна динаміка зменшення витрат в частині оплати праці медичного персоналу шляхом оптимізації штату. В цілому фінансовий результат діяльності підприємства позитивний.

- Застосовується функціональний тип управління з чіткою ієрархією управлінських функцій. Такий підхід забезпечує виконавську дисципліну проте не є гнучким і не дозволяє швидко пристосовуватись до тенденцій ринку та впроваджувати інновації. Спостерігається значна інертність управлінської системи, диспропорція у розподілі управлінських функцій з їх концентрацією на «першій особі», прогалини з функціями взаємодії, планування та зворотного

зв'язку, нерозроблені комунікаційні стратегії з громадськими організаціями та пацієнтами.

- Конкурентне середовище представлено 17-ма багатoproфільними клінічними лікарнями міста Києва. Інституційною особливістю середовища є один власник всіх підприємств, що реалізує свої повноваження через ДОЗ. Це в свою чергу обумовлює структурний розвиток підприємств та маршрутизацію пацієнтів.

- Для оцінки конкурентоспроможності підприємства використано метод бенчмаркінгу. Основні показники для порівняння підприємств розподілені у чотири блоки (фінансово-економічний, кадровий, медичних послуг та пацієнтоорієнтовані аспекти). Для оцінки показників застосоване бальне рейтингування.

- За результатами оцінки КНП «КМКЛ №3» має високий конкурентний потенціал та входить до п'ятірки підприємств з найвищим рейтингом. На лівобережжі столиці поступається лише КМКЛ №1. Напрямом для розвитку підприємства – є збільшення забезпечення лікарськими засобами та витратними матеріалами пацієнтів.

- Одним з конкурентів підприємства є КМКЛШМД, яка розташована поруч і має певні спільні інтереси щодо стратегічного планування (надання медичної допомоги пацієнтам з гострим інфарктом міокарда).

- Для комплексності оцінки конкурентоспроможності підприємства застосовано SWOT-аналіз, за допомогою якого виявлено можливості для розвитку підприємства.

- Стратегічне планування та аргументована позиція для інвестора, а також заходи щодо зайняття чітких перспективних ринкових ніш – є важливими викликами для керівництва лікарні [11].

РОЗДІЛ 3

УПРАВЛІНСЬКІ МОДЕЛІ ПІДВИЩЕННЯ КОНКУРЕНТОСПРОМОЖНОСТІ

3.1. Оцінка конкурентоспроможності як основа стратегічного управління

Стратегічне управління можна визначити як управління конкурентними перевагами. Більшість вітчизняних підприємств та компаній використовують концепцію стратегічного менеджменту, за основу якої прийнята модель, що включає в себе вісім елементів:

- ретроспективний аналіз діяльності підприємства;
- діагноз сильних і слабких сторін підприємства;
- прогноз тенденцій змін;
- цілі діяльності;
- стратегію розвитку;
- систему планів, проектів і програм розвитку;
- системи забезпеченості виконання планів, проектів і програм;
- стратегічний контроль [3].

Перші три зазначені елементи практично можливо реалізувати через оцінку конкурентоспроможності, зокрема методами бенчмаркінгу та SWOT-аналізу. Показово, що результати оцінки виступають фундаментом для прийняття та реалізації управлінських рішень стратегічного характеру.

Стратегічне планування є складовою частиною процесу розробки стратегії і, відповідно, невід'ємним елементом системи стратегічного управління [30].

М. Мескон пропонує стратегічне планування починати з формулювання місії підприємства, далі – цілі та цінності. Після цього проводиться аналіз та оцінка середовища, управлінський аналіз підприємства, оцінка альтернатив та вибір стратегії. Варто відзначити, що серед некомерційних підприємств далеко не всі мають сформульовано місію. Особливо серед медичних некомерційних підприємств. Проте без визначення місії як орієнтира - керівники беруть за

основу при прийнятті рішень лише свої власні індивідуальні цінності. Некомерційне підприємство має визначити місію орієнтовану на клієнта [15]. Це особливо актуально для медичних некомерційних підприємств.

Оцінка внутрішнього і зовнішнього середовища та аналіз управлінської діяльності підприємства окремо від ринкового сегменту та без порівняння конкурентів не будуть повними та репрезентативними. Адже більшість ключових показників при такій оцінці - відносні або залежні від тих чи інших факторів середовища. Отже, така оцінка має включати порівняння конкурентів та конкурентного середовища, а відповідно за своєю суттю є оцінкою конкурентоспроможності.

Стратегічна діяльність потребує надійного інформаційно-аналітичного забезпечення (ІАЗ) у вигляді баз стратегічних даних, допущень і прогнозів. Створення такого забезпечення – це не лише збір та обробка інформації, а і якісний її аналіз [16]. Відтак розбудова такого забезпечення має включати інвестицію у висококваліфікований персонал. На жаль, в більшості закладів охорони здоров'я комунальної власності ІАЗ фрагментований (виконавці: лікар-статистик, головний бухгалтер, економіст тощо), а комплексний аналіз не проводиться. Водночас, розвиток медичних інформаційних систем багато в чому може оптимізувати цей процес. Варто відзначити, що оцінка конкурентоспроможності в рамках стратегічного планування - комплексний процес, який потребує ефективної і злагодженої роботи команди різних за фахом і структурним підрозділом спеціалістів та керівників. Відтак, потенційно привабливим є використання принципів побудови холократичної системи для кола фахівців залучених у оцінку. Це в свою чергу потребує відповідних знань і досвіду керівника та мотиваційного компоненту. При цьому діджиталізація процесів значно спростить отримання первинних даних для аналізу.

