

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

Фармацевтичний факультет  
Кафедра менеджменту, маркетингу та забезпечення якості у фармації

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**

на тему: **«УПРАВЛІННЯ РЕСУРСНИМ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯМ ЗАКЛАДУ  
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я»**

**Виконав:** здобувач вищої освіти групи

073МО 24(1,6з) Упр.-01 спеціальності: 073

Менеджмент освітньо-професійної програми

«Управління охороною здоров'я та фармацевтичним  
бізнесом» Вадим СУЛЕЙМАНОВ

**Керівник:** доцент закладу вищої освіти кафедри  
менеджменту, маркетингу та забезпечення якості у  
фармації, к.фарм.н., доцент Анастасія ЛІСНА

**Рецензент:** завідувачка кафедри соціальної фармації  
НФаУ, к. фарм. наук, доцент Аліна ВОЛКОВА

**Харків — 2026 рік**

## АНОТАЦІЯ

Випускна кваліфікаційна робота присвячена удосконаленню системи управління ресурсним забезпеченням Комунального некомерційного підприємства «Барвінківська» Центральна Міська Лікарня (КНП «Барвінківська» ЦМЛ) в умовах реформування галузі.

У роботі на основі аналізу літературних джерел досліджено теоретико-методологічні засади управління ресурсним забезпеченням закладів охорони здоров'я в контексті функціонування як КНП «Барвінківська» ЦМЛ, а також проаналізовано зарубіжний досвід з цього питання. Проведено комплексний аналіз діяльності КНП «Барвінківська» ЦМЛ, охарактеризовано та оцінено основні техніко-економічні показники та поточне управління фінансовими, матеріально-технічними, кадровими та інформаційними ресурсами, виявлено ключові проблеми.

Здійснено обґрунтування напрямів підвищення ефективності управління ресурсами, а також запропоновано механізм управління ресурсним забезпеченням, інтегрований із вимогами НСЗУ. Надано практичні рекомендації щодо впровадження логістичного підходу та електронної системи обліку запасів. Проведено економічне обґрунтування ефективності запропонованих заходів.

Робота викладена на 115 сторінках друкованого тексту, містить вступ, три розділи, висновки, список використаних джерел і додатки. Матеріал ілюстровано 6 рисунками, 1 формулою та 36 таблицями, використано 82 джерел наукової літератури.

*Ключові слова:* управління ресурсами, заклад охорони здоров'я, матеріально-технічне забезпечення, матеріальні ресурси, медична реформа, логістичний підхід, контролінг.

## ANNOTATION

The final qualifying work is devoted to the improvement of the resource management system of the Communal Non-Profit Enterprise «Barvinkivska» Central City Hospital (CNE «Barvinkivska» CCH) in the context of healthcare reform.

Based on the analysis of literary sources, the work investigates the theoretical and methodological principles of resource management for healthcare facilities operating as CNEs, and analyses foreign experience on this issue. A comprehensive analysis of the activities of CNE «Barvinkivska» CCH was conducted, characterizing and assessing the main technical and economic indicators and the current management of financial, material and technical, human, and information resources, identifying key problems.

Justification for directions to increase resource management efficiency was carried out, and a resource management mechanism integrated with the requirements of the NHSC (National Health Service of Ukraine) was proposed. Practical recommendations were provided regarding the implementation of a logistics approach and an electronic inventory accounting system. The economic justification for the effectiveness of the proposed measures was performed.

The work is presented on 115 pages of printed text, including an introduction, three chapters, conclusions, a list of references, and appendices. The material is illustrated with 6 figures, 1 formula, and 36 tables, utilizing 82 sources of scientific literature.

*Key words:* resource management, healthcare facility, material and technical support, material resources, healthcare reform, logistics approach, controlling.

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ РЕСУРСНИМ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯМ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я .....	10
1.1 Ресурсний потенціал організації: сутність, складові та модель управління в сучасних умовах .....	10
1.2 Методологічні засади управління ресурсним забезпеченням закладу охорони здоров'я .....	20
1.3 Зарубіжний досвід управління ресурсами у сфері охорони здоров'я та можливості його застосування в Україні .....	27
Висновки за розділом 1.....	29
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ УПРАВЛІННЯ РЕСУРСНИМ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯМ КНП БАРВІНКІВСЬКОЇ ЦЕНТРАЛЬНОЇ МІСЬКОЇ ЛІКАРНІ .....	31
2.1 Загальна характеристика та аналіз основних техніко-економічних показників діяльності КНП Барвінківської Центральної Міської Лікарні	31
2.2 Оцінка управління ресурсним забезпеченням КНП Барвінківської Центральної Міської Лікарні .....	47
Висновки за розділом 2.....	87
РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ УПРАВЛІННЯ РЕСУРСНИМ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯМ КНП БАРВІНКІВСЬКОЇ ЦЕНТРАЛЬНОЇ МІСЬКОЇ ЛІКАРНІ .....	89
3.1 Обґрунтування напрямів підвищення ефективності управління ресурсним забезпеченням КНП Барвінківської Центральної Міської Лікарні .....	89
3.2 Економічне обґрунтування ефективності запропонованих заходів	103
Висновки за розділом 3.....	108
ВИСНОВКИ.....	110
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	116
ДОДАТКИ.....	126

## ВСТУП

Ефективне та раціональне функціонування Комунального некомерційного підприємства (КНП) «Барвінківська» Центральна Міська Лікарня (ЦМЛ) спрямоване на максимальне задоволення потреб населення у якісних та своєчасних медичних послугах. Це можливе передусім на основі належного ресурсного забезпечення. Саме тому управління ресурсним забезпеченням набуває стратегічної важливості для КНП «Барвінківська» ЦМЛ, оскільки без нього неможливо гарантувати безперервність та якість надання медичної допомоги в умовах реформування галузі [16, 27, 47 – 54, 70, 71, 74].

Воно охоплює планування, організацію, облік та контроль за використанням усіх видів ресурсів: фінансових (надходження від Національної служби здоров'я України (НСЗУ) та місцевого бюджету), матеріально-технічних (сучасне діагностичне обладнання, медикаменти), кадрових (кваліфікований медичний персонал) та інформаційних. Оптимізація цих процесів дозволяє максимізувати віддачу від кожного вкладеного ресурсу та підвищити доступність високоякісних медичних послуг для мешканців Барвінківської громади [18, 33, 35, 46, 55, 56, 62, 79].

**Актуальність дослідження** визначається тим, що система управління ресурсами, що включає механізми забезпечення трудовими, організаційними, фінансовими, матеріально-технічними, інформаційними та іншими ресурсами, є життєво важливою. Неналежність механізмів, що забезпечують збалансованість ресурсного забезпечення, може призвести до розбалансування системи надання медичних послуг у громаді. У сучасних умовах, серйозною проблемою забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) ресурсами є недостатньо скорегована функціональна, управлінська і фінансова діяльність, що особливо відчутно в процесі переходу на контрахтування з НСЗУ. Це потребує значних зусиль з боку органів публічного управління різних рівнів та керівництва КНП «Барвінківська» ЦМЛ для впровадження чітких внутрішніх стандартів

управління, подолання дефіциту та дисбалансу ресурсів (зокрема, кадрового) та забезпечення фінансової стійкості лікарні в умовах медичної реформи. Таким чином, розробка та впровадження сучасних, адаптованих до змін механізмів управління ресурсами є ключовим завданням для забезпечення довгострокової ефективності КНП «Барвінківська» ЦМЛ [10, 14, 17, 28, 34, 37, 38, 41 – 43, 63, 67].

Питання, що стосуються проблематики та можливостей формування і розвитку управління ЗОЗ, а також їхнього ресурсного забезпечення на сучасних інноваційних засадах, активно досліджуються вітчизняними вченими. Серед них варто виділити таких науковців, як Борисенко О.П., Чернокалова К.О., Бутенко В. М., Тоюнда А. І., Васюта В.Б., Воротін В. Є., Романенко Є. А., Щокін Р. Г., Півоваров К. В. та інші [13, 19, 23, 24 – 26, 29 – 32, 44, 49, 68, 69, 81].

Однак, незважаючи на значний науковий інтерес, багато аспектів, пов'язаних із доцільністю та реальними результатами впровадження ефективних ресурсних стратегій у ЗОЗ в умовах триваючої медичної реформи, досі залишаються недостатньо вивченими. Це свідчить про необхідність подальшого, глибинного дослідження цих питань [36, 39, 45, 46, 53, 72, 73, 74].

**Метою роботи** є розробка теоретико-методичних засад та практичних рекомендацій щодо удосконалення системи управління ресурсним забезпеченням КНП «Барвінківська» ЦМЛ в умовах реалізації медичної реформи та функціонування в статусі некомерційного підприємства, з метою підвищення ефективності його діяльності та забезпечення сталої доступності якісних медичних послуг для населення громади.

Для досягнення поставленої мети необхідним є вирішення таких **завдань дослідження**:

✓ на основі даних із літературних джерел: дослідити сутність, складові та моделі управління ресурсним потенціалом організації в сучасних умовах; обґрунтувати методологічні засади управління ресурсним забезпеченням ЗОЗ в

контексті його функціонування як комунального некомерційного підприємства; проаналізувати зарубіжний досвід управління ресурсами у сфері охорони здоров'я та визначити можливості його застосування в українській практиці;

✓ провести загальну характеристику та проаналізувати основні техніко-економічні показники діяльності КНП «Барвінківська» ЦМЛ;

✓ оцінити поточне управління ресурсним забезпеченням (фінансовими, матеріально-технічними, кадровими та інформаційними ресурсами) КНП «Барвінківська» ЦМЛ, а також виявити ключові проблеми та вузькі місця;

✓ обґрунтувати напрями підвищення ефективності управління ресурсним забезпеченням КНП «Барвінківська» ЦМЛ, включаючи розробку пропозицій щодо впровадження інноваційних управлінських та логістичних підходів;

✓ здійснити економічне обґрунтування ефективності запропонованих заходів та розробити механізм їхнього впровадження для забезпечення сталості діяльності лікарні.

**Об'єктом дослідження** є система управління ресурсним забезпеченням ЗОЗ в умовах реформування галузі, що охоплює сукупність управлінських відносин, процесів, механізмів та методів, спрямованих на ефективне використання фінансових, матеріально-технічних, кадрових та інформаційних ресурсів для забезпечення якісного та доступного медичного обслуговування населення.

**Предметом дослідження** є теоретико-методичні засади та практичний механізм управління ресурсним забезпеченням КНП «Барвінківська» ЦМЛ в умовах медичної реформи, результати анкетування респондентів ([https://docs.google.com/forms/d/1KtHi8cEUFuVoG1bwh25sZ\\_cGXRkE1sQoEBcdg8c2Ygw/edit#responses](https://docs.google.com/forms/d/1KtHi8cEUFuVoG1bwh25sZ_cGXRkE1sQoEBcdg8c2Ygw/edit#responses)).

