

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Факультет фармацевтичний

Кафедра менеджменту, маркетингу та забезпечення якості у фармації

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

**на тему: «Побудова ефективної моделі управління закладом охорони
здоров'я»**

Виконав:

здобувач вищої освіти
2 курсу групи 073МО24(1,6з)Упр-02
спеціальності 073 Менеджмент
освітньо-професійної програми
Управління охороною здоров'я та
фармацевтичним бізнесом

Олександр ЗВІРЯКА

Керівник:

професор кафедри менеджменту,
маркетингу та забезпечення
якості у фармації,
доктор фарм. наук,

Олена ЛІТВІНОВА

Рецензент:

доктор фарм. наук, професор,
зав. кафедри соціальної фармації

Аліна ВОЛКОВА

АННОТАЦІЯ

Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаної літератури, додатків. Мета, наукова новизна роботи полягають у дослідженні питань щодо побудови ефективної моделі управління закладом охорони здоров'я. Перший розділ роботи присвячений теоретико-методологічним основам управління закладом охорони здоров'я. У другому розділі оцінено ефективність поточного управління закладом охорони здоров'я. У третьому розділі представлена інтегрована модель управління закладом охорони здоров'я та розрахунок її економічного ефекту.

Кваліфікаційна робота містить 127 сторінки, 28 таблиць, 8 рисунків, список літератури з 87 найменувань, 5 додатків.

Ключові слова: заклад охорони здоров'я, інтегрована модель управління, ефективність управління, система збалансованих показників.

ANNOTATION

The work consists of an introduction, three sections, chapters, a list of references, and supplements. The purpose and scientific novelty of the study lie in examining issues related to the development of an effective management model for a healthcare institution. The first chapter of the study is devoted to the theoretical and methodological foundations of healthcare institution management. The second chapter assesses the effectiveness of the current management of the healthcare institution. The third chapter presents an integrated management model for the healthcare institution and calculates its economic effect.

Qualified work contains 127 pages, 28 tables, 8 figures, bibliography with 87 titles, 5 supplements.

Key words: healthcare institution, integrated management model, management effectiveness, balanced scorecard.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	4
ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	9
1.1 Поняття, тенденції та сучасні підходи до управління закладом охорони здоров'я	9
1.2 Аналіз існуючих методів та інструментів управління досліджуваними функціональними областями діяльності закладу охорони здоров'я.....	31
1.3 Аналіз моделей управління закладами охорони здоров'я та пошук перспективних напрямків розвитку лікарні.....	44
Висновки до розділу 1.....	49
РОЗДІЛ 2 ОЦІНКА ПОТОЧНОГО УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	52
2.1 Загальна характеристика закладу охорони здоров'я.....	52
2.2 Оцінка ефективності поточного управління	63
Висновки до розділу 2.....	76
РОЗДІЛ 3 ФОРМУВАННЯ ЕФЕКТИВНОЇ МОДЕЛІ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	79
3.1 Розробка інтегрованої моделі управління закладом охорони здоров'я... ..	79
3.2 Розрахунок економічного ефекту інтегрованої моделі управління закладом охорони здоров'я	96
Висновки до розділу 3.....	100
ВИСНОВКИ.....	104
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	107
ДОДАТКИ.....	114

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ЗОЗ – заклад охорони здоров'я

ІТ - інформаційні технології та системи (ІТ-системи)

НСЗУ - Національна служба здоров'я України

НС – надзвичайна ситуація

BSC - Balanced Scorecard або система збалансованих показників

EVMgt - Evidence-Based Management або управління, що базується на доказах

HRM - Human Resource Management або управління людськими ресурсами

KPI - Key Performance Indicators або ключові показники ефективності

OECD - Organisation for Economic Co-operation and Development або Організація економічного співробітництва та розвитку

WHO - World Health Organization або Всесвітня організація охорони здоров'я

ВСТУП

Актуальність теми. Система охорони здоров'я у сучасних умовах – стратегічно важлива ланка державної економіки, оскільки збереження людського капіталу створює основу будь-якої країни. Сьогодні заклади охорони здоров'я (ЗОЗ) – це відкриті системи, які працюють в умовах високої невизначеності, війни, непередбачуваних екзогенних змін та постійної конкуренції [2, 3, 5, 6, 11, 15].

Швидкий розвиток інноваційних технологій управління й зміна запитів пацієнтів вимагають від закладів охорони здоров'я високу динамічність та вміння оперативно реагувати на виклики зовнішнього середовища. Якість медичної допомоги, оптимальне використання ресурсів та покращення результатів лікування пацієнтів насамперед залежать від ефективного управління, яке в умовах обмеженого фінансування та інформації стає вирішальною конкурентною перевагою. Перед сучасними ЗОЗ постають такі виклики: зростання навантаження на систему, обмеженість ресурсів, потреба в інноваційних технологіях та у покращенні обслуговування [7, 15, 19].

Ефективне управління закладом охорони здоров'я, яке допомагає досягати високих стандартів медичної допомоги, потребує відповідність між організаційними цілями, наявними ресурсами і вимогами зовнішнього середовища, а також раціональне використання потенціалу. Перспективними напрямками розвитку управління ЗОЗ є впровадження моделей зрілості, що необхідні для об'єктивної оцінки управлінських процесів, використання підходів, зорієнтованих на результат, та сучасних цифрових технологій, які сприяють оптимізації внутрішніх процесів, а також інші сучасні практики управління [26, 31].

Сьогодні науковці вважають, що модель управління закладами охорони здоров'я повинна включати різні концептуальні підходи. Існуючі моделі зрілості, спеціалізовані моделі для травматологічних центрів, модель Magnet Hospital та інші в цілому дозволяють диференційовано покращити функціонування ЗОЗ. Покращити функціонування ЗОЗ дозволяють призначені для травматологічних центрів спеціалізовані моделі, модель Magnet Hospital,

відомі сучасній науці моделі зрілості та інші. При цьому побудова ефективних моделей управління та їх систематична оцінка є необхідною умовою для досягнення стратегічних цілей ЗОЗ та забезпечення сталого розвитку у динамічному середовищі охорони здоров'я [31, 42, 63, 66, 69, 87].

За цих умов традиційні фрагментовані підходи до управління ЗОЗ втрачають ефективність, що зумовлює необхідність впровадження інтегрованих моделей управління, орієнтованих на результат та економічну стійкість.

Управління закладом охорони здоров'я потребує комплексного підходу, використання сучасних моделей та результатноорієнтованих управлінських інструментів, а також оцінювання ефективності діяльності через систему індикаторів продуктивності. Застосування інноваційних організаційних рішень, інвестування в розвиток персоналу сприяють досягненню поставлених цілей, підвищенню якості медичної допомоги в закладі. Забезпечити сталий розвиток у середовищі охорони здоров'я та досягти високих стандартів якості медичних послуг можна лише за умови регулярної і всебічної оцінки управлінських практик ЗОЗ. Актуальність дослідження обумовлена необхідністю розробки пропозицій для створення ефективної моделі управління ЗОЗ.

Мета та завдання дослідження. Метою роботи є побудова ефективної моделі управління закладом охорони здоров'я та оцінювання економічної ефективності її впровадження.

Завдання дослідження:

- розкрити зміст досліджуваних понять, охарактеризувати тенденції і сучасні підходи до управління ЗОЗ;
- описати наявні у сучасній науці методи, інструменти та моделі управління ЗОЗ;
- проаналізувати діяльність сучасного закладу охорони здоров'я;
- оцінити ефективність управління сучасним ЗОЗ;
- розробити інтегровану модель управління закладу охорони здоров'я;
- проаналізувати економічний ефект інтегрованої моделі управління ЗОЗ.

Об'єктом дослідження: Комунальне некомерційне підприємство «Клінічна лікарня Святого Пантелеймона» Сумської міської ради (м. Суми).

Предметом дослідження є процеси, що забезпечують управління ЗОЗ та процес розробки інтегрованої моделі ефективної діяльності у динамічному середовищі охорони здоров'я.

Методи дослідження: аналіз та узагальнення спеціальної науково-методичної літератури – для тлумачення поняття «управління», структурно-логічний метод – для розуміння наявних інструментів, моделей і методів та управління досліджуваними сферами діяльності ЗОЗ, горизонтальний і вертикальний аналіз – під час вивчення діяльності ЗОЗ та ефективності управління ним на даному етапі, SWOT-аналіз – для дослідження слабких і сильних сторін діяльності ЗОЗ, методика Balanced Scorecard - багатовимірна оцінка результативність діяльності ЗОЗ, економіко-статистичне моделювання – на етапі створення інтегрованої моделі управління ЗОЗ, табличний та ілюстративний методи – для візуалізації результатів, отриманих під час наукового дослідження.

Елементи наукової новизни роботи полягає в узагальненні та подальшому розвитку підходів до управління ЗОЗ з урахуванням сучасних умов його функціонування, а також у теоретичному обґрунтуванні доцільності застосування інтегрованої моделі управління для підвищення ефективності діяльності закладів охорони здоров'я.

Практичне значення результатів дослідження полягає в можливості використання розробленої інтегрованої моделі управління та запропонованого підходу до оцінювання економічного ефекту в діяльності комунальних закладів охорони здоров'я з метою підвищення ефективності управління, обґрунтування управлінських рішень, стратегічного планування та впровадження системи ключових показників ефективності. Усі пропозиції і розрахунки були розглянуті та затверджені керівництвом Комунального некомерційного підприємства «Клінічна лікарня Святого Пантелеймона» Сумської міської ради

(м. Суми) з метою їх подальшого використання. Довідка акту впровадження моделі додається (Додаток Д).

Апробація результатів дослідження і публікації. Теоретичні положення були представлені на VI Всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю «YOUTH PHARMACY SCIENCE» (м. Харків, 11 грудня 2025 р.) під час виступу з доповіддю «Науково-практичні підходи до побудови моделі та оцінки ефективності управління закладом охорони здоров'я» та опубліковані у матеріалах даної конференції (<https://nuph.edu.ua/i-vseukrainska-naukovo-praktichna-konferencija-z-mizhnarodnoju-uchastju-youth-pharmacy-science/> або https://nuph.edu.ua/wp-content/uploads/2021/04/yps_materialy-konferentsii_2025.pdf) (Додаток Г).

Структура та обсяг кваліфікаційної роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Її викладено на 127 сторінках. Робота містить 28 таблиць, 8 рисунків, 5 додатків та 87 джерел літератури.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1 Поняття, тенденції та сучасні підходи до управління закладом охорони здоров'я

Аналіз наукових праць В.І. Жигір (2013), О.І. Мармаза (2015), А. Мартинець (2018), М. М. Шкильняк та інш. (2022) вказують, що поняття «управління» - це цілеспрямований вплив суб'єкта управління на об'єкт управління для досягнення поставлених цілей, забезпечення оптимального функціонування системи та її розвитку. Це універсальна функція, притаманна системам різної природи: біологічним, технічним, соціально-економічним. При цьому відомі автори пропонують різні акценти у визначенні поняття «управління», де Henri Fayol (1949), один із основоположників класичної (адміністративної) школи управління, визначав управління через його основні функції: планування, організація, керівництво (розпорядництво), координація та контроль. Науковець вважав, що «управляти» – передбачати, організовувати, розпоряджатися, координувати та контролювати. Frederick Taylor (1911), засновник школи наукового управління, розглядав управління як відокремлену професійну діяльність, спрямовану на оптимізацію трудових процесів та підвищення продуктивності праці на основі наукових методів, стандартів і правил. Peter Drucker (1999), один із провідних теоретиків менеджменту, акцентував увагу на управлінні як на діяльності, що має справу з людьми (працівниками, колективами) для виконання завдань та досягнення цілей організації. Відповідно визначення поняття «управлінська діяльність» вказує на конкретну, цілеспрямовану сукупність дій і вчинків людини (суб'єкта управління, менеджера), що використовує історичний досвід, наукове пізнання, навички та вміння для досягнення цілей в сфері управління. Вона охоплює всі

трудові процеси в сфері управління, що забезпечують управлінську дію, де ключові аспекти управлінської діяльності включають:

- систему функцій, що містить планування, прийняття управлінських рішень, організація діяльності, контроль, мотивація;
- професіоналізм, де управлінська діяльність вимагає від менеджера певних особистих якостей та професійних компетенцій;
- взаємодія, що передбачає взаємодію між керуючою (суб'єкт) і керованою (об'єкт) підсистемами.

За результатами досліджень R. E. Boyatzis (2008) значну роль відіграє професіоналізм менеджера, оскільки управлінська діяльність вимагає розвинених управлінських, комунікативних, аналітичних та лідерських компетентностей.

Таким чином, управління є більш широким поняттям, що описує процес або систему загалом, тоді як управлінська діяльність фокусується на конкретних трудових діях та функціях, які виконує людина (керівник) для здійснення цього процесу.

На сучасному етапі підходи до визначення поняття «управління закладом охорони здоров'я» серед вітчизняних і закордонних науковців містять теоретичні та прикладні аспекти (табл. 1.1):

1. Універсальність визначення. Рекомендовано застосовувати інтегративне визначення як основу для формування внутрішніх регламентів, стандартів управління та методичних підходів до планування роботи закладу охорони здоров'я (ЗОЗ).

2. Мультипарадигмальний підхід. Ефективна розробка моделей управління потребує поєднання системного, процесного та доказового підходів, доповнених компетентнісним, ризик-орієнтованим та інноваційним вимірами, що відображено у сучасних теоретичних моделях менеджменту охорони здоров'я.

3. Контекстуалізація. Моделі управління мають враховувати особливості нормативного середовища, стан ІТ-інфраструктури, кадровий потенціал та

специфіку місцевого рівня надання медичної допомоги, що підкреслюють українські дослідження.

4. Моніторинг і доказовість. Розвиток механізмів збору даних, цифрової аналітики та ухвалення рішень на основі доказів (EBMgt) є ключовим компонентом ефективного управління закладами охорони здоров'я, що відповідає міжнародним рекомендаціям WHO та OECD.

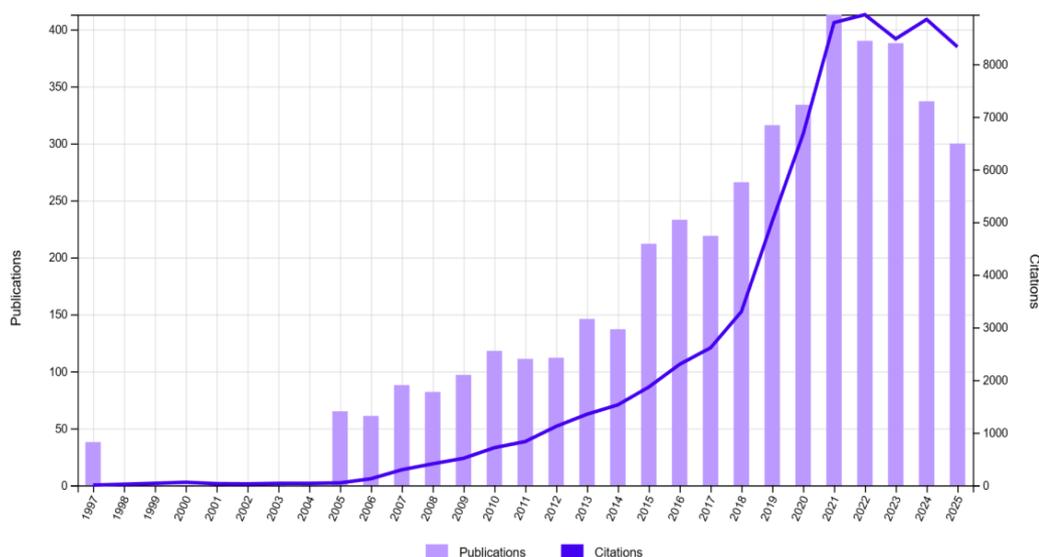
Таблиця 1.1

Теоретичні підходи до визначення поняття «управління закладом охорони здоров'я»

Автор(и), рік	Визначення «управління ЗОЗ»
T.S.Bateman, S.A. Snell, 2019	Цілеспрямований вплив суб'єкта управління на об'єкт управління з метою досягнення поставлених цілей, забезпечення ефективного функціонування системи та її розвитку. Управління є універсальною функцією, притаманною системам різної природи – біологічним, технічним та соціально-економічним, що зумовлює різні підходи до його інтерпретації.
S. Vriesendorp et al., 2010	Безперервний розвиток потенціалу організації для перетворення людських та фінансових ресурсів в удосконалені послуги та кращий стан здоров'я
The Health Foundation, 2022	Контроль, моніторинг або організація людей, процесів і систем для досягнення конкретних цілей
C. Ward et al., 2025	Впровадження управлінських практик – процесів і систем, що реалізуються в організації для досягнення покращення організаційної ефективності
D. Bhati et al., 2023	Управління та організація лікарень як критичні компоненти, що забезпечують ефективне надання медичних послуг, охоплюючи фінансовий менеджмент, розподіл ресурсів, покращення якості та безпеку пацієнтів
В.І. Борщ, 2020	Цілеспрямована діяльність керівного складу та управлінського апарату, що являє собою систему взаємопов'язаних функцій (планування, організація, координація, стимулювання та контроль), спрямованих на раціональне використання всіх видів ресурсів (кадрових, фінансових, матеріально-технічних та ін.) для забезпечення безперервного процесу надання якісних, доступних та безпечних медичних послуг відповідно до місії та цілей закладу.
О. Графська, 2025	Стратегічна, адаптивна діяльність, що полягає у впровадженні світового досвіду та інноваційних технологій (діджиталізації, ШІ, телемедицини), з метою забезпечення фінансової ефективності, дотримання принципів пацієнтоорієнтованого підходу та сталого розвитку, що призводить до підвищення якості медичних послуг та розширення доступу до лікування

Джерело: складено на підставі [4, 11, 32, 34, 75, 84, 85]

Аналіз публікацій у галузі управління ЗОЗ за період з 2005 по 2025 роки, проведений у наукометричній базі Web of Science, демонструє стабільне зростання, що досягає максимуму на початку 2020-х років. Отримані дані свідчать про значну увагу наукової спільноти до цієї теми протягом останніх двох десятиліть. Загалом динаміка публікацій відображає актуальність та важливість досліджень у сфері управління закладами охорони здоров'я, особливо в контексті глобальних викликів системі охорони здоров'я (рис. 1.1).



a)



б)

Рис. 1.1 Динаміка публікацій у галузі управління ЗОЗ та їх розподіл за галузями знань за період 2005–2025 рр. в наукометричній базі Web of Science: а) річна періодичність; б) найбільш вживана періодика.

Джерело: складено на підставі [1-87]

Відповідно до таблиці 1.1 можна сформулювати визначення «управління закладом охорони здоров'я» - це цілеспрямований комплекс управлінських функцій і процедур (стратегічне планування, організація процесів, кадрове забезпечення, фінансове менеджментування, контроль якості, ризик-менеджмент, інформаційна підтримка), що реалізуються в межах конкретних нормативно-інституційних і соціально-економічних умов із метою забезпечення доступності, безпеки, ефективності та орієнтації на потреби пацієнтів. При цьому автори [4, 11] вказують на те, що ухвалення рішень ґрунтується на принципах доказовості, системності, процесності та розвитку управлінських компетенцій.

Таке визначення узгоджується як із міжнародними концепціями системного та інтегрованого управління охороною здоров'я (WHO, OECD), так і з національними дослідженнями, що фіксують особливості трансформації українських ЗОЗ у контексті реформи фінансування, автономізації та впровадження управління за результатами.

При цьому класичні закордонні управлінські школи S. M. Shortell, A. D. Kaluzny (2019) розглядають діяльність менеджера охорони здоров'я як поєднання ролей стратега, організатора, аналітика, комунікатора та лідера змін.

Сучасні підходи, орієнтовані на цінність (value-based healthcare), додатково підкреслюють необхідність підвищення клінічної та економічної результативності діяльності закладів охорони здоров'я шляхом оптимізації процесів, посилення відповідальності, прозорості управління та фокусування на результатах лікування, що мають значення для пацієнтів. У межах цього підходу управління ЗОЗ розглядається як інструмент створення цінності для пацієнта за умов раціонального використання ресурсів системи охорони здоров'я [70].

У наукових працях [4, 8, 10, 18, 21] виокремлюють низку підходів до управління організаціями, зокрема найбільш вживані - процесний, системний та ситуаційний, які мають певні особливості (табл. 1.2).

Таблиця 1.2

Особливості підходів до управління сучасною організацією

Назва підходу	Акцент в управлінні	Оптимальний період застосування підходу	Головне призначення підходу
Процесний	процеси, функції управління	залежить від тривалості процесу	результативність діяльності, ефективність управління
Системний	діяльність організації як системи	довгостроковий	досягнення стратегічної мети діяльності
Ситуаційний	конкретні ситуації	поточний	оптимізація управлінських рішень

Джерело: складено на підставі [8]

Для закладів охорони здоров'я характерний ширший спектр підходів до управління, зокрема програмно-цільовий, клієнтоорієнтований (пацієнтоцентричний), прагматичний (доказовий), інноваційний та компетентнісний (рис. 1.2).



Рис. 1.2 Сучасні підходи до управління закладами охорони здоров'я

Джерело: складено на підставі [4, 8, 10, 18, 21, 46, 54, 55, 73]

Кожен із цих підходів має власне методологічне підґрунтя та практичне значення для забезпечення ефективного функціонування галузі охорони здоров'я. У наукових дослідженнях і аналітичних звітах міжнародних інституцій наголошується, що сучасні системи охорони здоров'я потребують переходу від традиційних адміністративно-ієрархічних моделей управління до

інноваційних, системно орієнтованих та клієнтоцентричних форм, здатних забезпечити стійкість і результативність діяльності ЗОЗ [46, 54, 55].

Процесний підхід як методологічна парадигма менеджменту орієнтований на послідовний аналіз та оптимізацію ланцюгів створення медичних послуг – від ресурсного забезпечення (inputs) до кінцевого впливу на стан здоров'я населення (impact). У межах закладу охорони здоров'я процесний підхід передбачає не лише опис окремих операцій, а системне моделювання клінічних і адміністративних процесів, чітке визначення відповідальностей, формалізацію стандартів і показників діяльності, а також упровадження механізмів постійного моніторингу та безперервного покращення якості відповідно до циклу PDCA (Plan–Do–Check–Act) [46, 54].

Концептуально процесний підхід ґрунтується на логічній моделі «вхід → процес → вихід → результат → вплив» (inputs → processes → outputs → outcomes → impact), яка дозволяє пов'язати операційну діяльність із стратегічними цілями закладу охорони здоров'я та показниками ефективності системи загалом. На практичному рівні це передбачає ідентифікацію ресурсів (кадрових, матеріально-технічних, інформаційних), опис ключових етапів клінічних і управлінських процесів, визначення індикаторів виходу, оцінку клінічних і організаційних результатів, а також аналіз довгострокового впливу на здоров'я населення й ефективність використання ресурсів [55].

World Health Organization (2016) підтримує впровадження процесного менеджменту в охорону здоров'я як основу модернізації управління, наголошуючи на його ролі в оптимізації маршрутів пацієнтів, усуненні дублювання функцій і підвищенні якості медичної допомоги [46].

Процесне мислення розглядається як концептуальна основа реформування вторинної ланки медичної допомоги та розвитку госпітальних округів, оскільки дозволяє узгодити клінічні, адміністративні й фінансові процеси в межах єдиної логіки управління. Такий підхід відповідає міжнародним рекомендаціям щодо підвищення керованості, прозорості та результативності діяльності закладів охорони здоров'я [54].

Дослідження у сфері управління якістю медичної допомоги засвідчують, що застосування процесної моделі дає змогу розробляти чіткі індикатори діяльності, забезпечувати регулярний моніторинг ефективності та формувати механізми відповідальності за кожен етап клінічного процесу. При цьому наголошується на необхідності інтеграції процесного підходу з міжнародними клінічними протоколами, стандартами якості та системою клінічного аудиту [41].

Більшість науковців сходяться на думці, що процесний підхід сприяє підвищенню керованості медичних закладів, формуванню прозорих управлінських процедур і розвитку *people-centered healthcare* – моделі, орієнтованої на потреби пацієнта та результати лікування. Водночас процесна модель створює передумови для стратегічного планування, оптимізації адміністративних процесів і підвищення фінансової стійкості закладів охорони здоров'я в умовах контракування та діяльності в межах програм державного фінансування, зокрема відповідно до вимог систем управління якістю ISO 9001:2015/2018 [59, 60].

Процесне структурування діяльності також розглядається як чинник ефективного розподілу ресурсів, удосконалення управління персоналом та впровадження інноваційних управлінських і цифрових технологій у практику закладів охорони здоров'я, що відповідає сучасним міжнародним підходам до розвитку систем охорони здоров'я [54].

Процесний підхід акцентує увагу на управлінні медичною допомогою як сукупністю взаємопов'язаних процесів і широко використовується в межах *Lean-методології* та *реінжинірингу* бізнес-процесів. Класичні праці М. Hammer та J. Champy (2001) обґрунтовують процесний підхід як методологічну основу *реінжинірингу*, що передбачає докорінний перегляд і оптимізацію процесів з метою досягнення суттєвого покращення показників якості, вартості та швидкості надання послуг. У медичній сфері такий підхід розглядається як науково обґрунтована база для трансформації моделей надання медичної допомоги [51].

Реінжиніринг, заснований на процесному підході, дає змогу скоротити непотрібні етапи в маршруті пацієнта, мінімізувати черги, затримки й повторний збір інформації, стандартизувати ключові клінічні процеси, підвищити продуктивність праці медичного персоналу та створити передумови для впровадження цифрових інструментів, зокрема систем eHealth, медичних інформаційних систем і платформ моніторингу показників діяльності [41, 54].

Важливою складовою процесного підходу є формування циклу безперервного покращення якості (PDCA), який розглядається як обов'язковий елемент сучасних систем управління якістю в охороні здоров'я. Цей цикл забезпечує регулярний перегляд процесів, оцінку результатів та впровадження коригувальних дій на основі аналізу даних і показників ефективності [46, 60].

На сучасному етапі процесний підхід інтегрується в контексті міжнародних стандартів і рамкових моделей оцінювання діяльності систем охорони здоров'я. Зокрема, стандарт ISO 9001:2015 передбачає обов'язкове визначення, опис і моніторинг процесів; рамка WHO Quality of Care Framework орієнтується на вимірювані результати та індикатори якості; модель EU Health Systems Performance Assessment (HSPA) базується на процесних показниках; система OECD Health Care Quality Indicators (HCQI) включає набір процесних метрик, що охоплюють етапи скринінгу, діагностики та подальшого спостереження пацієнтів [54, 55].

Зазначені підходи поступово інтегруються в українську систему охорони здоров'я, що підтверджується науковими публікаціями вітчизняних дослідників та рекомендаціями МОЗ України і НСЗУ щодо впровадження стандартів якості, клінічних маршрутів і процесно орієнтованих показників діяльності [9, 22, 24]. Для практичної імплементації процесного підходу в закладах охорони здоров'я використовуються стандарти та клінічні протоколи, методики управління якістю (PDCA, root-cause analysis, FMEA), інструменти Lean і Six Sigma для усунення втрат і варіацій у процесах, системи ключових показників ефективності (KPI), а також інформаційні технології – електронні реєстри, системи диспетчеризації та аналітичні ВІ-панелі для моніторингу діяльності в

реальному часі. У вітчизняних дослідженнях акцентується увага на поєднанні КРІ з локальними клінічними протоколами, що дозволяє безпосередньо пов'язати якість процесів із клінічними результатами лікування та фінансовою відповідальністю структурних підрозділів закладу охорони здоров'я [16].

Аналіз наукових джерел дозволяє виокремити ключові умови успішної імплементації процесного підходу в закладах охорони здоров'я. Насамперед ідеться про підтримку керівництва, що передбачає наявність стратегічного лідерства, чіткого бачення змін і належного ресурсного забезпечення. Міжнародні дослідження свідчать, що без активної участі вищого менеджменту процесні ініціативи не досягають сталих результатів [46].

Важливою умовою є наявність компетентних кадрів, оскільки управління процесами потребує спеціальних знань і навичок, зокрема у сфері аналізу процесів, управління якістю та використання аналітичних інструментів. У цьому контексті підкреслюється роль навчальних програм, практичних кейсів і безперервного професійного розвитку управлінського персоналу [54].

Не менш значущим чинником є розвиток інформаційної інфраструктури закладу охорони здоров'я, що включає впровадження електронних медичних карток, медичних інформаційних систем і аналітичних інструментів для підтримки управлінських рішень. Цифрові рішення розглядаються як основа для моніторингу процесів, оцінювання результатів і забезпечення прозорості управління [41].

Формування культури якості також належить до ключових умов ефективності процесного підходу. Вона передбачає заохочення ініціатив із удосконалення процесів, відкритість до змін, залучення персоналу до аналізу проблем і прийняття рішень. Завершальним елементом є система моніторингу та зворотного зв'язку, що ґрунтується на регулярному аналізі КРІ та впровадженні коригувальних заходів на основі отриманих даних [60].

Таким чином, процесний підхід виступає ключовим інструментом модернізації системи охорони здоров'я, забезпечуючи структурованість, прозорість, керованість і передбачуваність діяльності закладів охорони

здоров'я. Його застосування створює умови для інтеграції стандартів якості, оптимізації внутрішніх процесів і формування нової управлінської культури медичних організацій в Україні.

Логічним продовженням розвитку сучасних управлінських підходів у сфері охорони здоров'я є системний підхід, який застосовується для аналізу, моделювання та вдосконалення процесів надання медичних послуг і функціонування організацій загалом. У теорії управління системний підхід ґрунтується на методологічних засадах наукового пізнання та соціальної практики, відповідно до яких об'єкт дослідження розглядається як система – сукупність взаємопов'язаних елементів, що перебувають у сталих зв'язках і утворюють цілісність [8, 10].

Починаючи з середини ХХ століття, у наукових дослідженнях з управління спостерігаються суттєві методологічні зрушення, пов'язані з активним розвитком і інтеграцією системного підходу. Саме він став теоретичною основою переосмислення організацій як складних відкритих систем, здатних адаптуватися до змін зовнішнього середовища та забезпечувати внутрішню узгодженість і стабільність (Bertalanffy, 1968; Senge, 2006).