Загальну блок-схему варіанту стратегічного планування подано на Рис. 3.1. [32].

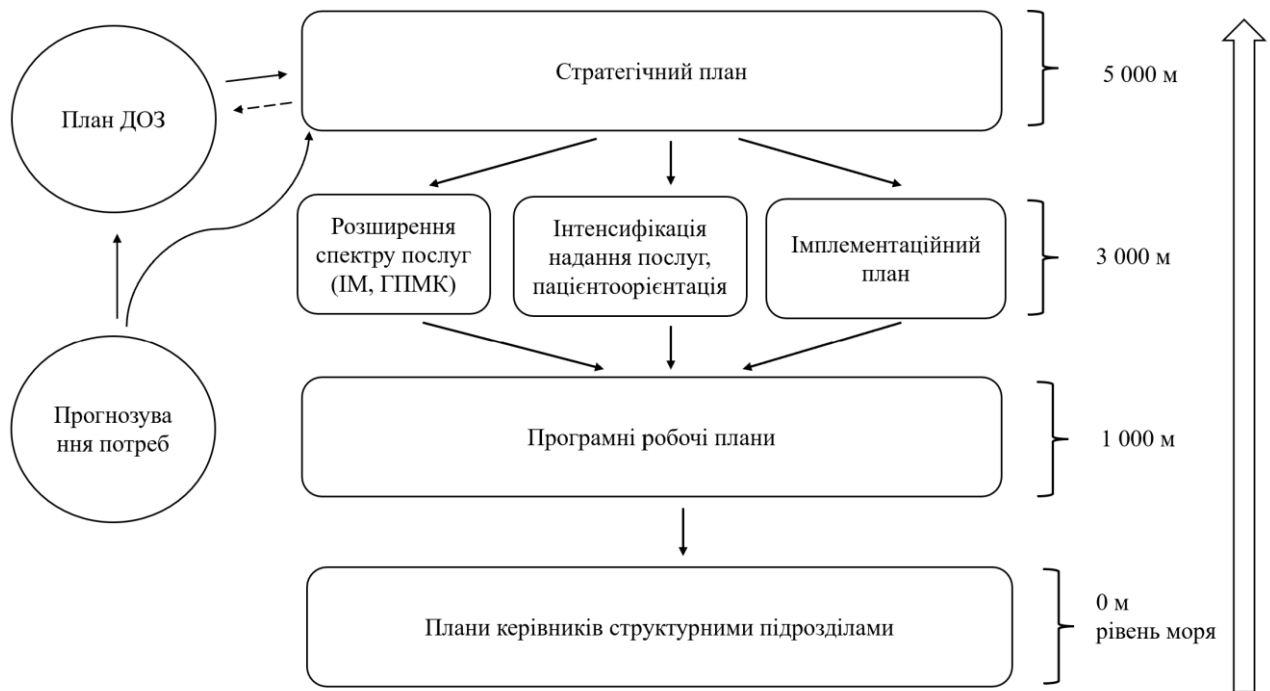


Рис. 3.1. Блок-схема стратегічного планування

Первинна оцінка конкурентоспроможності проводиться на етапі формування стратегічного плану. Повторні оцінки, більш специфічні, проводяться на рівні формування суб-планів. Важливим аспектом при цьому постає періодичність проведення оцінки та результати, які можливо порівнювати між собою в динаміці. Відтак, первинні критерії оцінки для оцінки мають бути чіткими, методично стандартизованими.

Інвестиція ресурсів у первинну розробку моделі оцінки конкурентоспроможності - запорука стійкості процесу. Важливе значення має забезпечення можливості проведення повторної оцінки з отриманням результатів, які можливо порівняти з первинними, навіть за умови зміни кадрового складу команди залученої до такої оцінки.

Розробка стратегії некомерційного медичного підприємства буде неефективною, в разі якщо в її основу буде покладені тільки аналіз внутрішнього середовища та інтереси керівника і власника. Про те саме такими інтересами і керуються більшість керівників та власників комунальних

медичних закладів. При цьому така неефективність відображається на функціонуванні всієї мережі закладів охорони здоров'я.

На противагу цьому для збалансування структури системи прийнято низку нормативних актів. Законом України від 29.07.2022 № 2494-IX внесено зміни в Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII «Основи законодавства України про охорону здоров'я» в частині, зокрема організаційної структури мережі закладів охорони здоров'я. Змінами передбачено, що з метою забезпечення територіальної доступності якісної медичної та реабілітаційної допомоги населенню визначається госпітальний округ. Госпітальний округ поділяється на госпітальні кластери, в межах яких організовано комплексний доступ населення до медичного обслуговування в стаціонарних умовах. Межі госпітальних округів та госпітальних кластерів, порядок їх визначення та функціонування, а також порядок визначення кластерних, надкластерних та інших видів закладів охорони здоров'я, що входять до спроможної мережі закладів охорони здоров'я госпітального округу, визначаються постановою Кабінету Міністрів України від 28.02.2023 №174 [17]. Таким чином мережу закладів структуровано відповідно до спроможностей та потреб населення у медичних послугах. Така структуризація може мати вплив на централізоване забезпечення обладнанням, витратними матеріалами, лікарськими засобами закладів охорони здоров'я, маршрутизацію пацієнтів та, не виключено, може стати одним з критеріїв для селективного укладання договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій за певними пакетами. З урахуванням вказаного, розробка стратегії комунального медичного підприємства, яке надає спеціалізовану медичну допомогу має стати пріоритетом для керівника такого підприємства та його власника. Варто відзначити, що подання пропозицій до визначення спроможної мережі покладено на обласні, Київську міську державні (військові) адміністрації. Відтак, стратегічне планування окремого підприємства має корелювати з інтересами структурного підрозділу з питань охорони здоров'я обласних (Київської міської) державних адміністрацій. Прийняття рішень останніми

базуються в свою чергу на порівняльній оцінці надавачів медичних послуг. Отже, оцінка конкурентоспроможності в рамках стратегічного планування комунального медичного підприємства стає аргументованою позицією такого підприємства для зайняття не тільки певної ринкової ніші, а і місця в інституційному полі спроможної мережі надавачів медичних послуг.