**Методи дослідження.** У процесі дослідження використано комплекс загальнонаукових і спеціальних методів, що забезпечило його теоретичну обґрунтованість та практичну достовірність: системний підхід, аналіз і синтез, порівняльний аналіз, метод узагальнення (для теоретичних розділів); статистичний, фінансовий та логістичний аналіз, SWOT-аналіз (для аналітичного розділу); метод експертних оцінок та економіко-математичне моделювання (для розробки рекомендацій).

**Інформаційну базу дослідження** становлять нормативно-правові акти України (Закони, постанови КМУ, накази МОЗ), офіційні матеріали НСЗУ та міжнародних організацій (WHO, OECD), наукові праці вітчизняних та зарубіжних вчених, а також офіційна та внутрішня звітність КНП «Барвінківська» ЦМЛ.

**Елементи наукової новизни досліджень.** Наукова новизна дослідження полягає в комплексному вирішенні проблеми управління ресурсами КНП «Барвінківська» ЦМЛ. Уперше удосконалено поняття системи управління ресурсним забезпеченням ЗОЗ як динамічної системи, що інтегрує всі ключові ресурси (фінансові, матеріальні, кадрові) на засадах програмно-цільового підходу. Дістали подальшого розвитку методологічні засади управління КНП «Барвінківська» ЦМЛ через обґрунтування застосування логістичного підходу та контролінгу для оперативного прийняття рішень. Запропоновано механізм управління ресурсним забезпеченням КНП «Барвінківська» ЦМЛ, який інтегрує маркетингову стратегію та враховує вимоги фінансування за Програмою медичних гарантій НСЗУ. Набули розвитку практичні рекомендації щодо підвищення ефективності управління матеріально-технічною базою КНП «Барвінківська» ЦМЛ «Барвінківська» ЦМЛ шляхом впровадження електронної системи обліку запасів та використання інструментів ProZorro.

**Практичне значення отриманих результатів** дослідження полягає у можливості їхнього безпосереднього впровадження в управлінську практику

КНП «Барвінківська» ЦМЛ та інші заклади, що функціонують як некомерційні підприємства. Запропонований механізм управління ресурсним забезпеченням забезпечить системну інтеграцію фінансового планування з вимогами НСЗУ та маркетинговою стратегією, що дозволить оптимізувати розподіл ресурсів і підвищити фінансову стійкість. Розроблені практичні рекомендації щодо впровадження електронної системи обліку запасів та використання інструментів ProZorro дозволять мінімізувати втрати та підвищити прозорість закупівельних процедур (Акт впровадження від 11.12.2025 р.).

**Апробація результатів дослідження і публікації.** За результатами досліджень опубліковані тези на XXIII Міжнародної науково-практичної конференції «ПРОБЛЕМИ ПІДГОТОВКИ ПРОФЕСІЙНИХ КАДРІВ З ЛОГІСТИКИ В УМОВАХ ГЛОБАЛЬНОГО КОНКУРЕНТНОГО СЕРЕДОВИЩА» яка приурочена Всеукраїнському дню логіста (28-29 листопада 2025 р. м. Київ, КАІ).

**Структура та обсяг кваліфікаційної роботи.** Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, загальних висновків, списку використаних джерел та додатків. Робота викладена на 115 сторінках друкованого тексту, яка включає 36 таблиць, 6 рисунків, 1 формулу та 82 джерел літератури (із них 8 – іноземною мовою).

## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ РЕСУРСНИМ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯМ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

#### **1.1 Ресурсний потенціал організації: сутність, складові та модель управління в сучасних умовах**

Ресурсний потенціал (РП) закладу охорони здоров'я — це сукупність усіх видів наявних і потенційно доступних ресурсів, які можуть бути залучені та ефективно використані для досягнення стратегічних і поточних цілей закладу, забезпечення надання якісних медичних послуг та його розвитку [1, 2, 5, 6, 12, 14].

Ресурсний потенціал (РП) організації — це сукупність усіх її матеріальних, трудових, фінансових, інформаційних та інтелектуальних ресурсів, що забезпечують здатність створювати товари/послуги та досягати цілей; його складові включають матеріально-технічні (обладнання, сировина), людські (персонал, знання), фінансові (капітал, ліквідність) та нематеріальні активи (бренд, репутація); модель управління в сучасних умовах фокусується на інтеграції, інноваціях та гнучкості, використовує SWOT-аналіз та стратегічне планування для максимального використання цих ресурсів задля конкурентоспроможності [1, 2, 5, 6, 12, 14].

РП відображає здатність закладу функціонувати, надавати послуги, реагувати на зміни зовнішнього середовища та впроваджувати інновації.

У сучасному контексті, де зростає попит на медичні послуги та фінансові обмеження, ефективне управління РП є критично важливим для забезпечення сталості та конкурентоспроможності ЗОЗ [1, 2, 5, 6, 12, 14].

Для визначення ресурсного потенціалу організації зупинимось на трактуваннях цього терміну в дослідженнях учених-економістів (табл. 1.1).

### Трактування поняття «ресурсний потенціал»

Автор	Трактування поняття «ресурсний потенціал»	Ресурси
Л.Ф. Берднікова	Характеристика наявності фінансових, виробничих та інноваційних ресурсів, які в подальшому можуть бути активовані для ефективного функціонування, а також резервів та можливостей мобілізації цих ресурсів, які можна буде використати для забезпечення безперервної роботи в майбутньому [1].	Фінансові, виробничі, інноваційні.
О.А. Материнська та А.О. Ярова	Сукупність матеріальних, нематеріальних, трудових, фінансових ресурсів, включаючи здатність робітників підприємства ефективно використовувати названі ресурси для досягнення поточних стратегічних цілей та виконання місії підприємства [2].	Матеріальні, нематеріальні, трудові, фінансові.
С.Ю. Стеков	Сукупність накопичених ресурсів господарюючого суб'єкта, що характеризують систему його можливостей у реалізації цілеспрямованої діяльності з урахуванням впливу постійно змінних факторів внутрішнього та зовнішнього середовищ [3].	Матеріальні, нематеріальні.
Б.В. Мочалов	Сукупність можливостей факторів (ресурсів), що реалізуються в процесі виробництва матеріальних благ, а також невикористаних можливостей, задля ефективного використання виробничих, природних і науково-технічних ресурсів, необхідних для забезпечення економічного зростання підприємства та більш повного задоволення суспільних потреб [4].	Виробничі, природні, науково-технічні.
М.В. Гладій	Сукупна інтегральна продуктивність промислових і природних засобів виробництва, а також трудових ресурсів, які відображаються показниками виходу валової та товарної продукції на одиницю земельної площі [5].	Промислові, природні, трудові.
В.П. Славов та О.В. Коваленко	Комплексна категорія, що є основою матеріального відтворення в гармонійному поєднанні з продуктивними силами й виробничими відносинами, що збалансовує кількісні та якісні співвідношення ресурсів [6].	Виробничі, природні, науково-технічні.
А.А. Томпсон та А.Дж. Стрікланд	Складна система, яка включає досвід та знання підприємства, інтелектуальний капітал, конкурентні можливості, унікальні навички працівників, стратегічні активи, ринкові досягнення, необхідні для успішної конкурентної боротьби на ринку [7].	Капітальні, інтелектуальні, науково-технічні.
Л.Г. Окоркова	Сукупність ресурсів, якими володіє підприємство, що забезпечують можливість отримання максимального економічного ефекту в заданий момент часу [8].	Матеріальні, нематеріальні.

Джерело: складено автором на підставі [1, 2, 5, 6, 12, 14]

Варто відзначити, що принциповою відмінністю між термінами «ресурси» та «ресурсний потенціал» є те, що ресурси існують незалежно від суб'єктів економічної діяльності, а потенціал є невіддільним від суб'єктів.

Ресурсний потенціал, крім матеріальних і нематеріальних засобів, включає здібності працівника, колективу, підприємства загалом до ефективного використання наявних ресурсів [1, 2, 5, 6, 12, 14, 58 – 61].

Розглядаючи ресурсний потенціал як складну систему, можемо виділити такі його взаємопов'язані складові частини (рис. 1.1).

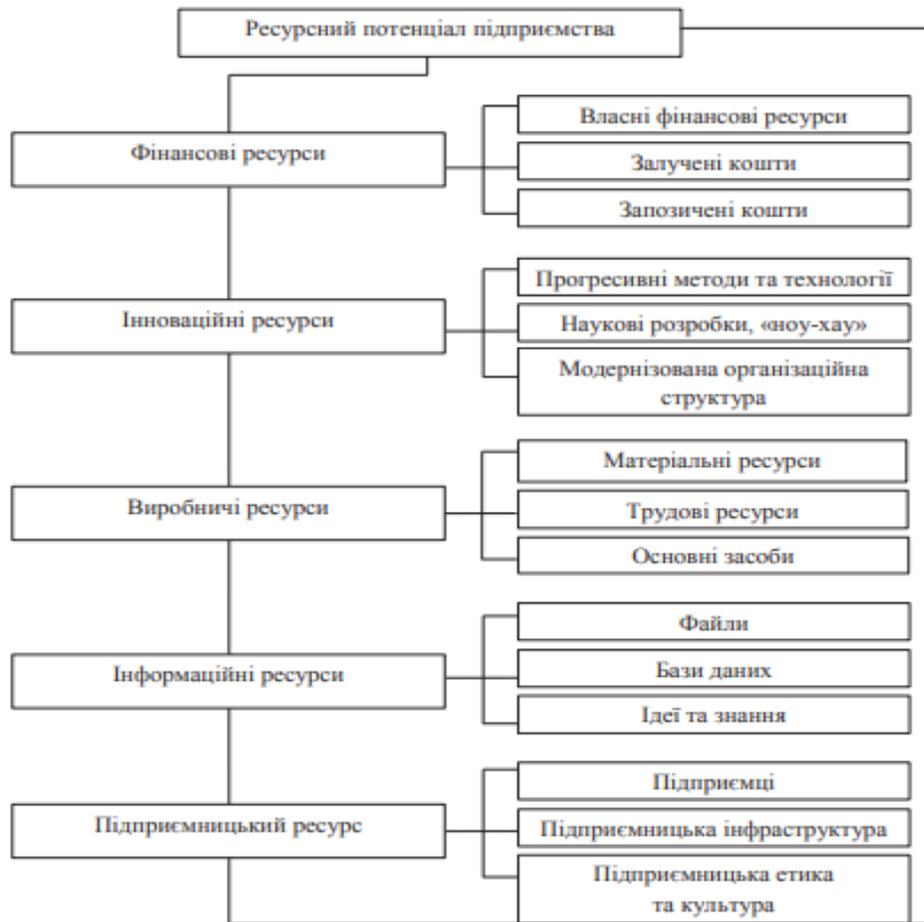


Рис. 1.1 Структура ресурсного потенціалу організації

Джерело: складено автором на підставі [1, 2, 5, 6]

Для кращого розуміння, ключові складові ресурсного потенціалу та їх наповнення у сфері охорони здоров'я можна представити у табл. 1.2.