Фундамент сучасного управління закладами охорони здоров'я закладено в межах загальної теорії систем, розробленої Л. фон Берталанфі, а також у працях П. Сендже, Р. Акоффа та К. Боулдінга, які розглядали організації як динамічні системи з множиною взаємопов'язаних підсистем (Bertalanffy, 1968; Ackoff, 1971; Senge, 2006). У сфері охорони здоров'я системний підхід отримав подальший розвиток у концепції А. Donabedian (1988), який виокремив три ключові компоненти якості медичної допомоги – структуру, процес і результат. Саме ця логіка стала методологічною основою сучасних систем управління якістю, клінічного менеджменту та оцінювання ефективності діяльності закладів охорони здоров'я.

У звітах WHO (2010) система охорони здоров'я визначається як сукупність шести взаємопов'язаних функціональних блоків – надання медичних послуг (service delivery), кадрові ресурси (health workforce),

інформація (health information systems), медичні продукти та технології (medical products, vaccines and technologies), фінансування (health financing) і лідерство та управління (leadership/governance). WHO (2010) підкреслює, що лише системна узгодженість і взаємодія всіх зазначених компонентів забезпечують досягнення стійких результатів і підвищення ефективності функціонування системи охорони здоров'я [68].

У практичному вимірі застосування системного підходу в закладах охорони здоров'я передбачає наявність чіткої ієрархії управлінських рівнів, налагоджених управлінських і клінічних процесів, прозорого документообігу, інтегрованого використання матеріальних, кадрових і фінансових ресурсів, а також забезпечення відповідності діяльності закладу стандартам якості та вимогам до процесів надання медичної допомоги. Такий підхід дозволяє забезпечити узгодженість дій усіх структурних підрозділів і підвищити керованість організації.

Українські дослідження в галузі медичного менеджменту також підтверджують, що системний підхід дає змогу узгодити діяльність різних структурних елементів ЗОЗ та забезпечити комплексність управлінських впливів. Науковці зазначають, що системність є базовою передумовою ефективної реалізації реформ охорони здоров'я, оскільки дозволяє інтегрувати управлінські, клінічні та фінансові рішення в межах єдиної логіки функціонування організації [8, 10, 14, 22].

В умовах охорони здоров'я системний підхід набуває особливої значущості через комплексний характер надання медичних послуг, що поєднує професійну діяльність медичних працівників, технологічні процеси, ієрархічну структуру управління та нормативно-правові механізми регулювання. Сучасні дослідження підкреслюють, що саме системність, інтеграція управлінських рішень та орієнтація на інноваційний розвиток визначають здатність закладів охорони здоров'я ефективно реагувати на виклики зовнішнього середовища та забезпечувати високий рівень якості медичної допомоги [77].

Емпіричні дослідження підтверджують, що організації, які впроваджують системний підхід, демонструють кращі результати в координації медичної допомоги, раціональному використанні ресурсів і забезпеченні якості. Зокрема, системний підхід дозволяє розглядати охорону здоров'я «зверху вниз» – як цілісну систему, що охоплює не лише окремі клінічні процеси, а й їх взаємодію, інформаційні потоки, управлінські механізми та зовнішні впливи. У дослідженні J. Clarkson et al. (2018) обґрунтовано, що системний підхід у медичних організаціях створює аналітичні рамки для ідентифікації проблем, формування обґрунтованих рішень і реалізації змін у практиці управління.

На міжнародному рівні WHO (2010) наголошує, що систему охорони здоров'я доцільно розглядати як цілісну структуру, у межах якої взаємодіють ключові ланки – надання медичних послуг, кадрові ресурси, фінансування, інформаційні системи та управління. Така взаємодія відбувається в контексті визначених політичних цілей і суспільних пріоритетів та є необхідною умовою забезпечення стійкості, ефективності й орієнтації системи охорони здоров'я на потреби населення [68].

Українські дослідники підтримують зазначений підхід, підкреслюючи, що організаційно-економічний механізм охорони здоров'я потребує системного осмислення через призму державної політики та економічного управління. Такий підхід дає змогу сформувати стійку модель функціонування галузі, здатну реагувати на виклики модернізації, реформування фінансування та трансформації управлінських практик у сфері охорони здоров'я [16, 22, 23, 26].

На думку більшості науковців у сучасних умовах системний підхід передбачає впровадження стратегічного лідерства на всіх рівнях управління – виконавчому, тактичному та операційному. При цьому необхідність налагодження координації між клінічними, адміністративними й фінансовими підрозділами. Функціонування ефективних механізмів зворотного зв'язку, що включають контроль, моніторинг і коригувальні дії. Також розвиток адаптивних механізмів реагування на зовнішні шоки, зокрема кризи, воєнні дії, пандемії та зміни у фінансуванні системи охорони здоров'я [8, 12, 17, 20].

Таким чином, системний підхід забезпечує цілісне бачення ЗОЗ як складної соціально-технічної системи, що функціонує у взаємодії з зовнішнім середовищем – політичним, фінансовим і соціальним. Застосування системного підходу створює методологічне підґрунтя для впровадження інших сучасних підходів управління, зокрема процесного та клієнтоорієнтованого, і сприяє підвищенню ефективності та стійкості діяльності ЗОЗ.

Ситуаційний підхід розглядає управління як процес постійної адаптації організації до змінного зовнішнього та внутрішнього середовища, в якому вона функціонує. Для закладу охорони здоров'я таке середовище є особливо складним, оскільки охоплює регуляторні вимоги, демографічні зміни, різнорівневі потреби пацієнтів, кадрові проблеми, фінансові обмеження та технологічні інновації [43].

Методологічною основою ситуаційного підходу є положення про те, що не існує універсального управлінського рішення, яке було б однаково ефективним для всіх закладів охорони здоров'я і в будь-яких умовах. Кожне управлінське рішення має формуватися як логічний результат аналізу конкретної ситуації, її причин, взаємозв'язків, можливих наслідків і доступних альтернатив [67].

У науковій літературі виокремлюють ключові характеристики та етапи реалізації ситуаційного підходу, серед яких: визначення управлінської ситуації; виявлення ситуаційних причин і факторів; оцінювання обмежень, ризиків, переваг і потенційних наслідків; добір адекватних методів та управлінських інструментів. На етапі визначення ситуації керівник закладу охорони здоров'я має чітко ідентифікувати управлінський виклик, встановити внутрішні й зовнішні фактори, що його зумовили, а також визначити функціональні сфери діяльності закладу, яких стосується проблема – кадрову, клінічну, фінансову, комунікаційну або організаційну.

Для ЗОЗ типовими ситуаціями, що потребують застосування ситуаційного підходу, можуть бути дефіцит лікарів окремих спеціальностей, раптове зростання кількості звернень пацієнтів, зміни умов договорів із НСЗУ,

вихід з ладу критично важливого обладнання, загроза втрати акредитації, конфлікти в колективі або впровадження нових клінічних протоколів.

Виявлення причин і факторів, що впливають на управлінську ситуацію, передбачає комплексний аналіз внутрішніх і зовнішніх чинників різної природи. До внутрішніх факторів належать рівень кваліфікації та мотивації персоналу, стан матеріально-технічної бази, організаційна культура, особливості внутрішніх процесів, ефективність комунікацій, наявність чітких протоколів і стандартів. Зовнішні фактори охоплюють нормативно-правові вимоги МОН України та НСЗУ, демографічну ситуацію і рівень захворюваності в регіоні, економічні умови, конкурентне середовище та доступність ресурсів і технологій. Українські дослідники підкреслюють, що саме врахування сукупності цих чинників є передумовою ефективного управління закладами охорони здоров'я в умовах реформування галузі [15].

Визначення обмежень, ризиків, переваг і наслідків є одним із ключових етапів ситуаційного підходу, оскільки він зосереджується на оцінюванні можливих наслідків кожного варіанта управлінського рішення. У межах закладу охорони здоров'я такі наслідки можуть мати багатовимірний характер. До організаційних ризиків належать порушення логістики надання медичних послуг та погіршення координації між структурними підрозділами; до клінічних – зниження якості лікування, зростання кількості скарг або медичних помилок; до фінансових — втрати за договорами з НСЗУ, штрафні санкції та перевитрати ресурсів; до соціальних та іміджевих наслідків – зниження довіри громади та посилення напруженості в колективі [41].

Добір конкретних методів і управлінських інструментів у ситуаційному підході передбачає гнучкий вибір управлінських рішень залежно від характеру ситуації, рівня ризиків і доступних ресурсів. Зокрема, у разі кадрового дефіциту можуть застосовуватися стимулюючі програми, перерозподіл навантаження між підрозділами та впровадження телемедичних рішень; у випадку конфліктних ситуацій – коучингові практики, медіація та перегляд структури підпорядкування; за умов фінансових обмежень – оптимізація маршрутів

пацієнтів, підвищення ефективності закупівель і аналіз рентабельності пакетів медичних послуг; у кризових ситуаціях – централізоване управління, командний стиль лідерства та ухвалення швидких регламентованих рішень [67].

Сучасні дослідження свідчать, що в умовах реформування системи охорони здоров'я та функціонування ЗОЗ у межах програм державного фінансування саме ситуаційний підхід дозволяє поєднати управління ризиками, фінансову відповідальність і забезпечення якості медичної допомоги, адаптуючи управлінські інструменти до конкретних умов діяльності закладу [15].

За результатами дослідження можна виділити переваги та обмеження/недоліки ситуаційного підходу для сучасного ЗОЗ (табл. 1.3).

Таблиця 1.3

Переваги та обмеження / недоліки ситуаційного підходу для сучасного ЗОЗ

Переваги		Обмеження / недоліки	
Зміст	Інтерпретація	Зміст	Інтерпретація
1	2	3	4
Підвищення адаптивності	Заклад охорони здоров'я постійно перебуває під впливом змін — не лише економічних чи регуляторних, а й клінічних. Ситуаційний підхід дозволяє реагувати гнучко та своєчасно, мінімізуючи втрати	Висока вимога до компетентності керівника	Не всі менеджери здатні швидко аналізувати складні ситуації
Раціональне використання ресурсів	Оцінка ситуації дає можливість визначити, які ресурси можна перерозподілити, а які — є критичними для підтримання роботи	Ризик суб'єктивності	Неправильна діагностика ситуації призведе до хибного управлінського рішення
Оптимізація управлінських рішень	Рішення ухвалюються не інтуїтивно, а після аналізу факторів, альтернатив і прогнозів наслідків	Складність у прогнозуванні	Медична сфера часто характеризується невизначеністю та високими ризиками

Продовження табл. 1.3

1	2	3	4
Зміст	Інтерпретація	Зміст	Інтерпретація
Підвищення мотивації персоналу	Коли рішення адаптовані до реального стану справ, а не «спускаються зверху», колектив сприймає їх як більш обґрунтовані й справедливі	Потреба в оперативному доступі до даних	Без аналітики, статистики, клінічних показників підхід стає менш ефективним
Підтримка якості медичних послуг	Аналіз конкретних клінічних та організаційних ситуацій дозволяє запобігати зниженню якості надання допомоги		

Джерело: складено на підставі [15, 41, 43, 67]

Із наведеного вище можна стверджувати, що у практиці управління закладами охорони здоров'я існує тісний взаємозв'язок між системним і ситуаційним підходами. Найчастіше ситуаційний підхід застосовується в поєднанні із системним, оскільки системний підхід забезпечує цілісність управління, розглядаючи ЗОЗ як відкриту соціально-технічну систему з множиною взаємопов'язаних підсистем і стійких зв'язків між ними, тоді як ситуаційний підхід забезпечує гнучкість управління та надає інструменти для оперативного реагування на конкретні виклики й умови функціонування організації [43].

У цьому контексті системний підхід формує рамку, структуру та загальні правила функціонування ЗОЗ, а ситуаційний підхід дозволяє адаптувати управлінські рішення та поведінку системи залежно від конкретної управлінської ситуації. Така взаємодія підходів є особливо актуальною для сфери охорони здоров'я, яка характеризується високим рівнем складності, невизначеності та постійних змін зовнішнього середовища [67].

Отже, ситуаційний підхід може розглядатися як один із найбільш ефективних інструментів управління ЗОЗ в умовах динамічного середовища та безперервної трансформації системи охорони здоров'я України. Його практична цінність полягає у здатності адаптувати управлінські рішення до змін обставин, оптимізувати внутрішні процеси, обирати найбільш релевантні методи управління, підвищувати якість медичних послуг і забезпечувати стабільність функціонування закладу.

У комплексі із системним підходом ситуаційний підхід формує методологічну основу сучасної моделі управління медичними закладами, що є особливо важливим в умовах реформування галузі, конкуренції за ресурси та зростання відповідальності закладів охорони здоров'я перед громадою. Поряд із цим у наукових дослідженнях також виділяють клієнтоорієнтований (пацієнтоцентричний) підхід, компетентнісний підхід, програмно-цільовий підхід і стратегічне управління як важливі напрями розвитку сучасного менеджменту в охороні здоров'я, що доповнюють системну й ситуаційну логіку управління [46].

Клієнтоорієнтований або пацієнтоцентричний підхід посідає центральне місце в концепціях сучасних систем охорони здоров'я. У межах цього підходу управління ЗОЗ розглядається як система управлінських рішень і дій, спрямованих на задоволення потреб пацієнтів, забезпечення доступності, безпеки та якості медичної допомоги, участі пацієнтів у прийнятті рішень, поваги до їхніх прав, цінностей і індивідуальних потреб [46].

Для медичного закладу пацієнтоорієнтованість означає впровадження сервісних стандартів, розвиток систем зворотного зв'язку, урахування очікувань і досвіду пацієнтів під час формування управлінських політик і процедур. Такий підхід сприяє підвищенню рівня довіри, задоволеності пацієнтів і якості медичних послуг, а також забезпечує сталий розвиток медичної установи. У документах WHO (2021) наголошується, що орієнтація на потреби пацієнтів є ключовим критерієм оцінювання ефективності та якості систем охорони здоров'я [41].

Клієнтоорієнтованість (patient-centered care) є також базовим елементом сучасних моделей управління якістю в охороні здоров'я та передбачає перехід від «системоцентричної» до «пацієнтоцентричної» моделі організації медичної допомоги. Дослідження D. M. Berwick et al. (2008) доводять, що орієнтація на потреби пацієнта сприяє зниженню кількості медичних помилок, підвищенню рівня задоволеності пацієнтів і покращенню результатів лікування.

Європейські та міжнародні ініціативи з покращення якості медичних послуг визначають ключові принципи *patient-centered care*, серед яких урахування цінностей і очікувань пацієнтів, прозорість і доступність інформації, партнерство між медичним персоналом і пацієнтом, а також індивідуалізація планів лікування [41]. Ці принципи узгоджуються з концепцією *value-based healthcare*, запропонованою М. Porter і Е. Teisberg (2006), яка акцентує увагу на необхідності максимізації цінності для пацієнта за умов раціонального використання ресурсів системи охорони здоров'я.

В Україні клієнтоорієнтований підхід також визнається одним із ключових принципів розвитку як первинної, так і спеціалізованої медичної допомоги. Українські дослідники підкреслюють важливість залучення пацієнтів до процесів ухвалення рішень, забезпечення прозорості надання медичних послуг і розвитку механізмів взаємодії «пацієнт – лікар – адміністрація», що позитивно впливає на рівень довіри та зменшення кількості скарг у закладах охорони здоров'я [15].

Компетентнісний підхід орієнтує управління ЗОЗ на розвиток професійних компетенцій керівників і управлінського персоналу, зокрема управлінських, стратегічних, лідерських, комунікаційних та цифрових. В умовах реформування системи охорони здоров'я, автономізації закладів і зміни механізмів фінансування компетентнісний підхід дозволяє сформувати кадровий потенціал, здатний адаптуватися до змін, ухвалювати обґрунтовані управлінські рішення, впроваджувати інновації та забезпечувати сталий розвиток медичного закладу [12, 22, 46].

Згідно з сучасними компетентнісними моделями управління в охороні здоров'я, які активно впроваджуються в європейських країнах і поступово адаптуються в Україні, керівник ЗОЗ має володіти комплексом професійних, управлінських, цифрових, комунікативних і лідерських компетентностей. Саме така інтегрована модель компетенцій розглядається як основа ефективного управління медичною організацією в умовах зростаючої складності та невизначеності [36].

Дослідження у сфері управління персоналом в охороні здоров'я свідчать, що застосування компетентнісного підходу корелює з вищим рівнем інноваційності медичних закладів, здатністю до організаційних змін і впровадженням сучасних моделей управління. У документах WHO (2020) з розвитку кадрових ресурсів наголошується, що професійна компетентність управлінців є ключовою умовою стійкості та ефективності системи охорони здоров'я.

Формування компетентнісного підходу в теорії менеджменту пов'язане з працями D. Goleman (2000) і R. Boyatzis (2008), які підкреслювали, що основою ефективної управлінської діяльності є не лише формальні знання, а й поєднання управлінських, аналітичних, комунікативних та емоційних компетентностей. Особливе значення надається розвитку емоційного інтелекту, здатності працювати з командами та управляти змінами.

У контексті охорони здоров'я компетентнісний підхід розвивається в межах глобальної стратегії WHO (2016) «Global strategy on human resources for health: Workforce 2030», яка визначає професійну компетентність керівників закладів охорони здоров'я як одну з ключових передумов стійкості та результативності системи. До пріоритетних компетенцій керівників ЗОЗ належать стратегічне мислення, здатність до ухвалення рішень, управління фінансами, командне лідерство та цифрова грамотність, що відповідає сучасним викликам розвитку галузі [46].

Програмно-цільовий підхід у поєднанні зі стратегічним управлінням орієнтує управлінську діяльність закладів охорони здоров'я на встановлення чітко сформульованих цілей і завдань (програм), їх ресурсне забезпечення, моніторинг виконання за допомогою КРІ, а також звітність і відповідальність за досягнуті результати. Такий підхід є особливо актуальним у період реформування системи охорони здоров'я, коли заклади змушені адаптуватися до нових фінансових моделей, механізмів контракування, стандартів діяльності та вимог підзвітності.

Програмно-цільовий підхід поєднує елементи стратегічного планування, бюджетування та контролю виконання управлінських рішень, що сприяє підвищенню прозорості й керованості діяльності закладів охорони здоров'я. Орієнтація управління на досягнення конкретних, вимірюваних результатів відповідає сучасним концепціям стратегічного менеджменту, обґрунтованим у працях Р. Drucker (2007), J. Bryson (2024) та Н. Mintzberg (2009), які підкреслювали значення чіткої постановки цілей, стратегічного мислення та системного моніторингу результативності діяльності організацій.

У сфері охорони здоров'я програмно-цільовий підхід застосовується для планування та реалізації національних і регіональних програм охорони здоров'я, впровадження клінічних маршрутів пацієнтів, використання механізмів фінансування за принципом *diagnosis-related groups (DRG)*, а також управління якістю медичної допомоги відповідно до міжнародних стандартів (ISO, JCI). Аналітичні звіти Всесвітньої організації охорони здоров'я та Організації економічного співробітництва та розвитку свідчать, що системи охорони здоров'я, у яких застосовуються принципи програмно-цільового та стратегічного управління, демонструють більш стабільні фінансові результати, вищий рівень доступності медичних послуг і покращення показників якості допомоги [54].

В українській науковій літературі програмно-цільовий підхід розглядається як ефективний інструмент управління ресурсами закладів охорони здоров'я в умовах переходу до моделі стратегічної закупівлі медичних послуг та автономізації медичних закладів. Дослідження засвідчують, що застосування цільових програм сприяє оптимізації фінансового управління, впорядкуванню використання медичних ресурсів і підвищенню відповідальності керівництва за досягнення стратегічних показників діяльності закладів охорони здоров'я [16].

Прагматичний підхід в управлінні закладами охорони здоров'я ґрунтується на використанні підтверджених наукових даних і об'єктивних показників для ухвалення управлінських рішень. Його методологічною

основою є концепція доказової медицини, розроблена G. H. Guyatt et al. (2008) та їхніми послідовниками, яка передбачає інтеграцію найкращих наявних наукових доказів із професійним досвідом та цінностями пацієнтів.

У сфері управління це означає застосування принципів доказовості не лише до клінічних рішень, а й до управлінських процесів. Зокрема, прагматичний підхід передбачає використання наукових доказів під час формування управлінських політик, застосування KPI, аналіз економічної доцільності управлінських і клінічних втручань за допомогою методів оцінки медичних технологій (Health Technology Assessment, HTA), а також оцінювання впливу управлінських рішень на клінічні результати лікування та фінансову стійкість закладу охорони здоров'я [56].

У сучасному менеджменті охорони здоров'я прагматичний підхід тісно пов'язаний із концепцією evidence-based management (EBMgt), відповідно до якої управлінські рішення в закладах охорони здоров'я приймаються на основі наукових доказів, аналізу клінічних, фінансових і статистичних даних, результатів аудиту та моніторингу. Застосування EBMgt сприяє підвищенню обґрунтованості, прозорості та підзвітності управлінської діяльності, зменшенню управлінських ризиків і оптимізації використання ресурсів [73].

Інноваційний підхід доповнює прагматичний і доказовий підходи та пов'язаний із впровадженням цифрових інструментів управління, телемедицини, електронних систем охорони здоров'я, сучасних клінічних протоколів і аналітичних інформаційних систем. Використання цифрових платформ, електронних медичних записів і систем бізнес-аналітики створює основу для збору, аналізу та використання даних у режимі реального часу, що підсилює можливості доказового управління.

Міжнародні організації, зокрема WHO (2023) та OECD (2023), наголошують на необхідності використання доказової бази у плануванні, управлінні та оцінюванні ефективності систем охорони здоров'я. У рекомендаціях OECD підкреслюється, що системне використання даних і

доказів у процесі ухвалення управлінських рішень є ключовою умовою підвищення якості медичних послуг і стійкості систем охорони здоров'я [52].

Таким чином, сучасні підходи до управління ЗОЗ формують інтегровану модель, яка поєднує системний аналіз, стратегічне програмно-цільове планування, процесну організацію діяльності, орієнтацію на потреби пацієнта, доказовість управлінських рішень та компетентнісний розвиток персоналу. Комплексне застосування цих підходів забезпечує ефективне функціонування медичних організацій, підвищення якості медичної допомоги та адаптивність системи охорони здоров'я до сучасних викликів.

1.2 Аналіз існуючих методів та інструментів управління досліджуваними функціональними областями діяльності закладу охорони здоров'я

Організаційна структура управління ЗОЗ визначає розподіл повноважень, відповідальності, комунікацій та механізмів ухвалення управлінських рішень між управлінськими рівнями. Її ефективність безпосередньо залежить від здатності відповідати конкретним умовам функціонування медичного закладу – як зовнішнім (державна політика у сфері охорони здоров'я, фінансування, демографічні потреби населення), так і внутрішнім (ресурсне забезпечення, кадровий потенціал, рівень технологічного розвитку) [1, 22, 67].

У науковій літературі виокремлюють шість основних типів організаційних структур управління – лінійну, функціональну, лінійно-функціональну, програмно-цільову, матричну та дивізіональну – кожна з яких має специфічні переваги й обмеження з позицій застосування у сфері охорони здоров'я. Вибір конкретної структури має ґрунтуватися на поєднанні системного бачення організації як цілісного утворення та ситуаційного аналізу умов її функціонування [8, 43].

Лінійна організаційна структура характеризується чіткою вертикальною субординацією та одноканальністю управління. У закладах охорони здоров'я

вона може бути ефективною в кризових, надзвичайних або воєнних умовах, скільки забезпечує швидке ухвалення рішень, дисципліну та однозначність управлінських команд. Водночас надмірна централізація та обмежена гнучкість знижують її ефективність у складних лікувально-діагностичних процесах, що потребують мультидисциплінарної взаємодії.

Функціональна структура управління передбачає групування підрозділів за однорідними функціями, що сприяє спеціалізації та розвитку експертності управлінського персоналу. Така модель є доцільною для великих лікарень зі стабільними умовами функціонування, однак може ускладнювати координацію між підрозділами та негативно впливати на пацієнтоорієнтованість процесів у період змін або реформ.

Лінійно-функціональна структура поєднує переваги лінійного управління та функціональної спеціалізації. Вона є однією з найпоширеніших у практиці управління закладами охорони здоров'я, оскільки дозволяє зберігати принцип єдиноначальності та водночас використовувати експертний потенціал спеціалізованих підрозділів. Ситуаційний аналіз свідчить, що така структура є оптимальною для середніх і великих ЗОЗ.

Програмно-цільова та матрична структури застосовуються переважно для реалізації складних проєктів і програм, зокрема впровадження телемедицини, розвитку центрів реабілітації, реалізації національних програм скринінгу та інноваційних клінічних напрямів. Вони забезпечують гнучкість, мобілізацію ресурсів і мультидисциплінарну взаємодію, однак потребують високого рівня управлінських компетентностей і розвиненої організаційної культури співпраці.

Дивізіональна структура управління передбачає відносну автономію окремих підрозділів або філій за умови стратегічної координації з боку центрального управління. У великих медичних мережах така модель сприяє децентралізації управління, адаптації до регіональних потреб та підвищенню економічної відповідальності підрозділів[8, 16].

Отже, вибір організаційної структури управління ЗОЗ має здійснюватися не формально, а на основі системно-ситуаційного аналізу. Жодна з моделей не є

універсальною, а її ефективність визначається типом закладу, масштабом діяльності, ресурсною базою та динамікою зовнішнього середовища. Ситуаційний підхід дозволяє адаптувати організаційну структуру до конкретних умов функціонування, мінімізувати управлінські ризики та забезпечити сталий розвиток закладу охорони здоров'я.

Ефективне управління ЗОЗ ґрунтується на застосуванні комплексу методів, що забезпечують цілеспрямований вплив керуючої підсистеми на персонал і виробничо-організаційні процеси. В умовах високої динамічності зовнішнього середовища, конкуренції між надавачами медичних послуг, обмеженості фінансових і кадрових ресурсів та підвищених вимог до якості медичної допомоги використання науково обґрунтованих методів управління є ключовою передумовою результативності й стійкості ЗОЗ [67].

У теорії та практиці менеджменту традиційно виокремлюють три основні групи методів управління: економічні, адміністративні (організаційно-розпорядчі) та соціально-психологічні. Кожна з цих груп виконує специфічні функції в регулюванні діяльності медичної організації та застосовується залежно від управлінської ситуації, рівня автономії закладу й особливостей його організаційної структури [44].

Економічні методи управління полягають у формуванні умов, що стимулюють структурні підрозділи та персонал до продуктивної діяльності, раціонального використання ресурсів і досягнення фінансових та операційних показників. У закладах охорони здоров'я вони реалізуються через планово-фінансову діяльність (стратегічне, річне та оперативне планування, кошторисне й бюджетне прогнозування), механізми економічного стимулювання персоналу (преміювання, доплати, участь у розподілі економії фонду оплати праці), матеріальну відповідальність підрозділів за виконання індикаторів договорів з НСЗУ, формування тарифів на платні послуги, використання фінансових інструментів (гранти, цільові програми) та податкові механізми [14, 19].

У медичних установах економічні методи мають переважно непрямий характер впливу, створюючи мотиваційне середовище, в якому досягнення

запланованих результатів безпосередньо пов'язане з отриманням економічних вигод або, навпаки, із ризиком фінансових втрат у разі невиконання цільових показників. Такий підхід є особливо актуальним для комунальних некомерційних підприємств, що функціонують в умовах контракування та конкурентного середовища на ринку медичних послуг [16].

Адміністративні (організаційно-розпорядчі) методи управління забезпечують чітку структурованість, дисципліну та регламентованість процесів у ЗОЗ. З огляду на високий рівень відповідальності, клінічні ризики та необхідність дотримання стандартів якості, ці методи є базовими для управління медичними установами. Вони охоплюють організаційні, розпорядчі та дисциплінарні механізми впливу.

Організаційні методи спрямовані на формування стійких правил і процедур діяльності та включають регламентування (статути, посадові інструкції, положення про структурні підрозділи, маршрути пацієнтів), нормування (медико-технологічні стандарти, клінічні протоколи, норми навантаження персоналу), інструктування (проведення інструктажів, навчальних і адаптаційних програм) та інформування (офіційні повідомлення, протоколи нарад, внутрішні циркуляри). Застосування організаційних методів у ЗОЗ забезпечує логіку функціонування закладу, безпеку медичної допомоги та відповідність діяльності вимогам МОН України і НСЗУ.

Розпорядчі методи управління забезпечують оперативне реагування керівництва на зміни та нестандартні управлінські ситуації. До них належать накази, розпорядження та вказівки керівника, оперативні рішення щодо критичних клінічних або організаційних випадків, а також резолюції, спрямовані на усунення виявлених відхилень у діяльності закладу. У сфері охорони здоров'я розпорядчі методи мають особливе значення для забезпечення безперервності лікувального процесу, управління клінічними інцидентами, здійснення епідеміологічного контролю та реагування на надзвичайні ситуації [67].

Методи дисциплінарного впливу передбачають застосування дисциплінарних стягнень, адміністративної й матеріальної відповідальності, а також інших заходів реагування на порушення трудової та клінічної дисципліни. Їх використання спрямоване на підтримання стабільності роботи закладу охорони здоров'я, дотримання професійних стандартів і забезпечення безпеки пацієнтів. У практиці управління ЗОЗ дисциплінарні методи розглядаються як необхідний елемент системи внутрішнього контролю та управління ризиками [41].

Соціально-психологічні методи управління відіграють ключову роль у формуванні мотивованого, згуртованого й професійно стійкого персоналу. Це особливо актуально для медичної сфери, де людський фактор, емоційне навантаження та інтенсивна міжособистісна взаємодія істотно впливають на результати діяльності. Соціальні методи спрямовані на регулювання взаємин у колективі через формування корпоративних норм і правил (етичні кодекси, правила внутрішнього трудового розпорядку), соціальне регулювання (розподіл навантаження, наставництво, системи зворотного зв'язку) та моральне стимулювання (визнання професійних досягнень, нагороди, соціальні пільги). Їх застосування сприяє формуванню справедливого робочого середовища, розвитку довіри та зміцненню професійних цінностей [48].

Психологічні методи управління охоплюють професійний відбір і адаптацію персоналу, формування внутрішньої мотивації до праці, створення сприятливого морально-психологічного клімату, гуманізацію умов праці (ергономіка робочих місць, профілактика професійного вигорання), а також застосування методів командування й вирішення конфліктів. Використання цих методів ґрунтується на даних психологічних і соціологічних досліджень, зокрема анкетування, інтерв'ю та спостережень, що дозволяє об'єктивно оцінити стан колективу та ухвалювати виважені управлінські рішення.