3.2. Впровадження періодичного бенчмаркінгу конкурентоспроможності підприємства як управлінського завдання

Для аналізу конкурентних переваг підприємства доцільно використати концепцію бенчмаркінгу, тобто методу порівняння з базовим зразком, за яким порівнюються характеристики певного досліджуваного об'єкта і еталонного, кращого. Таке порівняння може відбуватись як за кількісно визначеними параметрами: якість продукції, рівень продуктивності праці, обсяг продажу, ринкова частка, так і якісними характеристиками: якість управління, ділова репутація, імідж тощо [10].

Модель впровадження процесу бенчмаркінгу конкурентоспроможності на підприємстві може бути організована у декілька кроків. Нижче наведено загальний опис такої моделі (табл. 3.1).

Запропонована модель надає рамку для впровадження процесу бенчмаркінгу конкурентоспроможності та допомагає забезпечити систематичний та результативний підхід до управління конкурентоспроможністю підприємства. Задля розробки показників оцінювання діяльності підприємства та поєднання їх з подальшим аналізом конкурентоспроможності, необхідно, у першу чергу мати загальну стратегію. Показники оцінювання конкурентоспроможності повинні відображати зміст місії, цілей та цінностей підприємства.

Отже, бенчмаркінговий аналіз має бути систематичним процесом, результати якого повинні враховуватися при прийнятті управлінських рішень та формуванні стратегії підприємства [9].

Таблиця 3.1

Модель впровадження бенчмаркінгу на підприємстві

1. Підготовчий етап:	
Визначення мети:	Визначення конкретних цілей для проведення оцінки конкурентоспроможності, що співвідносяться з місією, цілями та цінностями підприємства
Обрання команди:	Формування команди для проведення бенчмаркінгу. Визначення відповідальних осіб та мотиваційних стимулів
Визначення об'єкта бенчмаркінгу:	Визначення ключових аспектів для порівняння та рівень глибин порівняння
2. Збір та аналіз інформації	
Вибір аналогів:	Визначення кола конкурентів
Збір даних:	Отримання даних з репрезентативних відкритих джерел (загальнодержавна статистична звітність, звіти та дашборди Національної служби здоров'я України тощо)
Оцінка результатів:	Визначення критеріїв порівняльної оцінки
3. Розробка плану дій:	
Визначення заходів:	Розробка плану проведення бенчмаркінгу, часових меж
Постановка завдань:	Визначення відповідальної особи за організацію та проведення бенчмаркінгу, постановка завдань відповідно до розробленого плану членам команди
Ресурси:	Забезпечення матеріальними, часовими та кадровими ресурсами
4. Впровадження та моніторинг:	
Виконання заходів:	Оцінка виконання плану, доорганізація системи
Моніторинг та відстеження:	Проміжний аналіз результатів, співставність з об'єктивними даними, репрезентативність, за потребою корекція ключових критеріїв
5. Оцінка результатів та аналіз ефективності:	
Оцінка впливу:	Оцінка досягнутих цілей, можливість використання результатів для прийняття управлінських рішень
Оцінка ефективності:	Аналіз результатів прийнятих управлінських рішень на основі бенчмаркінгу
6. Адаптація та подальший розвиток:	
Вдосконалення:	Корекція критеріїв проведення бенчмаркінгу та організації процесу
Повторний бенчмаркінг:	Проведення повторного бенчмаркінгу з порівнянням динаміки змін

Для комплексності підходу в оцінці конкретного підприємства у поєднанні з бенчмаркінгом пропонується застосовувати SWOT-аналіз, який дозволить розглянути кількісні результати бенчмаркінгу з точки зору їх якісного значення та впливу на функціонування підприємства.

Одним із складних завдань для керівника медичного підприємства є формування команди фахівців для проведення оцінки конкурентоспроможності. Запропоновані методи оцінки не вимагають глибоких спеціалізованих знань, і можуть бути проведені однією особою (при достатньому рівні аналітичних, управлінських та загальномедичних знань). Недоліком одноосібної оцінки можуть стати певний суб'єктивізм висновків та ригідність поглядів на сформовану критеріальну систему оцінки (безальтернативність). Проте «колективний інтелект» часто покриває більший спектр проблем, тому все ж пропонується проводити оцінку командою фахівців, які чітко розуміють мету, завдання і загальне стратегічне бачення розвитку підприємства. В таку команду можуть входити заступники директора з економічних питань, медичних питань, головний бухгалтер, начальник відділу інформаційного забезпечення або ж відповідальні фахівці цих підрозділів. Важливо визначити координатора або лідера команди, що забезпечить контрольованість та злагодженість процесу. Основою для формування команди є мотиваційні стимули та «корпоративні» цінності. Адже підходи до оцінки вимагають залучення інноваційності та творчого потенціалу членів команди, що неможливо досягнути формальними методами.