Таблиця 1.2

### Складові ресурсного потенціалу закладу охорони здоров'я (ЗОЗ)

Складова потенціалу	Ключові елементи (ресурси)	Вплив на функціонування ЗОЗ
1	2	3
Кадровий (людський)	Лікарі, медсестри, молодший персонал, менеджери, їх кваліфікація, досвід, мотивація, рівень знань	Забезпечує якість та доступність медичних послуг; є основою для інновацій

1	2	3
Матеріально-технічний	Будівлі, споруди (інфраструктура), медичне обладнання (діагностичне, лікувальне), меблі, транспорт, інвентар	Створює технологічну базу та умови для надання послуг
Фінансовий	Власні кошти, бюджетне фінансування, кошти від НСЗУ, кредити, інвестиції, гранти, благодійність	Забезпечує платоспроможність, можливість відтворення та розвитку інших ресурсів
Інформаційний	Медичні інформаційні системи (МІС), електронні медичні записи (ЕМЗ), бази знань, медична статистика, доступ до актуальної наукової інформації	Підтримує прийняття рішень, забезпечує зв'язок і аналітику
Організаційно-управлінський	Структура управління, ефективність бізнес-процесів, корпоративна культура, репутація, лідерство, здатність до змін	Визначає, наскільки ефективно інші ресурси можуть бути інтегровані та використані.

Джерело: складено автором на підставі [1, 2, 5, 6, 12, 14]

Ресурсний потенціал ЗОЗ є комплексною системою, а не просто сумою окремих елементів. Ключовою особливістю є взаємозв'язок усіх складових. Наприклад, навіть найкраще обладнання (матеріально-технічний потенціал) буде неефективним без кваліфікованого персоналу (кадровий потенціал), що вмє ним користуватися [1, 2, 5, 6, 12, 14].

У сучасних умовах управління РП вимагає стратегічного підходу, спрямованого на оптимізацію розподілу та максимізацію віддачі від кожного ресурсу в умовах обмеженого фінансування [1, 2, 5, 6, 12, 14].

Ефективне управління ресурсним потенціалом ЗОЗ є циклічним процесом, який відповідає загальним принципам менеджменту та функціональній складовій «Генерація ресурсів» систем охорони здоров'я ВООЗ (табл. 1.3).

**Управління ресурсним потенціалом: функціональні напрями за складовими**

Етап управління	Основна діяльність	Кінцевий результат
1	2	3
1. Оцінка та Аудит	Визначення наявності, якості, ефективності використання та «вузьких місць» усіх видів ресурсів	Об'єктивна картина стану ресурсного потенціалу (діагностика)
2. Планування та Прогнозування	Розробка стратегічних та оперативних планів потреб у ресурсах на основі цілей, попиту та фінансових можливостей	Ресурсні плани (кадрові, фінансові, інвестиційні) та бюджет
3. Залучення (Генерація)	Отримання необхідних ресурсів: найм персоналу, закупівля обладнання, залучення фінансування	Поповнення ресурсів ЗОЗ до запланованого рівня
4. Організація та Розподіл	Впровадження процесів ефективного використання ресурсів: оптимізація робочих графіків, логістика, управління запасами	Раціональне та справедливе використання ресурсів для забезпечення медичних послуг
5. Контроль та Моніторинг	Постійний моніторинг показників ефективності (KPI) використання ресурсів; порівняння факту з планом	Своєчасна ідентифікація відхилень та інформація для коригуючих дій

Джерело: складено автором на підставі [1, 2, 5, 6, 12, 14]

Представлена модель управління ресурсним потенціалом (табл. 1.3) є циклічною та ітеративною. Вона підкреслює необхідність постійного вдосконалення, де результати Контролю (етап 5) стають основою для нової Оцінки та Планування (етап 1) наступного циклу.

Ключовими принципами цієї моделі є [1, 2, 5, 6, 12, 14, 64 – 66 ]:

1. Ефективність (Efficiency): максималізація обсягу та якості медичних послуг на одиницю використаного ресурсу.

2. Економічність (Economy): використання ресурсів з мінімальними витратами, без втрати якості.

3. Справедливість (Equity): розподіл ресурсів відповідно до потреб населення та принципів рівного доступу до медичної допомоги.

Механізм управління ресурсним потенціалом організації є комплексною системою, що включає такі ключові елементи:

- Суб'єкти та Об'єкти управління.
- Основні етапи реалізації системи управління.
- Загальні функції управління ресурсним потенціалом.
- Принципи та методи управління ресурсним потенціалом.

Суб'єктом управління виступає керівництво організації. Його роль полягає у визначенні стратегії, формуванні основних цілей і завдань у сфері управління ресурсним потенціалом [1, 2, 5, 6, 12, 14].

Об'єктами управління загалом є всі ресурси організації та їхній потенціал. Проте об'єктом також може бути й окремий ресурс. Кожна організація самостійно обирає конкретний об'єкт управління, що залежить від встановлених цілей у цій сфері [1, 2, 5, 6, 12, 14].

Доведено, що управління ресурсним потенціалом здійснюється за основними складовими ресурсами організації кожна з яких вимагає специфічних напрямів впливу та контролю (табл 1.4).

Таблиця 1.4

### Основні напрями управління ресурсним потенціалом організації

Складові частини ресурсного потенціалу	Напрями управління
1	2
Фінансові ресурси	Ефективний фінансовий контроль ресурсного забезпечення та фінансове планування потенціалу
	Оптимізація структури фінансування
	Координація фінансових підрозділів організації

1	2
Інформаційні ресурси	Створення системи збирання, оброблення та аналізу інформації щодо ресурсного забезпечення
	Автоматизація системи збирання інформації
	Моніторинг інформаційних ризиків
Виробничі ресурси:	
Матеріальні	Забезпечення ефективної безперебійної поставки матеріальних ресурсів
	Забезпечення системи якісного постачання різних видів сировини, матеріалів, палива, енергії, комплектуючих і напівфабрикатів
Трудові	Забезпеченість трудовими ресурсами відповідно до потреб
	Аналіз кадрової політики та її постійне вдосконалення
	Ефективна система стимулювання праці
Основні засоби	Забезпечення своєчасного відновлення та підвищення ефективності використання основних засобів
	Зменшення простоїв основних засобів
	Підвищення якості ремонтів та обслуговування обладнання
Інноваційні ресурси	Забезпечення збалансованості ресурсів, необхідних для реалізації інноваційних проєктів
	Створення сприятливого інноваційного клімату та умов для адаптації підприємства до нововведень
	Прийняття рішень, спрямованих на стимулювання інноваційної активності організації
	Навчання й самоосвіта персоналу організації задля отримання нового рівня професійної підготовки
Організаційна здатність	Ефективна організація взаємодії основних економічних ресурсів для здійснення господарської діяльності
	Реалізація на свій страх і ризик нових винаходів, ідей шляхом здійснення самим нововведення (інновації)

Джерело: складено автором на підставі [1, 2, 5, 6, 12, 14]

Управління ресурсним потенціалом організації реалізується за допомогою загальних функцій управління (функцій менеджменту).

Ці функції формують основні способи управлінського впливу та відображають сутність і зміст управлінської діяльності на всіх рівнях (табл. 1.5).

**Управління ресурсним потенціалом крізь призму загальних функцій менеджменту**

Функція управління	Характеристика функції
1	2
Планування	Управління через встановлення цілей та розроблення стратегії, необхідної для їх досягнення. Включає збирання й аналіз інформації щодо ресурсного потенціалу. Планування є центральною функцією, оскільки регламентує поведінку об'єкта управління, вимагаючи врахування всіх наявних ресурсів, вартості їх придбання, постачання, розподілу та раціонального використання
Організація	Включає визначення необхідних дій та ресурсів для реалізації плану, а також прийняття рішень щодо розподілу повноважень, обов'язків та відповідальності на різних рівнях управління. Сюди належить сукупність прийомів і методів найраціональнішого поєднання елементів керуючої системи у взаємозв'язку з керованим об'єктом.
Мотивація	Впровадження прогресивних форм організації праці та ефективної системи її мотивації (моральної та матеріальної). Це передбачає встановлення чіткого переліку форм стимулювання та забезпечення доступних для всіх працівників умов їх отримання
Реалізація	Здійснюється задля забезпечення погодженої, безперебійної роботи у процесі виконання поставлених завдань виробничих і функціональних підрозділів організації
Контроль	Реалізується на основі збірної інформації про хід виконання поставлених завдань (оперативних, статистичних, бухгалтерських даних) та характеризується виявленням відхилень від встановлених показників роботи, аналізом причин цих відхилень, а також їх усуненням

Джерело: складено автором на підставі [1, 2, 5, 6, 12, 14]

За результатами огляду літератури встановлено, що управління ресурсним потенціалом організації – це складний процес, який передбачає сукупність впорядкованих дій (рис. 1.2).

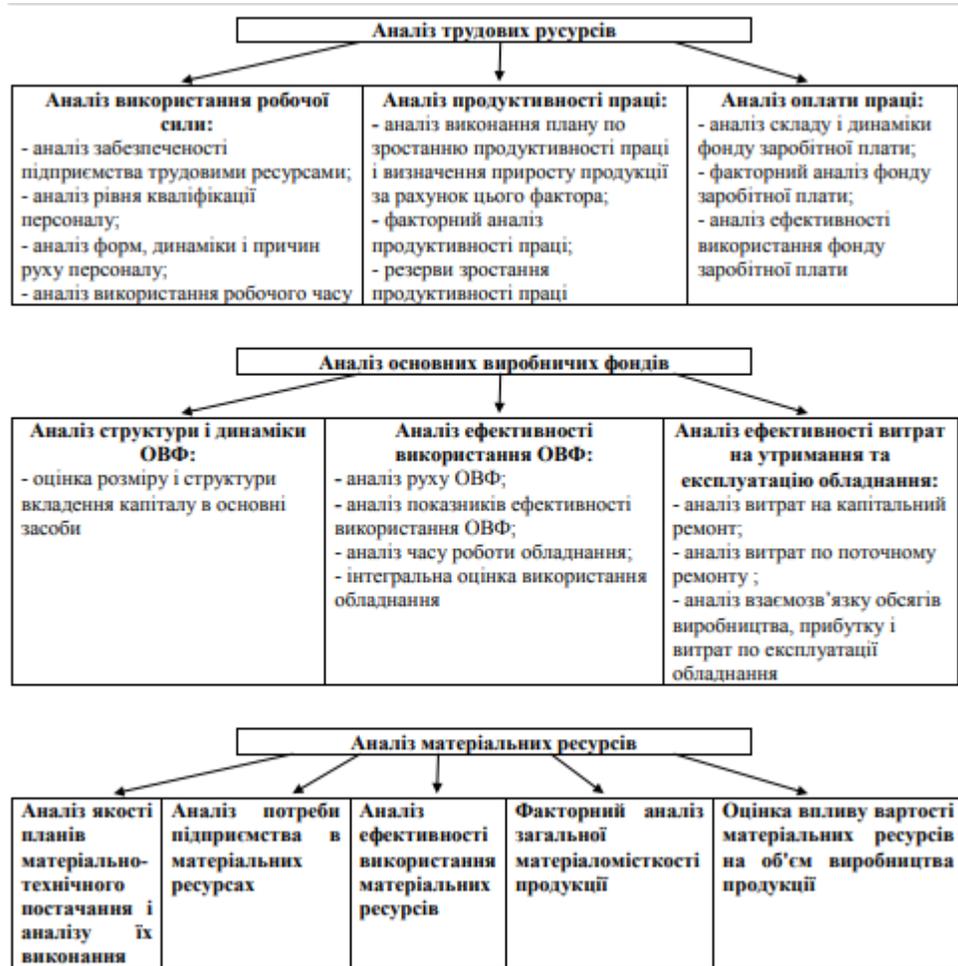


Рис. 1.2 Структурно-функціональна схема управління ресурсним потенціалом

Джерело: складено автором на підставі [1, 2, 5, 6, 12, 14]