Застосування економічних, адміністративних і соціально-психологічних методів у комплексі дає змогу сформувати багатовимірну, адаптивну та стійку систему управління закладом охорони здоров'я. Кожна з груп методів виконує

власну функцію: економічні формують матеріальну основу діяльності; адміністративні забезпечують порядок, структурованість і контроль; соціально-психологічні підтримують мотивацію, згуртованість і професійну ефективність персоналу. Саме інтеграція цих методів відповідно до конкретних умов функціонування та стратегічних цілей закладу охорони здоров'я забезпечує його конкурентоспроможність і високий рівень якості медичної допомоги [16].

Ефективне функціонування ЗОЗ значною мірою залежить від здатності керівництва забезпечувати раціональне управління основними функціональними сферами діяльності. Кожна з них потребує застосування специфічних управлінських інструментів, орієнтованих на підвищення якості медичної допомоги, оптимізацію ресурсів, дотримання стандартів безпеки та досягнення стратегічних цілей організації.

Управління кадровими, фінансовими, матеріально-технічними, інформаційними та клінічними ресурсами закладу охорони здоров'я потребує системного використання спеціалізованих управлінських інструментів, адаптованих до особливостей медичної діяльності. Сучасні дослідження у сфері менеджменту охорони здоров'я підкреслюють, що ефективність діяльності ЗОЗ значною мірою залежить від узгодженості управління ключовими функціональними сферами, зокрема кадровою, фінансово-економічною, якістю медичної допомоги та інформаційними потоками [74].

Управління кадровими ресурсами в ЗОЗ розглядається як одна з найкритичніших функціональних областей, оскільки людський капітал безпосередньо визначає доступність і якість медичної допомоги. У документах ВНО (2016) наголошується, що кадрове планування, розвиток компетенцій, мотивація та професійне навчання персоналу мають здійснюватися на основі аналізу потреб населення, структури захворюваності та навантаження на медичних працівників [46].

Фінансове управління в ЗОЗ базується на застосуванні інструментів бюджетування, калькулювання вартості медичних послуг, фінансового контролю та системи показників ефективності [14, 23, 24]. Аналітичні

матеріали OECD (2020) підкреслюють, що поєднання фінансових індикаторів із результатами надання медичної допомоги дозволяє підвищити прозорість використання ресурсів і забезпечити фінансову стійкість медичних закладів, особливо в умовах стратегічної закупівлі послуг[53].

Управління якістю та клінічними процесами реалізується через впровадження клінічних протоколів, аудит якості, системи управління інцидентами та використання пацієнтоорієнтованих індикаторів. Дослідження підтверджують, що застосування стандартизованих клінічних маршрутів, Lean-інструментів і процесного моделювання сприяє скороченню втрат, підвищенню безпеки пацієнтів і покращенню результатів лікування [41].

В українському контексті науковці зазначають, що інтеграція сучасних управлінських інструментів у діяльність закладів охорони здоров'я є необхідною умовою ефективного функціонування комунальних некомерційних підприємств в умовах контрактування з НСЗУ, автономізації та цифровізації системи охорони здоров'я. Комплексне управління функціональними сферами діяльності дозволяє забезпечити збалансований розвиток ЗОЗ, підвищити якість медичної допомоги та рівень довіри пацієнтів [16].

Управління ризиками та безпекою є однією з ключових функціональних сфер діяльності закладу охорони здоров'я, оскільки медична допомога пов'язана з підвищеним рівнем клінічних, організаційних та операційних ризиків. Сучасні підходи до менеджменту охорони здоров'я розглядають управління ризиками як системний процес ідентифікації, аналізу, оцінювання та мінімізації потенційних загроз для пацієнтів, персоналу та організації в цілому [41].

Основним інструментом у цій сфері є реєстр ризиків ЗОЗ, який передбачає класифікацію ризиків на стратегічні (фінансування, кадровий дефіцит, зміни політики), операційні (збої процесів, логістика, ІТ-системи) та клінічні (медичні помилки, ускладнення, інфекції, пов'язані з наданням медичної допомоги) [83]. Формування та регулярне оновлення реєстру ризиків відповідає принципам стандарту ISO 31000, який широко використовується у

сфері охорони здоров'я для побудови інтегрованих систем управління ризиками[60].

Важливою складовою безпеки пацієнтів є програми інфекційного контролю (Infection Prevention and Control (IPC)), що включають навчання персоналу, моніторинг внутрішньолікарняних інфекцій, контроль стерилізації та дотримання стандартів гігієни. Наказ МОЗ України № 1614 (2021) «Про затвердження Державних санітарних норм та правил щодо інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я» також безпосередньо контролює вказані процеси. WHO (2016) підкреслює, що ефективні IPC-програми є одним із найбільш результативних інструментів зниження ускладнень, пов'язаних із медичною допомогою, та забезпечення безпеки пацієнтів [46].

Симуляційні тренінги розглядаються як сучасний інструмент управління ризиками, що дозволяє відпрацьовувати дії персоналу в умовах невідкладних станів, масового надходження пацієнтів або інших критичних ситуацій без загрози для реальних хворих. Дослідження МОЗ України підтверджують, що використання симуляційного навчання знижує кількість помилок та підвищує готовність персоналу до кризових подій.

Окреме значення має система цивільного захисту в медичній установі, яка включає плани евакуації, навчання персоналу діям у надзвичайних ситуаціях, координацію з екстреними службами. У контексті сучасних викликів (пандемії, воєнні дії, техногенні загрози), де WHO (2021) наголошує на необхідності інтеграції управління надзвичайними ситуаціями в загальну систему управління ЗОЗ [41].

Сучасний ЗОЗ є складною системою, ефективне функціонування якої забезпечується поєднанням економічних, організаційних і соціально-психологічних методів управління з інструментами планування, контролю, цифровізації, управління якістю та ризиками, що сприяє його сталому розвитку й конкурентоспроможності в умовах реформування системи охорони здоров'я України. У сучасній науковій літературі підкреслюється, що ефективність управління ЗОЗ визначається здатністю організації адаптуватися до динамічних

соціально-економічних умов, технологічних змін та зростаючих вимог до якості й безпеки медичної допомоги. Аналітичні огляди WHO з оцінювання діяльності систем охорони здоров'я Health System Performance Assessment (2018) акцентують на необхідності інтеграції гнучкості, прозорості та орієнтації на результат як базових принципів сучасного управління [55].

Українські дослідження також підтверджують, що цифровізація управлінських процесів, розвиток систем внутрішнього контролю якості та безпеки пацієнтів, а також впровадження компетентнісного підходу до підготовки керівників ЗОЗ є ключовими чинниками підвищення ефективності діяльності медичних установ у національному контексті [16].

Таким чином, більшість науковців сходяться на думці, що ключовими компонентами ефективного управління ЗОЗ є лідерство, фінансовий менеджмент, управління людськими ресурсами, якість і безпека пацієнтів, а також використання сучасних інформаційних технологій та управлінських систем (рис. 1.3).



Рис. 1.3 Ключові компоненти ефективного управління ЗОЗ

Джерело: складено на підставі [30, 46, 47, 52, 61, 62, 64, 76, 78]

Лідерство в системі управління ЗОЗ розглядається не лише як формальна управлінська функція, а як комплексний соціально-організаційний феномен, що

забезпечує стратегічну спрямованість, згуртованість персоналу та адаптацію організації до динамічних умов функціонування [61].

На відміну від адміністративного керівництва, лідерство ґрунтується на здатності впливати на поведінку, мотивацію та ціннісні орієнтири працівників з метою досягнення спільних цілей ЗОЗ.

У контексті охорони здоров'я лідерство набуває особливої ваги через високу соціальну відповідальність діяльності закладу, складність клінічних і управлінських процесів, мультидисциплінарність команд та необхідність забезпечення безпеки пацієнтів і якості медичної допомоги [61].

На основі проведеного аналізу у таблиці 1.4 представлені ключові складові ефективного лідерства в системі управління ЗОЗ.

Таблиця 1.4

Ключові компоненти ефективного лідерства в управлінні ЗОЗ

Компонент	Ключові характеристики	Джерело
Стратегічне бачення та орієнтація на розвиток	Ефективний лідер формує стратегічне бачення розвитку ЗОЗ, поєднуючи медичні, соціальні та економічні цілі та адаптуючи стратегію до змін зовнішнього середовища.	M. West et al., 2015
Ціннісно-орієнтоване управління та етичне лідерство	Лідерство в охороні здоров'я ґрунтується на професійній етиці, пацієнт-орієнтованості та формуванні культури доброчесності з дотриманням прав пацієнтів і медичних працівників.	T. Maak, N. Pless, 2006
Мотивація та розвиток персоналу	Визначальним аспектом лідерства є мотивація персоналу, підтримка професійного розвитку та інноваційної активності, що підвищує якість медичної допомоги й задоволеність працівників.	D. Sfantou et al., 2017
Командна взаємодія та міждисциплінарне лідерство	Ефективний лідер забезпечує координацію команд, знижує конфлікти та сприяє колективному прийняттю рішень для підвищення якості й безпеки медичної допомоги.	M. West et al., 2015
Управління змінами та кризове лідерство	Здатність управляти змінами є ключовою характеристикою лідера в охороні здоров'я, що забезпечує адаптацію до реформ, цифровізації та надзвичайних ситуацій і підтримує стійкість та безперервність медичної допомоги.	R. Heifetz et al., 2009

Джерело: складено на підставі [61, 62]

Лідерство інтегрує стратегічні, етичні, мотиваційні та комунікативні аспекти управлінської діяльності ЗОЗ. Воно забезпечує не лише функціональну ефективність ЗОЗ, але й організаційну стійкість в умовах змін, сприяючи

підвищенню якості медичних послуг, задоволеності персоналу та довіри з боку пацієнтів і суспільства [61, 62].

Фінансовий менеджмент у ЗОЗ є системоутворювальним елементом управління, що забезпечує стійкість, результативність і безперервність надання медичних послуг. В умовах обмеженості ресурсів, зростання вартості медичних технологій та підвищених вимог до якості й безпеки медичної допомоги фінансовий менеджмент набуває стратегічного значення [1, 14, 23, 24, 47]. З наукової точки зору фінансовий менеджмент у ЗОЗ розглядається як цілеспрямований процес планування, розподілу, використання та контролю фінансових ресурсів, спрямований на досягнення медичних, соціальних і економічних цілей закладу. Його специфіка полягає у поєднанні економічної доцільності з соціальною місією медицини, що відрізняє ЗОЗ від класичних комерційних організацій [23, 39].

Таблиця 1.5 відображає основні компоненти фінансового менеджменту та їх ключові характеристики у ЗОЗ.

Таблиця 1.5

Ключові компоненти фінансового менеджменту в ЗОЗ

Компонент	Ключові характеристики	Джерело
Фінансове планування та бюджетування	Фінансове планування є базовим елементом фінансового менеджменту ЗОЗ і передбачає формування фінансових планів, узгоджених зі стратегічними цілями, структурою послуг і прогнозованими обсягами фінансування.	L. Gapenski, G. Pink, 2015
Управління джерелами фінансування	Ефективний фінансовий менеджмент ЗОЗ ґрунтується на диверсифікації джерел доходів, що зменшує залежність від одного фінансового потоку та підвищує фінансову стійкість і адаптивність закладу.	OECD, 2023
Управління витратами та ресурсна ефективність	Контроль і оптимізація витрат у ЗОЗ спрямовані на підвищення ефективності використання ресурсів без зниження якості медичної допомоги та мають ґрунтуватися на аналізі собівартості послуг і результатів лікування.	W. Cleverley et al., 2011
Фінансовий контроль і облік	Фінансовий контроль у ЗОЗ забезпечує прозорість і підзвітність використання ресурсів через внутрішній і зовнішній контроль, облік, аудит та аналіз фінансових показників.	World Health Organization, 2019
Управління фінансовими ризиками	Фінансовий менеджмент ЗОЗ має передбачати ідентифікацію, оцінку та мінімізацію фінансових ризиків, пов'язаних із нестабільністю фінансування, тарифами, інфляцією та кадровими витратами.	L. Gapenski, G. Pink, 2015

Джерело: складено на підставі [39, 47, 52]

Таким чином, фінансовий менеджмент у ЗОЗ є інтегрованим управлінським механізмом, що поєднує планування, організацію, контроль і аналіз фінансових процесів. Його ефективність безпосередньо впливає на якість медичних послуг, стабільність функціонування закладу та рівень довіри з боку пацієнтів і стейкхолдерів. У поєднанні з лідерством, кадровим управлінням і менеджментом якості фінансовий менеджмент формує основу сталого розвитку сучасного ЗОЗ [52].

Управління людськими ресурсами є однією з базових функціональних сфер менеджменту ЗОЗ, оскільки якість і безпека медичних послуг безпосередньо залежать від професійної компетентності, мотивації та залученості персоналу [76]. На відміну від інших галузей, у сфері охорони здоров'я людські ресурси мають високу соціальну значущість, а помилки персоналу можуть призводити до серйозних медичних, етичних і правових наслідків [46].

Таблиця 1.6 відображає основні складові управління людськими ресурсами та їх ключові характеристики у закладах охорони здоров'я.

Таблиця 1.6

Ключові компоненти управління людськими ресурсами в ЗОЗ

Компонент	Ключові характеристики	Джерело
1	2	3
Стратегічне планування людських ресурсів	Ефективне HRM у ЗОЗ базується на стратегічному плануванні кадрового потенціалу з урахуванням потреб закладу, демографічних змін, структури захворюваності та впровадження нових технологій і стандартів лікування.	World Health Organization, 2016
Добір, розстановка та утримання персоналу	Раціональний добір кадрів у ЗОЗ поєднує професійні, етичні та психологічні критерії й орієнтований не лише на залучення, а й на утримання персоналу через прозорий відбір, адаптаційні програми та забезпечення професійної стабільності.	J. Buchan, L. Aiken, 2008
Розвиток професійної компетентності та безперервне навчання	Безперервний професійний розвиток персоналу в ЗОЗ є умовою відповідності сучасним стандартам і охоплює підвищення кваліфікації, спеціалізацію, перепідготовку та розвиток управлінських компетентностей керівників.	J. Frenk et al., 2010
Мотивація та стимулювання персоналу	Система мотивації в ЗОЗ має поєднувати матеріальні й нематеріальні стимули, з акцентом на професійне визнання, участь у прийнятті рішень, кар'єрний розвиток і сприятливий психологічний клімат.	L. Franco, S. Bennett, R. Kanfer, 2002

Продовження табл. 1.6

Компонент	Ключові характеристики	Джерело
1	2	3
Управління трудовими відносинами та організаційною культурою	Ефективне HRM у ЗОЗ спрямоване на формування культури взаємоповаги, командної роботи й відповідальності через дотримання трудового законодавства, прозорі правила та запобігання професійному вигоранню персоналу.	C. Maslach, M. Leiter, 2016
Оцінювання результативності діяльності персоналу	Систематична оцінка діяльності працівників у ЗОЗ пов'язує індивідуальні результати з цілями закладу та охоплює якість допомоги, дотримання стандартів і ефективність командної роботи.	S. M. Kabene et al., 2006

Джерело: складено на підставі [46, 64, 76]

Управління людськими ресурсами є системоутворюючим компонентом ефективного управління ЗОЗ. Його результативність визначається здатністю керівництва поєднувати стратегічне планування, професійний розвиток, мотивацію та соціально-психологічні аспекти управління персоналом. У сучасних умовах реформування системи охорони здоров'я саме ефективне HRM стає ключовим чинником підвищення якості, доступності та стійкості медичних послуг [46].

Покращення якості медичної допомоги та забезпечення безпеки пацієнтів є системоутворювальним компонентом сучасного управління ЗОЗ. У міжнародній науковій та управлінській практиці якість і безпека розглядаються не лише як клінічні категорії, а як результат ефективного менеджменту, організаційної культури, міждисциплінарної взаємодії та стратегічного планування [3, 9, 46].

Інформаційні технології та системи (ІТ-системи) є критично важливим інфраструктурним елементом сучасного закладу охорони здоров'я, що забезпечує інтеграцію клінічних, управлінських, фінансових і адміністративних процесів. У науковій літературі ІТ у медицині розглядаються як інструмент підвищення ефективності управлінських рішень, зменшення інформаційної асиметрії та забезпечення безперервності надання медичної допомоги [30, 78].

В умовах реформування системи охорони здоров'я, цифровізації та зростання вимог до якості й безпеки пацієнтів інформаційні системи

виступають основою доказового управління (evidence-based management), прозорості діяльності ЗОЗ та інтеграції з національними й міжнародними інформаційними платформами [5].

До ключових компонентів інформаційних технологій в управлінні ЗОЗ відносять: медичні інформаційні системи (MIS / HIS); управлінські та аналітичні інформаційні системи (dashboards, KPI); фінансово-економічні інформаційні системи; інформаційні системи HRM; системи забезпечення якості та безпеки пацієнтів.

Сучасні ІТ-системи дозволяють реалізовувати системний і ситуаційний підходи до управління, забезпечуючи інтеграцію між підрозділами ЗОЗ, взаємодію з іншими медичними установами та участь у регіональних і національних мережах охорони здоров'я. Прикладом є використання національної електронної системи охорони здоров'я (eHealth), яка забезпечує обмін даними між рівнями медичної допомоги та підвищує наступність лікування [22, 30].

Таким чином, інформаційні технології та системи є не допоміжним, а стратегічним компонентом ефективного управління ЗОЗ. Рівень цифрової зрілості ЗОЗ прямо корелює з ефективністю управління, якістю медичних послуг та конкурентоспроможністю в сучасному медичному середовищі.

1.3 Аналіз моделей управління закладами охорони здоров'я та пошук перспективних напрямків розвитку лікарні

Формування моделі управління повинно враховувати нормативно-правові, економічні, соціальні та інституційні умови - законодавство, державну політику, фінансування, інфраструктуру, демографічні й соціальні виклики. В українському контексті це питання автономії ЗОЗ, контрактних відносин, фінансування, стандартів акредитації, публічного управління та залучення громадськості. Ефективне управління має бути адаптоване до цих умов і враховувати зовнішні обмеження та можливості. На основі даних Web of

Science у таблиці 1.7 представлено систематизацію та оцінку найбільш цитованих моделей управління ЗОЗ.

Моделі зрілості дозволяють оцінити рівень розвитку управлінських процесів та визначити шляхи їх вдосконалення. Виявлено їх ефективність у систематичній оцінці управлінських процесів, ідентифікації слабких місць та плануванні стратегічного розвитку медичних закладів. Ці моделі забезпечують поетапний підхід до вдосконалення управління, дозволяючи ЗОЗ послідовно підвищувати рівень організаційної зрілості. Спеціалізовані моделі для травматологічних центрів демонструють ефективність структурованих підходів до організації екстреної допомоги, що призводить до скорочення часу лікування та зниження летальності. Модель Magnet Hospital зарекомендувала себе як ефективний інструмент залучення та утримання кваліфікованого медичного персоналу, що безпосередньо впливає на якість медичної допомоги. Модель створює сприятливе робоче середовище, що підвищує професійну задоволеність медичних працівників та покращує організаційні результати.

Таблиця 1.7

Систематизація та аналіз моделей управління закладами охорони здоров'я

Модель	Рівні /призначення	Ключові характеристики	Результати впровадження	Джерело
1	2	3	4	5
Hospital Cooperation Maturity Model (HCMM)	3 рівні	Стратегічний вимір (зовнішня співпраця), організаційний вимір (внутрішня співпраця), інформаційний вимір (ІТ-інфраструктура)	Систематичне підвищення рівня внутрішньої та зовнішньої організаційної співпраці	T. Mettler, A. Blondiau, 2012
Maturity Model of Hospital (MMH)	6 рівнів (від L0 неактивна фаза до L5 оптимізована)	Базується на CMMI та Balanced Scorecard; оцінка за аспектами: клієнти, фінанси, внутрішні процеси, навчання та розвиток	Комплексна оцінка за множинними вимірами, послідовне вдосконалення	A. Mallek-Daclin et al., 2017
High Reliability Health Care Model (HRHCM)	3 ключові області	Лідерство, безпека, постійне покращення процесів для досягнення безпомилкової медичної допомоги	Значне зниження медичних помилок, підвищення безпеки пацієнтів	M. Chassin, J. Loeb, 2013; E. Aiwerioghene et al., 2024

Продовження табл. 1.7

1	2	3	4	5
Magnet Hospital Model	Модель утримання медичного персоналу	5 компонентів: трансформаційне лідерство, структурне розширення можливостей, професійна практика, нові знання та інновації, емпіричні результати якості	Підвищення задоволеності персоналу, зниження плинності кадрів, покращення якості догляду	P. Nilsson, M.Gustavsson, 2024; L. McClure, 2005
Business Process Orientation Model (BPOMM)	5 рівнів (від спеціалізованого рішення до інтегрованого)	Оптимізація бізнес-процесів у ЗОЗ з фокусом на задоволеність клієнтів	Підвищення ефективності, економія коштів через раціональне управління процесами	F. Dewi, E.Mahendrwathi 2019; E.Aiwerioghene et al., 2024
Continuity of Care Model (CCMM)	7 стадій	Координація медичної допомоги між рівнями: від обмеженого електронного обміну до динамічної взаємопов'язаної моделі з залученням пацієнтів	Покращення координації догляду, підвищення залученості пацієнтів, розширена аналітика	L. Woods et al., 2023; E.Aiwerioghene et al., 2024

Джерело: складено на підставі [31, 42, 63, 66, 69, 87]

Оцінка ефективності управління ЗОЗ здійснюється через систему індикаторів продуктивності, які охоплюють клінічні, фінансові, операційні та організаційні аспекти діяльності. Важливим елементом є оцінка якості медичної допомоги та результатів лікування пацієнтів як ключових критеріїв ефективності управління. Дослідження демонструють прямий зв'язок між якістю управлінських практик та результатами медичної допомоги. Довірче управління виділяється як критичний фактор успіху, що сприяє підвищенню задоволеності персоналу та покращенню організаційних результатів. Сучасні підходи до оцінки ефективності включають результат-орієнтовані моделі, які спрямовані на досягнення конкретних клінічних та організаційних результатів. Концептуальні моделі, що враховують організаційні спроможності ЗОЗ, сприяють сталому розвитку через безперервне навчання персоналу та адаптацію до змін. Командне навчання фахівців і впровадження інтегрованих моделей надання медичної допомоги істотно підвищують ефективність діяльності ЗОЗ. Оцінка управління має бути регулярною та комплексною,

охоплюючи всі аспекти діяльності закладу охорони здоров'я. Системний підхід дає змогу об'єктивно оцінити позиції ЗОЗ, виявити резерви підвищення ефективності та вибрати оптимальні шляхи розвитку з урахуванням специфіки закладу та потреб населення.

Таким чином, ефективне управління ЗОЗ вимагає комплексного підходу, який включає застосування моделей зрілості, спеціалізованих організаційних моделей, оцінку ефективності через систему індикаторів продуктивності та підходи, які орієнтовані на результат. Впровадження довірчого управління, інвестування в розвиток персоналу та використання інноваційних організаційних рішень забезпечує покращення якості медичної допомоги та досягнення стратегічних цілей закладу. Регулярна та всебічна оцінка управлінських практик дозволяє ЗОЗ досягати високих стандартів обслуговування та забезпечувати сталий розвиток у динамічному середовищі охорони здоров'я.

Перспективи розвитку управління ЗОЗ у сучасних умовах пов'язані з поглибленням системних трансформацій, спрямованих на підвищення ефективності, якості та стійкості медичних організацій. Ключовими напрямками виступають цифрова трансформація та розвиток ІТ-інфраструктури, що підвищують прозорість управлінських рішень, оптимізацію ресурсів і координацію процесів. Важливу роль відіграє ціннісно-орієнтоване управління якістю медичної допомоги, засноване на поєднанні клінічних результатів, безпеки пацієнтів і ефективності використання ресурсів. Значущим чинником ефективного управління є розвиток лідерства та довірчого управління, які формують організаційну культуру, залученість персоналу та стабільність кадрів. Тісно з цим пов'язане управління якістю, інтегроване із сучасними управлінськими практиками та участю персоналу у прийнятті рішень. Окремим стратегічним напрямом є організаційне навчання та управління знаннями, що забезпечують адаптивність ЗОЗ до технологічних і соціальних змін та сприяють інноваційному розвитку. Таблиця 1.8 відображає основні перспективні напрями розвитку системи управління ЗОЗ.

Таблиця 1.8

Перспективні напрями подальшого розвитку управління ЗОЗ

Напрями розвитку	Підходи	Ключові практики	Очікувані результати	Джерела
1	2	3	4	5
Цифрова трансформація та ІТ-інфраструктура	Штучний інтелект, машинне навчання, блокчейн для управління даними, електронні медичні записи, телемедицина	<ul style="list-style-type: none"> Цифрова документація та координація догляду Віртуальні консультації та дистанційний моніторинг Аналітика даних та системи підтримки рішень Кібербезпека та захист даних Ефективний та безпечний обмін даними між системами 	Підвищення точності діагностики, оптимізація процесів, покращення безпеки даних, зменшення медичних помилок, розширення доступу до медичної допомоги	D. Bhati et al., 2023; A.Najjar et al., 2021; J.Gomes, M. Romão, 2018; E.Aiwerioghene et al., 2024
Ціннісно-орієнтоване управління та оцінка якості	Перехід від оплати за послуги до оплати за результат; комплексна оцінка якості	<ul style="list-style-type: none"> Аудит медичних записів, спостереження, опитування пацієнтів Комплексні метрики якості, порівняльний аналіз Аналіз клінічних вінсток, стандартизовані пацієнти Ключові показники ефективності (KPI), бенчмаркінг 	Фокус на якість результатів, покращення здоров'я населення, ефективність витрат, всебічне вимірювання результативності ЗОЗ з урахуванням досвіду пацієнтів	C. Ward et al., 2024; A. Donabedian, 1988; C. Craig et al., 2020
Розвиток лідерства та довірче управління	Програми розвитку лідерських компетенцій, наставництво, коучинг; етичне лідерство	<ul style="list-style-type: none"> Чесність, моральне лідерство, справедливість Доброзичливість, підтримка, турбота про добробут Доступність керівника для діалогу Професійні знання та компетентність Розширення можливостей, залучення до прийняття рішень 	Покращення організаційної культури, підвищення залученості персоналу, підвищення довіри працівників до керівництва, зниження проф. вигорання, підвищення задоволеності персоналу, зниження плинності кадрів, покращення якості догляду	A. Varga et al., 2023; D. Bhati et al., 2023; P. Nilsson, M.Gustavsson, 2024; M. McClure, 2005

Продовження табл. 1.8

Напрями розвитку	Підходи	Ключові практики	Очікувані результати	Джерела
1	2	3	4	5
Управління якістю та зв'язок з управлінськими практиками	Систематичне застосування управлінських практик для покращення якості медичної допомоги	<ul style="list-style-type: none"> • Операційне управління для структурної якості • Цілепокладання для клінічної якості • HR-практики для результатів здоров'я • Empowerment для інноваційної продуктивності 	Підвищення клінічної якості, значущі прямі та непрямі ефекти на організаційну ефективність	C. Ward et al., 2024; A. Bobbio et al., 2012
Організаційне навчання та управління знаннями	Інтеграція навчання в робочі процеси, управління знаннями, ІТ-підтримка професійного розвитку	<ul style="list-style-type: none"> • Культура, орієнтована на навчання • Інтеграція навчання в процеси • Онлайн-курси та інтерактивна освіта 	Безперервний професійний розвиток, адаптація до змін, підтримка інновацій, статистично значущий позитивний вплив на сталість навчання персоналу, підтримка професійного розвитку медичних працівників, оцінка та покращення зрілості телемедичних послуг, підвищення ймовірності успішної реалізації проектів	Sui Zhihan et al., 2023; D. Bhati et al., 2023; Van Dyk et al., 2013; P.Domingues, P. Ribeiro, 2023; EAIwerioghene et al., 2024

Джерело: складено на підставі [31, 34, 35, 40, 49, 65, 82, 85]

У сукупності цифрові, ціннісні, лідерські та навчальні компоненти формують комплексну основу для підвищення ефективності та стійкості управління ЗОЗ.

Висновки до розділу 1

На підставі аналізу літературних джерел управління закладом охорони здоров'я доцільно розглядати як комплексну, цілеспрямовану діяльність, що поєднує стратегічні, організаційні, кадрові, фінансові та контрольні функції, спрямовані на досягнення сталих результатів діяльності ЗОЗ. Запропоноване

визначення підкреслює системний і процесний характер управління, орієнтацію на потреби пацієнтів, забезпечення якості та безпеки медичних послуг, а також важливість прийняття управлінських рішень на засадах доказовості та розвитку управлінських компетенцій. Водночас воно відображає сучасні міжнародні підходи та враховує специфіку трансформаційних процесів в Україні, пов'язаних із реформуванням системи охорони здоров'я, автономізацією закладів і впровадженням управління за результатами, що підтверджує його наукову та практичну релевантність.

Сучасні підходи до управління закладами охорони здоров'я формують комплексну методологічну основу, що включає процесний, системний, ситуаційний, програмно-цільовий, клієнтоорієнтований (пацієнтоцентричний), прагматичний (доказовий), інноваційний та компетентнісний підходи. Дослідження українських та міжнародних авторів свідчать, що їх інтеграція підвищує результативність медичних організацій, сприяє ефективному використанню ресурсів, забезпечує прозорість, підзвітність і якість медичної допомоги. Упровадження такого багатовимірного підходу дає змогу забезпечити цілісність, адаптивність, результативність та якість діяльності медичної організації, що відповідає вимогам сучасного зовнішнього середовища та очікуванням пацієнтів.

Сучасне управління ЗОЗ характеризується цілісним системним підходом, орієнтацією на потреби пацієнтів, процесною оптимізацією надання послуг, інноваційністю та адаптивністю до змін. Важливою складовою є наявність компетентних управлінських ресурсів, а також ухвалення рішень на основі даних, моніторингу та принципів доказового управління.

Застосування сучасних підходів до управління ЗОЗ не є чисто теоретичним конструктом, а має практичне значення: вони забезпечують підвищення ефективності, гнучкості, якості та безпеки медичної допомоги у контексті стрімких змін (демографічних, технологічних, епідемічних). У науковій літературі виокремлюють шість основних типів організаційних структур управління – лінійну, функціональну, лінійно-функціональну,

програмно-цільову, матричну та дивізійну – кожна з яких має специфічні переваги й обмеження з позицій застосування у сфері охорони здоров'я.