Періодичність проведення оцінки конкурентоспроможності має бути розумно-зваженою. З однієї сторони має забезпечувати реагування на зміни, що відбуваються у конкурентному середовищі, з іншої сторони вона не має перетворюватись на «оцінку за ради оцінки». Пропонується проводити основну оцінку один раз на рік, проміжну оцінку раз на півроку, оцінки за певними обраними напрямками – за потребою, але не частіше, ніж раз на квартал.

3.3. Особливості проведення оцінки конкурентоспроможності методами бенчмаркінгу та SWOT-аналізу на прикладі КНП «КМКЛ №3»

Як було зазначено вище, в КНП «КМКЛ №3», як і в багатьох комунальних підприємств, які надають стаціонарну спеціалізовану медичну допомогу, залишається ієрархічний функціональний тип управління з концентрацією управлінської функції на директорі. Мотиваційна система та система цілей та цінностей підприємств розвинуті слабо. Це пов'язано з ще порівняно не великим проміжком часу для трансформації управлінських систем після перетворення закладів охорони здоров'я у нову організаційно-правову форму підприємства. А отже, основними проблемами при оцінці конкурентоспроможності можуть стати формування команди, та її мотивація.

Для вирішення цих питань з наявними кадровими ресурсами пропонується розділити оцінку на етапи за відповідальними виконавцями на дві частини: технічну та аналітичну. Визначений відповідальний менеджер за проведення оцінки (один з заступників директора) визначає критерії для аналізу виходячи зі стратегічних цілей діяльності підприємства. На підставі цих критеріїв служба інформаційно-аналітичного забезпечення (в КНП «КМКЛ №3» – організаційно-методологічна частина) проводить збір, узагальнення та обробку даних, отримуючи на виході бенчмаркінгову таблицю (технічний етап). Далі з результатами технічної частини ознайомлюється та формують свої висновки решта команди індивідуально (заступники з економічної, медичної частин, головний бухгалтер, начальник відділу кадрів). Надалі пропонується застосувати методику мозкового штурму із залученням всієї команди та керівника підприємства до аналізу отриманих результатів, їх причин та наслідків, перспектив (аналітичний етап). Відразу на одній сесії проводиться і SWOT-аналіз, що дозволить забезпечити комплексний підхід. Після цього відповідальна особа за проведення бенчмаркінгу узагальнює результати проведеної роботи та надає їх керівнику підприємства з проектами (рекомендаціями) управлінських рішень. На заключному етапі – результати оцінки представляються колективу лікарні для формування єдиного

перспективного бачення місця підприємства на ринку медичних послуг та перспектив його розвитку.

З урахуванням додаткового навантаження на наявний кадровий ресурс обумовлений оцінкою пропонується її проводити швидко та обрати час для проведення оцінки, що не завантажений рутинними «важкими» завданнями (формування річних звітів, підготовка фінансового плану, тощо).

Іншим підходом до проведення оцінки може стати інвестиція в невелику команду кваліфікованих фахівців (до 4-х осіб), які володіють управлінськими, загальномедичними, економічними та аналітичними знаннями і проведуть оцінку конкурентоспроможності на основі методів проектного менеджменту. Таку команду в подальшому можливо залучати до впровадження нових інноваційних управлінських підходів або організації запуску нових процесів.

Процес оцінки конкурентоспроможності з психологічної позиції передбачає вихід за межі комфорту свого звичного робочого буття у «бульбашці» процесів окремого підприємства. Важливо, оцінювати зовнішнє конкурентне середовище об'єктивно, відкрито до інших підходів та конструктивної критики власних. Це вимагає цілеспрямованості та мотивації в основі, якої має бути покладена діяльність в інтересах пацієнта.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3

Підсумовуючи викладене можна виокремити наступні основні твердження:

- Стратегічне управління в умовах конкурентного середовища медичного підприємства можна визначити як управління конкурентними перевагами.
- Стратегічне планування є елементом системи стратегічного управління.
- Фундаментом стратегічного планування є визначення місії та цілей підприємства та проведення оцінки конкурентоспроможності.
- Результати оцінки конкурентоспроможності медичного підприємства мають використовуватися не тільки в стратегічному управлінні власне підприємством, а і стати об'єктивним аргументом для стейкхолдерів для

зайняття не тільки певної ринкової ніші, а і місця в інституційному полі спроможної мережі надавачів медичних послуг.

- Одним з об'єктивних та наочних методів оцінки конкурентоспроможності виступає бенчмаркінг.

- Процес оцінки конкурентоспроможності має бути цілеспрямованим, повторюваними, швидким, ресурсоощадним.

- Однією зі перешкодою для проведення оцінки у комунальних некомерційних підприємствах, які надають спеціалізовану медичну допомогу є брак відповідних фахівців та мотивації команди.

Запропоновано покрокову модель впровадження процесу бенчмаркінгу конкурентоспроможності комунального некомерційного підприємства, яку можливо адаптувати до конкретного ресурсного забезпечення окремого підприємства, що продемонстровано на прикладі КНП «КМКЛ №3».

Варто уникати формального підходу до процесу оцінки конкурентоспроможності та проведення оцінки «за ради оцінки», яка не буде давати результатів для прийняття відповідних стратегічних управлінських рішень.