Схема (рис. 1.2) відображає чотирирівневу ієрархічну систему управління ресурсним потенціалом. На найвищому рівні вона реалізується через загальні функції менеджменту: Планування, Організацію, Мотивацію та Контроль. Кожна функція деталізується у відповідних блоках, які охоплюють аналіз поточного стану, розробку сценаріїв, стимулювання персоналу та контроль за виконанням. Центральне місце займає функціональне розділення ресурсів на ті, що використовуються, можливі та перспективні, що підкреслює необхідність комплексного підходу. Нижній рівень визначає основні напрями впливу на

ресурси: від джерел формування та структури до технології збереження та ефективності використання. З'ясовано, що для досягнення найвищого рівня організації управління ресурсним потенціалом закладу можливе лише за умови безперебійного та якісного виконання кожної управлінської функції (планування, організації, мотивації, реалізації, контролю). Лише завдяки взаємодії та органічній єдності всіх цих функцій менеджменту можна забезпечити цілеспрямований та ефективний вплив на об'єкти управління в системі ресурсного потенціалу (рис. 1.3) [1, 2, 5, 6, 12, 14].

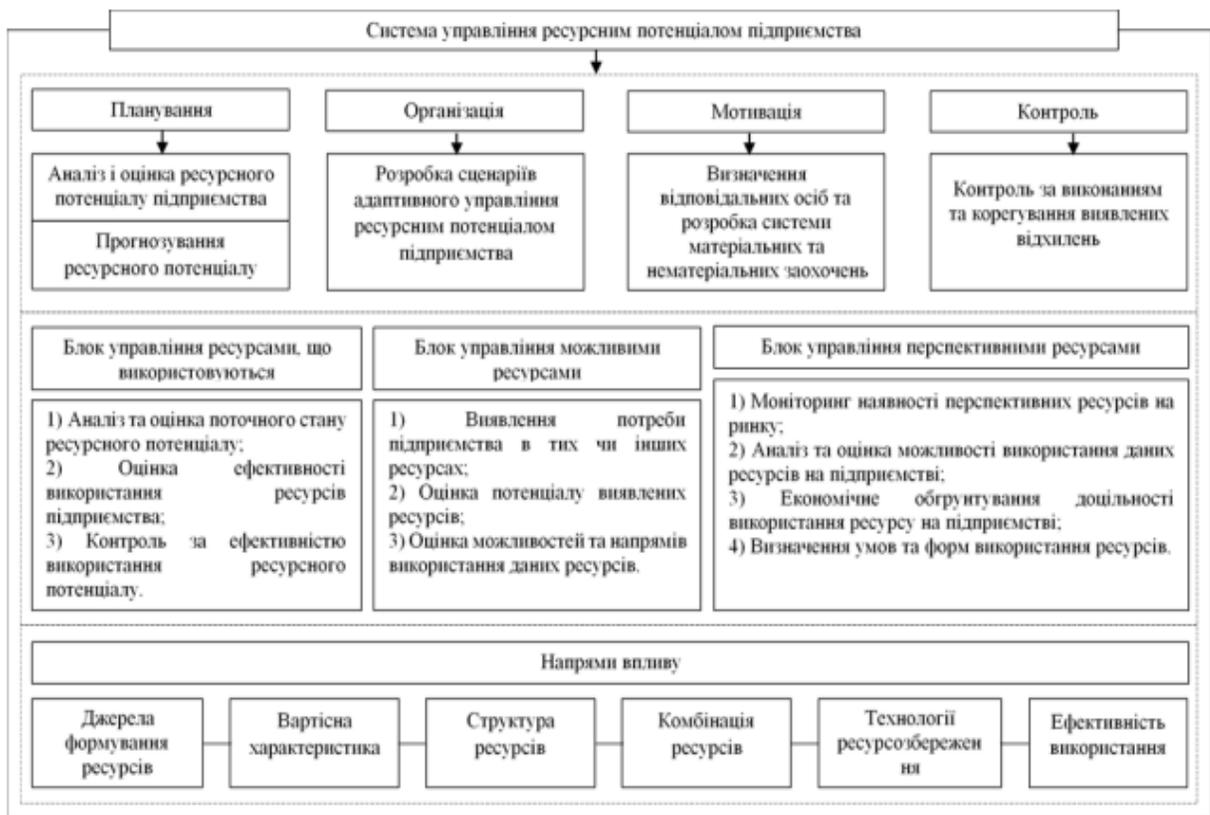


Рис. 1.3 Модель системи управління ресурсним потенціалом

Джерело: складено автором на підставі [1, 2, 5, 6, 12, 14]

Таким чином, ресурсний потенціал (РП) є фундаментальною основою економічного потенціалу будь-якого господарюючого суб'єкта, зокрема закладу охорони здоров'я (ЗОЗ), відображаючи його сукупні потенційні можливості. Наявність і якість РП слугує критичною передумовою для досягнення високого

рівня конкурентоспроможності на ринку медичних послуг. У той час як РП визначає потенціал, економічний потенціал передбачає реалізацію цих виявлених можливостей, виражену в досягненні конкретного економічного ефекту. У сфері охорони здоров'я такий ефект проявляється через ефективне надання якісних, доступних та своєчасних послуг населенню.

Результати дослідження показали, що РП є комплексною системою, що об'єднує кадрові, матеріально-технічні, фінансові, інформаційні та організаційно-управлінські ресурси. Правильно вибудована схема управління цими ресурсами (через циклічну модель, що включає планування, організацію, мотивацію, реалізацію та контроль) забезпечує стабільно високу якість медичних послуг, що надаються, та водночас сприяє додатковій оптимізації фінансових витрат без шкоди для якості. Отже, ефективне управління РП є не просто адміністративною функцією, а стратегічним чинником забезпечення фінансової стійкості та місії ЗОЗ.

## **1.2. Методологічні засади управління ресурсним забезпеченням закладу охорони здоров'я**

Сучасний етап розвитку країни відзначається нестабільністю, що створює значні виклики для управління медичною сферою. Наслідки кризи останніх років, розпад командно-адміністративної системи та триваючі реформи державних інститутів можуть негативно вплинути на процес відтворення ресурсів у системі охорони здоров'я. Питання ритмічності та пропорційності відтворення ресурсів є особливо актуальними. Для забезпечення ефективності медичної сфери необхідно постійно контролювати та підтримувати оптимальне співвідношення (пропорції) між різними компонентами ресурсного потенціалу (наприклад, між фінансуванням, кадрами та обладнанням). Можливість прогнозувати та запобігати небажаним змінам у цих пропорціях залежить від

глибокого розуміння закономірностей їхнього формування та динаміки [3, 4, 10, 11, 13, 15]. Управління ресурсним забезпеченням ЗОЗ вимагає чіткої науково обґрунтованої основи. Цю основу формують методологічні засади, які визначають підходи, принципи та методи реалізації управлінської діяльності. У контексті управління ресурсами ЗОЗ застосовується низка ключових підходів (табл. 1.6).

Таблиця 1.6

### Основні методологічні підходи

Підхід	Сутність та фокус	Застосування в управлінні ресурсами ЗОЗ
1	2	3
Системний	Розгляд ЗОЗ як цілісної системи, де всі ресурси (людські, фінансові, матеріальні, інформаційні) взаємопов'язані та впливають один на одного	Оцінка впливу дефіциту одного типу ресурсу на ефективність використання інших (наприклад, нестача обладнання знижує продуктивність медперсоналу)
Процесний	Управління як безперервна серія взаємопов'язаних функцій (планування, організація, мотивація, контроль), спрямованих на досягнення цілей	Управління життєвим циклом ресурсів, від їхнього планування та закупівлі до використання, обслуговування та списання
Ситуаційний	Вибір найбільш ефективних методів управління залежно від конкретної внутрішньої (структура, кваліфікація персоналу) та зовнішньої (законодавство, фінансування) ситуації	Адаптація методів закупівлі або розподілу фінансів залежно від поточної епідеміологічної ситуації чи змін у тарифах НСЗУ
Ресурсний	Акцент на унікальних, цінних, рідкісних та важкоімітованих ресурсах як джерелі конкурентних переваг (наприклад, висококваліфікований унікальний персонал, сучасне обладнання)	Визначення ключових ресурсів, інвестиції в їхній розвиток та захист (наприклад, програми утримання провідних фахівців)

Джерело: складено автором на підставі [3, 4, 10, 11, 13, 15]

Управління ресурсним забезпеченням має базуватися на таких фундаментальних (ключових) принципах [3, 4, 10, 11, 13, 15]:

1. Принцип цільової спрямованості: усі управлінські рішення щодо ресурсів мають бути підпорядковані досягненню стратегічних цілей ЗОЗ та підвищенню якості медичних послуг.

2. Принцип оптимальності (раціональності): досягнення максимального результату (обсягу та якості послуг) при мінімально необхідних витратах ресурсів.

3. Принцип комплексності: забезпечення балансу та взаємозв'язку між різними видами ресурсів (наприклад, інвестиції в обладнання супроводжуються навчанням персоналу).

4. Принцип гнучкості та адаптивності: здатність системи управління ресурсами швидко реагувати на зміни зовнішнього середовища (фінансування, потреби пацієнтів, технологічні інновації).

5. Принцип економічної ефективності: постійний моніторинг показників «витрати-результат» для кожного виду ресурсів.

Методологічні засади — це сукупність принципів, підходів, методів та інструментів, які формують науково обґрунтовану основу для управління ресурсами ЗОЗ (табл. 1.7).