Ефективне управління ЗОЗ ґрунтується на ситуаційно обґрунтованому виборі організаційної структури та комплексному застосуванні економічних, адміністративних і соціально-психологічних методів управління. Інтеграція сучасних управлінських інструментів у ключових функціональних сферах, з урахуванням ризиків, якості й безпеки пацієнтів, забезпечує адаптивність, стійкий розвиток і конкурентоспроможність ЗОЗ в умовах реформування системи охорони здоров'я України. Більшість науковців сходяться на думці, що ключовими компонентами ефективного управління ЗОЗ є лідерство, фінансовий менеджмент, управління людськими ресурсами, якість і безпека пацієнтів, а також використання сучасних інформаційних технологій та управлінських систем.

Формування моделі управління ЗОЗ має враховувати нормативно-правові, економічні та соціально-інституційні умови, зокрема автономію закладів, фінансування, контрактні відносини й участь громадськості. Описані існуючі моделі управління ЗОЗ, а саме Hospital Cooperation Maturity Model (НСММ), Maturity Model of Hospital (ММН), High Reliability Health Care Model (HRHCM), Magnet Hospital Model, Business Process Orientation Model (ВРОММ), Continuity of Care Model (ССММ), які містять специфічні рівні /призначення, ключові особливості та позитивні або негативні результати впровадження. Таким чином, ефективне управління ЗОЗ ґрунтується на комплексному застосуванні сучасних управлінських моделей, орієнтації на результат, розвитку персоналу та впровадженні інноваційних рішень, що забезпечує підвищення якості медичної допомоги, досягнення стратегічних цілей і сталий розвиток закладу в умовах динамічних змін.

РОЗДІЛ 2

ОЦІНКА ПОТОЧНОГО УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1 Загальна характеристика закладу охорони здоров'я

КНП «Клінічна лікарня Святого Пантелеймона» Сумської міської ради є одним із провідних багатопрофільних медичних закладів регіону, що надає високоспеціалізовану медичну допомогу дорослому населенню. Лікарня має розгалужену інфраструктуру: стаціонарні відділення терапевтичного, хірургічного, неврологічного, травматологічного, а також реабілітаційного профілів (включаючи амбулаторну реабілітацію); функціональні діагностичні служби; лабораторії; поліклініку. Організаційна схема управління відображає чіткий розподіл функцій, відповідальності та підпорядкованості, що забезпечує злагоджену роботу всіх структурних одиниць. Кожен підрозділ має визначені посадові інструкції, що регламентують повноваження та обов'язки працівників. Структура лікарні містить 10 підрозділів та їх складові компоненти. При цьому поліклініка - медичний підрозділ, який складається із 20 компетентних різнопрофільних лікарів. (Додаток А). Фахівці керуються новітніми міжнародними протоколами діагностики та лікування. Спеціалісти поліклініки проводять консультації, огляд, онлайн-рекомендації, швидкі тести, необхідні дослідження, профілактичні та лікувальні процедури. Така структура дозволяє забезпечувати безперервність медичної допомоги, а саме діагностика, лікування, реабілітація. Кожен із підрозділів координує діяльність окремого блоку структурних компонентів:

- медичний напрям охоплює клінічну роботу, якість надання медичної допомоги, впровадження клінічних протоколів і взаємодію з Національною службою здоров'я України (НСЗУ);
- економіко-фінансовий напрям відповідає за бюджетування, оптимізацію витрат, договори та контроль фінансів.

- технічний сектор забезпечує експлуатацію будівель, обладнання, енергопостачання, логістику;
- сестринська служба забезпечує стандарти догляду, кадрове укомплектування та дотримання санітарно-епідемічних норм.

Організація управління функціональними сферами діяльності лікарні побудована відповідно до сучасних принципів менеджменту ЗОЗ (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Функціональний поділ сфер діяльності лікарні

Адміністративно-управлінська сфера	Проблемні питання
Діяльність закладу спрямована на ефективне управління персоналом і дотримання трудового законодавства на засадах колегіальності та прозорості. Кадрова політика базується на професіоналізмі, навчанні й мотивації персоналу, який є ключовим ресурсом лікарні.	Плинність кадрів, конкуренція з приватними клініками та обмеження кар'єрного зростання.
Медична сфера	
Управління медичною діяльністю здійснюють головний лікар, його заступники та завідувачі відділень на основі стандартів і клінічних протоколів. Основна увага приділяється якості медичних послуг, організації лікувального процесу та впровадженню доказової медицини.	Кадрове навантаження та дефіцит вузьких спеціалістів, що потребує підвищення кваліфікації або залучення молодих фахівців.
Фінансово-економічна сфера	
Управління фінансами здійснює економічна служба на чолі з головним бухгалтером, забезпечуючи планування, облік і контроль використання бюджетних та позабюджетних коштів. Фінансова діяльність спрямована на стабільність лікарні в умовах фінансування через НСЗУ та оптимізацію витрат. Ефективність забезпечується моніторингом доходів і витрат та пошуком додаткових джерел надходжень.	Нерівномірне фінансування підрозділів та недостатнє використання сучасних ІТ-інструментів.
Матеріально-технічна сфера	
Матеріально-технічне забезпечення лікарні здійснюють матеріально-технічний відділ і господарська служба під координацією головного інженера. Управління спрямоване на підтримку та оновлення обладнання, дотримання санітарних і безпекових норм, підвищення енергоефективності. Реалізуються заходи з модернізації інженерних систем і реконструкції приміщень.	Потребує стратегічного планування інвестицій і залучення грантової підтримки.
Інформаційно-комунікаційна сфера	
Лікарня працює в умовах цифрової трансформації з використанням eHealth (https://helsi.me/clinic/62266996-3b5e-4d78-8aa8-3bba78489da7), електронних медичних карток та внутрішнього електронного документообігу, що підвищує ефективність управління і якість обслуговування пацієнтів. Інформаційно-аналітична діяльність базується на медичній інформаційній системі, яка забезпечує звітність і взаємодію з НСЗУ.	Комунікація з громадськістю та формування позитивного іміджу закладу, що потребує подальшого розвитку стратегічного PR-менеджменту.

Джерело: власна розробка

Необхідно відмітити взаємодію структурних підрозділів, де однією з характерних рис організаційної структури є її матрична взаємодія між клінічними та адміністративними підрозділами. Це дозволяє поєднувати професійну автономію медичних відділень із централізованим управлінням ресурсами. Такий підхід сприяє оперативності прийняття рішень, особливо у кризових ситуаціях та підвищує рівень міждисциплінарної комунікації.

Система управління закладу має чітку ієрархічну структуру, що забезпечує координацію роботи всіх підрозділів, оперативне прийняття управлінських рішень та ефективне виконання поставлених завдань. Такий поділ дає змогу чітко розмежувати відповідальність, підвищити ефективність використання ресурсів і забезпечити стратегічну керованість установи. Організація управління у кожній сфері будується відповідно до принципів єдності командування, наукової обґрунтованості, підзвітності та контролю, що узгоджується з чинним законодавством та нормативами МОЗ України.

Організація управління окремими функціональними сферами лікарні демонструє цілісну, проте гнучку систему, яка поєднує класичні принципи медичного менеджменту з елементами сучасного корпоративного управління. Тому ключовими перевагами є чіткий функціональний розподіл обов'язків, налагоджена вертикаль управління, орієнтація на якість і безперервність медичної допомоги.

Основними бізнес-партнерами лікарні є установи та організації, співпраця з якими забезпечує стабільну роботу лікарні, фінансування, матеріально-технічне забезпечення та реалізацію медичних програм. Головним стратегічним партнером є НСЗУ, яка забезпечує основне фінансування закладу. Координацію та підтримку діяльності лікарні здійснюють Сумська міська рада та Департамент охорони здоров'я Сумської ОДА. Сумський державний університет, Сумський фаховий медичний коледж є партнерами у підготовці кадрів і впровадженні нових технологій.

У КНП «Клінічна лікарня Святого Пантелеймона» СМР діє система управління якістю, спрямована на забезпечення високих стандартів медичної

допомоги та безпеки пацієнтів. Вона ґрунтується на внутрішніх стандартах відповідно до нормативів МОЗ України, клінічних протоколів і стандартів лікування. У лікарні впроваджено внутрішній аудит, контроль клінічних маршрутів, облік скарг і оцінку задоволеності пацієнтів. Заклад поступово впроваджує принципи ISO 9001:2015 та належних практик (GxP), зокрема у лабораторній діяльності, стерилізації, зберіганні лікарських засобів і поводженні з медичними відходами, та готується до сертифікаційного аудиту.

Доповнює загальну характеристику КНП «Клінічна лікарня Святого Пантелеймона» СМР SWOT-аналіз (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

**SWOT – аналіз діяльності КНП «Клінічна лікарня Святого
Пантелеймона» СМР**

СИЛЬНІ СТОРОНИ (S - Strengths)	СЛАБКІ СТОРОНИ (W - Weaknesses)
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Чітка організаційна структура ✓ Висококваліфікований персонал (лікарі вищої категорії, к мед. наук) ✓ Стабільне фінансування НСЗУ ✓ Сучасне медичне обладнання ✓ Система контролю якості ✓ Позитивний імідж серед населення ✓ Впровадж. eHealth, телемедицини 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Обмежені фінансові ресурси ✓ Нерівномірне навантаження персоналу ✓ Недостатня автоматизація управління ✓ Потреба в оновленні обладнання ✓ Обмежена мотивація персоналу ✓ Слабка інтеграція між підрозділами ✓ Падіння маржі у 2024 р. (до 12% із 24%)
ЗАГРОЗИ (T – Threats)	МОЖЛИВОСТІ (O – Opportunities)
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Державні/міжнародні програми розвитку ✓ Гранти та благодійна допомога ✓ Партнерство з ВНЗ та науковими закладами ✓ Впровадження ISO 9001:2015 ✓ Розширення спектра послуг ✓ Цифровізація та телемедицина ✓ Реабілітаційні та діагностичні центри 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Конкуренція з приватними клініками ✓ Економічна нестабільність ✓ Міграція кадрів за кордон ✓ Зростання цін на обладнання/медикаменти ✓ Інфекційні захворювання, НС ✓ Зростання зобов'язань (+65,8%) ✓ Ризик зменшення держфінансування

Джерело: власна розробка

Система управління персоналом лікарні базується на професіоналізмі, безперервному розвитку кадрів і колегіальності. Управління охоплює планування потреб у персоналі, підбір, мотивацію, контроль, соціальний захист та запобігання професійному вигоранню. Підбір кадрів здійснюється на конкурсній основі з урахуванням фахової компетентності та корпоративних цінностей. Мотивація поєднує матеріальні стимули (доплати, премії) і нематеріальні заохочення (професійний розвиток, визнання, навчання). Контроль якості роботи персоналу здійснюється адміністрацією та керівниками підрозділів із урахуванням оцінки пацієнтів. У закладі впроваджуються заходи психологічної підтримки, соціального захисту працівників і забезпечується охорона праці відповідно до законодавства України. У цілому система управління персоналом є ефективною, орієнтованою на розвиток кадрового потенціалу, формування позитивного психологічного клімату та забезпечення високої якості медичних послуг.

Відповідно до таблиці 2.2 впровадження сучасних підходів до управління, зокрема електронних інформаційних систем, доказової медицини, ефективного фінансового планування та контролю, підвищує якість медичного обслуговування і сприяє раціональному використанню ресурсів. Позитивними аспектами діяльності є наявність чіткої системи внутрішнього контролю, дотримання стандартів медичної допомоги, розвиток кадрового потенціалу та соціальне партнерство у трудовому колективі. При цьому потребують подальшого вдосконалення такі напрями, як автоматизація управлінських процесів, розширення цифрової взаємодії між підрозділами та активніше залучення персоналу до прийняття управлінських рішень.

У процесі дослідження здійснено аналіз основних техніко-економічних показників діяльності КНП «Клінічна лікарня Святого Пантелеймона» СМР за період 2022-2024 років (ЄДРПОУ 01981498, основний вид діяльності 86.10 - Діяльність лікарняних закладів). У процесі аналізу використано безпосередньо дані лікарні та відповідні електронні ресурси, а саме:

✓ <https://www.sumy.hospital/>;

✓ <https://opendatabot.ua/c/01981498> (консолідовані фінансові показники (дохід, чистий прибуток, активи, зобов'язання, кількість працівників));

✓ <https://prozorro.gov.ua/uk/tender/UA-2025-04-03-011814-a>;

✓ <https://zakupivli.pro/gov/company/01981498?status=6>;

✓ <https://tender.uub.com.ua/company-01981498/>;

✓ <https://clarity-project.info/tenderer/01981498>;

✓ https://youcontrol.com.ua/catalog/company_details/01981498/;

Основні числові показники (фактичні дані з opendatabot), де суми представлені у гривнях (Додаток Б).

На рис. 2.1 представлені фактичні дані щодо доходу/виручки КНП «Клінічна лікарня Святого Пантелеймона» СМР за 2022–2024 роки, у гривнях (Додаток Б), на основі даних лікарні.

1. Дохід / виручка (рис. 2.1): 2022 рік - 177 422 000; 2023 рік - 248 898 400; 2024 рік - 257 247 900.

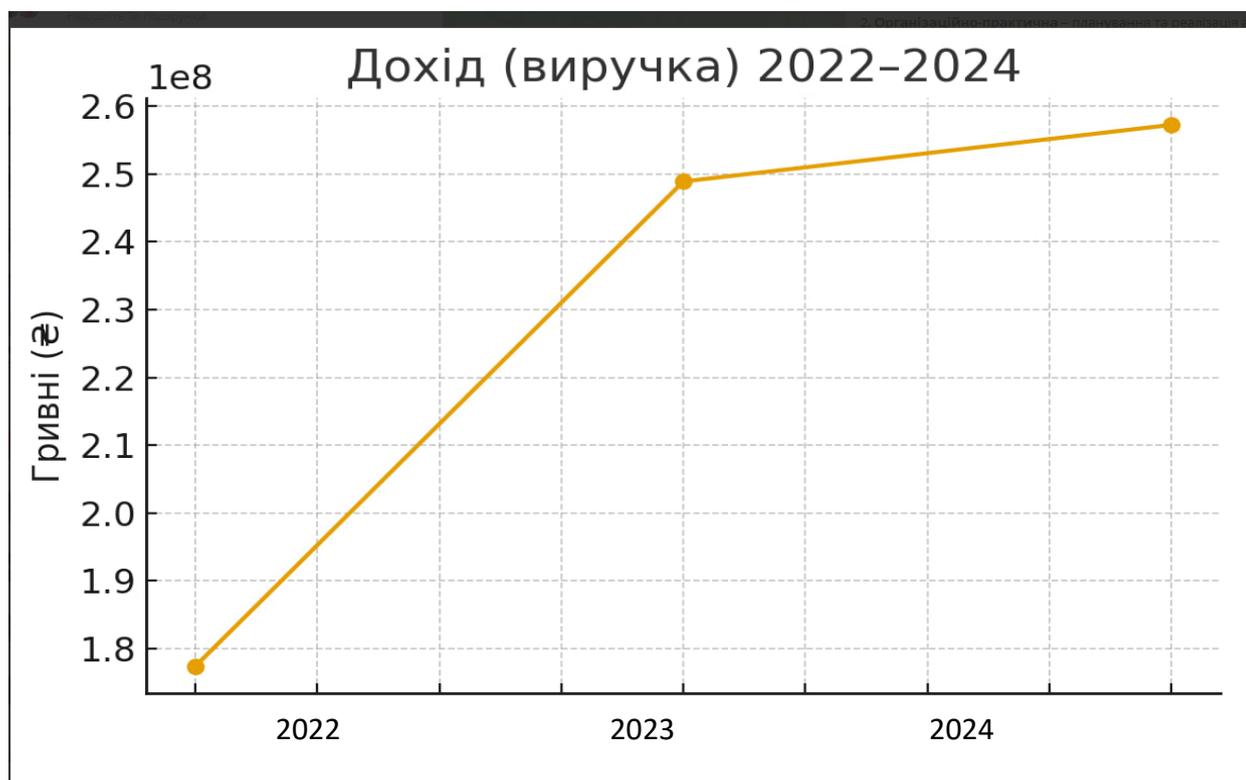


Рис. 2.1 Дохід / виручка КНП «Клінічна лікарня Святого Пантелеймона» СМР за 2022-2024 роки

Джерело: складено на підставі даних лікарні та сайту <https://opendatabot.ua/c/01981498>

На основі фактичних даних лікарні та інформації з opendatabot (Додаток Б) на рис. 2.2 показано динаміку чистого прибутку (фінансового результату) КНП «Клінічна лікарня Святого Пантелеймона» СМР за 2022–2024 роки.

2. Чистий прибуток (фінансовий результат) (рис. 2.2): 2022 рік - 38 457 800; 2023 рік - 58 894 100; 2024 рік - 31 416 100.

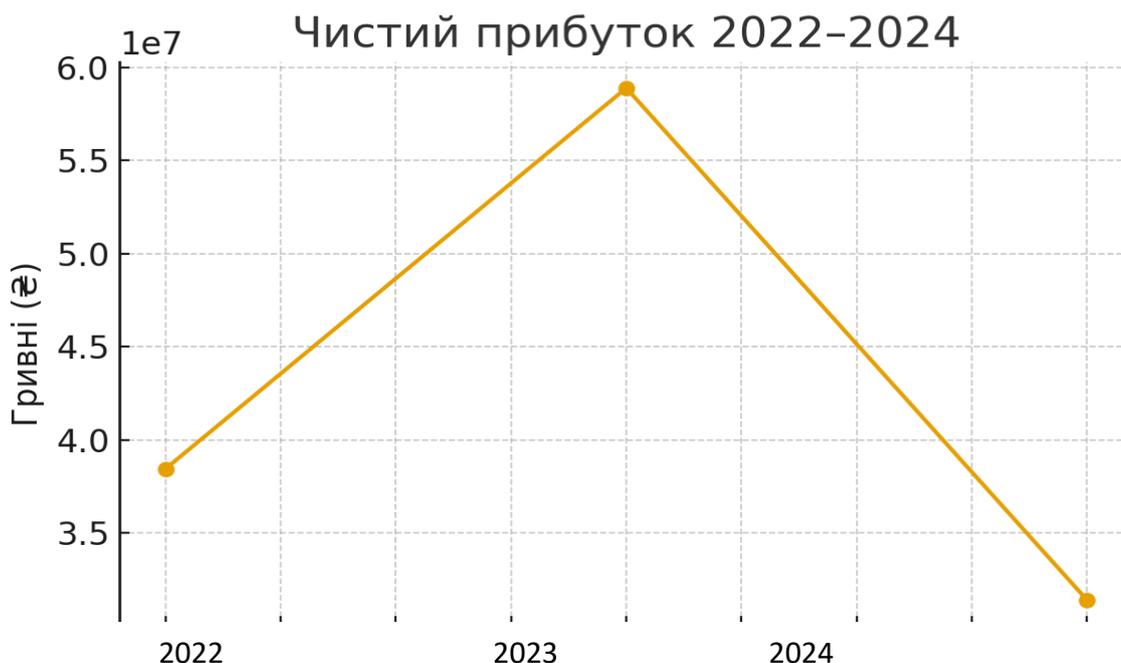


Рис. 2.2 Чистий прибуток КНП «Клінічна лікарня Святого Пантелеймона» СМР за 2022-2024 роки

Джерело: складено на підставі даних лікарні та сайту <https://opendatabot.ua/c/01981498>

Рисунок 2.3 відображає динаміку активів і зобов'язань КНП «Клінічна лікарня Святого Пантелеймона» СМР за 2022 та 2024 роки, у гривнях, на основі даних лікарні та сайту opendatabot (Додаток Б).

3. Активи / Зобов'язання (рис. 2.3): Активи: 2022 рік - 181 609 800; 2024 рік - 265 164 400. Зобов'язання: 2022 рік - 70 944 100; 2024 рік - 117 597 000.

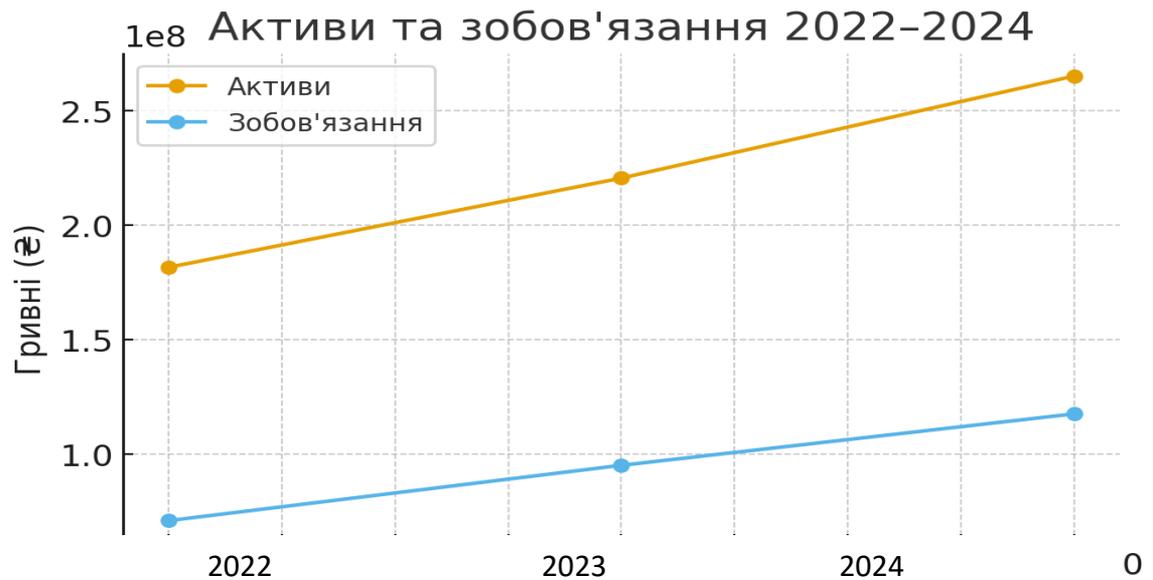


Рис. 2.3 Активи та зобов'язання КНП «Клінічна лікарня Святого Пантелеймона» СМР за 2022-2024 роки

Джерело: складено на підставі даних лікарні та сайту <https://opendatabot.ua/c/01981498>

Ключові тренди (розрахунки та інтерпретація)

1. Зростання доходу

- Дохід між 2022 і 2023 зріс приблизно на +40.3%, між 2023 і 2024 - на +3.35%, загальне зростання 2022→2024 \approx +45.0%.

Інтерпретація: 2023 був рік значного нарощення активності/оплати послуг (можливо, розширення НСЗУ-контрактів, платні послуги або додаткові трансферти). Потім у 2024 році зростання виручки стабілізувалося.

2. Динаміка чистого прибутку та маржі

- Чистий прибуток: 2022 → 2023 зріс +53%, але у 2024 прибуток знизився до 31,42 млн € (падіння \approx -46.7% від 2023).

- Чисті маржі (прибуток/дохід): 2022 \approx 21.68%, 2023 \approx 23.66%, 2024 \approx 12.21%.

Інтерпретація: лікарня залишалася прибутковою всі три роки, але маржинальність у 2024 впала майже вдвічі від 2023 - це тривожний сигнал: або зросли витрати (паливо, енергія, зарплата, медикаменти, амортизація), або зріс обсяг бюджетних/трансферних доходів з низькою маржою, або були одноразові витрати (капремонт, закупівля обладнання, інвестиції).

3. Зростання активів і зобов'язань

- Активи зросли $\approx +46.0\%$ (2022 \rightarrow 2024). Зобов'язання зросли $\approx +65.8\%$ (2022 \rightarrow 2024).

Інтерпретація: збільшення активів може свідчити про інвестиції/закупівлі обладнання, ремонтні роботи, капітальні вкладення. Проте одночасне швидше зростання зобов'язань - сигнал про нарощення кредиторської заборгованості або фінансових зобов'язань (можливі відтерміновані платежі постачальникам, лізинг, кредитні зобов'язання). Треба перевірити структуру зобов'язань, а саме короткострокові проти довгострокові.

4. Персонал. Кількість працівників: 2022 - 464, 2023 - 515, 2024 - 543. Кількість працівників зросла на $\approx 17.0\%$ (464 \rightarrow 543).

Інтерпретація: збільшення персоналу означає зростання витрат на оплату праці та соціальні виплати; це може пояснювати частину падіння маржі у 2024, якщо при цьому дохід не зріс пропорційно (рис. 2.4).

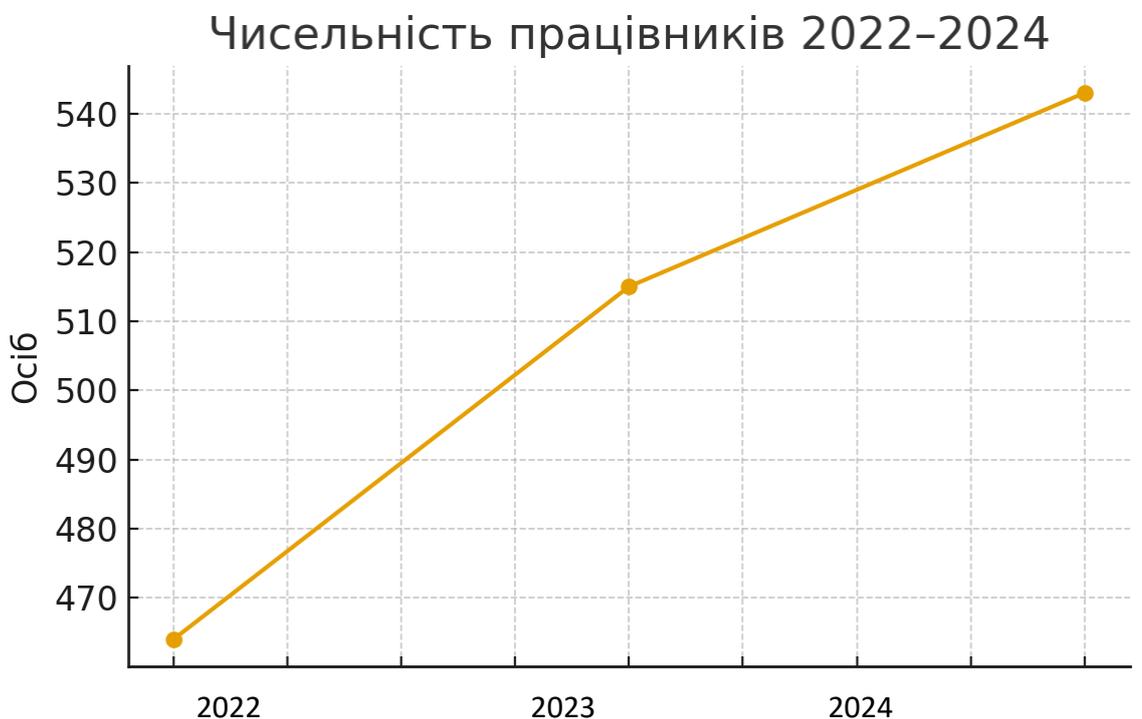


Рис. 2.4 Чисельність працівників КНП «Клінічна лікарня Святого Пантелеймона» СМР за 2022-2024 роки

Джерело: складено на підставі даних лікарні та сайту <https://opendatabot.ua/c/01981498>

5. Закупівлі та капіталовкладення (якісні спостереження). Так, у 2023–2025 на Prozorro/регістрах видно великий обсяг закупівель медобладнання та послуг (наприклад, артроскопічні набори, обладнання, кисневі станції, ремонтні роботи). Це узгоджується зі збільшенням активів і зобов'язань.

Із вищевикладеного можна зробити проміжні висновки:

1) лікарня демонструє позитивну динаміку доходів і зростання активів, що свідчить про розвиток та інвестиційну активність;

2) падіння маржі у 2024 (до $\approx 12\%$) при зростанні витрат/зобов'язань - ризик для фінансової стійкості, особливо якщо це тривалий тренд. Потрібно з'ясувати, чи це одноразові інвестиції (які принесуть довгострокову вигоду), чи постійні додаткові витрати;

3) зростання зобов'язань швидше за активи вказує на потенційні проблеми з платоспроможністю в короткому періоді - необхідний аналіз структури боргів;

4) розширення штату підвищило операційні витрати; якщо не супроводжується пропорційним ростом дохідної частини (особливо платних послуг або НСЗУ-контрактів), це тисне на прибуток.

Серед основних ризиків можна відмітити: нарощення короткострокових зобов'язань може створити проблему платоспроможності при різкому падінні надходжень; падіння маржі 2024 - потрібно з'ясувати, чи це одноразові капітальні витрати, чи постійне зростання операційних витрат.

У процесі дослідження сформульовано характеристику основних бізнес-процесів КНП «Клінічна лікарня Святого Пантелеймона» СМР (табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Бізнес-процеси лікарні

Основні (ключові)	Допоміжні (забезпечувальні)	Управлінські (стратегічні)
Безпосереднє надання медичних послуг: діагностика, лікування, хірургічні втручання, догляд, реабілітація, лабораторна та інструментальна діагностика.	Адміністративно-господарська діяльність, управління персоналом, логістика медикаментів, постачання, технічне обслуговування, інформаційні технології, бухгалтерський облік.	Планування, моніторинг якості медичних послуг, фінансовий контроль, управління ризиками, взаємодія з НСЗУ, міським департаментом охорони здоров'я, стратегічний розвиток.

Джерело: власна розробка

У вище зазначених бізнес-процесах є відповідний взаємозв'язок, а саме, те, що усі процеси об'єднані інтегрованою системою управління якістю, де медичні послуги виступають центральним продуктом, а допоміжні процеси - забезпечувальним середовищем. Наприклад: фінансові процеси підтримують стабільність надання медичних послуг; управління персоналом впливає на якість лікування; матеріально-технічна база визначає технологічний рівень медичної допомоги.

Необхідно відмітити сильні сторони бізнес-процесів, а саме: сучасна система фінансування через НСЗУ; розширення технічної бази (нове обладнання, ремонтні програми); впровадження цифрових інструментів eHealth; досвідчений персонал та науковий потенціал лікарів; висока довіра пацієнтів і партнерів у місті.