Спадковою хворобою для порівняно молодих комунальних некомерційних підприємств залишається слабкий загальний рівень стратегічного планування. Особливо це відзначається у обласних центрах та м. Києві, в яких наявні декілька багатoproфільних надавачів медичних послуг, які підпорядковуються одному органу управління.

ВИСНОВКИ

Проведеним дослідженням конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я комунальної форми власності, реорганізованого шляхом перетворення з комунального закладу в комунальне некомерційне підприємство, як моделі управлінської системи, в умовах ринку спеціалізованих медичних послуг, встановлено особливості конкурентного середовища, низький рівень стратегічного планування та його внутрішню спрямованість. Це обумовлює необхідність у впровадженні періодичної оцінки конкурентоспроможності в рамках стратегічного планування як частини стратегічного управління медичним підприємством з метою підвищення ефективності його функціонування та в кінцевому результаті забезпечення доступної та якісної медичної допомоги пацієнту. Відповідно до дослідних завдань встановлено наступне.

1. Встановлено, що поняття «конкурентоспроможність» можна визначити, як комплексну порівняльну характеристику, що відображає здатність підприємства (організації) до функціонування у відповідному зовнішньому середовищі. Конкурентоспроможність медичної послуги є складовою загальної конкурентоспроможності закладу охорони здоров'я, відтак при оцінці конкурентоспроможності варто розглядати підприємство в цілому, що забезпечить комплексність та системність аналізу. Вибір методів оцінки конкурентоспроможності залежить від поставлених цілей, наявних ресурсів для проведення та очікуваних результатів, відсутній «золотий стандарт» оцінки конкурентоспроможності. Одним з вживаним методом для оцінки конкурентоспроможності є бенчмаркінг, який є гнучким інструментом з можливістю оцінки різних складових. Доповнення бенчмаркінгу наступним SWOT-аналізом забезпечує комплексність підходу та готує підґрунтя для наступного прийняття управлінських рішень, в тому числі стратегічного характеру.

2. Виявлено, що реформа фінансування системи охорони здоров'я становить визначальний вплив на зміну конкурентного середовища на ринку

медичних послуг, зокрема у сегменті стаціонарної спеціалізованої медичної допомоги. Реформа дозволила вийти на ринок медичних послуг закладам охорони здоров'я комунальної форми власності, які забезпечують надання лівової частини медичних послуг населенню. З урахуванням обмеженої кількості підприємств приватної форми власності у сегменті стаціонарної спеціалізованої медичної допомоги (в контексті загального покриття населення таким видом медичних послуг) конкурентне середовище представлено саме комунальними некомерційними підприємствами, які уклали договір про надання медичних послуг за програмою медичних гарантій. Структура ринку медичних послуг при цьому має характер монополістичної конкуренції, а за певними видами медичних послуг – олігополістичної. Конкуренція між такими підприємствами має характер нецінової. Основною метою підприємства є надання більшої кількості послуг максимальній кількості пацієнтів з метою отримання вищого фінансування за договором про надання медичних послуг за програмою медичних гарантій. Конкурентне середовище у сегменті стаціонарної спеціалізованої медичної допомоги у м. Києві представлено 17-ма багатoproфільними клінічними лікарнями. Інституційною особливістю середовища є один власник всіх підприємств, що реалізує свої повноваження через ДОЗ. Це в свою чергу обумовлює структурний розвиток підприємств та маршрутизацію пацієнтів.

3. Проведено комплексний аналіз діяльності КНП «КМКЛ №3» як управлінської системи. За результатами аналізу виявлено, що КНП «КМКЛ №3» є багатoproфільним лікувальним закладом розташованим на лівобережжі столиці. Більшу частину медичного кошика складає медична допомога хірургічного профілю. Основну дохідну частину підприємства складають надходження за програмою медичних гарантій. Застосовується функціональний тип управління з чіткою ієрархією управлінських функцій. Спостерігається значна інертність управлінської системи, диспропорція у розподілі управлінських функцій з їх концентрацією на «першій особі», прогалини з функціями взаємодії, планування та зворотного зв'язку. Стратегічний і частково

тактичний вид управління в КНП «КМКЛ №3» сконцентровані на першому ієрархічному рівні (директор підприємства). Визначена, частина тактичного виду управління нижчого рівня реалізується на рівні заступників директора (другий ієрархічний рівень), оперативне управління реалізується на рівні керівників підрозділів. Процес управління в КНП «КМКЛ № 3» має ряд недоліків щодо типових фаз (планування, доорганізації та контролю), а також технологічних циклів (низька залученість новітніх автоматизованих інформаційних інструментів, концентрації тактичного управління на вищій ієрархічній ланці, формальний підхід до стратегічного планування). В більшості, ці недоліки умовно можна назвати «спадковими хворобами», які перейшли до підприємства з часів комунального закладу та вимагають послідовного, методичного, науково-обґрунтованого впровадження новітніх технологій менеджменту. Водночас, це відображається на конкурентоспроможності підприємства: брак стратегічного підходу та гнучких рішень.