Таблиця 1.7

### Принципи управління

Принцип	Зміст
1	2
Системність	Розгляд ресурсного забезпечення як єдиної, взаємопов'язаної системи, де зміна однієї складової впливає на інші
Комплексність	Охоплення всіх видів ресурсів (кадрових, фінансових, матеріальних) у їхньому взаємозв'язку

1	2
Цілеспрямованість	Управління ресурсами має бути підпорядковане стратегічній меті ЗОЗ — наданню якісних та доступних медичних послуг
Ефективність та Економія	Досягнення максимальних результатів при мінімальних витратах ресурсів, запобігання втратам
Адаптивність	Здатність системи управління ресурсами швидко реагувати на зміни зовнішнього та внутрішнього середовища (реформи, пандемії, фінансові обмеження).
Прозорість та Обґрунтованість	Рішення щодо використання ресурсів мають бути прозорими, зрозумілими та ґрунтуватися на достовірних даних (доказовий менеджмент).

Джерело: складено автором на підставі [3, 4, 10, 11, 13, 15]

Для практичної реалізації методологічних підходів та принципів використовується широкий спектр методів [3, 4, 10, 11, 13, 15]:

- Економіко-математичні методи:
  - Прогнозні моделі для оцінки майбутніх потреб у фінансах, медикаментах, персоналі (на основі статистики захворюваності та демографії).
  - Оптимізаційні моделі для ефективного розподілу ліжкового фонду, операційного часу чи фінансових лімітів.
  - Метод ABC/XYZ-аналізу для управління запасами (наприклад, медикаментів) – класифікація за вартістю та стабільністю споживання.
- Організаційно-адміністративні методи:
  - Розробка стандартів та регламентів використання ресурсів.
  - Формування оргструктури для управління ресурсами (відділ закупівель, економічний відділ).
  - Контроль та аудит використання бюджетних коштів та матеріальних цінностей.
- Соціально-психологічні методи:

- Створення системи мотивації для раціонального використання ресурсів персоналом (наприклад, через преміювання за економію).
- Формування корпоративної культури відповідального ставлення до ресурсів.

Для реалізації вищезазначених принципів застосовуються різноманітні інструменти [3, 4, 10, 11, 13, 15]:

- Програмно-цільовий метод: планування ресурсів під конкретні медичні програми (наприклад, програма лікування інсульту) або напрями діяльності, а не просто за статтями витрат.
  - Бюджетування за видами діяльності (Activity-Based Budgeting, ABB): Визначення ресурсів, необхідних для виконання конкретних процедур або послуг.
  - Бюджетування, орієнтоване на результат (Performance-Based Budgeting, PBB): Розподіл ресурсів залежно від досягнення встановлених показників ефективності (KPI).
- Логістичний підхід: застосування принципів логістики для управління матеріальними ресурсами (медикаменти, витратні матеріали) — системи JIT (Just-In-Time) або MRP (Material Requirements Planning) для мінімізації запасів та витрат на зберігання.
- Метод Ключових Показників Ефективності (KPI): використання метрик для оцінки ефективності використання ресурсів (наприклад, коефіцієнт використання лішко-фонду, забезпеченість лікарями на 10 тис. населення, рентабельність послуг).
- Контролінг та Аудит: систематичний моніторинг, аналіз та контроль фактичного використання ресурсів та фінансових потоків.

Управління ресурсами, побудоване на зазначених засадах, охоплює такі ключові етапи [3, 4, 10, 11, 13, 15]:

1. Планування потреб: визначення якісної та кількісної потреби в ресурсах на основі стратегічних цілей, стандартів лікування та прогнозованого обсягу послуг.
2. Залучення ресурсів: оптимальні закупівлі, фандрайзинг, ефективне використання бюджетних та власних коштів.
3. Розподіл та використання: встановлення пріоритетів та нормування витрат, забезпечення доступності ресурсів для підрозділів.
4. Контроль та облік: постійний моніторинг залишків, використання та ефективності, аналіз відхилень від планових показників.
5. Коригування: внесення змін до планів та методів управління для підвищення загальної ефективності. Основним елементом процесу управління є визначення цілей і визначення завдань, на основі яких планується ресурсний потенціал медичної галузі, а основною метою управління нею є зміцнення конкурентних позицій медичних установ і, відповідно, зростання прибутку для забезпечення подальшого зростання. На цій основі пропонується ефективна система управління ресурсним потенціалом медичної сфери (рис. 1.4).

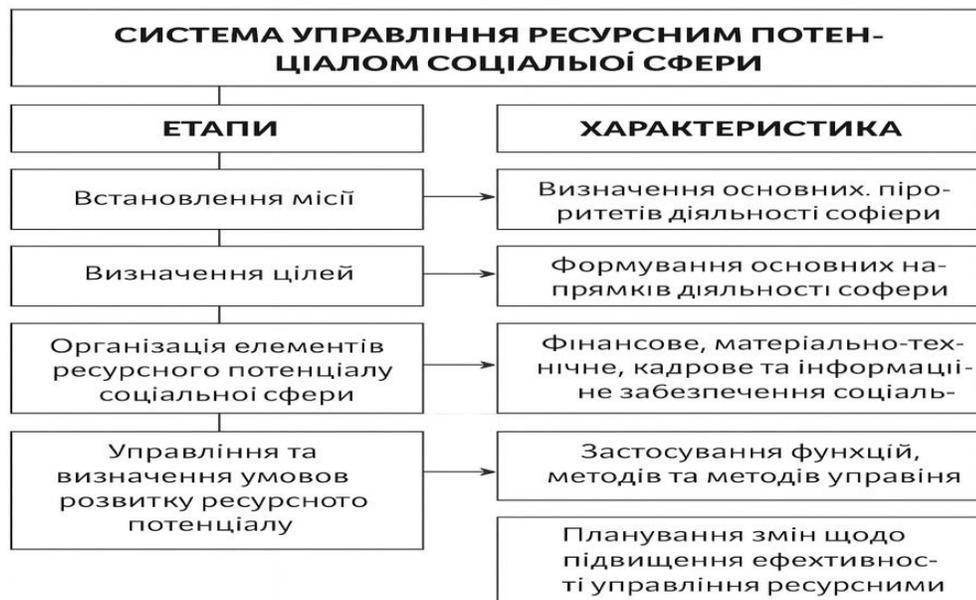


Рис. 1.4 Система управління ресурсним потенціалом медичної галузі

Джерело: складено автором на підставі [3, 4, 10, 11, 13, 15]

Ефективне управління медичною галуззю починається з чіткого визначення цілей та завдань, які виступають основою для планування ресурсного потенціал (табл. 1.8).

Таблиця 1.8

**Завдання та цілі системи управління ресурсним потенціалом медичної сфери**

Елемент системи	Опис
1	2
Основна мета управління	Зміцнення конкурентних позицій медичних установ та, відповідно, зростання прибутку для забезпечення подальшого розвитку
Основа процесу управління	Визначення цілей та формулювання завдань, на базі яких планується ресурсний потенціал медичної галузі
<b>Завдання системи управління</b>	
1. Моніторинг та оцінка	Стежити за потенційним рівнем ресурсів і визначити їхню адекватність (відповідність потребам)
2. Виявлення впливових факторів	Знаходити фактори (як зовнішні, так і внутрішні), що впливатимуть на формування, використання та відтворення (тиражування) ресурсного потенціалу медичної сфери
3. Оптимізація структури	Визначити ефективну структуру управління ресурсами для забезпечення оптимального процесу формування, розподілу та використання
4. Підвищення ресурсної адекватності	Визначити шляхи підвищення ресурсної адекватності (відповідності ресурсів цілям) з урахуванням оперативних, тактичних і стратегічних цілей медичної сфери
5. Ефективність діяльності	Підвищення загальної ефективності медичної сфери.

Джерело: складено автором на підставі [3, 4, 10, 11, 13, 15]

У запропонованій системі, стратегічною метою управління є зміцнення конкурентних позицій медичних закладів і, як наслідок, забезпечення необхідного зростання прибутку для подальшого сталого розвитку. Реалізація цієї мети покладається на низку ключових завдань, спрямованих на моніторинг,

оптимізацію структури та підвищення загальної ефективності використання наявних ресурсів.

Отже, управління ресурсним забезпеченням медичних закладів ґрунтується на системному та ресурсному підходах, які розглядають заклад охорони здоров'я як єдину структуру з взаємопов'язаними компонентами — кадровими, фінансовими та матеріально-технічними. Основу такого підходу формують методологічні принципи цільової спрямованості, раціонального використання ресурсів та комплексності, що передбачає узгоджений розвиток усіх видів забезпечення. Ефективність управління можлива лише за умови постійного моніторингу ресурсів, оцінки їх відповідності поточним та стратегічним потребам медичної галузі. Для виконання управлінських функцій використовуються економіко-математичні інструменти — прогнозування, оптимізація, а також організаційно-адміністративні методи, зокрема стандартизація та аудит ресурсного забезпечення. Застосування цих підходів спрямоване на підвищення результативності роботи медичних закладів, посилення їх конкурентоспроможності та створення умов для стабільного, довготривалого розвитку.

### **1.3 Зарубіжний досвід управління ресурсами у сфері охорони здоров'я та можливості його застосування в Україні**

У різних країнах світу сформовано ефективні моделі управління ресурсами в системі охорони здоров'я, які поєднують раціональне планування, прозорі фінансові механізми, сучасні технології та орієнтацію на потреби пацієнтів. Вивчення цього досвіду дає можливість визначити інструменти, здатні підвищити ефективність української медичної сфери [7 – 10, 16, 75 – 78, 80, 82].

Європейські країни (Німеччина, Франція, Великобританія) демонструють високий рівень автоматизації управлінських процесів, використання електронних систем обліку ресурсів та довгострокового бюджетування. Важливою складовою

є страхові моделі фінансування, що забезпечують стабільний потік ресурсів і дозволяють закладам прогнозувати свої потреби. У Великобританії діє принцип «value for money», який передбачає оцінку ефективності кожної витраченої гривні/фунта через аудит, стандартизацію та аналіз результатів лікування [7 – 10, 16, 75 – 78, 80, 82].

Скандинавські країни (Швеція, Данія, Норвегія) акцентують увагу на децентралізації та автономії медичних закладів. Управління ресурсами тут реалізується переважно на рівні муніципалітетів, що дає змогу оперативно розподіляти фінанси, персонал та обладнання відповідно до місцевих потреб. Значна увага приділяється людським ресурсам: системам безперервного навчання, підвищенню професійної мобільності та залученню спеціалістів через конкурентні умови праці [7 – 10, 16, 75 – 78, 80, 82].

США та Канада вирізняються широким використанням сучасних інформаційних систем, зокрема електронних медичних записів, платформ для управління потоками пацієнтів та аналітичних систем прогнозування потреб у ресурсах. Завдяки цьому медичні установи мають можливість оптимізувати навантаження на персонал, зменшувати черги та підвищувати якість менеджменту. Значну роль відіграє приватний сектор, який забезпечує гнучкість, інновації та високі стандарти сервісу [7 – 10, 16, 75 – 78, 80, 82].