Серед слабких сторін бізнес-процесів необхідно відмітити: недостатня автоматизація управлінських процесів (звітність, логістика); високий рівень енергозалежності й старіння частини інфраструктури; нерівномірне навантаження між підрозділами; потреба у формуванні системи управління якістю ISO 9001 у сфері охорони здоров'я.

Із вищезазначеного можна рекомендувати наступні напрями розвитку бізнес-процесів:

1. Удосконалення процесного управління - розроблення карти бізнес-процесів із чіткими КРІ для кожного підрозділу.
2. Діджиталізація управління - автоматизація документообігу, кадрових і фінансових процесів.
3. Підвищення енергоефективності - модернізація систем опалення, освітлення, вентиляції.
4. Удосконалення системи внутрішнього контролю якості - регулярний аудит, внутрішні тренінги.
5. Розвиток кадрового потенціалу - системне навчання, стажування, нематеріальна мотивація.

6. Диверсифікація доходів - розширення платних медичних послуг, участь у грантових і благодійних програмах.

Тому бізнес-процеси КНП «Клінічна лікарня Святого Пантелеймона» СМР характеризуються інтегрованою моделлю управління, орієнтованою на ефективне надання медичних послуг, стабільне фінансування через НСЗУ та підтримку високих стандартів якості. Разом із тим, існує потреба у подальшій цифровій трансформації, оптимізації ресурсів і впровадженні сучасних підходів до управління якістю та ефективністю роботи персоналу.

Реалізація проєктів дає змогу ефективно залучати фінансові, технічні та міжнародні ресурси, модернізувати інфраструктуру, впроваджувати інноваційні технології та підвищувати рівень доступності і безпеки медичної допомоги населенню (Додаток В).

Із додадку В видно, що у деяких проєктах точна сума фінансування не вказана, що свідчить про типовий стан для благодійних або партнерських проєктів. Проєкт котельні (пункт №3) та енергонезалежності є стратегічним з огляду на модернізацію інфраструктури закладу. Проєкти закупівлі обладнання (пункти №2, №4, №5, №7) свідчать про значну модернізацію технічної бази лікарні. Проєкти покращення умов (пункти №1, №6) орієнтовані на комфорт пацієнтів та розширення спектра допомоги.

2.2 Оцінка ефективності поточного управління

У процесі реформування системи охорони здоров'я України перед керівниками медичних закладів постає необхідність застосування інструментарію, здатного оцінювати діяльність організації не лише за фінансовими результатами, а й за рівнем якості внутрішніх клінічних процесів, ефективністю управління персоналом та задоволеністю пацієнтів. Однією з таких універсальних систем є методика Balanced Scorecard (BSC), яка, на відміну від традиційних фінансових підходів, пропонує багатовимірний погляд на результативність діяльності закладу охорони здоров'я.

Сутність BSC полягає у поєднанні чотирьох ключових перспектив (складових): фінансової, внутрішніх бізнес процесів, розвитку персоналу та пацієнтської, що дозволяє формувати інтегральне уявлення про функціонування лікарні як складної соціально-економічної та медичної системи [57, 63].

У процесі формування системи збалансованих показників BSC для оцінювання діяльності закладу охорони здоров'я КНП «Клінічна лікарня Святого Пантелеймона» СМР було застосовано багатокрокову методику відбору індикаторів. Метою цього підходу було забезпечення об'єктивності, міжнародної валідності та практичної придатності обраних показників для умов української системи охорони здоров'я. Основою методики слугував огляд S.A. Nadian et al.(2024), який містить аналіз 91 наукового дослідження і перелік 1161 унікального індикатора, застосованих для оцінювання ефективності лікарень у різних країнах світу [57].

На першому етапі здійснювалося опрацювання індикаторів, представлених у систематичному огляді. Усі індикатори були згруповані відповідно до чотирьох перспектив Balanced Scorecard: фінансова, внутрішні процеси, навчання та розвиток персоналу, пацієнтська перспектива.

Кожен індикатор трактувався з урахуванням його первинного змісту в міжнародних дослідженнях, а також частоти його згадування у відібраній науковій літературі. Це дозволило визначити індикатори, що найбільш стабільно застосовуються у світовій практиці. Наприклад, такі метрики, як bed occupancy rate, length of stay, patient satisfaction, readmission rate, належать до найбільш використовуваних у різних країнах, що підтверджується значною кількістю посилань на них у систематичному огляді.

Другим етапом стало оцінювання відповідності індикаторів нормативним вимогам НСЗУ, а також їх практичної доступності для збору у вітчизняних медичних інформаційних системах. Показники, які мають пряме відношення до контрастування з НСЗУ (наприклад, кількість госпіталізацій, тривалість

перебування, смертність, задоволеність пацієнтів, повторні госпіталізації), отримали пріоритет при відборі.

Також оцінювалася можливість регулярного збору даних у лікарні, що забезпечує сталість моніторингу. Показники, які вимагають спеціальних опитувань чи додаткових ресурсів, потрапили у вибірку лише за умови їх критичної важливості для якості надання медичної допомоги (наприклад, індикатори досвіду пацієнта та якості трудового життя персоналу).

Для кожного індикатора було визначено базовий ваговий бал на основі частоти його використання у міжнародних дослідженнях. Частота застосовувалася як показник загальної значущості та визнаності метрики у світовій практиці.

До базової ваги було додано коефіцієнт значущості досліджуємої лікарні. Такі показники, як оборот ліжка, тривалість перебування, рентабельність, задоволеність пацієнтів, відповідність вимогам безпеки, мають ключову вагу в контексті забезпечення фінансової стійкості та якості послуг.

Після розрахунку сумарних балів ваги були нормалізовані, щоб їхня сума в межах кожної перспективи становила 1.0. Такий підхід забезпечив збалансованість і можливість інтегрального порівняння результатів.

З огляду на вимогу уніфікації для побудови цілісної BSC-моделі нами були відібрані лише ті показники, які можна представити у вигляді коефіцієнтів, часток або індексів, тобто таких, що: легко нормуються, дозволяють порівнювати різні періоди, мають однакову логіку інтерпретації (вище = краще).

Після застосування описаних вище критеріїв було сформовано фінальний перелік із 24 індикаторів. Усі вони: відповідають міжнародній практиці, можуть бути зібрані у закладі охорони здоров'я, є релевантними до вимог НСЗУ, мають чіткі математичні формули, дозволяють проводити порівняльний аналіз.

Отриманий набір показників став основою для побудови системи збалансованих показників для управління діяльністю КНП «Клінічна лікарня Святого Пантелеймона» СМР, де у процесі було застосовано комбінований

підхід до визначення вагових коефіцієнтів індикаторів. Методика розрахунку ваг базується на трьох ключових принципах: частота використання індикатора у світовій практиці, його значущість для української системи охорони здоров'я та вимог НСЗУ, практична доступність і управлінська важливість для конкретного закладу. Такий підхід забезпечує одночасно наукову валідність, міжнародну порівнюваність та адаптацію до локальних умов.

Для формалізації частотності було застосовано трирівневу шкалу: 3 бали - індикатор має високу частоту використання, є стандартом у галузі; 2 бали - застосовується регулярно, але не у всіх моделях; 1 бал - зустрічається рідше, але має управлінську цінність.

Другий компонент вагового коефіцієнта - релевантність для української системи охорони здоров'я, зокрема: відповідність вимогам НСЗУ при контрахтуванні, можливість збору даних у медичних інформаційних системах, значення для оцінки якості медичної допомоги на локальному рівні.

Індикатори, що безпосередньо впливають на оплату за договорами з НСЗУ (BOR, LOS, смертність, повторні госпіталізації, скарги, задоволеність), отримували додатковий бал значущості (табл. 2.4).

Таблиця 2.4

Приклад розрахунку ваги складової «Внутрішні бізнес-процеси»

Індикатор	Частота	Значущість (НСЗУ)	Інтегр. Бал	Норм. Вага
Коеф. зайнятості ліжок (Bed Occupancy Rate, BOR)	3	1	4	$4/18 \approx 0.22$
Коеф. обороту ліжка (Bed Turnover Ratio, BTR)	3	1	4	$4/18 \approx 0.22$
Індекс ефективності LOS (LOS Efficiency Index)	2	1	3	$3/18 \approx 0.17$
Індекс швидкості процесів у приймальному (ED Turnaround Index)	2	1	3	$3/18 \approx 0.17$
Індекс лабораторного TAT (Lab TAT Index)	2	0	2	$2/18 \approx 0.11$
Індекс доступності обладнання (Equipment Availability Index)	1	1	2	$2/18 \approx 0.11$

Джерело: складено на підставі [57, 63]

Із таблиці 2.4 видно, що шкала значущості виглядала так: 1 бал - індикатор критично важливий для НСЗУ або для безпеки/якості; 0 балів - індикатор корисний, але не впливає безпосередньо на контрагування або клінічні стандарти.

Для кожного індикатора обчислювався інтегральний бал: інтегральний бал = Частота використання + Значущість для НСЗУ.

Таким чином, індикатори з високою частотністю та високою нормативною значущістю отримували максимальні значення, тоді як менш важливі - нижчі.

Після обчислення інтегральних балів усередині кожної перспективи BSC (фінанси, процеси, персонал, пацієнти) проводилася нормалізація (Вага індикатора = Інтегральний бал_i / Σ (Інтегральних балів усіх індикаторів перспективи)).

Це забезпечило: сума ваг у межах кожної перспективи = 1, можливість подальшої інтеграції показників виключно через зважену суму, порівнянність ваг між перспективами (табл. 2.5 – 2.8).

Таблиця 2.5

Індикатори для складової «Фінанси»

Показник	Формула	Вага
Індекс зростання доходів (Revenue Growth Index)	Дохід_пот / Дохід_попер	0.20
Коефіцієнт рентабельності (Profit Margin Ratio)	Чистий прибуток / Дохід	0.20
Коефіцієнт використання активів (Assets Utilization Ratio)	Дохід / Середні активи	0.17
Фінансовий індекс стабільності (Financial Stability Ratio)	Оборотні активи / Поточні зоб.	0.17
Індекс ефективності витрат (Cost Efficiency Index)	Обсяг послуг / Загальні витрати	0.13
Індекс виконання бюджету (Budget Execution Index)	Факт витрати / Планові витрати	0.13

Джерело: складено на підставі [57, 63]

Таблиця 2.6

Індикатори для складової «Внутрішні бізнес процеси»

Показник	Формула	Вага
Коеф. зайнятості ліжок (Bed Occupancy Rate, BOR)	Койко-дні фактичні / (Койки × Днів)	0.22
Коеф. обороту ліжка (Bed Turnover Ratio, BTR)	Виписані пацієнти / Кількість ліжок	0.22
Індекс ефективності LOS (LOS Efficiency Index)	$\min(1, \text{LOS}_{\text{ціль}} / \text{LOS}_{\text{факт}})$	0.17
Індекс швидкості процесів у приймальному (ED Turnaround Index)	$\min(1, \text{Час ED}_{\text{ціль}} / \text{Час ED}_{\text{факт}})$	0.17
Індекс лабораторного TAT (Lab TAT Index)	$\min(1, \text{TAT}_{\text{ціль}} / \text{TAT}_{\text{факт}})$	0.11
Індекс доступності обладнання (Equipment Availability Index)	Час справного стану / Загальний робочий час	0.11

Джерело: складено на підставі [57, 63]

Таблиця 2.7

Індикатори для складової «Розвиток та персонал»

Показник	Формула	Вага
Індекс навчальних годин (Training Hours Index)	Години навчання / Цільове значення	0.20
Індекс охоплення навчанням (Training Coverage Index)	Працівники, що пройшли навчання / Усі працівники	0.20
Індекс викладацької активності (Teaching Activity Index)	Години викладання / Ціль	0.15
Індекс наукової продуктивності (Research Output Index)	(Публікації нормовані / Ціль)	0.15
Індекс збалансованості навантаження (Workload Balance Index)	$\text{Max}(0,1 - \text{Відхилення}_{\text{факт}} / \text{Відхилення}_{\text{допуст}})$	0.15
Індекс якості трудового життя (Quality of Work Life Index, QWL)	Нормована сума: задоволеність, відсутності, лікарняні	0.15

Джерело: складено на підставі [57, 63]

Таблиця 2.8

Індикатори для складової «Пацієнти»

Показник	Формула	Вага
Індекс задоволеності пацієнтів (Patient Satisfaction Index)	Середній бал / Максимальний бал	0.25
Індекс зниження скарг (Complaint Reduction Index)	$1 - (\text{Скарги} / \text{Пацієнти})$	0.20
Індекс уникнення реадмісій (Readmission Avoidance Index)	$1 - (30\text{-day Readmissions} / \text{Виписки})$	0.20
Індекс зниження смертності (Mortality Reduction Index)	$1 - (\text{Смерті} / \text{Госпіталізації})$	0.15
Індекс досвіду пацієнта (Patient Experience Index, PXI)	Результати нормованих опитувань	0.10
Індекс дотримання безпеки (Safety Compliance Index)	Виконані вимоги / Усі вимоги	0.10

Джерело: складено на підставі [57, 63]

Таким чином, індикатори з найбільшою вагою Bed Occupancy Rate та LOS Efficiency Index є як найбільш поширеними у світовій літературі, так і надзвичайно важливими для контрагування з НСЗУ. При цьому необхідно виділити переваги застосованої методики BSC:

- наукова обґрунтованість, що базується на систематичному огляді з великою вибіркою індикаторів;
- міжнародна порівнюваність, де частота відображає глобальні тенденції управління лікарнями;
- відповідність українським реаліям, де враховано вимоги НСЗУ та доступність даних;
- гнучкість, де ваги можуть адаптуватися залежно від стратегічних пріоритетів закладу;
- прозорість, де кожен етап розрахунку документований і логічно обґрунтований.

Застосування методики BSC надало можливість не лише кількісно оцінити діяльність КНП «Клінічна лікарня Святого Пантелеймона» СМР за 2022–2024 роки, а й виявити системні закономірності та тенденції розвитку, що є надзвичайно важливими для обґрунтування управлінських рішень та побудови ефективної моделі її функціонування.

Фінансова перспектива у системі BSC відіграє подвійну роль: вона відображає результативність використання ресурсів та слугує індикатором здатності закладу забезпечувати власну стійкість у довгостроковому періоді.

У таблиці 2.9 наведено значення фінансових показників КНП «Клінічна лікарня Святого Пантелеймона» СМР за 2022–2024 роки.

Таблиця 2.9

Фінансові показники діяльності закладу за системою BSC

Показник	2022	2023	2024
Індекс зростання доходів (Revenue Growth Index)	0,88	0,99	0,34
Коефіцієнт рентабельності (Profit Margin Ratio)	0,22	0,24	0,12
Коефіцієнт використання активів (Assets Utilization Ratio)	0,81	0,93	0,80
Фінансова стабільність (Financial Stability Ratio)	0,98	0,95	0,90
Індекс ефективності витрат (Cost Efficiency Index)	0,97	0,82	0,52
Індекс виконання бюджету (Budget Execution Index)	0,94	0,96	0,88
Інтегральний показник фінансової перспективи	0,776	0,798	0,557

Джерело: власна розробка

Аналіз даних свідчить про те, що у 2023 році фінансовий стан закладу характеризувався найбільш сприятливою динамікою. Зростання доходів, відносно висока рентабельність та значний коефіцієнт використання активів у цей період засвідчують ефективне використання ресурсної бази лікарні, а також її конкурентоспроможність на ринку медичних послуг.

Важливо підкреслити, що позитивні результати 2023 року не є випадковими, а демонструють стратегію управління, орієнтовану на нарощування обсягів послуг, оптимізацію витрат та розширення матеріально-технічної бази.

На противагу цьому у 2024 році відбулося помітне зниження всіх ключових фінансових індикаторів. Падіння рентабельності та зменшення ефективності витрат свідчать про підвищення фінансового навантаження, що, імовірно, пов'язано з інвестиціями у модернізацію інфраструктури або збільшенням собівартості надання медичних послуг. Зниження індексу зростання доходів також може сигналізувати про стабілізацію або обмеження у темпах розвитку закладу.

Попри це, фінансовий коефіцієнт стабільності зберігається на прийнятному рівні, що свідчить про достатню наявність активів для покриття поточних зобов'язань і підтверджує керованість фінансових ризиків.

Аналіз перспективи внутрішніх бізнес-процесів наведено в таблиці 2.10

Таблиця 2.10

Показники внутрішніх бізнес-процесів за системою BSC

Показник	2022	2023	2024
Коефіцієнт зайнятості ліжок (Bed Occupancy Rate, BOR)	0,84	0,91	0,82
Коефіцієнт обороту ліжка (Bed Turnover Ratio, BTR)	0,76	0,87	0,66
Індекс ефективності LOS (Length of Stay Efficiency Index)	0,03	0,07	0,01
Індекс швидкості роботи приймального відділення (ED Turnaround Index)	0,02	0,09	0,21
Індекс часу лабораторної діагностики (Lab TAT Index)	0,01	0,08	0,24
Індекс доступності обладнання (Equipment Availability Index)	0,88	0,92	0,95
Інтегральний показник внутрішніх процесів	0,458	0,530	0,487

Джерело: власна розробка

Внутрішні процеси відображають ефективність організації медичної допомоги, включно з оборотністю ліжкового фонду, тривалістю перебування пацієнтів та оперативністю здійснення лабораторних і приймальних процедур. Порівняння показників засвідчує, що 2023 рік був найбільш оптимальним за рівнем організації внутрішніх операцій.

Зростання коефіцієнтів BOR і BTR у цей період вказує на те, що лікарня змогла забезпечити більш інтенсивне використання стаціонарних потужностей, зберігаючи при цьому задовільний рівень клінічної ефективності. Підвищення індексів ED і Lab TAT засвідчує наявність позитивних зрушень у швидкості обслуговування, що є важливим чинником для підвищення якості допомоги та зменшення навантаження на персонал.

У 2024 році відзначається певне погіршення цих показників, особливо щодо тривалості перебування пацієнтів (LOS). Подовження LOS, як правило, пов'язане з ускладненням клінічних випадків, збільшенням кількості хронічних пацієнтів або нестачею ресурсів для проведення оперативних втручань. Незважаючи на це, індекс доступності обладнання продовжував зростати, що

вказує на тривалий інвестиційний цикл та стабільне технічне забезпечення лікарні.

Аналіз перспективи розвитку персоналу наведено в таблиці 2.11

Таблиця 2.11

Показники розвитку персоналу за системою BSC

Показник	2022	2023	2024
Індекс навчальних годин (Training Hours Index)	0,49	0,89	0,61
Індекс охоплення навчанням (Training Coverage Index)	0,32	0,67	0,56
Індекс викладацької активності (Teaching Activity Index)	0,58	0,95	0,89
Індекс наукової продуктивності (Research Output Index)	0,41	0,62	0,43
Індекс збалансованості навантаження (Workload Balance Index)	0,84	0,90	0,81
Індекс якості трудового життя (Quality of Work Life Index)	0,69	0,71	0,66
Інтегральний показник розвитку персоналу	0,548	0,785	0,652

Джерело: власна розробка

Перспектива розвитку персоналу у системі BSC є критично важливою для закладів охорони здоров'я, оскільки забезпечує основу для підтримки клінічної якості та впровадження інновацій. Аналіз отриманих результатів демонструє виразну тенденцію до нарощування освітньої та наукової активності у 2023 році.

Значне підвищення індексу навчальних годин та охоплення персоналу навчанням свідчить про те, що заклад активно інвестував у підвищення кваліфікації працівників. Це, у свою чергу, могло позитивно вплинути на якість медичних послуг та організацію внутрішніх процесів.

У 2024 році відзначається часткове зниження показників розвитку персоналу, загалом зумовлене підвищенням навантаження на медичних працівників. Незважаючи на невелике зниження деяких індикаторів, рівень збалансованості навантаження та якість трудового життя залишаються на достатньо високому рівні, що свідчить про стабільність кадрової політики.

Аналіз пацієнтської перспективи наведено в таблиці 2.12

Таблиця 2.12

Показники пацієнтської перспективи за системою BSC

Показник	2022	2023	2024
Індекс задоволеності пацієнтів (Patient Satisfaction Index)	0,78	0,81	0,76
Індекс зниження скарг (Complaint Reduction Index)	0,97	0,98	0,97
Індекс уникнення реадмісій (Readmission Avoidance Index)	0,94	0,96	0,93
Індекс зниження смертності (Mortality Reduction Index)	0,98	0,98	0,98
Індекс досвіду пацієнта (Patient Experience Index, PXI)	0,74	0,78	0,73
Індекс дотримання вимог безпеки (Safety Compliance Index)	0,94	0,96	0,95
Інтегральний показник пацієнтської перспективи	0,892	0,915	0,887

Джерело: власна розробка

Пацієнтська перспектива є найбільш значущою у контексті діяльності закладів охорони здоров'я, адже саме вона найбільш безпосередньо відображає рівень задоволеності, безпеки та довіри пацієнтів. Показники за всі три роки демонструють стабільно високі значення, що свідчить про послідовність політики закладу у забезпеченні якості медичних послуг.

Найвищі значення індексів задоволеності, зниження скарг і дотримання вимог безпеки у 2023 році узгоджуються із загальними позитивними тенденціями розвитку лікарні в цей період. У 2024 році зберігається високий рівень упевненості пацієнтів у безпечності медичної допомоги, незважаючи на загальні виклики, пов'язані зі складнішими клінічними випадками та підвищенням операційного навантаження.

Результати інтегральної оцінки діяльності за системою BSC наведено в таблиці 2.13

Таблиця 2.13

Інтегральний показник ефективності діяльності закладу (BSC Total Score)

Рік	Фінанси	Внутрішні бізнес- процеси	Персонал	Пацієнти	Загальний BSC
2022	0,776	0,458	0,548	0,892	0,668
2023	0,798	0,530	0,785	0,915	0,757
2024	0,557	0,487	0,652	0,887	0,646

Джерело: власна розробка

Отримані інтегральні оцінки свідчать, що 2023 рік став найбільш продуктивним для лікарні, оскільки саме в цей період спостерігається збалансоване зростання в усіх напрямках: фінансовому, операційному, кадровому та пацієнтському.

У 2024 році загальний показник зменшується, що зумовлено насамперед погіршенням фінансових результатів та частковим зниженням ефективності внутрішніх процесів. Водночас пацієнтські показники залишаються на стабільно високому рівні, що засвідчує збереження високих стандартів якості послуг.

Результати проведеного дослідження демонструють, що КНП «Клінічна лікарня Святого Пантелеймона» СМР у 2022–2024 роках розвивалася в умовах змінної ресурсної та операційної динаміки, проте стратегічний вектор її розвитку залишався стійким. Застосування системи BSC дозволило виявити структурні особливості діяльності лікарні, зокрема:

- комплексний розвиток закладу у 2023 році, який став піковим за інтегральною результативністю;
- високий рівень пацієнтської довіри та задоволеності, що зберігається навіть за умов операційних навантажень;

- залежність фінансових результатів від структури витрат і активності щодо закупівель;
- відчутний вплив кадрових програм на інші перспективи BSC, що підтверджує ключову роль персоналу у забезпеченні стабільності закладу;
- наявність певних структурних диспропорцій у внутрішніх процесах, які потребують подальшої оптимізації.

У цілому результати аналізу свідчать, що заклад демонструє високий потенціал для вдосконалення управлінських процесів та підвищення ефективності діяльності шляхом впровадження системного моніторингу показників BSC.

Ураховуючи отримані результати, можна сформулювати низку стратегічних рекомендацій, спрямованих на подальше підвищення ефективності діяльності закладу:

1. Удосконалити фінансове планування та оптимізувати витратну частину бюджету. Доцільно запровадити щорічний огляд структури витрат із метою визначення неефективних фінансових потоків та їх подальшої корекції.
2. Підвищити операційну ефективність, приділяючи особливу увагу скороченню тривалості перебування пацієнтів (LOS). Це може бути досягнуто шляхом перегляду клінічних маршрутів, удосконалення алгоритмів призначення досліджень та оптимізації логістики пацієнтів.
3. Підтримати високий рівень професійного розвитку персоналу. Варто впровадити систематичні програми підвищення кваліфікації та підтримувати наукову активність співробітників, що сприятиме стабілізації кадрового потенціалу.
4. Зміцнювати комунікаційні та сервісні механізми взаємодії з пацієнтами. Високі пацієнтські показники мають стати основою для формування бренду лікарні та підвищення конкурентоздатності на ринку медичних послуг.
5. Запровадити регулярний моніторинг ключових показників BSC та їх аналіз у режимі щоквартального контролю. Це дозволить своєчасно

ідентифікувати відхилення, адаптувати управлінські рішення та забезпечити стратегічну стійкість закладу.

Таким чином, результати комплексного оцінювання діяльності закладу за системою BSC доводять необхідність переходу до інтегрованого підходу управління. Виявлені коливання у фінансових та операційних індикаторах, залежність ефективності від кадрового потенціалу та високі вимоги до якості і безпеки пацієнтів формують об'єктивні передумови для впровадження інтегрованої моделі управління ЗОЗ. Модель буде побудована на принципах системного менеджменту, цифрової трансформації, безперервного покращення та міжрівневої координації, здатна забезпечити більш високу організаційну зрілість, узгодженість управлінських практик та стабільність результатів за всіма перспективами BSC. Її імплементація є логічним та науково обґрунтованим кроком для оптимізації діяльності лікарні та підвищення її конкурентоспроможності в умовах сучасних реформ охорони здоров'я.

Висновки до розділу 2

Організація управління окремими функціональними сферами КНП «Клінічна лікарня Святого Пантелеймона» СМР характеризується комплексним підходом, взаємозв'язком між адміністративними, клінічними та економічними підрозділами, що забезпечує стабільне функціонування закладу, високу якість медичних послуг і поступовий розвиток відповідно до сучасних вимог системи охорони здоров'я України. Кожна функціональна сфера (медична, адміністративна, фінансова, матеріально-технічна, соціально-кадрова, інформаційна) має чітко визначену структуру, компетенції та відповідальних осіб, що сприяє стабільній роботі підприємства. Система управління забезпечує ефективне функціонування закладу та сприяє підвищенню рівня медичних послуг для населення громади.

SWOT-аналіз свідчить, що управління функціональними сферами КНП «Клінічна лікарня Святого Пантелеймона» СМР є загалом ефективним і збалансованим, однак потребує подальшої цифровізації, вдосконалення

системи мотивації персоналу та посилення інтеграції між підрозділами. Наявність потужної кадрової бази, сучасного обладнання та стабільного фінансування створює умови для стратегічного розвитку, тоді як залучення зовнішніх ресурсів і партнерств може зменшити вплив потенційних загроз і підвищити конкурентоспроможність закладу на регіональному рівні.

Аналіз основних техніко-економічних показників діяльності КНП «Клінічна лікарня Святого Пантелеймона» СМР за період 2022-2024 років (ЄДРПОУ 01981498, основний вид діяльності 86.10 - Діяльність лікарняних закладів), свідчить, що фінансовий стан лікарні загалом характеризується зростанням доходів і активів, що свідчить про її розвиток та інвестиційну активність. Водночас у 2024 році зафіксовано зниження маржі до $\approx 12\%$ на тлі зростання витрат і зобов'язань, що створює ризики для фінансової стійкості у разі збереження цього тренду. Випереджальне зростання зобов'язань порівняно з активами вказує на потенційні проблеми з платоспроможністю в короткостроковій перспективі та зумовлює потребу в аналізі структури боргів. Крім того, розширення штату призвело до збільшення операційних витрат, які за відсутності пропорційного зростання доходів (зокрема від платних послуг або НСЗУ-контрактів) чинять додатковий тиск на прибуток. Таким чином, ключовими ризиками залишаються зростання короткострокових зобов'язань і зниження маржі у 2024 році до $\approx 12\%$, що потребує з'ясування їх разового інвестиційного або системного операційного характеру та відповідних управлінських рішень.

Доведено, що в умовах реформування системи охорони здоров'я України застосування методики *Balanced Scorecard* є доцільним і методологічно обґрунтованим підходом до комплексної оцінки діяльності медичного закладу. Поєднання фінансових, процесних, кадрових і пацієнтських перспектив дозволяє перейти від вузько фінансової оцінки до системного управління результативністю лікарні. Використання ключових індикаторів, зокрема BOR та LOS, забезпечує як відповідність міжнародним підходам, так і практичну значущість для контракування з НСЗУ. Таким чином, методика BSC створює

прозору, гнучку та адаптовану до українських реалій основу для прийняття управлінських рішень, спрямованих на підвищення ефективності, якості медичної допомоги та сталого розвитку закладу охорони здоров'я.

Встановлено, що результати інтегральної оцінки діяльності КНП «Клінічна лікарня Святого Пантелеймона» СМР за системою BSC у 2022–2024 роках свідчать про нерівномірну, проте загалом керовану динаміку розвитку закладу. Найвищий рівень загальної ефективності зафіксовано у 2023 році (загальний BSC = 0,757), що зумовлено одночасним зростанням фінансової (0,798), операційної (0,530), кадрової (0,785) та пацієнтської (0,915) складових. У 2022 році інтегральний показник становив 0,668, що відображало помірну результативність за умов формування управлінських і ресурсних передумов розвитку. У 2024 році загальний BSC знизився до 0,646, передусім через погіршення фінансових показників (0,557) та внутрішніх бізнес-процесів (0,487), водночас пацієнтська перспектива залишалася стабільно високою (0,887), що підтверджує збереження якості медичних послуг і довіри пацієнтів.

Таким чином, проведений аналіз демонструє, що, незважаючи на коливання фінансових і операційних індикаторів, стратегічний вектор розвитку лікарні залишається стійким, а кадровий потенціал і пацієнтська орієнтація відіграють ключову роль у забезпеченні стабільності діяльності. Застосування системи BSC дозволило виявити структурні диспропорції у внутрішніх процесах, залежність фінансових результатів від структури витрат та значний вплив управління персоналом на інтегральну ефективність. У цілому отримані результати обґрунтовують доцільність переходу до інтегрованої моделі управління із системним моніторингом показників BSC, що створює передумови для підвищення організаційної зрілості, узгодженості управлінських рішень і конкурентоспроможності закладу в умовах реформування системи охорони здоров'я України.