4. Для оцінки конкурентоспроможності підприємства використано метод бенчмаркінгу. Основні показники для порівняння підприємств розподілені у чотири блоки (фінансово-економічний, кадровий, медичних послуг та пацієнтоорієнтовані аспекти). Для оцінки показників застосоване бальне рейтингування. Для комплексності оцінки конкурентоспроможності підприємства застосовано SWOT-аналіз, за допомогою якого виявлено можливості для розвитку підприємства. За результатами оцінки КНП «КМКЛ №3» має високий конкурентний потенціал та входить до п'ятірки підприємств з найвищим рейтингом. На лівобережжі столиці поступається лише КМКЛ №1. Напрямом для розвитку підприємства – є збільшення забезпечення лікарськими засобами та витратними матеріалами пацієнтів. Для зайняття стійкої ніші в спроможній мережі закладів охорони здоров'я підприємство потребує підвищення спроможності та подальшого розвитку через інтенсифікацію надання медичних послуг та розширення спектру послуг (зокрема щодо проведення ендovasкулярних втручань при ГПМК та ІМ),

уникаючи конкуренції на виснаження з урахуванням сусідніх надавачів медичних послуг, які знаходяться у пішій доступності від закладу. Стратегічне планування та аргументована позиція для інвестора/стейкхолдера, а також заходи щодо зайняття чітких перспективних ринкових ніш – є важливими викликами для керівництва лікарні та потребують системного вдосконалення і розвитку.

5. На основі отриманих результатів розроблено та обґрунтовано модель впровадження періодичної оцінки конкурентоспроможності підприємства на основі бенчмаркінгу та SWOT-аналізу як основу для стратегічного управління підприємством. Модель включає шість етапів: підготовчий, етап збору та аналізу інформації, етап розробки плану дій, етап впровадження та моніторингу, оцінку результатів та аналіз ефективності, адаптацію та подальший розвиток. Обмеженням для проведення оцінки у комунальних некомерційних підприємствах, які надають спеціалізовану медичну допомогу є брак відповідних фахівців. Пропонується формування команди для оцінки конкурентоспроможності на основі принципів холократії з можливістю адаптації до наявного кадрового ресурсу при умові стійкої мотиваційної складової. Запропонована модель надає рамку для впровадження процесу оцінки конкурентоспроможності та допомагає забезпечити результативний підхід до управління конкурентоспроможністю підприємства. Задля розробки показників оцінювання діяльності підприємства та поєднання їх з подальшим аналізом конкурентоспроможності, необхідно, у першу чергу мати загальну стратегію. Показники оцінювання конкурентоспроможності повинні відображати зміст місії, цілей та цінностей підприємства. Обґрунтовано, що бенчмаркінговий аналіз має бути комплексним процесом, результати якого повинні враховуватися при прийнятті управлінських рішень та формуванні стратегії підприємства. При цьому результати такого аналізу можуть бути використані і окремо як наочна аргументована позиція (пропозиція) підприємства для зовнішніх стейкхолдерів.

Отже оцінка конкурентоспроможності підприємства є важливим елементом стратегічного управління та об'єктивним показником ефективності діяльності такого підприємства. З урахуванням інституційних змін у галузі, впровадження госпітальних округів та кластерної моделі регіональних систем охорони здоров'я саме кількісна оцінка конкурентоспроможності може відіграти визначальну роль у зайнятті ринкової ніші підприємством. Проте в екзистенції надання медичних послуг залишається пацієнт і будь-які стратегічні

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бондаренко С. М., Гладуш А.О. Оцінка конкурентоспроможності закладів охорони здоров'я/ Інфраструктура ринку. – 2020. – Вип. 49. – С. 92-96. URL: <https://er.knutd.edu.ua/handle/123456789/17279>
2. Бюджетний Кодекс України: Закон України № 2456-VI від 08.07.2010 у редакції 13.09.2023: Голос України від 04.08.2010 — № 143
3. Вишнівецький І.І., Гур'янов В.Г., Жила А.В. та ін. Менеджмент у системі медичної допомоги населенню: Навч. посібник / Національний медичний університет імені О.О. Богомольця. Київ, 2022. – 1345 с.
4. Господарський Кодекс України: Закон України № 436-IV у редакції від 08.10.2023. Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2003, № 18, № 19-20, № 21-22, ст.144
5. Дейнега І.О., Язвінська Т.В. Конкурентоздатність підприємства: визначення суті та впливу факторів/ Інфраструктура ринку, 2020 – Вип. 40 - С. 171- 175 URL: <https://doi.org/10.32843/infrastruct40-30>
6. Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я: постанова Кабінету Міністрів України від 28.03.2023 №174. Урядовий кур'єр від 04.03.2023 №45
7. Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2023 році: постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2022 №1464 (у редакції від 04.11.2023). Урядовий кур'єр від 31.12.2022 №277
8. Дмитрієв І.А, Кирчата І.М., Шершенюк О.М. Конкурентоспроможність підприємства: навчальний посібник /Харків: ФОП Бровін О.В., 2020. 340 с.
9. Жилінська О. І., Волошина В. Є. Теоретичні аспекти оцінювання конкурентоспроможності підприємствана засадах бенчмаркінгу / БІЗНЕСІНФОРМ №10 2012 с.96-101
10. Жук Н.Т. Аналітичне забезпечення управління конкурентоспроможністю підприємства. Облік, оподаткування і контроль: теорія

та методологія: матеріали міжнародної науково-практичної інтернет-конференції (м. Тернопіль, 30 червня 2017 р.). Тернопіль: ТНЕУ, 2017.–с. 232

11. Журавель, В. І., М. Ю. Смілянська, І. Е. Стезерянський. «Критерії та концептуальні підходи до оцінки ефективності діяльності керівників-менеджерів системи медичної допомоги населенню». Стратегії та інновації: Актуальні управлінські практики: матеріали VII Міжнародної науково-практичної конференції (28 квітня 2023 року).–Кривий Ріг: Донецький національний університет економіки і торгівлі імені Михайла Туган-Барановського, 2023. 354 с.