Можливості використання зарубіжного досвіду в Україні. А саме, впровадження кращих практик інших країн є важливим елементом реформування української системи охорони здоров'я. Найбільш доцільними є такі напрямки адаптації [7 – 10, 16, 75 – 78, 80, 82]:

- розвиток електронних систем управління ресурсами, включно з інвентаризацією обладнання, кадровим менеджментом та електронними клінічними маршрутами;

- запровадження довгострокового планування та прогнозування, що дозволить закладам раціонально розподіляти фінанси й уникати дефіциту критичних ресурсів;
- посилення автономії медичних закладів, надання їм ширших повноважень у використанні бюджетних коштів, формуванні кадрової політики та закупівлях;
- акцент на ефективності та прозорості, що передбачає впровадження функціонального аудиту, оцінки ефективності витрат і контролю результативності використання ресурсів;
- розвиток кадрового потенціалу через системи безперервного професійного розвитку, підвищення кваліфікації та мотиваційні програми;
- залучення інноваційних технологій, таких як телемедицина, цифрова діагностика та автоматизовані системи управління потоками пацієнтів.

Отже, адаптація зарубіжних моделей управління ресурсами може суттєво підвищити ефективність роботи українських медичних закладів. Поєднання сучасних технологій, прозорих управлінських механізмів та розвитку кадрового потенціалу створить основу для сталого розвитку сфери охорони здоров'я та підвищення якості медичних послуг.

### **Висновки за розділом 1**

1. Встановлено, що ресурсний потенціал ЗОЗ являє собою сукупність усіх видів ресурсів (людських, фінансових, матеріальних та інформаційних), які можуть бути залучені для досягнення його стратегічних цілей. У сучасних умовах управління ресурсним потенціалом має бути системним та адаптивним, оскільки здатність ЗОЗ ефективно конкурувати та забезпечувати якісні послуги безпосередньо залежить від пропорційності та адекватності цих ресурсів. Нестабільність зовнішнього середовища підкреслює необхідність постійного

контролю та прогнозування змін у структурі ресурсів для забезпечення ритмічності їхнього відтворення.

2. Досліджено, що ефективне управління РЗ ґрунтується на методологічних засадах, ключовими з яких є системний, процесний та ресурсний підходи. Основним орієнтиром є принцип оптимальності та комплексності, що вимагає досягнення максимального результату при мінімально необхідних витратах і забезпечення балансу між різними видами ресурсів. Головна мета системи управління – зміцнення конкурентних позицій закладів через раціональний розподіл ресурсів. Реалізація цих засад здійснюється через чітке визначення цілей і завдань, а також застосування економіко-математичних методів для планування та контролю.

3. Аналіз міжнародного досвіду підтверджує, що ефективні моделі управління ресурсами охоплюють як державний контроль (Британія), так і ринкові механізми та солідарне страхування (Німеччина, США). Для України є релевантним запозичення таких елементів, як: двоканальне фінансування (операційні та капітальні витрати), використання системи DRG (Diagnosis-Related Groups) для справедливої оплати послуг, посилення автономії закладів та впровадження сучасних інформаційних систем управління (Resource Management Systems). Адаптація цього досвіду дозволить підвищити фінансову відповідальність, прозорість та загальну економічну ефективність медичної сфери.

## РОЗДІЛ 2

### АНАЛІЗ УПРАВЛІННЯ РЕСУРСНИМ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯМ КНП БАРВІНКІВСЬКОЇ ЦЕНТРАЛЬНОЇ МІСЬКОЇ ЛІКАРНІ

Ефективність діяльності медичного закладу значною мірою залежить від рівня його ресурсного забезпечення, зокрема кадрових, матеріально-технічних, фінансових та інформаційних ресурсів. У цьому розділі здійснюється аналіз техніко-економічних показників КНП «Барвінківська Центральна Міська Лікарня» (далі — КНП БЦМЛ), а також оцінюється система управління її ресурсним потенціалом [40].

#### **2.1 Загальна характеристика та аналіз основних техніко-економічних показників діяльності КНП Барвінківської Центральної Міської Лікарні**

Комунальне некомерційне підприємство «Барвінківська Центральна Міська Лікарня» (далі – КНП БЦМЛ) є ключовим закладом охорони здоров'я Барвінківської громади та забезпечує надання первинної, вторинної та окремих видів високоспеціалізованої медичної допомоги. Діяльність лікарні спрямована на підвищення якості медичних послуг, раціональне використання ресурсів та забезпечення доступності медичної допомоги для населення [40].

Основними напрямками роботи закладу є надання амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги, проведення діагностики, профілактики та лікування відповідно до галузевих стандартів. Лікарня функціонує в умовах реформи фінансування системи охорони здоров'я, що передбачає оплату послуг за Програмою медичних гарантій та укладання договорів з НСЗУ. КНП БЦМЛ функціонує на засадах автономізації відповідно до вимог чинного законодавства України, що дає їй право самостійно формувати бюджет, структуру витрат та напрями використання ресурсів [40].

Представлений аналіз структури та ресурсного забезпечення демонструє, що заклад має базовий функціональний потенціал для надання широкого спектру

медичних послуг на рівні громади. Однак, існування системних проблем – зокрема, кадровий дефіцит та необхідність оновлення матеріально-технічної бази – створює ризики для стійкості його діяльності та якості послуг. Фінансова стійкість залежить від ефективної роботи з НСЗУ та здатності залучати додаткові ресурси (табл. 2.1) [7, 18 – 23, 40, 57].

Таблиця 2.1

### Основні характеристики діяльності КНП БЦМЛ

Характеристика	Опис та особливості
1	2
Структура лікарні	Включає основні клінічні відділення: терапевтичне, педіатричне, хірургічне, акушерсько-гінекологічне, стоматологічне. Також функціонують діагностичні та параклінічні служби (лабораторія, рентгенкабінет, кабінет УЗД тощо)
Ліжковий фонд	Укомплектований відповідно до потреб населення громади. Рівень завантаженості ліжок є сезонним і залежить від поточної епідемічної ситуації
Кадровий склад	Представлений широким спектром фахівців: лікарями різних спеціальностей, середнім та молодшим медичним персоналом. Основна проблема – кадровий дефіцит окремих спеціалістів, що є загальною тенденцією для громад
Матеріально-технічна база	Містить необхідне медичне обладнання для базових діагностичних та лікувальних процедур. Значна частина оснащення потребує оновлення через моральне та фізичне зношення
Фінансування закладу	Здійснюється переважно через договори з НСЗУ (програма медичних гарантій). Додаткові джерела: місцевий бюджет, проектна допомога та благодійні внески

Саме організаційна структура КНП БЦМЛ і визначає ієрархію управління, розподіл повноважень та підпорядкованість усіх підрозділів – від адміністрації до параклінічних служб. Таким чином, для наочного відображення внутрішньої побудови КНП БЦМЛ, а також зв'язків між її клінічними та діагностичними відділеннями, розглянемо рис. 2.1.

## ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА КНП БЦМЛ



Рис. 2.1 Організаційна структура КНП БЦМЛ

Представлена схема (рис. 2.1) відображає ієрархічну та функціональну структуру КНП «Барвінківська Центральна Міська Лікарня», де всі підрозділи підпорядковуються керівнику закладу та його заступникам.

Нижче розташовані п'ять основних функціональних блоків, які безпосередньо взаємодіють з керівництвом (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

### Функціональні блоки та підпорядковані підрозділи

Блок	Підрозділи	Керівництво здійснює
1	2	3
Лікувально-профілактичні підрозділи	Терапевтичне, Хірургічне, Педіатричне, Акушерсько-гінекологічне відділення, Стаціонар, Приймальне відділення, Поліклініка.	Медичний директор

1	2	3
Діагностичні та параклінічні служби	Клініко-діагностична служба, Лабораторія, Рентгенкабінет, Кабінет УЗД, Функціональна діагностика	Медичний директор
Адміністративно-господарські служби	Закупівлі, Технічне забезпечення, Транспорт, Складське господарство, Ведення документації, Персонал	Заступник директора з господарської діяльності 3
Фінансово-економічний блок	Бухгалтерія, Економісти, Фінансові аналітики	Головний бухгалтер

Як видно з рис. 2.1 та табл. 2.2 Організаційна структура КНП БЦМЛ це:

1. Управлінська ланка. На найвищому рівні знаходиться генеральний директор, який координує роботу всіх підрозділів лікарні. Йому підпорядковуються: • медичний директор (відповідає за медичну частину), • заступник директора з господарської діяльності, • головний бухгалтер.

2. Лікувально-профілактичні підрозділи. До них належать: • терапевтичне, • хірургічне, • педіатричне, • акушерсько-гінекологічне відділення, • стаціонар, • приймальне відділення та • поліклініка.

Ці підрозділи забезпечують основний обсяг медичної допомоги населенню.

3. Діагностичні та параклінічні служби. До складу входять: • клініко-діагностична служба, • лабораторія, • рентгенкабінет, • кабінет УЗД, • функціональна діагностика.

Ці служби забезпечують лікарню можливістю проводити сучасну діагностику.

4. Адміністративно-господарські служби. Вони відповідають за: • закупівлі, • технічне забезпечення, • транспорт, • складське господарство, • ведення документації та персонал.

5. Фінансово-економічний блок: бухгалтерія, економісти та фінансові аналітики забезпечують планування, облік, контроль та аналіз фінансових потоків.

Після детального вивчення організаційної структури закладу, яка визначає внутрішні зв'язки та розподіл відповідальності між відділеннями, логічним кроком є оцінка ефективності функціонування цієї структури.

Організаційна структура показує, як керуються ресурси, але не дає відповіді на питання, наскільки успішно це відбувається. Для отримання об'єктивної оцінки результатів управлінської діяльності та фінансової стійкості КНП БЦМЛ необхідно перейти до аналізу його фінансово-господарської діяльності.

Наступний етап дослідження присвячено аналізу фінансово-господарської діяльності (ФГД) КНП БЦМЛ, який дозволить оцінити динаміку доходів та витрат, ефективність використання бюджетних коштів НСЗУ та загальну платоспроможність закладу. Аналіз ФГД КНП БЦМЛ є ключовим для оцінки його економічної стійкості, ефективності використання ресурсів та здатності до саморозвитку (табл.2.3).