РОЗДІЛ 3

ФОРМУВАННЯ ЕФЕКТИВНОЇ МОДЕЛІ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1 Розробка інтегрованої моделі управління закладом охорони здоров'я

Необхідність розробки та впровадження інтегрованої моделі управління системою охорони здоров'я обумовлена насамперед викликами, які стоять перед сучасною системою охорони здоров'я, та невідповідність між традиційними підходами і вимогами часу. Епідеміологічній ситуації сьогодення притаманні збільшення кількості наслідків хронічних захворювань, старіння населення, посилення вимог до безпеки та якості надання послуг, а також невідпинний розвиток медичних технологій і цифрових інструментів. За таких умов перед сферою охорони здоров'я одночасно постає потреба в доступності медичної допомоги, підвищенні її ефективності та збереженні фінансової стійкості без втрати соціальної справедливості. Неправильний розподіл рішень і ресурсів автономних одиниць ЗОЗ призводить до повторення послуг, неправомірних витрат, прогалин в безперервності лікування та негативного досвіду пацієнтів. Усе це обумовлює необхідність у єдиному концептуальному підході, який би забезпечив системну синхронізацію цілей, тактичних рішень і дій у межах однієї управлінської моделі.

Водночас глобальні тенденції у сфері охорони здоров'я потребують поєднання різних підходів: сьогодні медична допомога не може бути ефективною без взаємодії із соціальною сферою, освітою, локальним самоврядуванням і приватним сектором. Різні соціальні чинники здоров'я впливають на результат лікування так само, як і медичні дії, саме тому їхній вплив повинен бути врахований під час прийняття відповідних управлінських рішень. Інтегрована модель допоможе розподілити відповідальність, узгодити ресурси та сформувані спільні маршрути пацієнта, тобто створити простір для партнерства та підвищити ефективність використання наявних можливостей. У

випадках бойових дій, епідемій, масштабних надзвичайних подій тощо інтегрована модель завдяки чітко визначеним механізмам ризик-менеджменту, моніторингу та перерозподілу ресурсів створює передумови для швидкої адаптації і необхідної стійкості.

Важливим також є те, що аналіз даних і сучасні цифрові технології допомагають відкрити нові можливості для прогнозування потреб пацієнтів, індивідуального підходу до них і доказового управління. Однак досягти максимальних результатів можна лише за умови наявності упорядкованої управлінської моделі, в якій чітко визначені стандарти інформаційної безпеки, відповідальності за якість даних та взаємодії між системами. Інтегрована модель, поєднуючи технологічні зміни з організаційними та зі збільшенням повноважень персоналу, передбачає послідовне запровадження телемедицини, унормованої системи аналітики, електронної документації.

Ще однією перевагою моделі є зосередження на пацієнті та показниках результативності. Як показує практика, на реальну цінність послуг зорієнтовані насамперед задоволеність пацієнтів наданою медичною допомогою, економічна ефективність та системи, за допомогою яких вимірюють клінічні результати. В основі інтегрованої моделі лежить встановлення єдиних KPI, регулярного моніторингу та аналізу світового досвіду у галузі медицини, що допомагає оцінювати поточний стан ЗОЗ та поетапно підвищувати якість наданих послуг.

Важливу роль також відіграє і кадрова політика закладу охорони здоров'я: сьогодні перевага надається мультидисциплінарним командам з гнучкою моделлю зайнятості, члени яких регулярно підвищують свою кваліфікацію. Дана модель завдяки плануванню потужностей і систем мотивації, оцінці продуктивності і внеску в навчання дає можливість цілеспрямовано керувати людськими ресурсами. Це допомагає мінімізувати ризики витоку кваліфікованого персоналу та забезпечити сталість у наданні медичних послуг.

Водночас інтегрована модель створює необхідні умови для ефективного втілення усіх реформ у практичні зміни. Однак відсутність загальної політики

(моделі) ускладнює процес масштабування локальних інновацій і спричиняє непослідовність реформ. До переваг системної моделі належать збереження узгодженості інституційних процесів, прозорі й зрозумілі механізми управління та відповідальності. Усе це є основою довіри суспільства до системи охорони здоров'я та сталих результатів на національному рівні. Саме тому розробка та впровадження інтегрованої моделі управління – необхідний крок для забезпечення доступної та якісної медичної допомоги в сучасних умовах.

Постійне удосконалення сучасних медичних систем, багаторівневість викликів, потреба у поєднанні економічної доцільності, клінічної ефективності та соціальної справедливості обумовили необхідність розробки інтегрованої моделі управління системою охорони здоров'я. Вона базується на поєднанні кращих міжнародних практик управління у сфері охорони здоров'я (WHO, OECD, value-based healthcare, integrated care models) з інституційними, фінансовими і культурними особливостями конкретної національної системи. Це допомагає уникнути механічне перенесення зовнішніх моделей і забезпечує їх практичну релевантність та адаптивність у конкретному випадкові.

Розроблена модель має ієрархічну структуру (від стратегічного до інтеграційного рівня), кожен рівень якої взаємодоповнювальну функцію і яка демонструє послідовність перетворення цілей у результати: від формування цінностей і бачення до щоденної діяльності та міжорганізаційної взаємодії. Усі компоненти моделі спрямовані на формування сталого «каркасу» системи управління: культура якості, лідерство, довіра, чітка орієнтація на довгострокові результати. Роль тактичних рівнів полягає у перетворенні стратегій на конкретні керовані процеси внаслідок ефективного управління фінансовими, людськими та якісними ресурсами, що надзвичайно важливо в умовах обмеженого кадрового ресурсу та бюджету.

Операційний рівень моделі – це практична реалізація управлінських рішень саме у сфері надання медичної допомоги, що передбачає впровадження нових методик, залучення мультидисциплінарних команд, оптимізацію процесів, застосування доказових підходів. На цьому рівні поєднання цифрових

рішень, електронної документації, телемедицини та аналітики виконує функцію структуроутворюючого елемента, що й забезпечує безперервність, прозорість і керованість усіх процесів.

Підтримуючий рівень забезпечує зворотній зв'язок та виконує функцію навчальної підсистеми моделі. Своєчасно коригувати відхилення допомагає оцінка ефективності, внутрішній аудит, системний моніторинг та аналіз кращих світових практик у галузі медицини. Це і є основою для прийняття конкретних управлінських рішень. Для розробленої моделі притаманний пацієнтоорієнтований підхід, який зосереджується на потребах, правах і реальному досвіді кожного пацієнта.

Динамічний характер моделі формується на інноваційному рівні, оскільки саме на ньому відбуваються такі процеси, як покращення, розвиток досліджень, управління навчальними ініціативами та знаннями, що активно сприяє формуванню нових стандартів якості. Це особливо важливо в сучасних умовах, коли відставання від інновацій призводить до погіршення якості й ефективності наданих медичних послуг.

Запропонована модель має інтеграційний рівень, який є її ключовою відмінною ознакою, виконує системоутворюючою функцію та забезпечує взаємодію між первинною, вторинною та третинною медичною допомогою, органами місцевого самоврядування, соціальними службами, громадськими організаціями і постачальниками. В основі моделі – інтегрований догляд, що досягається завдяки мережевій взаємодії та партнерству і передбачає безперервний маршрут медичної допомоги пацієнтові та взаємну відповідальність за результат. Розроблена інтегрована модель управління ЗОЗ включає 2 стратегічні рівні (лідерство, організаційна культура та стратегічне планування), 3 тактичні рівні (фінансовий менеджмент, управління людськими ресурсами та якістю й безпекою), 3 операційні рівні (клінічне управління, управління операціями та управління інформаційними технологіями), 2 підтримуючі рівні (орієнтація на пацієнта, моніторинг й оцінка ефективності), 1 інтеграційний рівень (міжрівнева та міжсекторальна координація), 1

інноваційний рівень (інновації та постійне покращення). Кожен із зазначених 12 компонентів містить 58 елементів (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Інтегрована модель управління ЗОЗ

Рівень моделі	Компонент	Складові елементи	
СТРАТЕГІЧНИЙ РІВЕНЬ	1. Лідерство та організаційна культура	1.1. Етичне лідерство 1.2. Трансформаційне лідерство	1.3. Довірче управління 1.4. Культура якості та безпеки
СТРАТЕГІЧНИЙ РІВЕНЬ	2. Стратегічне планування	2.1. Місія, бачення, цінності 2.2. Стратегічні цілі	2.3. Система BSC 2.4. Управління змінами
ТАКТИЧНИЙ РІВЕНЬ	3. Управління людськими ресурсами	3.1. Укомплектування кадрами 3.2. Професійний розвиток 3.3. Мотивація та утримання	3.4. Оцінка персоналу 3.5. Організаційне навчання
ТАКТИЧНИЙ РІВЕНЬ	4. Фінансовий менеджмент	4.1. Бюджетування 4.2. Контроль витрат 4.3. Управління доходами	4.4. Фінансова звітність 4.5. Інвестиційна політика
ТАКТИЧНИЙ РІВЕНЬ	5. Управління якістю та безпекою	5.1. Система менеджменту якості 5.2. Безпека пацієнтів	5.3. Клінічні протоколи 5.4. Контроль інфекцій 5.5. Управління ризиками
ОПЕРАЦІЙНИЙ РІВЕНЬ	6. Управління операціями	6.1. Управління потоками пацієнтів 6.2. Планування потужностей 6.3. Логістика та закупівлі	6.4. Управління ланцюгом постачання 6.5. Управління обладнанням
ОПЕРАЦІЙНИЙ РІВЕНЬ	7. Клінічне управління	7.1. Клінічні шляхи пацієнта 7.2. Multidisciplinary teams 7.3. Case-management	7.4. Клінічні рекомендації 7.5. Доказова медицина
ОПЕРАЦІЙНИЙ РІВЕНЬ	8. Управління інформаційними технологіями	8.1. Електронна медична документація 8.2. Інформаційна безпека	8.3. Телемедицина 8.4. Аналітика даних 8.5. Інтєроперабельність
ПІДТРИМУЮЧИЙ РІВЕНЬ	9. Моніторинг та оцінка ефективності	9.1. Система КРІ 9.2. Регулярна звітність	9.3. Бенчмаркінг 9.4. Внутрішній аудит 9.5. Інтегрована оцінка
ПІДТРИМУЮЧИЙ РІВЕНЬ	10. Орієнтація на пацієнта	10.1. Права пацієнтів 10.2. Залучення пацієнтів	10.3. Комунікація з пацієнтами 10.4. Зворотний зв'язок 10.5. Досвід пацієнта
ІННОВАЦІЙНИЙ РІВЕНЬ	11. Інновації та безперервне покращення	1.1. Дослідження та розробки 1.2. Впровадження інновацій	1.3. Управління знаннями 1.4. Навчальні ініціативи 1.5. Культура покращення
ІНТЕГРАЦІЙНИЙ РІВЕНЬ	12. Міжсекторальна та міжрівнева координація	2.1. Інтеграція первин./вторинної допомоги 2.2. Координація між відділеннями	12.3. Взаємодія з постачальниками 12.4. Партнерство 12.5. Мережева взаємодія

Джерело: власна розробка

Даній інтегрованій моделі притаманна чітка й цілісна система управлінських рішень, побудована на стратегічній стабільності, операційній гнучкості, стандартизації процесів, індивідуалізації під час надання медичної допомоги, поєднанні національних особливостей зі світовими тенденціями у сфері охорони здоров'я.

Її можна використовувати для реформування ЗОЗ та регіональних медичних мереж, оскільки вона спрямована на підвищення доступності, якості та стійкості медичної допомоги

Розроблена інтегрована модель управління має важливе практичне значення, оскільки вона зорієнтована на досягнення певного результату. Її також можна використовувати для впровадження змін у системі управління закладів охорони здоров'я.

Модель перетворює стратегічні ідеї на конкретні управлінські механізми, призначені як для окремого закладу, так і для закладів регіонального або національного значення.

Попри нерівномірність ресурсного забезпечення і різну інституційну спроможність інтегрована модель сприяє уніфікації різноманітних управлінських процесів без втрати гнучкості.

Керівники ЗОЗ розробляють загальну «дорожню карту», яка допомагає поступово перейти від реактивного до проактивного управління та до доказового менеджменту, що передбачає прийняття рішень на основі об'єднання кадрових, фінансових та якісних показників в одну систему.

Як результат, заклад охорони здоров'я отримує можливість у короткий термін виявляти проблемні місця під час використання певного обладнання, навантаження на персонал, аналізу обсягів витрат та своєчасно коригувати процеси (рис. 3.1).

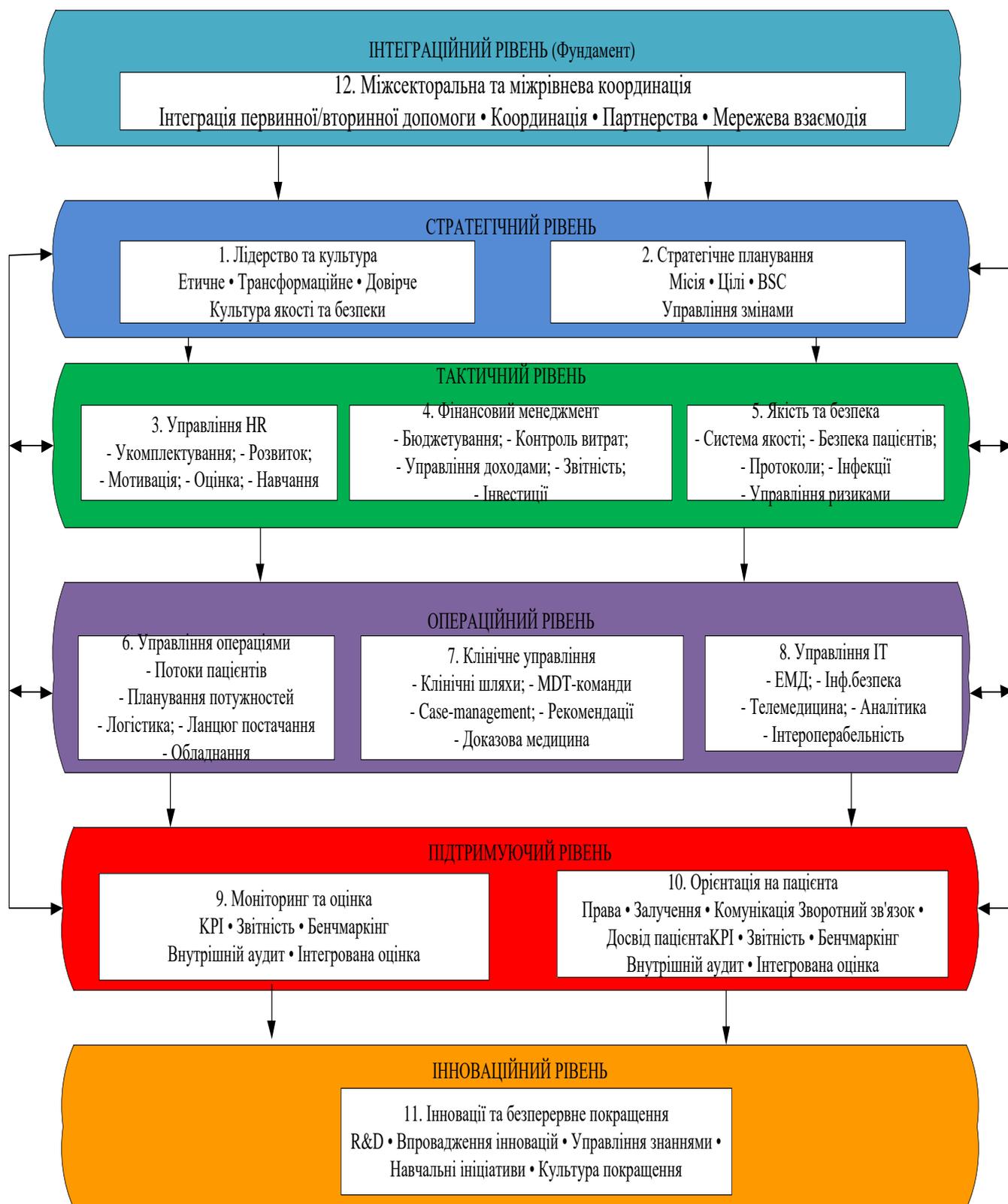


Рис. 3.1 Блок-схема інтегрованої моделі управління ЗОЗ

Джерело: власна розробка

Інтегрована модель створює необхідні умови для послідовного впровадження мультидисциплінарної взаємодії, клінічних протоколів і маршрутів пацієнта, що безпосередньо впливає на якість надання медичної

допомоги. Внаслідок цього значно зменшується необґрунтована варіативність у методах лікування, знижується ризик виникнення медичних помилок та підвищується рівень безпеки пацієнтів. Про це свідчить зменшення кількості ускладнень, часу перебування пацієнта у стаціонарі і випадків повторних госпіталізацій. Як результат – зростає рівень задоволеності пацієнтів та покращується ефективність використання ресурсів.

До переваг моделі також належить прозорість фінансових операцій та обґрунтованість прийнятих інвестиційних рішень завдяки зосередженню уваги на найбільш результативних і соціально значущих напрямках, постійному контролю витрат і стану фінансової звітності та запровадженню у закладі охорони здоров'я системного бюджетування. На практиці це проявляється у зменшенні обсягів неефективних витрат, покращенні фінансової дисципліни та збільшенні можливостей отримання зовнішнього фінансування.

Прикладне значення інтеграційного рівня моделі полягає у формуванні практичних механізмів координації соціальними службами абл іншими зацікавленими сторонами різних рівнів медичної допомоги. Це дозволяє зменшити кількість повторних обстежень та імовірність втрати клінічної інформації на різних етапах допомоги, створити безперервні клінічні маршрути для пацієнтів, підвищити рівень відповідальності за кінцевий результат кожного учасника процесу лікування. На регіональному рівні інтегрована модель створює умови для доцільного використання наявної інфраструктури та ефективного планування мережі медичних закладів.

Також дана модель є платформою для реалізації цифрових рішень, оскільки вона створює передумови для впровадження у щоденну практику основ телемедицини, електронних медичних систем та аналітики даних. Керівники ЗОЗ для планування потужностей, прогнозування потреб і швидкої реакції на зміни епідеміологічній ситуації зобов'язані орієнтуватись виключно на реальні дані.

Еволюція ЗОЗ значною мірою залежить від оцінки рівнів зрілості системи управління, оскільки вона пов'язана із вимірюваним, об'єктивним та керованим

розвитком. Помилки, допущені під час управління закладом, негативно позначаються на економіці, безпеці та якості медичної допомоги ЗОЗ. Орієнтація на реальні можливості закладу дозволяє уникнути імовірності впровадження надто складних або примітивних управлінських методів.

Спільна «карта реальності» для керівництва ЗОЗ і стейкхолдерів формується на основі оцінювання рівня зрілості, яке допомагає сформуванню всебічний погляд на систему, побачити приховані слабкі місця і ризики, дисбаланс між процесами, стратегією та практиками. Відсутність такої діагностики призводить до нездатності закладу досягти бажаних результатів. Тому оцінку зрілості можна розглядати як інструмент управління ризиками та запобігання організаційним «перевантаженням».

Водночас визначення рівня зрілості відіграє ключову роль у встановленні реальних цілей розвитку, правильному розподілі наявних ресурсів, створенні поетапних клінічних дорожніх карт пацієнтів, зосередженні уваги на найбільш пріоритетних напрямках, а тому є надзвичайно важливим під час операційного й стратегічного планування, підвищуючи економічну ефективність управління ЗОЗ.

Особливу увагу оцінці рівнів зрілості необхідно приділяти під час реалізації інтегрованої моделі управління закладом, оскільки поєднати цифрові рішення, процеси і міжсекторальну взаємодію можна лише за умови наявності базового рівня управлінської дисципліни та стандартизації. За допомогою оцінки зрілості можна уникнути формальності на етапі впровадження нових підходів до управління ЗОЗ, визначивши рівень його готовності до інтегрованих рішень та зміцнення провідних управлінських механізмів.

Оцінка зрілості важлива і для формування культури безперервного покращення. Аналіз розвитку управлінських практик розвиває прагнення до інституційної пам'яті, рефлексії та навчання, підвищує рівень довіри працівників закладу та його партнерів до управлінських рішень керівництва. Це допомагає сформуванню позитивне ставлення до інновацій.

У таблиці 3.2 відображено логіку поетапного впровадження інтегрованої моделі управління ЗОЗ на основі концепції рівнів організаційної зрілості. Її варто застосовувати під час оцінки стану розвитку системи управління з метою виявлення прогалів між наявною практикою і цільовою моделлю та визначення послідовності трансформації. Для підходу зрілості характерним є зосередження уваги на динаміці розвитку конкретної організації, що потребує ресурсів, часу та конкретних змін в управлінській культурі.

Таблиця 3.2

Рівні зрілості інтегрованої моделі управління ЗОЗ та дорожня карта впровадження

Рівень зрілості	Характеристика	Ключові ознаки
Рівень 0: Початковий	Управління хаотичне, несистемне, реактивне	<ul style="list-style-type: none"> • Відсутність формалізованих процесів • Залежність від особистостей • Відсутність документації
Рівень 1: Керований	Базове впровадження окремих практик, початок систематизації	<ul style="list-style-type: none"> • Окремі задокументовані процеси • Початок вимірювання показників • Реактивне управління з елементами планування • Базові процедури якості
Рівень 2: Стандартизований	Формалізовані процеси, стандартизація ключових напрямків	<ul style="list-style-type: none"> • Задокументовані процеси за основними напрямками • Регулярний моніторинг КРІ • Система менеджменту якості • Базова ІТ-інфраструктура
Рівень 3: Інтегрований	Інтеграція процесів, проактивне управління, орієнтація на результат	<ul style="list-style-type: none"> • Інтегровані процеси між підрозділами • Проактивне управління на основі даних • Розвинена система оцінки • Культура якості та безпеки • Цифровізація процесів
Рівень 4: Оптимізований	Безперервне покращення, інноваційність, еталонна практика	<ul style="list-style-type: none"> • Культура безперервного покращення • Систематичні інновації • Бенчмаркінг та лідерство у галузі • Повна цифрова трансформація • Інтероперабельність систем

Джерело: власна розробка

Перехід до кількісного оцінювання вимірюється шкалою Харінгтона, ідея якої полягає в перетворенні якісних характеристик стану системи управління на числові індикатори, що забезпечує об'єктивність оцінки та створює єдині критерії для порівняння в динаміці управлінських рішень різних закладів, підрозділів або етапів розвитку.

Оцінювання інтегрованої моделі передбачає аналітичне й експертне вимірювання кожного її елемента, зокрема управління персоналом, фінансів, якості, клінічних процесів, цифрових систем та інших. Оцінка кожного показника має свій чітко визначений набір критеріїв, за допомогою яких можна визначити рівень інтегрованості, сформованість процесів, рівень їх формалізації та постійність виконання. Кожен критерій оцінюється від 0 до 1 відповідно до градації шкали Харінгтона.

Оцінити кожний елемент інтегрованої моделі можна за умови заповнення спеціальних анкет або стандартизованих оціночних матриць, аналізу результатів діяльності, внутрішніх регламентів і звітності. Усі отримані результати об'єднуються спочатку на рівні певних процесів, потім – на рівні окремих елементів моделі, далі – на рівні компонентів моделі, і лише після цього відбувається формування узагальненого показника рівня зрілості системи управління. Інтерпретувати результати допомагає шкала Харінгтона (табл. 3.3).

Таблиця 3.3

Шкала Харінгтона

№	Змістовний опис градацій	Числове значення
1	Дуже високий	0,8 – 1,0
2	Високий	0,64 – 0,8
3	Середній	0,37 – 0,64
4	Низький	0,2 – 0,37
5	Дуже низький	0,0 – 0,2

Джерело: власна розробка

Відповідно до шкали Харінгтона отримані результати вимірювання є об'єктивною основою для прийняття певних управлінських рішень, з чим і пов'язаний перехід від кількісної оцінки до поетапного процесу реалізації моделі. Тобто числові значення рівня зрілості несуть у собі конкретні дії і пріоритети розвитку.

Логічно й послідовно побудована дорожня карта практичного застосування інтегрованої моделі управління закладом охорони здоров'я відображена у табл. 3.4, що перетворює концептуальну модель на керований процес змін із чітким встановленням управлінських пріоритетів, часових горизонтів, очікуваних результатів на кожному етапі. Це сприяє зменшенню

ризиків організаційної дестабілізації, доцільному розподілу наявних ресурсів, поступовому переходу до єдиної інтегрованої системи управління.

Таблиця 3.4

**Дорожня карта практичної реалізації інтегрованої моделі управління
закладом охорони здоров'я**

Етап	Тривалість	Ключові дії
Етап 1: Діагностика та планування	3-6 місяців	<ul style="list-style-type: none"> • Оцінка поточного стану за всіма компонентами • Визначення рівня зрілості • Гар-аналіз • Розробка стратегії трансформації • Формування команди змін • Бюджетування
Етап 2: Пілотне впровадження	6-12 місяців	<ul style="list-style-type: none"> • Впровадження в 1-2 пілотних підрозділах • Формалізація критичних процесів • Навчання персоналу • Впровадження базових ІТ-рішень • Встановлення КРІ • Регулярний моніторинг
Етап 3: Масштабування	12-24 місяці	<ul style="list-style-type: none"> • Поширення на всі підрозділи • Стандартизація процесів • Повна цифровізація документообігу • Інтеграція систем • Розширене навчання • Формування культури якості
Етап 4: Інтеграція та оптимізація	12-18 місяців	<ul style="list-style-type: none"> • Інтеграція всіх компонентів моделі • Оптимізація міжфункціональних процесів • Впровадження передових практик • Автоматизація аналітики • Бенчмаркінг з кращими практиками
Етап 5: Безперервне покращення	Постійно	<ul style="list-style-type: none"> • Регулярні аудити та оцінка • Систематичні покращення • Інноваційні проекти • Обмін кращими практиками • Розвиток персоналу • Адаптація до змін

Джерело: власна розробка

Діагностика й планування є першим етапом інтегрованої моделі управління ЗОЗ, фундаментом всіх подальших змін. На цьому етапі оцінка усіх компонентів моделі та виявлення реального рівня зрілості допомагає сформуванню об'єктивного бачення поточного стану організації закладу охорони здоров'я. Перший етап розробленої моделі виявляє прогалини між цільовою моделлю і наявними практиками, створює базу для обґрунтованого стратегічного вибору, формує команду змін, що виконує функцію носія організаційної пам'яті та управлінської волі.

Пілотне впровадження є другим етапом інтегрованої моделі, саме під час якого і відбувається практична реалізація нових рішень у процесі управління ЗОЗ. Перевірка обраних заходів на базі окремих структурних підрозділів дозволяє уникнути критичних ризиків для роботи всієї організації. Другий етап можна визначити як період формування практичної компетентності працівників закладу охорони здоров'я внаслідок первинної цифровізації процесів, утворення системи вимірювання результативності, що має важливе значення для наступного етапу масштабування.

На третьому етапі (масштабування) відбувається перехід до загального системного перевтілення всього закладу охорони здоров'я, що є важливим для створення єдиної організаційної культури, яка б була зорієнтована на безпеку, якість і відповідальність за результат. На етапі масштабування основну увагу приділяють стандартизації та уніфікації процесів, інтеграції інформаційних систем та цифровізації документообігу.

Інтеграція та оптимізація процесів, що є четвертим етапом інтегрованої моделі, пов'язана із якісним вдосконалення системи управління. Для цього етапу характерним є функціонування усіх компонентів моделі як єдиного механізму, орієнтація на взаємозв'язок окремих процесів, їх ефективність. Передові практики, систематичний аналіз світового досвіду у сфері охорони здоров'я, автоматизація аналітики, що застосовуються під час інтеграції та оптимізації процесів, забезпечують закладові охорони здоров'я стабільність і наявність переваг перед конкурентами.

П'ятий етап є етапом безперервного покращення, оскільки впровадження інтегрованої моделі не передбачає встановлення чіткої кінцевої мети, а сам процес управління можна розглядати як постійне навчання, адаптацію до змін та застосування інновацій. Перетворити на сталу управлінську практику, що постійно пристосовується до внутрішніх і зовнішніх змін, розроблену інтегровану модель допомагають покращення і розвиток персоналу, а також систематичні аудити.

Таблиця 3.5 містить результати оцінювання за допомогою інтегрованої моделі, шкали Харінгтона і співвіднесення із рівнем зрілості КНП «Клінічна лікарня Святого Пантелеймона» СМР.

Таблиця 3.5

**Узагальнені результати оцінювання за інтегрованою моделлю управління
ЗОЗ**

Рівень моделі	Компонент	Середній бал (Harrington)	Інтерпретація	Відповідний рівень зрілості
Стратегічний	Лідерство та орг. культура	0,65	Високий	Рівень 2–3 (Стандартизований → Інтегрований)
Стратегічний	Стратегічне планування	0,62	Середній–високий	Рівень 2 (Стандартизований)
Тактичний	Управління людськими ресурсами	0,60	Середній	Рівень 2 (Стандартизований)
Тактичний	Фінансовий менеджмент	0,70	Високий	Рівень 3 (Інтегрований)
Тактичний	Управління якістю та безпекою	0,68	Високий	Рівень 3 (Інтегрований)
Операційний	Управління операціями	0,63	Середній–високий	Рівень 2–3
Операційний	Клінічне управління	0,69	Високий	Рівень 3 (Інтегрований)
Операційний	Управління ІТ	0,64	Високий (нижня межа)	Рівень 2–3
Підтримуючий	Моніторинг та оцінка	0,60	Середній	Рівень 2
Підтримуючий	Орієнтація на пацієнта	0,67	Високий	Рівень 3
Інноваційний	Інновації та покращення	0,61	Середній–високий	Рівень 2–3
Інтеграційний	Міжсекторальна координація	0,58	Середній	Рівень 2

Примітки: середнє значення усіх компонентів – 0,64 → Високий рівень (за шкалою Харінгтона); загальний рівень зрілості закладу – Рівень 3 – «Інтегрований».

Джерело: власна розробка

Оцінювання рівня зрілості управління ЗОЗ за інтегрованою моделлю здійснювалося з використанням експертно-аналітичного підходу, який поєднує елементи якісної експертної оцінки та кількісного узагальнення результатів. Такий підхід дозволив врахувати як формалізовані показники діяльності закладу, так і управлінські практики, що не завжди можуть бути безпосередньо виміряні статистичними методами, але істотно впливають на ефективність функціонування ЗОЗ.

Процес оцінювання проводився поетапно. На першому етапі було сформовано перелік компонентів і складових елементів інтегрованої моделі управління, які охоплюють стратегічний, тактичний, операційний, підтримуючий, інноваційний та інтеграційний рівні. Для кожного складового елемента було розроблено описові критерії оцінювання, що відображають ступінь формалізації процесів, рівень їх впровадження, системність застосування та фактичну результативність у практиці управління ЗОЗ.