12. Звіт про доходи та витрати надавачів медичних послуг (окремі показники): Офіційний веб-сайт Національної служби здоров'я України. URL: <https://edata.e-health.gov.ua/e-data/dashboard/1-hc>

13. Леськів Г. З., Франчук В. І., Левків Г. Я. та ін. Управління конкурентоспроможністю підприємства: навчальний посібник / Львівський державний університет внутрішніх справ, Львів, 2022. 220 с.

14. Лупак Р.Л., Васильців Т.Г. Конкурентоспроможність підприємства: навчальний посібник / Видавництво ЛКА, Львів, 2016. 484 с

15. Мескон, Альберт, Хедоури. Основы менеджмента. / Диалектика. – Вильямс, Москва. 2019. 672 с.

16. Мироненко Є. В., Остафійчук А. В., Фоміченко І. П. Стратегічне управління підприємством: навчальний посібник. / ДДМА, Краматорськ. 2010. 291 с.

17. Основи законодавства про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 № 2801-ХІІ (у редакції від 01.10.2023). Голос України від 15.12.1992

18. Панасенко Д. А. Конкурентоспроможність підприємства: сутнісна та функціональна характеристики / Вісник Національного університету "Львівська політехніка". – 2012. – № 727 : Менеджмент та підприємництво в Україні: етапи становлення і проблеми розвитку. – С. 270

19. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо підвищення доступності медичної та реабілітаційної допомоги у період дії

воєнного стану: Закон України від 29.07.2022 № 2494-IX. Урядовий кур'єр офіційне видання від 24.08.2022 — № 183,

20. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 №2168-VIII. Голос України від 30.12.2017 №248

21. Про договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій: постанова Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 №410 (у редакції 04.11.2023). Урядовий кур'єр від 25.05.2018 №98

22. Про затвердження Типового положення про структурний підрозділ місцевої державної адміністрації: постанова Кабінету Міністрів України від 26.09.2012 № 887, редакція від 06.06.2018. Урядовий кур'єр від 03.10.2012 №179

23. Про нас: Офіційний веб-сайт Комунального некомерційного підприємства «Київська міська клінічна лікарня №3» виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації). URL: <https://kml3.itmed.org>

24. Про організацію надання медичної допомоги при гострому мозковому інсульті: наказ Департаменту охорони здоров'я ВОКМР (КМДА) від 21.08.2023 №920 URL: <https://health.kyivcity.gov.ua/files/2023/8/24/920.PDF>

25. Рішення Київської міської ради «Про реорганізацію закладів охорони здоров'я, що належать до комунальної власності територіальної громади міста Києва» від 24.10.2019 №№6/7579

URL: [https://kyivaudit.gov.ua/vr/ka/company.nsf/0/86AB3CFE14C896D0C2258515003D13BD/\\$file/%D0%A0%D1%96%D1%88%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F6-7579.pdf](https://kyivaudit.gov.ua/vr/ka/company.nsf/0/86AB3CFE14C896D0C2258515003D13BD/$file/%D0%A0%D1%96%D1%88%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F6-7579.pdf)

26. Розпорядження Київської міської державної адміністрації «Про затвердження статутів клінічних закладів охорони здоров'я міста Києва» від 31.01.2020 №207 URL: https://kyivcity.gov.ua/npa/pro_zatverdzhennya_statutiv_klinichnikh_zakladiv_okhroni_zdorovya_mista_kiyeva/fwdocyd8el_kmda__207/

27. Статут Комунального некомерційного підприємства «Київська міська клінічна лікарня №3» виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації): розпорядження ВОКМР (КМДА) від 31.01.2020 №207. URL: [https://kyivaudit.gov.ua/vr/ka/company.nsf/0/A13E1C859C60A3E5C225833C0044DF9C/\\$file/СТАТУТ.pdf](https://kyivaudit.gov.ua/vr/ka/company.nsf/0/A13E1C859C60A3E5C225833C0044DF9C/$file/СТАТУТ.pdf)

28. Суханова А.В. Методичні підходи до оцінювання конкурентоспроможності підприємства / Економіка та суспільство. – 2021. – Вип. 26. URL: <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2021-26-62>

29. Укладені договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій: Офіційний веб-сайт Національної служби здоров'я України. URL: <https://edata.e-health.gov.ua/e-data/dashboard/pmg-contracts>

30. Шишмарьова, Л. О.; Шишмарьова, К. В. Стратегічне планування у системі стратегічного управління підприємством. Науковий вісник Херсонського державного університету. Сер.: Економічні науки, 2014, 8 (4): 135-138.].

31. Шкільняк М.М., Желюк Т.Л. Організація діяльності закладу охорони здоров'я: нав. посібник / Крок., Тернопіль, 2021. 516 с

32. Strategic Plans – The engine of performance management: webinar, 30.03.2015 /Marni Mason, MarMason Consulting, LCC. URL: <https://www.oregonpublichealth.org/assets/documents/opha%20march%2030%202015%20sp%20webinar.pdf>