Таблиця 2.3

### Аналіз фінансових ресурсів та доходів КНП БЦМЛ

Показник	Значення / динаміка	Висновок
1	2	3
Основне джерело доходу	Договори з НСЗУ (близько 80,0 –90,0 % загального доходу)	Залежність від державного замовлення та успішності виконання умов Програми медичних гарантій
Доходи від НСЗУ (динаміка)	Щорічне зростання на 5,0 – 10,0 %, обумовлене укладенням нових пакетів послуг (наприклад, реабілітація, хірургія) та збільшенням тарифів	Позитивна динаміка, але зростання є лімітованим фіксованими тарифами DRG

1	2	3
Доходи від платних послуг	5,0 – 10,0% загального доходу. Найбільш значущі — стоматологія (згідно структури), профілактичні огляди, довідки	Низький рівень самоокупності. Потреба в розширенні переліку конкурентних платних послуг
Місцевий бюджет	Фінансування комунальних послуг, енергоносіїв та капітальних витрат (оновлення обладнання)	Критична залежність від підтримки громади для утримання матеріально-технічної бази

Після вивчення джерел фінансових надходжень та динаміки доходів КНП БЦМЛ, наступним критично важливим етапом фінансово-господарського аналізу є оцінка витратної частини. Доходи дають уявлення про фінансовий потенціал закладу, але саме структура та ефективність управління витратами визначають його реальну фінансову стійкість і здатність генерувати ресурси для розвитку. Аналіз витрат дозволяє ідентифікувати найбільші фінансові навантаження та визначити статті, де можлива оптимізація та підвищення раціональності використання коштів НСЗУ та місцевого бюджету. Розглянемо аналіз витрат та їхньої структури КНП БЦМЛ (табл. 2.4).

Таблиця 2.4

#### Аналіз витрат та їхньої структури

Вид витрат	Частка у загальних витратах	Коментар / Ризики
1	2	3
Фонд оплати праці (ФОП) з нарахуваннями	~ 70-75%	Найбільша стаття витрат. Висока питома вага обмежує інвестиційні можливості
Медикаменти та вироби медпризначення	~ 10-15%	Забезпечення якості лікування. Ефективність залежить від оптимізації закупівель (Прозорро) та нормування витрат
Комунальні послуги та енергоносії	~ 5-8%	Ризик зростання витрат у період енергетичних криз. Потреба в енергоефективних заходах

1	2	3
Капітальні витрати	~ 2-3% (без урахування фінансування з місцевого бюджету)	Низький рівень власних інвестицій. Більшість оновлення МТБ залежить від зовнішнього фінансування

Високий рівень витрат на ФОП є неминучим у медичній сфері, але ефективність використання решти 25,0 – 30,0% критично впливає на фінансовий результат.

Аналіз структури витрат КНП БЦМЛ чітко показав, що ФОП є найбільшою статтею, а інвестиційні витрати є вкрай низькими. Для того, щоб перевести цю інформацію з площини абсолютних сум у площину оцінки ефективності та стійкості, необхідно застосувати фінансові показники. Саме «Аналіз фінансових показників» дозволяє оцінити здатність закладу покривати свої зобов'язання (платоспроможність), ефективність використання ресурсів (рентабельність) та його загальну фінансову міцність. Ці відносні показники є критично важливими для порівняння результатів діяльності КНП БЦМЛ у динаміці та з ЗОЗ.

Далі розглянемо ключові фінансові показники діяльності КНП БЦМЛ (табл. 2.5).

Таблиця 2.5

### Аналіз фінансових показників КНП БЦМЛ

Показник	Формула	Оцінка	Значення для КНП БЦМЛ
1	2	3	4
Фінансовий результат (Прибуток/Збиток)	Доходи – Витрати	Мета КНП – не прибуток, а фінансова стійкість. Позитивний результат (прибуток) є джерелом розвитку	Невеликий позитивний прибуток (1,0 – 3,0%), який повністю реінвестується у МТБ або підвищення зарплат

## Продовження табл. 2.5.

1	2	3	4
Коефіцієнт платоспроможності	Поточні активи / Поточні зобов'язання	Має бути >1. Показує здатність покривати короткострокові борги	Близький до одиниці (1.05 – 1.2), що свідчить про обмежений запас фінансової міцності
Рентабельність діяльності	Прибуток / Доходи * 100%	Свідчить про ефективність управління	Низька рентабельність (1,0 – 3,0%). Необхідно збільшувати доходи від платних послуг для підвищення
Коефіцієнт покриття запасів	(Запаси) / (Середньоденна витрата запасів)	Показує на скільки днів вистачить запасів медикаментів (критично для безперервності лікування)	Задовільний рівень (на 30 – 45 днів), але потребує регулярного моніторингу через ризик збоїв у поставках

На основі отриманих результатів діяльність КНП БЦМЛ (табл. 2.3 – 2.5) визначено наступні ризиками:

1. Кадровий ризик: високий ФОП не гарантує утримання дефіцитних спеціалістів, що може призвести до невиконання пакетів НСЗУ та, як наслідок, до зменшення доходів.

2. Інвестиційний дефіцит: низька рентабельність та залежність від місцевого бюджету обмежують можливості самостійного оновлення морально зношеної матеріально-технічної бази.

3. Тарифний ризик НСЗУ: зміна тарифів або умов договорів з НСЗУ може суттєво погіршити фінансовий стан закладу, оскільки дохід залежить від єдиного головного замовника.

Отже, ФГД КНП БЦМЛ є фінансово стійкою (платоспроможність  $>1$ ), але недостатньо ефективною для забезпечення самостійного розвитку.

Ключові рекомендації:

- Диверсифікація доходів: активне розширення переліку платних послуг (діагностика, високоспеціалізовані консультації) для зниження залежності від НСЗУ.
- Управління витратами: впровадження жорсткого нормування та контролю витрат на медикаменти та енергоносії, а також вжиття заходів з енергоефективності.
- Інвестиційна політика: розробка програм залучення інвестицій (гранти, благодійність) для оновлення обладнання, що є критичним для зміцнення конкурентних позицій.

Проведений аналіз ФГД надав об'єктивні кількісні дані про доходи, структуру витрат та фінансові показники КНП БЦМЛ, виявивши такі критичні моменти, як висока залежність від НСЗУ та низька рентабельність.

Для того, щоб перетворити ці цифрові дані на управлінські рішення та стратегічний план дій, необхідно інтегрувати отриману інформацію в якісну оцінку зовнішнього та внутрішнього середовища.

Цей етап передбачає перехід до SWOT-аналізу, який дозволить чітко класифікувати виявлені фінансові та структурні особливості як сильні чи слабкі сторони, співвідношенні їх із зовнішніми можливостями та загрозами (наприклад, зміна тарифів НСЗУ чи потреба в оновленні обладнання). На основі організаційних характеристик, кадрового складу та ФГД аналізу, змоделюємо SWOT-аналіз діяльності КНП БЦМЛ, щоб ідентифікувати внутрішні чинники (сильні та слабкі сторони) та зовнішні чинники (можливості та загрози), які впливають на його стратегічний розвиток. Саме результати SWOT-аналізу стануть основою для формулювання «Стратегічних пріоритетів КНП БЦМЛ», які

визначать, на чому має сфокусуватися керівництво, щоб використати свій потенціал і забезпечити стійкий розвиток в умовах обмеженого фінансування.

Далі розглянемо SWOT-аналіз діяльності КНП БЦМЛ та сформулюємо Стратегічні пріоритети для підвищення його ефективності (табл. 2.5 та табл. 2.6).

Таблиця 2.5

### SWOT-аналіз діяльності КНП БЦМЛ

Категорія	Фактори	Використані дані аналізу
1	2	3
Сильні сторони (Strengths – S) (Внутрішні позитивні)	S1. Комплексна структура: наявність усіх основних клінічних (хірургія, терапія, педіатрія) та діагностичних відділень	Структура лікарні
	S2. Стабільне фінансування: наявність договорів з НСЗУ, які забезпечують основний потік доходів	Основне джерело доходу
	S3. Адекватний ліжковий фонд: відповідність ліжкового фонду потребам населення громади	Ліжковий фонд
	S4. Платоспроможність: коефіцієнт платоспроможності >1, що свідчить про здатність покривати поточні зобов'язання	Аналіз фінансових показників
Слабкі сторони (Weaknesses – W) (Внутрішні негативні)	W1. Кадровий дефіцит: нестача окремих спеціалістів, що створює ризик невиконання пакетів НСЗУ	Кадровий склад
	W2. Зношеність МТБ: частина медичного обладнання потребує оновлення через фізичне та моральне зношення.	Матеріально-технічна база
	W3. Висока частка ФОП: витрати на оплату праці займають до 75,0 % бюджету, що обмежує інвестиційні можливості	Аналіз витрат
	W4. Низька рентабельність та залежність: низький рівень доходів від платних послуг та низька загальна рентабельність	Аналіз фінансових показників

1	2	3
Можливості (Opportunities – O) (Зовнішні позитивні)	O1. Розширення пакетів НСЗУ: можливість підписання нових або більш дорогих пакетів послуг (наприклад, хірургічні операції, реабілітація)	Динаміка доходів від НСЗУ
	O2. Підтримка місцевої громади: можливість залучення фінансування з місцевого бюджету на капітальні витрати та оновлення МТБ	Фінансування закладу
	O3. Диверсифікація послуг: розширення переліку конкурентних платних послуг (діагностика, профілактика) для збільшення доходів	Низький рівень самоокупності (W4)
Загрози (Threats – T) (Зовнішні негативні)	T1. Тарифний ризик НСЗУ: Зміна умов договорів або недостатність фіксованих тарифів DRG для покриття реальних витрат	Основне джерело доходу, тарифи DRG
	T2. Конкуренція: Посилення конкуренції з боку приватних клінік або потужних міжрайонних центрів	Загальні ринкові умови
	T3. Інфляція та енергетичні кризи: Зростання цін на медикаменти, енергоносії та комунальні послуги, що «з'їдає» невеликий прибуток	Аналіз витрат (комунальні послуги)
	T4. Нестабільність на ринку праці: Посилення відтоку кваліфікованих медичних кадрів до більших міст чи за кордон	Кадровий дефіцит (W1)

Отже, результати SWOT – аналізу показали, що КНП БЦМЛ має міцну структурну базу та стабільне фінансове ядро (S), проте його розвиток критично гальмується внутрішніми слабкостями (W), насамперед кадровим дефіцитом та фізичним зношенням обладнання. Стратегія ЗОЗ має бути спрямована на використання зовнішніх можливостей (O), таких як розширення пакетів НСЗУ та платних послуг, для перетворення прибутку на інвестиції, щоб нейтралізувати основні загрози (T), пов'язані з тарифною залежністю та конкуренцією. На основі проведеного SWOT-аналізу, стратегічні пріоритети КНП БЦМЛ мають бути

спрямовані на використання сильних сторін (S) та можливостей (O) для подолання слабких сторін (W) та мінімізації загроз (T). Визначено, що основними стратегічними пріоритетами є: Інвестиції в ресурси, Фінансова диверсифікація та Кадрова стійкість (табл. 2.6).