На другому етапі здійснювалося експертне оцінювання кожного складового елемента за шкалою Харінгтона, яка дозволяє перевести якісні судження експертів у кількісні інтервали значень. Експертам пропонувалося оцінити поточний стан реалізації відповідних управлінських практик з урахуванням наявної документації, внутрішніх регламентів, фактичних управлінських рішень, результатів фінансово-економічної діяльності, даних внутрішнього контролю та показників діяльності підрозділів. Отримані індивідуальні оцінки узагальнювалися шляхом розрахунку середнього значення для кожного елемента, що мінімізувало вплив суб'єктивності окремих експертних суджень.

На третьому етапі агрегування результатів здійснювалося шляхом узагальнення оцінок на рівні компонентів та відповідних рівнів моделі управління. Середні значення показників дозволили співвіднести отримані результати з рівнями зрілості інтегрованої моделі управління, визначеними в дорожній карті впровадження. Таким чином було встановлено загальний рівень

управлінської зрілості закладу та ідентифіковано компоненти з найбільшим потенціалом для подальшого розвитку.

В якості експертів до оцінювання були залучені фахівці, які безпосередньо беруть участь у процесах управління та функціонування ЗОЗ, а також мають відповідну професійну компетентність і практичний досвід. До експертної групи увійшли представники адміністрації закладу (керівництво та керівники структурних підрозділів), фахівці фінансово-економічного та планово-аналітичного напрямів, керівники клінічних підрозділів, спеціалісти з управління якістю та безпекою медичної допомоги, а також експерти з інформаційних технологій і цифрових рішень у сфері охорони здоров'я. Залучення експертів різних функціональних рівнів забезпечило комплексний погляд на стан управління та дозволило врахувати міждисциплінарний характер інтегрованої моделі.

З метою підвищення об'єктивності результатів експертні оцінки доповнювалися аналізом внутрішніх нормативних документів, фінансової та статистичної звітності, матеріалів зовнішніх перевірок і відкритих даних, що дало змогу зіставити експертні судження з фактичними показниками діяльності закладу. Поєднання експертної оцінки та документального аналізу забезпечило надійність і відтворюваність результатів оцінювання.

Аналіз результатів оцінювання дає можливість зробити висновок, що КНП «Клінічна лікарня Святого Пантелеймона» СМР має сталий організаційний розвиток та достатньо високий рівень управлінської зрілості. За шкалою Харінгтона (інтегральне значення – 0,64) у даному закладі охорони здоров'я базова управлінська інфраструктура сформована на високому рівні, а сам заклад може не лише стабільно функціонувати, а й впроваджувати у практику елементи проактивного управління. Отримані результати демонструють реальну картину розвитку типового багатопрофільного ЗОЗ в умовах реформування системи та обмежених ресурсів, коли інтегроване управління уже було запроваджене, але ще не досягло необхідного оптимізованого рівня.

До сильних сторін управління належить фінансовий менеджмент і система якості та безпеки, що свідчить про відносну прозорість у використанні ресурсів, дисциплінованість фінансових процесів і відповідність ключовим вимогам співпраці з НСЗУ. Тому можна зроби висновок, що даному ЗОЗ вдалося сформувати здатність раціонально планувати бюджет, ефективно працювати в умовах результатоорієнтованого фінансування та проводити базовий фінансовий контроль. Про наявність стандартизованих клінічних протоколів, культури безпеки і практики мультидисциплінарної взаємодії свідчать високі показники клінічного управління. Усе це є необхідною умовою стабільної якості наданої медичної допомоги.

Управління людським ресурсом і стратегічне планування має середні та середньо-високі значення, що свідчить про завершення формування в лікарні стратегічної функції. Однак вона ще не набула системного характеру. Незавжди формальна місія та стратегічні орієнтири перетворюються на плани і цілі окремих структурних підрозділів. Сьогодні управління персоналом передбачає насамперед забезпечення ЗОЗ кваліфікованими кадрами та забезпечення поточної діяльності, а навчання лідерству, впровадження сучасних інструментів мотивації та способів управління талантами ще проходить етап становлення. Це не лише відкриває нові можливості для розвитку, але й є причиною сталості змін.

Середні показники управління інформаційними технологіями та аналітики даних вказують на перехід у прийнятті рішень від часткової цифровізації до системного використання даних. Сьогодні попри наявність базових цифрових інструментів та електронної медичної документації все ще відсутній повний перехід до культури data-driven management, так як потенціал цих технологій все ще використовується частково, а прийняття управлінських рішень неможливе без орієнтації на досвід та інтуїцію.

Більшості комунальних ЗОЗ властивий середній рівень розвитку інтеграційного та інноваційного компонентів. Водночас налагодження партнерства, міжсекторальна координація, мережеві форми взаємодії у таких

ЗОЗ мають здебільшого епізодичний (проектний) характер. Реалізувати інновації, покращити роботу закладу допомагають окремі ініціативи, які ще не закріплені в щоденній практиці. Однак навіть часткове застосування таких елементів є показником готовності ЗОЗ до переходу на вищий рівень зрілості.

Результати оцінювання свідчать про перебування закладу на межі стандартизованої та інтегрованої моделі управління. Це означає, що основні процеси вже охарактеризовані, обмежено контролювані й регламентовані, проте частковість і функціональні прогалини між ними все ще зберігається. Важливу роль на цьому етапі відіграють інтеграційні механізми, що пов'язані зі зростанням значення даних під час прийняття відповідних рішень та формування прагнення до постійного вдосконалення, горизонтальною координацією дій між структурними підрозділами. Отримані результати відображають поточний стан, пояснюють логіку подальшого переходу до повністю оптимізованої й інтегрованої моделі управління.

3.2 Розрахунок економічного ефекту інтегрованої моделі управління закладом охорони здоров'я

Обґрунтування економічної доцільності впровадження інтегрованої моделі управління є критично важливим етапом для прийняття управлінських рішень щодо організаційних трансформацій у ЗОЗ. Розрахунок економічного ефекту дозволяє оцінити потенційні вигоди від впровадження нових управлінських практик, визначити необхідний обсяг інвестицій, проаналізувати терміни окупності проекту та обґрунтувати доцільність виділення ресурсів на організаційні зміни. Для оцінки економічної ефективності використано метод чистої теперішньої вартості (Net Present Value, NPV), що є загальновизнаним інструментом фінансового аналізу інвестиційних проектів і дозволяє врахувати вартість грошей у часі, ризики реалізації проекту та альтернативну вартість капіталу.

Фінансові результати КНП «Клінічна лікарня Святого Пантелеймона» СМР за 2022-2024 роки свідчать про позитивну динаміку розвитку при

одночасній наявності системного дисбалансу. За цей період дохід зріс на 45% (з 177,42 млн грн до 257,25 млн грн), проте чистий прибуток у 2024 році скоротився майже вдвічі порівняно з 2023 роком (з 58,89 млн до 31,42 млн грн), а чиста маржа знизилася з 23,66% до 12,21%. Це вказує на втрату управлінської ефективності на тлі масштабування діяльності.

Інтегрована модель управління має виступати механізмом відновлення рівноваги між фінансовою результативністю і розширенням масштабів діяльності закладу. Консервативний сценарій передбачає помірне підвищення чистої маржі з 12,21% до 13,5% (зростання на 1,3 процентних пункти) через оптимізацію операційних процесів, поступову цифровізацію, збалансування навантаження на персонал та впровадження базових елементів системи BSC. Це означає зростання чистого прибутку з 31,42 млн грн до 34,73 млн грн при незмінному доході 257,25 млн грн.

Прогноз зростання маржі обґрунтовано конкретними джерелами економії: оптимізація закупівель медикаментів через електронні торги та консолідовані закупівлі (економія 0,4-0,5% доходу); зменшення простоїв обладнання з 5% до 3% через планово-попереджувальний ремонт та моніторинг стану (0,2-0,3% доходу); оптимізація графіків роботи персоналу та скорочення понаднормових годин (0,3-0,4% доходу); цифровізація адміністративних процесів та автоматизація звітності (0,2% доходу); зниження втрат від медичних помилок через стандартизацію процесів та контроль якості (0,1-0,2% доходу). Прогнозований показник 13,5% є реалістичним, оскільки заклад уже демонстрував маржу 21,68% у 2022 році та 23,66% у 2023 році, що підтверджує наявність потенціалу для часткового відновлення ефективності.

Очікуваний додатковий прибуток: 3,31 млн грн щорічно (з другого року впровадження).

Впровадження інтегрованої моделі потребує реальних інвестицій в організаційні зміни, навчання персоналу та створення управлінської інфраструктури. Структура витрат на впровадження інтегрованої моделі

управління наведена в таблиці 3.6. Витрати сформовані на основі ринкових цін 2024-2025 років.

Таблиця 3.6

Структура витрат на впровадження інтегрованої моделі управління

Стаття витрат	Рік 1, тис. грн	Рік 2, тис. грн	Рік 3, тис. грн	Разом, тис. грн
1. Персонал проєкту				
Координатор впровадження (0,75→0,5→0,25 ставки)	450	300	150	900
Аналітик даних / методист BSC (0,5 ставки)	240	240	—	480
2. Навчання та розвиток				
Навчання управлінської команди (зовнішні тренери)	180	120	60	360
Тренінги для лікарів та медсестер	120	150	90	360
Коучинг для топ-менеджменту	80	80	50	210
3. Інформаційні системи				
Налаштування ІТ-систем для моніторингу KPI	80	60	30	170
Розробка дашбордів та звітів	50	40	20	110
Супровід ІТ-систем	30	30	20	80
4. Консалтинг та методична підтримка				
Зовнішній аудит процесів (разовий)	150	—	—	150
Методична підтримка впровадження BSC	100	80	—	180
5. Організаційні витрати				
Розробка регламентів, стандартів	40	30	20	90
Внутрішній аудит якості	20	20	20	60
Стратегічні сесії, робочі групи	30	20	15	65
Друк матеріалів, канцелярія	10	10	10	30
6. Система мотивації персоналу				
Преміальний фонд за досягнення KPI	100	150	200	450
РАЗОМ	1 680	1 330	685	3 695

Джерело: власна розробка

Розрахунок економічного ефекту здійснено методом дисконтованих грошових потоків (DCF) на горизонті 3 роки. Ставка дисконту 22% обґрунтована макроекономічними ризиками України (інфляція 10-12%, ризик-премія за країну 5-7%), специфічними ризиками сектору охорони здоров'я (залежність від НСЗУ, можливі зміни тарифів), операційними ризиками закладу (зростання зобов'язань на 65,8%, падіння маржі вдвічі) та ризиками впровадження проєкту (опір змінам 30-40%, ризик часткової реалізації 35%). Розрахунок чистої теперішньої вартості (NPV) проєкту впровадження наведено в таблиці 3.7.

Таблиця 3.7

Розрахунок чистої теперішньої вартості (NPV) проєкту впровадження інтегрованої моделі управління

Показник	Рік 1	Рік 2	Рік 3	Разом
Номінальні значення, тис. грн				
Річний економічний ефект ¹	1 000	3 310	3 310	7 620
Витрати на впровадження	1 680	1 330	685	3 695
Чистий грошовий потік	-680	1 980	2 625	3 925
Дисконтоване значення, тис. грн				
NPV	-557	1 330	1 446	2 219
Показники ефективності проєкту				
NPV (чиста теперішня вартість)				2 219 тис. грн
PI (індекс прибутковості)				1,69
Payback Period (період окупності)				≈ 1,34 року

Примітка: ¹ У першому році ефект становить 30% від цільового через період навчання та адаптації персоналу (3-4 місяці), поступове впровадження нових процесів та природний опір змінам.

Джерело: власна розробка

Джерела економічного ефекту (відповідно до BSC-аналізу розділу 2.2): оптимізація закупівель медикаментів (економія 0,4-0,5% доходу), підвищення BOR з 0,82 до 0,85-0,86, скорочення LOS на 5-7%, зменшення простоїв

обладнання з 5% до 3%, підвищення продуктивності праці на 3-5%, зниження плинності кадрів на 10-12%.

Непрямий економічний ефект включає запобігання втратам від подальшого падіння маржі (потенційно 5-6 млн грн/рік), економію від запобігання штрафам НСЗУ (0,3-0,5 млн/рік), економію на підборі персоналу через зниження плинності ($\approx 0,2$ млн/рік), покращення репутаційного капіталу та конкурентних позицій на регіональному ринку медичних послуг.

Інтегрована модель управління для КНП «Клінічна лікарня Святого Пантелеймона» СМР є не інструментом скорочення витрат, а механізмом відновлення балансу між фінансовою результативністю та розвитком закладу. Консервативний сценарій показує, що впровадження моделі може підвищити маржу до 13,5%, забезпечити додатковий ефект 3,31 млн грн щорічно з другого року, а при витратах 3,7 млн грн за 3 роки чиста теперішня вартість NPV становить 2,22 млн грн, що підтверджує економічну доцільність. Модель також забезпечує непрямі вигоди: запобігання подальшому падінню маржі, економію на штрафах та підборі персоналу, стабілізацію платоспроможності та підвищення конкурентних позицій на ринку медичних послуг.

Висновки до розділу 3

Розробка та впровадження інтегрованої моделі управління системою охорони здоров'я є необхідною відповіддю на сучасні епідеміологічні, демографічні, соціально-економічні та технологічні виклики. Фрагментарність управління й автономність окремих рішень призводять до неефективного використання ресурсів, порушення безперервності медичної допомоги та зниження її якості.

Інтегрована модель забезпечує узгодженість стратегічних цілей, управлінських рішень і практичної діяльності, поєднуючи медичну, соціальну та цифрову складові. Її ієрархічна структура дає змогу послідовно трансформувати бачення і цінності у конкретні процеси та результати, орієнтовані на потреби пацієнта, ефективність і сталість системи.

Ключовою перевагою моделі є інтеграційний рівень, що забезпечує взаємодію між різними рівнями медичної допомоги та суміжними секторами, формуючи безперервний маршрут пацієнта і спільну відповідальність за результат. У підсумку інтегрована модель створює підґрунтя для ефективної реалізації реформ, підвищення якості медичних послуг і зміцнення довіри суспільства до системи охорони здоров'я.

Розроблена інтегрована модель управління ЗОЗ включає 2 стратегічні рівні (лідерство, організаційна культура та стратегічне планування), 3 тактичні рівні (фінансовий менеджмент, управління людськими ресурсами та якістю й безпекою), 3 операційні рівні (клінічне управління, управління операціями та управління інформаційними технологіями), 2 підтримуючі рівні (орієнтація на пацієнта, моніторинг й оцінка ефективності), 1 інтеграційний рівень (міжрівнева та міжсекторальна координація), 1 інноваційний рівень (інновації та постійне покращення). Кожен із зазначених 12 компонентів містить 58 елементів.

Застосування концепції рівнів організаційної зрілості та шкали Харінгтона дозволило перевести якісну оцінку інтегрованої моделі управління ЗОЗ у кількісну площину та сформувавши об'єктивну основу для прийняття управлінських рішень. Поетапна логіка впровадження (рівні 0–4) у поєднанні з дорожньою картою (етапи тривалістю від 3–6 місяців до постійного циклу покращень) забезпечує керованість трансформацій, раціональний розподіл ресурсів і зниження організаційних ризиків.

За результатами оцінювання КНП «Клінічна лікарня Святого Пантелеймона» СМР інтегральний показник зрілості становить 0,64, що за шкалою Харінгтона відповідає високому рівню та Рівню 3 – «Інтегрований». Найвищі значення зафіксовано у фінансовому менеджменті (0,70), управлінні якістю та безпекою (0,68) і клінічному управлінні (0,69), що свідчить про сформовану базову управлінську інфраструктуру та здатність закладу до проактивного управління.

Водночас середні та середньо-високі показники стратегічного планування (0,62), управління людськими ресурсами (0,60), ІТ та аналітики (0,64) вказують на наявність потенціалу подальшого розвитку, зокрема в напрямі системного data-driven management, розвитку лідерства та міжфункціональної координації. Інтеграційний компонент (0,58) та інноваційна складова (0,61) залишаються зонами зростання, що стримує перехід до оптимізованого рівня зрілості.

Загалом отримані результати свідчать, що заклад перебуває на межі стандартизованої та інтегрованої моделей управління: ключові процеси вже формалізовані та контрольовані, проте потребують глибшої інтеграції й безперервного вдосконалення. Це підтверджує практичну придатність запропонованої інтегрованої моделі та окреслює чітку траєкторію подальшого переходу до Рівня 4 – «Оптимізований», орієнтованого на сталі результати, інноваційність і повну цифрову інтеграцію.

Фінансові результати КНП «Клінічна лікарня Святого Пантелеймона» СМР за 2022–2024 роки свідчать про позитивну динаміку розвитку закладу, водночас виявляючи наявність системного дисбалансу в управлінні. За аналізований період дохід зріс на 45 %, однак у 2024 році чистий прибуток скоротився майже вдвічі порівняно з 2023 роком, що вказує на втрату управлінської ефективності та неузгодженість між масштабуванням діяльності й контролем витрат.

Фактичні показники 2024 року підтверджують цю тенденцію: при доході 257,25 млн грн чистий прибуток становив лише 31,42 млн грн, а чиста маржа знизилася до 12,21 % (проти понад 23 % у 2023 році). Це означає, що основний резерв економічного ефекту пов'язаний не зі зростанням доходів, а з оптимізацією операційних витрат, підвищенням продуктивності праці та ефективнішим використанням інвестицій, частка яких у структурі витрат сягає 65–70 % доходу.

Інтегрована модель управління для КНП «Клінічна лікарня Святого Пантелеймона» СМР є не інструментом скорочення витрат, а механізмом відновлення балансу між фінансовою результативністю та розвитком закладу.

Консервативний сценарій показує, що впровадження моделі може підвищити маржу до 13,5%, забезпечити додатковий ефект 3,31 млн грн щорічно з другого року, а при витратах 3,7 млн грн за 3 роки чиста теперішня вартість NPV становить 2,22 млн грн, що підтверджує економічну доцільність. Модель також забезпечує непрямі вигоди: запобігання подальшому падінню маржі, економію на штрафах та підборі персоналу, стабілізацію платоспроможності та підвищення конкурентних позицій на ринку медичних послуг.

ВИСНОВКИ

1. Обґрунтовано, що управління ЗОЗ доцільно розглядати як цілісну інтегровану систему управлінських функцій, яка включає стратегічне планування, організацію діяльності, управління людськими ресурсами, фінансовий менеджмент, забезпечення якості та безпеки медичної допомоги, а також ризик-менеджмент. Реалізація зазначених функцій спрямована на досягнення доступності, безпеки та ефективності медичних послуг в умовах обмежених ресурсів і підвищених вимог до результативності діяльності ЗОЗ.

2. Підвищення ефективності управління ЗОЗ можливе за умови інтеграції сучасних управлінських підходів, зокрема системного, програмно-цільового, клієнтоорієнтованого, процесного, інноваційного, компетентнісного та доказового. Обґрунтовано, що практична реалізація зазначених підходів має здійснюватися з використанням комплексу економічних, адміністративних і соціально-психологічних методів управління. У структурі методології управління виокремлено ключові компоненти, що визначають її результативність: ефективне лідерство, фінансовий менеджмент, управління людськими ресурсами, забезпечення якості та безпеки медичної допомоги, а також впровадження цифрових управлінських і клінічних технологій. Здійснено аналіз моделей управління ЗОЗ, а саме Hospital Cooperation Maturity Model (НСММ), Maturity Model of Hospital (ММН), High Reliability Health Care Model (HRHCM), Magnet Hospital Model, Business Process Orientation Model (BPOММ), Continuity of Care Model (ССММ), які містять специфічні рівні /призначення, ключові особливості та позитивні або негативні результати впровадження. Відповідно ефективне управління ЗОЗ ґрунтується на комплексному застосуванні сучасних управлінських моделей, орієнтації на результат, розвитку персоналу та впровадженні інноваційних рішень, що забезпечує підвищення якості медичної допомоги, досягнення стратегічних цілей і сталий розвиток закладу в умовах динамічних змін.

3. Управління функціональними сферами КНП «Клінічна лікарня Святого Пантелеймона» СМР є комплексним і загалом ефективним, ґрунтується на

узгодженій взаємодії адміністративних, клінічних та економічних підрозділів і забезпечує стабільне функціонування та належну якість медичних послуг. Водночас результати SWOT-аналізу вказують на потребу подальшої цифровізації, посилення мотивації персоналу та інтеграції між підрозділами, що за наявності кадрового потенціалу, матеріальної бази й партнерств створює передумови для сталого розвитку та підвищення конкурентоспроможності закладу. Аналіз техніко-економічних показників КНП «Клінічна лікарня Святого Пантелеймона» СМР за 2022–2024 роки засвідчує зростання доходів і активів, що свідчить про розвиток та інвестиційну активність закладу. Водночас у 2024 році зниження маржі до $\approx 12\%$ на тлі випереджального зростання витрат і зобов'язань формує ризики фінансової стійкості та платоспроможності. Збільшення операційних витрат, зокрема через розширення штату, за відсутності пропорційного зростання доходів посилює тиск на прибуток, що обумовлює необхідність управлінських рішень, спрямованих на контроль витрат і оптимізацію структури зобов'язань.

4. Застосування методики Balanced Scorecard є доцільним і обґрунтованим інструментом комплексної оцінки діяльності медичного закладу в умовах реформування системи охорони здоров'я України, оскільки забезпечує системне управління результативністю на основі фінансових, процесних, кадрових і пацієнтських показників. Результати BSC-оцінювання КНП «Клінічна лікарня Святого Пантелеймона» СМР за 2022–2024 роки свідчать про загалом керовану динаміку розвитку з піком ефективності у 2023 році (0,757) та зниженням у 2024 році (0,646) переважно через фінансові й операційні чинники за збереження високої пацієнтської орієнтації. Отримані результати підтверджують доцільність використання BSC як основи для переходу до інтегрованої моделі управління, що забезпечує узгодженість управлінських рішень, підвищення ефективності та сталий розвиток закладу.

5. Інтегрована модель управління системою охорони здоров'я є необхідною відповіддю на сучасні виклики та дозволяє подолати фрагментарність управління і неефективне використання ресурсів. Вона

забезпечує узгодженість стратегічних цілей, управлінських рішень і практичної діяльності, поєднуючи медичні, соціальні та цифрові компоненти з орієнтацією на потреби пацієнта. Ключовою перевагою моделі є інтеграція рівнів медичної допомоги та суміжних секторів, що формує безперервний маршрут пацієнта, підвищує якість послуг і створює підґрунтя для сталого розвитку та успішної реалізації реформ. Розроблена інтегрована модель управління ЗОЗ включає 2 стратегічні рівні (лідерство, організаційна культура та стратегічне планування), 3 тактичні рівні (фінансовий менеджмент, управління людськими ресурсами та якістю й безпекою), 3 операційні рівні (клінічне управління, управління операціями та управління інформаційними технологіями), 2 підтримуючі рівні (орієнтація на пацієнта, моніторинг й оцінка ефективності), 1 інтеграційний рівень (міжрівнева та міжсекторальна координація), 1 інноваційний рівень (інновації та постійне покращення). Кожен із зазначених 12 компонентів містить 58 елементів.

6. Застосування моделі організаційної зрілості та шкали Харінгтона забезпечило об'єктивну кількісну оцінку управлінського розвитку ЗОЗ і сформувало основу для поетапної трансформації. КНП «Клінічна лікарня Святого Пантелеймона» СМР має інтегральний показник зрілості 0,64, що відповідає Рівню 3 – «Інтегрований», із сильними позиціями у фінансовому менеджменті (0,70), якості та безпеці (0,68) і клінічному управлінні (0,69), водночас збереженням потенціалу розвитку в стратегічному плануванні, HR, IT, інноваціях та інтеграції. Фінансові результати за 2022–2024 роки підтверджують потребу в інтегрованій моделі: при зростанні доходу на 45 % чиста маржа у 2024 році знизилась до 12,21 %, а прибуток – до 31,42 млн грн.

Консервативний сценарій показує, що впровадження моделі може підвищити маржу до 13,5%, забезпечити додатковий ефект 3,31 млн грн щорічно з другого року, а при витратах 3,7 млн грн за 3 роки чиста теперішня вартість NPV становить 2,22 млн грн, що підтверджує економічну доцільність.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Баєва О. В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я : навч. посіб. Київ : ЦУЛ, 2008. 336 с.
2. Білинська М. М. Управління змінами сфери охорони здоров'я : навч. посіб. Київ : НАДУ, 2017. 108 с.
3. Білинська М. М., Васюк Н. О., Корольчук О. Л. Управління якістю медичної допомоги як основа національної політики у сфері охорони здоров'я. Київ : НАДУ, 2017. 107 с.
4. Борщ В. І. Управління закладами охорони здоров'я : монографія. Київ : Олді+, 2020. 392 с.
5. Барзилович А. Д. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: стратегічні аспекти. *Інвестиції: практика та досвід*. 2020. № 2. С. 134–140. DOI: 10.32702/2306-6814.2020.2.134.
6. Вовк С. М. Системні трансформації охорони здоров'я : монографія. Кривий Ріг : ДДУУ : Вид. Р. А. Козлов, 2017. 315 с.
7. Гетьман В. О., Гладкова О. В. Маркетингові стратегії в діяльності закладу охорони здоров'я. *Актуальні проблеми розвитку галузевої економіки, менеджменту та логістики* : матеріали X Міжнар. наук.-практ. internet-конф. з міжнар. участю, м. Харків, 10 листоп. 2022 р. / редкол. О. В. Посилкіна та ін. Харків : НФаУ, 2022. С. 316–320.
8. Гладкова О. В., Посилкіна О. В. Управління закладами охорони здоров'я : метод. рек. до практ. занять здобувачів вищої освіти, що навчаються за освітньою програмою «Управління охороною здоров'я та фармацевтичним бізнесом». Харків : НФаУ, 2023. 26 с.
9. Гладкова О. В. Удосконалення управління закладами охорони здоров'я на засадах менеджменту якості. *Актуальні проблеми розвитку галузевої економіки, менеджменту та логістики* : матеріали X Міжнар. наук.-практ. internet-конф. з міжнар. участю, м. Харків, 10 листоп. 2022 р. / редкол. О. В. Посилкіна та ін. Харків : НФаУ, 2022. С. 72–81.
10. Грабовський В. А., Клименко П. М. Системний підхід до управління закладами охорони здоров'я. *Вісник Національної академії державного управління при Президенті України*. 2014. № 3. С. 136–142.
11. Графська О. Сучасні тенденції управління закладами охорони здоров'я: аналіз світового досвіду. *Економіка та суспільство*. 2025. Вип. 71. С. 1–6. DOI: 10.32782/2524-0072/2025-71-113.
12. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні : навч.-наук. вид. / авт. кол.: М. М. Білинська та ін. Київ ; Львів : НАДУ, 2017. 240 с.
13. Жигір В. І. Особливості управлінської діяльності менеджера освіти.

- Науковий вісник Донбасу*. 2013. № 1(21). С. 1–19.
14. Загорський В. С. Управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я. Львів : ЛРІДУ НАДУ, 2017. 276 с.
 15. Криничко Л. Етапи реформування системи охорони здоров'я в Україні. *Літопис Волині*. 2020. № 22. С. 104–111. DOI: 10.32782/2305-9389/2020.22.17.
 16. Лехан В. М., Крячкова Л. В., Заярський М. І. Аналіз реформ охорони здоров'я в Україні: від здобуття незалежності до сучасності. *Здоров'я нації*. 2018. № 4. С. 5–12.
 17. Мармаза О. І. Основи теорії менеджменту : навч.-метод. посіб. Харків : Планета-принт, 2015. 139 с.
 18. Мартинець Л. А. Управлінська діяльність керівника навчального закладу : навч. посіб. Вінниця, 2018. 196 с.
 19. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я : монографія / кол. моногр. за наук. ред. д-ра економ. наук М. М. Шкільняка, д-ра економ. наук. Т. Л. Желюка. Тернопіль : Крок, 2020. 560 с.
 20. Менеджмент : підручник / М. М. Шкільняк та ін. Тернополь : ЗУНУ, 2022. 258 с.
 21. Муляр Т. В., Гладкова О. В. Використання процесного підходу в управлінні закладом охорони здоров'я. *Актуальні питання створення нових лікарських засобів* : матеріали ХХІХ Міжнар. наук.-практ. конф. молодих вчених та студентів, м. Харків, 19-21 квіт. 2023 р. Харків : НФаУ, 2023. С. 524–526.
 22. Петков В. П., Петков С. В., Соболев Є. Ю. Охорона здоров'я в Україні. Київ : Скіф, 2017. 288 с.
 23. Посилкіна О. В., Гладкова О. В. Фінанси та інвестування : навч. посіб. Харків : НФаУ, 2020. 262 с.
 24. Посилкіна О. В., Котлярова В. Г., Гладкова О. В. Економічне управління підприємством : навч. посіб. Харків : НФаУ, 2020. 281 с.
 25. Стандартизація в галузі охорони здоров'я України / В. О. Лівінський та ін. *Український журнал військової медицини*. 2022. Т. 3. С. 5–16.
 26. Стратегічне управління компанією : навч. посіб. / О. В. Посилкіна та ін. Харків : НФаУ, 2020. 218 с.
 27. Терзі О. О. Система суб'єктів управління у сфері охорони здоров'я. *Часопис Київського університету права*. 2018. № 2. С. 168–173.
 28. A management model for admission and treatment of pediatric trauma cases / R. M. Tashlizky et al. *Israel Journal of Health Policy Research*. 2021. Vol. 10(1). P. 73. DOI: 10.1186/s13584-021-00506-5.