Додаток А

Загальна таблиця бенчмаркінгу

ЗОЗ	Фінансово-економічний блок												Кадровий блок				
	Надходження					Витрати							К-сть працівників			Сер. з.п. лікаря	
	загалом		за ПМГ			на оплату праці			на лікарські засоби, медичні вироби				загалом	лікарів			
	тис.грн	бали	тис.грн	бали	%	тис.грн	% від надходжень	бали	тис.грн	% від ПМГ	тис грн на 1 пацієнта	бали	осіб	осіб	%	грн	бали
КМКЛ №4	347738	14	262048	14	75,4%	189952	54,6%	15	44346	16,9%	4,09	15	741	145	19,6%	29912,8	17
КМКЛ №1	482693	16	357782	16	74,1%	273411	56,6%	14	74547,8	20,8%	3,63	14	1005	248	24,7%	24762,7	11
КМКЛ №7	222069	7	175757	8	79,1%	117141	52,7%	17	49017,3	27,9%	5,81	17	379	79	20,8%	25514,2	15
КМКЛ №3	314293	11	264850	15	84,3%	168420	53,6%	16	13594,6	5,1%	1,03	6	726	131	18,0%	25092,4	13
КМКЛ №6	324080	13	245375	11	75,7%	235941	72,8%	8	25540,5	10,4%	1,90	12	858	192	22,4%	28562,2	16
ОКЛ	616182	17	500494	17	81,2%	408723	66,3%	10	93536,5	18,7%	4,24	16	1751	352	20,1%	19338,5	3
КМКЛ №8	314754	12	251254	12	79,8%	228218	72,5%	9	24959,1	9,9%	1,40	11	1021	146	14,3%	22555,4	7
КМКЛ №12	234602	10	188515	10	80,4%	191207	81,5%	3	35569,4	18,9%	3,06	13	742	159	21,4%	25283,8	14
КМКЛ №10	137858	5	109409	5	79,4%	81861,6	59,4%	12	6368,97	5,8%	1,24	10	353	56	15,9%	25020,1	12
КМКЛ №9	227299	8	186311	9	82,0%	171025	75,2%	6	17891,5	9,6%	1,20	8	607	112	18,5%	23915,5	9
КМКЛШМД	376727	15	259561	13	68,9%	314709	83,5%	2	22364,7	8,6%	1,22	9	1468	340	23,2%	18117,9	1
КМКЛ № 5	232628	9	152079	7	65,4%	146805	63,1%	11	0	0,0%	0,00	1	572	107	18,7%	21579,5	6
КМКЛ №18	176931	6	131163	6	74,1%	131185	74,1%	7	9573,46	7,3%	1,20	7	598	115	19,2%	23414,9	8
КМКЛ №17	129779	4	98597,2	4	76,0%	76714,2	59,1%	13	1468,52	1,5%	0,44	2	363	88	24,2%	20214	5
КМКЛ №11	117529	3	90130,9	3	76,7%	95300,4	81,1%	4	3034,74	3,4%	0,69	4	304	65	21,4%	24244,6	10
КМКЛ №15	92430	2	70093,5	2	75,8%	81931,2	88,6%	1	5363,87	7,7%	0,80	5	393	77	19,6%	18707,4	2
КМКЛ №2	74581,5	1	54038,8	1	72,5%	59923,2	80,3%	5	3359,19	6,2%	0,53	3	291	64	22,0%	19395,9	4

303	Блок медичних послуг									Пацієнтоорієнтовані аспекти					РАЗОМ БАЛІВ	
	Ліжковий фонд	Проліковано пацієнтів			Летальність		ЕМЗ			Скарги		Запис на прийом онлайн		Транспорт на зручність		Берег міста
		виписано	померло	разом			терапія	хірургія	інсульт				бали			
	шт.	осіб	осіб	осіб	%	бали	епізодів	епізодів	епізодів	шт.	бали		бали			бали
КМКЛ №4	455	10038	793	10831	7,3%	0	5058	1761	816	0	3	ні	0	так	правий	78
КМКЛ №1	605	18853	1681	20534	8,2%	0	10111	5656	1078	5	0	ні	0	так	лівий	71
КМКЛ №7	245	8040	401	8441	4,8%	3	3267	2697	752	4	0	так	3	частково	правий	70
КМКЛ №3	385	12697	527	13224	4,0%	3	5832	5883	935	2	3	ні	0	так	правий	67
КМКЛ №6	460	12854	572	13426	4,3%	3	5569	4521	1177	3	0	так	3	так	правий	66
ОКЛ	718	20761	1286	22047	5,8%	0	8855	6348	369	4	0	ні	0	частково	правий	63
КМКЛ №8	750	17346	526	17872	2,9%	3	10961	4399	236	1	3	так	3	так	правий	60
КМКЛ №12	530	10376	1257	11633	10,8%	0	5506	2963	128	0	3	ні	0	так	правий	53
КМКЛ №10	307	4890	230	5120	4,5%	3	2693	1538	0	1	3	ні	0	так	лівий	50
КМКЛ №9	520	14450	447	14897	3,0%	3	5317	2895	217	1	3	так	3	так	правий	49
КМКЛШМД	665	17295	1044	18339	5,7%	0	7603	6032	389	10	0	ні	0	так	лівий	40
КМКЛ № 5	315	7574	387	7961	4,9%	3	5310	974	0	0	3	ні	0	так	правий	40
КМКЛ №18	380	7601	400	8001	5,0%	3	3200	2039	77	6	0	ні	0	частково	правий	37
КМКЛ №17	165	3157	144	3301	4,4%	3	1147	1296	68	2	3	ні	0	частково	правий	34
КМКЛ №11	160	4280	124	4404	2,8%	3	3547	0	14	0	3	так	3	ні	лівий	33
КМКЛ №15	300	6427	285	6712	4,2%	3	4466	1384	209	2	3	так	3	частково	правий	21
КМКЛ №2	200	5968	371	6339	5,9%	0	1582	643	0	2	3	ні	0	так	лівий	17