29. A new conceptual model to investigate the role of hospital's capabilities on sustainable learning / S. Zhihan et al. *Heliyon*. 2023. Vol. 9(11). P. e20890. DOI: 10.1016/j.heliyon.2023.e20890.
30. Adler-Milstein J., Huckman R. S. The impact of electronic health record use on physician productivity. *American Journal of Managed Care*. 2013. Vol. 19(10). P. SP345–SP352.
31. Aiwerioghene E. M., Lewis J., Rea D. Maturity models for hospital management: A literature review. *International Journal of Healthcare Management*. 2024. Vol. 18(4). P. 1–14. DOI: 10.1080/20479700.2024.2367858.
32. Bateman T. S., Snell S. A., Konopaske R. *Management: Leading Collaborating in a Competitive World*. 13th ed. New York : McGraw-Hill Education, 2019. 752 p.
33. Berwick D. M., Nolan T. W., Whittington J. The triple aim: care, health, and cost. *Health affairs (Project Hope)*. 2008. Vol. 27(3). P. 759–769. DOI: 10.1377/hlthaff.27.3.759.
34. Bhati D., Deogade M. S., Kanyal D. Improving Patient Outcomes Through Effective Hospital Administration: A Comprehensive Review. *Cureus*. 2023. Vol. 15(10). P. e47731. DOI: 10.7759/cureus.47731.
35. Bobbio A., Bellan M., Manganelli A. M. Empowering leadership, participative decision making and trust in supervisor: the mediating role of employees' perception of self-efficacy. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology*. 2012. Vol. 62(2). P. 73–82. DOI: 10.1016/j.erap.2012.01.003.
36. Boyatzis R. E. Competencies in the 21st century. *Journal of Management Development*. 2008. Vol. 27(1). P. 5–12. DOI: 10.1108/02621710810840730.
37. Bryson J. M., Bert G. *Strategic Planning for Public and Nonprofit Organizations: A Guide to Strengthening and Sustaining Organizational Achievement*. 6th ed. 2024. URL: https://www.researchgate.net/publication/382254675_Strategic_Planning_for_Public_and_Nonprofit_Organizations_A_Guide_to_Strengthening_and_Sustaining_Organizational_Achievement_6th_Edition (Date of access: 15.11.2025).
38. Chidavaenzi G. T., Salie F., Grobbelaar S. S. Designing and implementing outcome-based models in healthcare: Insights and strategies from a scoping review. 2025. URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11301-025-00542-4> (Date of access: 15.11.2025).
39. Cleverley W. O., Song P. H., Cleverley J. O. *Essentials of health care finance*. 7th ed. 2011. URL:

- https://samples.jbpub.com/9780763789299/82999_fm_pass02.pdf (Date of access: 15.11.2025).
40. Craig C., Lewis A., Lewis J. Value-based healthcare: a review of the literature and a framework for implementation. *International Journal of Healthcare Management*. 2020. Vol. 13(1). P. 235–242. DOI: 10.1080/20479700.2020.1752313.
 41. Delivering quality health services / World Health Organization. 2021. URL: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/475743ef-8c37-4f5b-bbe9-dcfd386ade08/content> (Date of access: 29.11.2025).
 42. Dewi F., Mahendrawathi E. R. Business process maturity level of MSMEs in East Java, Indonesia. *Procedia Computer Science*. 2019. Vol. 161. P. 1098–1105. DOI: 10.1016/j.procs.2019.11.221.
 43. Donaldson L. The contingency theory of organizations. 2001. URL: <https://sk.sagepub.com/books/the-contingency-theory-of-organizations> (Date of access: 15.11.2025).
 44. Drucker P. F. Management challenges for the 21st century. London : Routledge, 2007. 208 p. DOI: 10.4324/9780080942384.
 45. Engineering better care: A systems approach to health and care design and continuous improvement / Royal Academy of Engineering. 2018. URL: <https://www.raeng.org.uk/publications/reports/engineering-better-care> (Date of access: 15.11.2025).
 46. Framework on integrated, people-centred health services / World Health Organization. 2016. URL: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha69/a69_39-en.pdf (Date of access: 15.11.2025).
 47. Gapenski L. C., Pink G. H. Understanding healthcare financial management. 7th ed. 2015. 817 p. URL: <https://www.ache.org/learning-center/publications/books/2283> (Date of access: 15.11.2025).
 48. Goleman D. Leadership that gets results. *Harvard Business Review*. 2000. Vol. 78(2). P. 78–90.
 49. Gomes J., Romão M. Information System Maturity Models in Healthcare. *Journal of Medical Systems*. 2018. Vol. 42(12). P. 235. DOI: 10.1007/s10916-018-1097-0.
 50. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations / G. H. Guyatt et al. *BMJ (Clinical research ed.)*. 2008. Vol. 336(7650). P. 924–926. DOI: 10.1136/bmj.39489.470347.AD.
 51. Hammer M., Champy J. Reengineering the Corporation - A Manifesto for IT Evolution. 2001. URL: https://www.researchgate.net/publication/2366189_Reengineering_the_Corporation_-_A_Manifesto_for_IT_Evolution (Date of access: 15.11.2025).

52. Health at a Glance / OECD. 2023. URL: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2023/11/health-at-a-glance-2023_e04f8239/7a7afb35-en.pdf (Date of access: 15.11.2025).
53. Health system performance assessment: A framework for policy analysis / OECD. 2020. URL: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/health-system-performance-assessment-a-framework-for-policy-analysis> (Date of access: 15.11.2025).
54. Health system performance assessment: A framework for policy analysis / I. Papanicolas et al. *European Observatory on Health Systems and Policies*. 2022. Vol. 57. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK590192/> (Date of access: 15.11.2025).
55. Health systems performance assessment: State of play of research and policy / European Commission. 2018. URL: https://health.ec.europa.eu/system/files/2018-11/2018_integratedcareassessment_en_0.pdf (Date of access: 15.11.2025).
56. Health technology assessment of medical devices / World Health Organization. 2014. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240110878> (Date of access: 29.11.2025).
57. Hospital performance evaluation indicators: A scoping review / S. A. Hadian et al. *BMC Health Services Research*. 2024. Vol. 24(1). P. 561. DOI: 10.1186/s12913-024-10940-1.
58. Hong Y., Cai X. Effect of team training on efficiency of trauma care in a Chinese hospital. *Journal of International Medical Research*. 2018. Vol. 46(1). P. 357–367. DOI: 10.1177/0300060517717401.
59. ISO 9001:2015. Quality management systems – Requirements / International Organization for Standardization. URL: <https://www.iso.org/standard/62085.html> (Date of access: 15.11.2025).
60. ISO 31000:2018. Risk management — Guidelines / International Organization for Standardization. URL: <https://www.iso.org/standard/65694.html> (Date of access: 15.11.2025).
61. Leadership and leadership development in health care / M. West et al. 2025. URL: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/leadership-and-leadership-development-health-care> (Date of access: 15.11.2025).
62. Maak T., Pless N. M. Responsible leadership in a stakeholder society. *Journal of Business Ethics*. 2006. Vol. 66(1). P. 99–115. DOI: 10.1007/s10551-006-9047-z.
63. Maturity model-driven assessment of Field Hospitals / A. Mallek-Daclin et al. *IFAC-PapersOnLine*. 2017. Vol. 50(1). P. 4642–4647.

64. Maslach C., Leiter M. P. Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*. 2016. Vol. 15(2). P. 103–111. DOI: 10.1002/wps.20311.
65. McClure M. L. Magnet hospitals: insights and issues. *Nursing Administration Quarterly*. 2005. Vol. 29(3). P. 198–201. DOI: 10.1097/00006216-200507000-00003.
66. Mettler T., Blondio A. HCMM - A Maturity Model for Measuring and Assessing the Quality of Cooperation between and within Hospitals. *Proceedings of the IEEE Symposium on Computer-Based Medical Systems*. 2012. Vol. 25. P. 1–6. DOI: 10.1109/CBMS.2012.6266397.
67. Mintzberg H. Managing. 2009. URL: [https://www.google.com/search?client=opera&q=Mintzberg+H.+\(2009\).+Managing&sourceid=opera&ie=UTF-8&oe=UTF-8](https://www.google.com/search?client=opera&q=Mintzberg+H.+(2009).+Managing&sourceid=opera&ie=UTF-8&oe=UTF-8) (Date of access: 15.11.2025).
68. Monitoring the building blocks of health systems: A handbook of indicators and their measurement strategies / World Health Organization. 2010. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HSS-2010.1> (Date of access: 29.11.2025).
69. Nilsson P., Gustavsson M. Implementation of a magnet hospital model: Attracting and retaining healthcare staff in a Swedish hospital. *Journal of Health Organization and Management*. 2024. Vol. 38(9). P. 329–343. DOI: 10.1108/JHOM-04-2024-0159.
70. Porter M. E., Lee T. H. The strategy that will fix health care. *Harvard Business Review*. 2013. Vol. 91(10). P. 50–70.
71. Porter M. E., Teisberg E. O. Redefining health care: Creating value-based competition on results. 2006. URL: https://www.hbs.edu/ris/Publication%20Files/20060502%20NACDS%20-%20Final%2005012006%20for%20On%20Point_db5ede1d-3d06-41f0-85e3-c11658534a63.pdf (Date of access: 15.11.2025).
72. Reason J. Human error: Models and management. *BMJ*. 2000. Vol. 320(7237). P. 768–770. DOI: 10.1136/bmj.320.7237.768.
73. Rousseau D. M. Is there such a thing as evidence-based management? *Academy of Management Review*. 2006. Vol. 31(2). P. 256–269.
74. Shortell S. M., Kaluzny A. D. Health Care Management: Organization Design and Behavior. 6th ed. Clifton Park : Cengage Learning, 2019. 520 p.
75. Strengthening NHS management and leadership / The Health Foundation. London : The Health Foundation, 2022. 24 p.
76. The importance of human resources management in health care: A global context / S. M. Kabene et al. *Human Resources for Health*. 2006. Vol. 4(1). P. 20. DOI: 10.1186/1478-4491-4-20.

77. The NHS five year forward view: lessons from the United States in developing new care models / S. M. Shortell et al. *BMJ (Clinical research ed.)*. 2015. Vol. 350. P. 2005. DOI: 10.1136/bmj.h2005.
78. The benefits of health information technology: a review of the recent literature shows predominantly positive results / M. B. Buntin et al. *Health affairs (Project Hope)*. 2011. Vol. 30(3). P. 464–471. DOI: 10.1377/hlthaff.2011.0178.
79. The effect of a new in-hospital trauma care model on the outcomes of severely injured trauma patients in the emergency department: A retrospective observational study in China / Q. Zhao et al. *BMC Emergency Medicine*. 2025. Vol. 25(1). P. 47. DOI: 10.1186/s12873-025-01203-1.
80. Trauma Center model application in the University Hospital of Pisa: A single-center comparative study / G. Barbieri et al. *Internal and Emergency Medicine*. 2025. Vol. 20(1). P. 267–272. DOI: 10.1007/s11739-024-03644-1.
81. Van Dyk L., Schutte C. S. L. The Telemedicine Service Maturity Model: A Framework for the Measurement and Management of Telemedicine Service Maturity. *Telemedicine and e-Health*. 2013. Vol. 19(4). P. 299–308. DOI: 10.1089/tmj.2012.0150.
82. Varga A. I., Spehar I., Skirbekk H. Trustworthy management in hospital settings: A systematic review. *BMC Health Services Research*. 2023. Vol. 23(1). P. 662. DOI: 10.1186/s12913-023-09610-5.
83. Vincent C., Burnett S., Carthey J. The measurement and monitoring of safety. *BMJ Quality Safety*. 2014. Vol. 23(8). P. 670–676. DOI: 10.1136/bmjqs-2013-002757.
84. Vriesendorp S., de la Peza L., Perry C. P. *Health Systems in Action: An eHandbook for Leaders and Managers*. Cambridge : Management Sciences for Health, 2010. 364 p.
85. What is the relationship between hospital management practices and quality of care? A systematic review of the global evidence / C. Ward et al. *Health Policy and Planning*. 2025. Vol. 40(3). P. 409–421. DOI: 10.1093/heapol/czae112.
86. WHO Global Strategy on People-centred and Integrated Health Services / World Health Organization. Geneva : WHO, 2015. 20 p. URL: https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-07/who-global-strategy-on-pcihs-main-document_final.pdf (Date of access: 15.11.2025).
87. Woods L., Cummings E., Roehrer E. The Development of a Maturity Model for the Continuity of Care (CCMM): A Delphi Study. *International Journal of Integrated Care*. 2023. Vol. 23(1). P. 1–3.

ДОДАТКИ

Структура КНП «Клінічна лікарня Святого Пантелеймона» СМР

№ п/п	Підрозділ	Складові компоненти
1	2	3
1	Адміністративно-господарська частина	1.1. Адміністративний відділ 1.2. Відділ кадрів 1.3. Бухгалтерія 1.4. Планово-економічний відділ 1.5. Управління внутрішнього аудиту: 1.5.1. - інформаційно-аналітичний відділ; 1.5.2. - відділ юридично-правового забезпечення; 1.5.3. - відділ маркетингу та комунікації; 1.5.4 - архів. 1.6. Відділ зовнішньо-економічної діяльності 1.7. Інженерна служба
2	Поліклініка	Реєстратура Кабінети: - ЛКК; - паліативної медичної допомоги; - стоматолога; - гастроентеролога; - пульмонолога; - ендокринолога; - інфекційний кабінет; - ортопеда-травматолога; - уролога; - нефролога; - онколога; - геніколога; - офтальмолога; - отоларинголога; - невролога; - психіатричний кабінет; - наркологічний кабінет; - хірургічний кабінет.
3	Відділення первинної медичної допомоги	Кабінет загальної практики сімейного лікаря
4	Стаціонарний сектор	4.1. відділення невідкладної допомоги 4.2. неврологічне відділення 4.3. кардіологічне відділення 4.4. терапевтичне відділення 4.5. відділення фізичної та реабілітаційної медицини 4.6. центр хірургії 4.7. регіональний центр серцево-судинних, ендovasкулярних та реконструктивних технологій 4.8. центр офтальмології 4.9. операційний блок 4.10. відділення анестезіології з ліжками ІТ

Структура КНП «Клінічна лікарня Святого Пантелеймона» СМР

1	2	3
5	Діагностичний сектор	5.1. клініко-діагностична лабораторія 5.2. відділення променевої діагностики 5.3. служба ультразвукової діагностики 5.4 ендоскопічний кабінет 5.5. служба функціональної діагностики
6	Допоміжний відділ	6.1. відділ інфекційного контролю
7	Господарча частина	7.1. Господарсько-обслуговуючий персонал 7.2. Автогараж 7.3. Харчоблок
8	Склад	
9	Відділення по наданню платних послуг	9.1. стоматологічне відділення 9.2. відділення по проведенню платних медичних оглядів
10	Амбулаторія загальної практики-сімейної медицини с. Стецьківка	

Основні техніко-економічні показники діяльності КНП «Клінічна лікарня Святого Пантелеймона» СМР за період 2022-2024 років відповідно електронному ресурсу <https://opendatabot.ua/c/01981498>

Корпоративні дані				
Керівник	Поцелуєв Володимир Іванович			
Власники	СУМСЬКА МІСЬКА РАДА			
Засновник	Україна			
Відсоток	1 € 100%			
Новинка				
Документи компанії				
Ознайомтеся з перевагами безкоштовного публічного розміщення документів				
Додати документ				
Корпоративна структура ∨				
Фінансові показники				
	2024	2023	2022	2020
Дохід	257 247 900 €	248 898 400 €	177 422 000 €	86 111 800 €
Чистий прибуток	31 416 100 €	58 894 100 €	38 457 800 €	22 431 300 €
Активи	265 164 400 €	222 041 800 €	181 609 800 €	53 551 300 €
Зобов'язання	117 597 000 €	106 691 700 €	70 944 100 €	27 375 500 €
Кількість працівників	543	515	464	—
Фінансові показники				

Проектна діяльність КНП «Клінічна лікарня Святого Пантелеймона» СМР

№ №	Назва проекту	Дата / статус	Фінансування / джерело	Відповідальні підрозділи / партнери	Результат / коментар
1	Відновлення роботи паліативного відділення (15 ліжок) https://smr.gov.ua/uk/ru/novini/podiji/32864-u-knp-klinichna-likarnya-svyatogo-pantelejmona-ponovleno-robotu-paliativnogo-viddilennya.html	Старт — 1 січня 2025	Не вказано бюджет	Лікарня + міськрада	Відділення забезпечено 15-ма ліжками, додано можливість госпіталізації важкохворих.
2	Отримання сучасної операційної лампи IGNIS 160FA https://smr.gov.ua/en/novini/podiji/33147-dlia-likarni-sviatoho-panteleimona-blahodiinyky-peredaly-operatsiinu-lampu.html	Лютий 2025	Благодійна допомога від фонду «Українське Майбутнє»	Лікарня + фонд	Покращено освітлення операційного поля, підвищено безпеку хірургічних втручань.
3	Встановлення блочно-модульної котельні на палетах (енергонезалежність) https://viche.sumy.ua/news/volodimir-potseluyev-likarnya-svyatogo-pantelejmona-robit-krok-do-energonezalezhnosti-vstanovlyuyemovnu-kotelnyu-na-paletah.html	Серпень 2025	Не вказано точну суму	Лікарня + технічна служба	Крок до енергонезалежності закладу, модернізація системи опалення/теплопостачання.
4	Комп'ютерний томограф 32 зрізи	Липень 2021	Не вказано точну суму	Лікарня	Відкрито кабінет комп'ютерної томографії з сучасним обладнанням; підвищено діагностичну спроможність.
5	Отримання апарата штучної вентиляції легень (ШВЛ) Drager Medical	Лютий 2025	Благодійність (Operation Change Sweden + БФ «Доброго вечора...»)	Лікарня + благодійники	Посилено можливості реанімаційного відділення, підвищено готовність до критичних станів.
6	Закупівля/ремонт: Поточний ремонт палати №13 загально-хірургічного відділення	Січень 2025 (тендер оголошено)	≈ 70 378,80 €	Лікарня	Поліпшено умови перебування пацієнтів у хірургічному відділенні.
7	Отримання обладнання для урологічного центру (операційний стіл) від міжнародних партнерів	Лютий 2025	Не вказано суму	Лікарня + міжнародні партнери (Швеція)	Підвищено якість та спектр урологічних послуг.

Апробація результатів дослідження, публікації, сертифікати та дипломи

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

YOUTH PHARMACY SCIENCE

**МАТЕРІАЛИ
VI ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ**

10-11 грудня 2025 року
м. Харків

Харків
НФаУ
2025

УДК 615.1

Редакційна колегія: проф. Кухтенко О. С., проф. Рубан О.А.

Укладачі: Комісаренко М.А., Боднар Л. А., Сурікова І. О., Маслов О.Ю.

Youth Pharmacy Science: матеріали VI Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю (10-11 грудня 2025 р., м. Харків). – Харків: НФаУ, 2025. – 648 с.

Збірка містить матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції «Youth Pharmacy Science», які представлені за пріоритетними напрямками науково-дослідної роботи Національного фармацевтичного університету. Розглянуто теоретичні та практичні аспекти синтезу біологічно активних сполук і створення на їх основі лікарських субстанцій; стандартизації ліків, фармацевтичного та хіміко-технологічного аналізу; вивчення рослинної сировини та створення фітопрепаратів; сучасної технології ліків та екстемпоральної рецептури; біотехнології у фармації; досягнень сучасної фармацевтичної мікробіології та імунології; доклінічних досліджень нових лікарських засобів; фармацевтичної опіки рецептурних та безрецептурних лікарських препаратів; доказової медицини; сучасної фармакотерапії, соціально-економічних досліджень у фармації, маркетингового менеджменту та фармакоеконіміки на етапах створення, реалізації та використання лікарських засобів; управління якістю у галузі створення, виробництва й обігу лікарських засобів; інформаційних та освітніх технологій у фармації та медицині; суспільствознавства; філології.

УДК 615.1

© НФаУ, 2025

**Секція 13.
УПРАВЛІННЯ, ЕКОНОМІКА
ТА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ У ФАРМАЦІЇ**

**Section 13.
MANAGEMENT, ECONOMIC, AND QUALITY
ASSURANCE IN PHARMACY**

**НАУКОВО-ПРАКТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ПОБУДОВИ МОДЕЛІ
ТА ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Звіряка О.М.

Науковий керівник: Літвінова О.В.

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна

zvir-hunter@ukr.net

Вступ. Ефективне управління закладами охорони здоров'я (ЗОЗ) є критично важливим для забезпечення якості медичної допомоги, оптимального використання ресурсів та покращення результатів лікування пацієнтів. Сучасні заклади охорони здоров'я стикаються з викликами, такими як зростання навантаження на систему, обмеженість ресурсів, необхідність впровадження інноваційних технологій та підвищення якості обслуговування. Побудова ефективних моделей управління та їх систематична оцінка є необхідною умовою для досягнення стратегічних цілей ЗОЗ та забезпечення сталого розвитку у динамічному середовищі охорони здоров'я.

Мета дослідження. Аналіз і узагальнення існуючих науково-практичних підходів щодо побудови моделей управління та оцінки ефективності управління закладами охорони здоров'я.

Матеріали та методи. Дослідження проводилися з використанням наукометричних баз даних (PubMed, Scopus, Web of Science) та аналізу сучасної наукової літератури.

Результати дослідження. Управління закладами охорони здоров'я забезпечує відповідність між організаційними цілями, наявними ресурсами та вимогами зовнішнього середовища, що дозволяє досягати високих стандартів медичної допомоги та забезпечувати ефективне функціонування через раціональне використання потенціалу. До перспективних напрямів розвитку управління ЗОЗ належать впровадження моделей зрілості для систематичної оцінки управлінських процесів, застосування орієнтованих на результат підходів, використання цифрових технологій для оптимізації внутрішніх процесів та інші інноваційні управлінські практики.

Проведений аналіз виявив, що побудова моделей управління закладами охорони здоров'я включає застосування різноманітних концептуальних підходів. Моделі зрілості дозволяють оцінити рівень розвитку управлінських процесів та визначити шляхи їх вдосконалення. Виявлено їх ефективність у систематичній оцінці управлінських процесів, ідентифікації слабких місць та плануванні стратегічного розвитку медичних закладів. Ці моделі забезпечують поетапний підхід до вдосконалення управління, дозволяючи закладам охорони здоров'я послідовно підвищувати рівень організаційної зрілості. Спеціалізовані моделі для травматологічних центрів демонструють ефективність структурованих підходів до організації екстреної допомоги, що призводить до скорочення часу лікування та зниження летальності. Модель Magnet Hospital зарекомендувала себе як ефективний інструмент залучення та утримання кваліфікованого медичного персоналу, що безпосередньо впливає на якість медичної допомоги. Модель створює сприятливе робоче середовище, що підвищує професійну задоволеність медичних працівників та покращує організаційні результати.

Оцінка ефективності управління ЗОЗ здійснюється через систему індикаторів продуктивності, які охоплюють клінічні, фінансові, операційні та організаційні аспекти діяльності. Важливим елементом є оцінка якості медичної допомоги та результатів лікування пацієнтів як ключових критеріїв ефективності управління. Дослідження демонструють прямий зв'язок між якістю управлінських практик та результатами медичної допомоги. Довірте

Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю
«YOUTH PHARMACY SCIENCE»

управління виділяється як критичний фактор успіху, що сприяє підвищенню задоволеності персоналу та покращенню організаційних результатів.

Сучасні підходи до оцінки ефективності включають результат-орієнтовані моделі, які спрямовані на досягнення конкретних клінічних та організаційних результатів. Концептуальні моделі, що враховують організаційні спроможності ЗОЗ, сприяють сталому розвитку через безперервне навчання персоналу та адаптацію до змін. Командне навчання фахівців і впровадження інтегрованих моделей надання медичної допомоги істотно підвищують ефективність діяльності ЗОЗ.

Оцінка управління має бути регулярною та комплексною, охоплюючи всі аспекти діяльності закладу охорони здоров'я. Системний підхід дає змогу об'єктивно оцінити позиції ЗОЗ, виявити резерви підвищення ефективності та вибрати оптимальні шляхи розвитку з урахуванням специфіки закладу та потреб населення.

Висновки. Таким чином, ефективне управління закладами охорони здоров'я вимагає комплексного підходу, який включає застосування моделей зрілості, спеціалізованих організаційних моделей, оцінку ефективності через систему індикаторів продуктивності та підходи, які орієнтовані на результат. Впровадження довірчого управління, інвестування в розвиток персоналу та використання інноваційних організаційних рішень забезпечує покращення якості медичної допомоги та досягнення стратегічних цілей закладу. Регулярна та всебічна оцінка управлінських практик дозволяє ЗОЗ досягати високих стандартів обслуговування та забезпечувати сталий розвиток у динамічному середовищі охорони здоров'я.

ПОБУДОВА СИСТЕМИ ЗАПОБІГАННЯ ПРОФЕСІЙНОГО «ВИГОРАННЯ» ЛІКАРІВ В МЕДИЧНОМУ ЗАКЛАДІ

Карпенко І.І.

Науковий керівник: Лісна А.Г.

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна
ikarpenko533@gmail.com

Вступ. Сучасні заклади охорони здоров'я (ЗОЗ) функціонують у складних умовах високої інтенсивності роботи, зростаючого обсягу медичних послуг (МП), «кадрового голоду» та посилення інформаційного навантаження на персонал, особливо в умовах воєнного стану. Професійне вигорання лікарів є однією з ключових проблем сучасної системи охорони здоров'я. Вигорання як стресова реакція виникає у відповідь на жорсткі виробничі та емоційні вимоги. Постійний стрес, емоційне навантаження, висока відповідальність, дефіцит ресурсів та перенасиченість інформацією викликають зниження якості МП, погіршення емоційно-психологічного здоров'я персоналу і зростання плинності кадрів. Для того, щоб ЗОЗ нормально працював і розвивався, йому потрібно створити дієву систему, яка допомагатиме запобігати вигоранню лікарів.

Мета дослідження. Формування дієвих методів та засобів створення системи попередження професійного вигорання лікарів у ЗОЗ з урахуванням управлінських, кадрових та психоемоційних складових роботи медичного персоналу.

Матеріали та методи. Абстрактно-логічний метод, що дав змогу сформулювати теоретичну основу та уточнити базові поняття, метод системного аналізу, за допомогою якого

	ЗМІСТ
Ергешова Е.А., Олійник С.В.; Н. к.: Ковальова Т.М.	460
Зінченко А.А.; Н. к.: Бабічева Г.С.	462
Колтовськов А.А.; Н. к.: Малініна Н.Г.	463
Кухарук О.Т.; Н. к.: Бабічева Г.С.	464
Лимаренко Є.; Н. к.: Ковальова Т.М.	466
Мазурець Д.Є.; Н. к.: Боднар Л.А.	468
Налізько А.І., Главник В.А., Бондаренко В.А.; Н. к.: Жадько С.В.	470
Полторуха П.А.; Н. к.: Рогуля О.Ю.	472
Сікало В.В.; Н. к.: Жадько С.В.	473
Сонник Є.І.; Н. к.: Рогуля О.Ю.	474
Цимбала В.В.; Н. к.: Малініна Н.Г.	475
Цимбала В.Ю.; Н. к.: Малініна Н.Г.	476
Шапран Д.І.; Н. к.: Бабічева Г.С.	478

**СЕКЦІЯ 13. УПРАВЛІННЯ ЕКОНОМІКИ ТА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ У
ФАРМАЦІЇ**

MANAGEMENT, ECONOMY AND QUALITY ASSURANCE IN PHARMACY

Баданюк Д.Б.; Н. к.: Лісна А.Г.	481
Баданюк Д.В.; Н. к.: Зборовська Т.В.	482
Балдушенко І.В.; Н. к.: Лісна А.Г.	484
Бріт В.М.; Н. к.: Назаркіна В.М.	486
Виноградський В.В.; Н. к.: Коваленко С.М.	488
Волощук В.В.; Н. к.: Зборовська Т.В.	489
Волощук Т. В.; Н. к.: Лісна А.Г.	492
Грищук Т.В.; Н. к.: Бабічева Г.С.	494
Грінченко А.А.; Н. к.: Посилкіна О.В.	495
Дякова М.А.; Н. к.: Лісна А.Г.	496
Ємсенко В.А.; Н. к.: Посилкіна О.В.	498
Живолуп Г.О.; Н. к.: Малініна Н.Г.	500
Звіряка О.М.; Н. к.: Літвінова О.В.	502
Карпенко І.І.; Н. к.: Лісна А.Г.	503
Кізіль А.В.; Н. к.: Коляда Т.А.	505
Кривець О.М.; Н. к.: Коваленко С.М.	507
Лазутська Н.А.; Н. к.: Зборовська Т.В.	510
Мельничук М.П.; Н. к.: Літвінова О.В.	512
Моляща К.М.; Н. к.: Зборовська Т.В.	515
Недашківська О.Д.; Н. к.: Коваленко С.М.	516
Носов О.А.; Н. к.: Зборовська Т.В.	517
Обухова О.М.; Н. к.: Коваленко С.М.	518

Продовження додатку Г



Міністерство
охорони здоров'я
України

Національний
фармацевтичний
університет



Цим засвідчується, що

Звіряка О.М.

**Науковий керівник:
Літвінова О.В.**

брав(ла) участь у роботі VI Всеукраїнської
науково-практичної конференції
з міжнародною участю

**YOUTH
PHARMACY
SCIENCE**

СЕРТИФІКАТ

Ректор НФаУ,
д. фарм. н., проф.



Олександр КУХТЕНКО

10-11 грудня 2025 р.
м. Харків
Україна



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ДИПЛОМ І СТУПЕНЯ

нагороджується

Олександр ЗВІРЯКА

у секційному засіданні студентського наукового
товариства кафедри
менеджменту, маркетингу та
забезпечення якості у фармації

VI Всеукраїнська науково-практична конференція з
міжнародною участю

«YOUTH PHARMACY SCIENCE»

Ректор закладу
вищої освіти



Олександр КУХТЕНКО

10-11 грудня 2025 р. м. Харків



Акт впровадження**АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ**

1. Найменування пропозиції для впровадження: Рекомендації щодо побудови ефективної моделі управління закладом охорони здоров'я
2. Ким і коли запропоновано: Кафедрою менеджменту, маркетингу та забезпечення якості у фармації Національного фармацевтичного університету
3. Джерело інформації: Кваліфікаційна робота Звіряки О.М. «Побудова ефективної моделі управління закладом охорони здоров'я»
4. Де і коли впроваджено: Комунальне некомерційне підприємство «Клінічна лікарня Святого Пантелеймона» Сумської міської ради (м. Суми)
5. Ефективність впровадження: Запропоновані рекомендації щодо побудови ефективної моделі управління закладом охорони здоров'я були прийняті до уваги
6. Пропозиції, недоліки: немає

Відповідальний за впровадження:

в. о. обов'язки директора

КНП «Клінічна лікарня Святого Пантелеймона»

Андрій БАРАНОВ

січня 2026 року