Таблиця 2.6

### Стратегічні пріоритети КНП БЦМЛ (SWOT-базис)

Стратегічний пріоритет	Ключова мета	Заходи та дії	SWOT-зв'язок
1	2	3	4
1. Інвестиційна стратегія: оновлення МТБ	Термінове оновлення морально та фізично зношеного медичного обладнання для підвищення якості послуг	1. Активне залучення фінансування з місцевого бюджету на капітальні витрати. 2. Розробка та подання грантів та проєктів міжнародної допомоги. 3. Направлення позитивного фінансового результату (прибутку) на реінвестування	W2 (Зношеність МТБ) → O2 (Підтримка громади)
2. Стратегія фінансової диверсифікації	Зниження залежності від єдиного джерела фінансування (НСЗУ) та забезпечення фінансової стійкості	1. Розширення та маркетинг конкурентних платних послуг (діагностика, профілактика). 2. Впровадження жорсткого нормування та контролю витрат на медикаменти та енергоносії	W4 (Низька рентабельність) → O3 (Диверсифікація послуг) / T1 (Тарифний ризик)

1	2	3	4
3. Кадрова стратегія: забезпечення стійкості	Утримання та залучення дефіцитних спеціалістів для забезпечення безперервного виконання всіх пакетів НСЗУ	1. Створення конкурентної та прозорої системи преміювання та мотивації. 2. Співпраця з місцевою владою щодо надання соціальних гарантій (житло) молодим фахівцям. 3. Інвестування у безперервний професійний розвиток персоналу	W1 (Кадровий дефіцит) → S1 (Комплексна структура) / T4 (Відтік кадрів)

Ці пріоритети формують основу для розробки детального плану дій, який перетворить поточні виклики на можливості для розвитку закладу.

Наступний етап дослідження передбачає детальний аналіз ключових техніко-економічних показників КНП БЦМЛ. Для отримання результатів аналізу використано дані за два періоди (2023 рік та 2024 рік) для оцінки динаміки. Результати представлено у табл. 2.7 – 2.9. Аналіз кадрового потенціалу є критично важливим, оскільки Фонд оплати праці (ФОП) є найбільшою статтею витрат, а дефіцит кадрів – ключовою слабкою стороною (W1).

Таблиця 2.7

### Динаміка кадрового забезпечення КНП БЦМЛ

Показник	Одиниця виміру	2023 рік (База)	2024 рік (Звіт)	Динаміка (±)
1	2	3	4	5
Загальна чисельність працівників	осіб	350	345	- 5
Структура:				
Лікарі	%	25% (88 ос.)	26% (90 ос.)	+1 ос.
Середній медперсонал	%	45% (158 ос.)	44% (152 ос.)	- 6 ос.

Продовження табл. 2.7

1	2	3	4	5
Молодший медперсонал	%	15% (52 ос.)	15% (52 ос.)	0
Інший персонал	%	15% (52 ос.)	15% (51 ос.)	-1 ос.
Коефіцієнт плинності кадрів	%	8%	10%	↑2 п.п.
Середньомісячна зарплата лікаря	грн	22 000	23 500	↑6.8%

Аналіз дослідження показав, що кадрова ситуація в КНП БЦМЛ є неоднозначною та містить значні ризики для стабільності. А саме, загальна чисельність персоналу дещо скоротилася, переважно за рахунок середнього медичного персоналу, незважаючи на незначне збільшення частки лікарів. Це скорочення може бути наслідком перерозподілу штату, а не ефективним вирішенням проблеми дефіциту окремих вузьких спеціалістів.

Критичним показником є зростання коефіцієнта плинності кадрів з 8,0% до 10,0%. Це свідчить про посилення ризику відтоку персоналу, що прямо підтверджує наявність зовнішньої загрози Т4 (Нестабільність на ринку праці) і створює проблеми для виконання пакетів медичних гарантій. Хоча середня заробітна плата зросла (на 6,8%), такі темпи зростання можуть бути недостатніми для забезпечення конкурентоспроможності КНП на ринку праці, особливо у порівнянні з приватними закладами чи лікарнями великих міст. Цей фактор продовжує підживлювати плинність кадрів і ускладнює залучення нових фахівців.

Аналіз МТБ є ключовим для оцінки інвестиційного дефіциту та визначення необхідності оновлення обладнання (W2). Результати представлено у табл. 2.8.

### Показники стану та оновлення МТБ КНП БЦМЛ

Показник	Одиниця виміру	2023 рік	2024 рік	Динаміка (±)
1	2	3	4	5
Первісна вартість основних засобів (ОЗ)	тис. грн	85 000	92 000	↑7000
Залишкова вартість ОЗ	тис. грн	35 000	33 000	↓2000
Коефіцієнт зносу ОЗ	%	58,8%	64,1%	↑5,3 п.п.
Коефіцієнт оновлення обладнання	%	4,0%	7,6%	↑3,6 п.п.
Коефіцієнт вибуття ОЗ	%	1,5%	1,9%	↑0,4 п.п.

Аналіз дослідження показав (табл. 2.8), що стан МТБ КНП БЦМЛ є критичним, незважаючи на позитивні зрушення у використанні медичних ресурсів. Коефіцієнт зносу основних засобів (ОЗ) становить 64,1%, що є надзвичайно високим показником. Цей рівень зносу прямо підтверджує ключову слабку сторону (W2) закладу — високу частку старого обладнання, що створює ризики для якості діагностики та лікування. Хоча коефіцієнт оновлення обладнання збільшився до 7,6%, цей темп залишається недостатнім для компенсації амортизації та зношення, що вимагає негайної реалізації «Інвестиційної стратегії» із залученням коштів місцевого бюджету та грантів.

Показники ефективності використання медичних ресурсів демонструють високу раціональність управління. Середньорічна зайнятість ліжка зросла до 315 днів, а середня тривалість лікування (СЛТ) скоротилася з 10 до 9 днів. Це свідчить про інтенсивне та ефективне використання ліжкового фонду та оптимізацію клінічних процесів. Такі результати є вкрай важливими в умовах оплати за DRG, оскільки вони підтверджують здатність закладу надавати послуги швидко та ефективно, що позитивно впливає на його фінансовий результат. Отже, КНП БЦМЛ раціонально управляє процесами лікування, але брак інвестицій у фізичні активи (МТБ) та кадрова нестабільність ставлять під загрозу його здатність підтримувати цей високий рівень ефективності у довгостроковій перспективі.

Наступним етапом дослідження є показники ефективності медичної допомоги. Ці показники відображають раціональність використання найдорожчих ресурсів — ліжкового фонду та праці лікарів (табл. 2.9).

Таблиця 2.9

### Показники використання ліжкового фонду та ефективності

Показник	Одиниця виміру	2023 рік	2024 рік	Висновок (показники за 2024 рік)
1	2	3	4	5
Середньорічна зайнятість ліжка	днів	300	315	Високий рівень завантаженості (S3)
Оборот ліжка	разів	30	35	Позитивна динаміка, свідчить про прискорення лікування
Середня тривалість лікування (СЛТ)	днів	10.0	9,0	Скорочення (на 1 день), що є ознакою ефективності та раціонального використання ресурсів
Завантаженість лікарів (середня кількість пацієнтів на 1 лікаря)	осіб/рік	250	240	Стабільний рівень, але потрібен подальший контроль через зростання плинності

Аналіз дослідження показав (табл. 2.9), що КНП БЦМЛ демонструє високу раціональність та ефективність у використанні своїх медичних ресурсів. Зокрема, ліжковий фонд використовується інтенсивно: високий показник зайнятості (315 днів) та зростання обороту ліжка свідчать про стабільний попит на послуги закладу та ефективну роботу з пацієнтопотоком. Що стосується якості та оптимізації процесів, ключовим позитивним показником є скорочення середньої тривалості лікування (СЛТ) з 10 до 9 днів. Це є прямим підтвердженням оптимізації клінічних процесів та ефективного управління ресурсами, що, в умовах оплати за системою DRG, є важливим позитивним фінансовим показником для НСЗУ. Таке скорочення СЛТ також безпосередньо сприяє

зменшенню витрат на одного пацієнта, підвищуючи фінансовий результат закладу.

Отже, аналіз техніко-економічних показників КНП БЦМЛ свідчить про протиріччя між високою ефективністю використання поточних ресурсів та критичною деградацією матеріально-технічної бази. Заклад раціонально використовує ліжковий фонд та скорочує тривалість лікування, що є позитивним фінансовим фактором. Проте, високий коефіцієнт зносу ОЗ (64,1%) та зростаюча плінність кадрів (10,0%) створюють пряму загрозу для стабільності та якості медичних послуг у майбутньому. Це підтверджує необхідність негайної реалізації «Інвестиційної та Кадрової стратегій», визначених у попередньому розділі.

## **2.2 Оцінка управління ресурсним забезпеченням КНП Барвінківської Центральної Міської Лікарні**

Аналіз основних техніко-економічних показників діяльності КНП БЦМЛ, проведений у підрозділі 2.1, дозволив визначити загальний стан фінансово-господарської діяльності, ефективність використання основних фондів та основні тенденції у сфері управління ресурсами. Проте, для формування повної та об'єктивної оцінки якості управлінських рішень у сфері ресурсного забезпечення, недостатньо лише кількісних економічних показників. Необхідно врахувати якісні аспекти та практичний досвід безпосередніх учасників процесу.

У зв'язку з цим, наступним етапом дослідження є оцінка управління ресурсним забезпеченням з позиції спеціалістів медицини та працівників, які працюють у КНП БЦМЛ. Такий підхід дасть змогу виявити «вузькі місця» та проблеми, які не відображаються у фінансовій звітності, але суттєво впливають на якість надання медичних послуг та ефективність використання наявних ресурсів. Для проведення якісної оцінки було здійснено анкетування респондентів КНП БЦМЛ (Додаток А). Анкета охоплювала такі напрями, як

задоволеність матеріально-технічною базою, оцінка логістики та розподілу медикаментів, достатність кваліфікації персоналу, а також ефективність комунікації та управлінських рішень.

Для отримання достовірної інформації про фактичний стан управління ресурсним забезпеченням у КНП БЦМЛ було опитано 33 фахівців та спеціалістів, які представляють ключові відділення та адміністративні підрозділи.

Отримані дані дозволяють здійснити структурування та візуалізацію відповідей за основними блоками питань. Результати наведено у табл. 2.10.

Таблиця 2.10

### Відомості про респондентів

Показник	Значення показників	Висновок
1	2	3
Стать (Ч/Ж):	Чоловіча: 15 (45,0 %) Жіноча: 18 (55,0 %)	Даний розподіл є характерним для сфери охорони здоров'я в Україні, де історично спостерігається високий рівень зайнятості жінок, особливо на посадах медичних сестер, лікарів терапевтичних спеціальностей тощо
Середній вік:	44 роки	Цей показник свідчить про те, що колектив є зрілим та досвідченим, що є позитивним фактором, оскільки забезпечує високий рівень професійної діяльності та стабільності
Розподіл за віком:	25-35 років: 7 ос. (21,0 %); 36-50 років: 18 ос. (55,0 %); 51+ років: 8 ос. (24,0 %)	<ul style="list-style-type: none"> <li>«Ядро колективу»: найбільша частка опитаних (18 осіб, або 55,0%) належить до середньої вікової групи (36-50 років), що підтверджує про те, що основну роботу виконують досвідчені спеціалісти своєї професійної кар'єри</li> </ul>

1	2	3
Розподіл за віком:	25-35 років: 7 ос. (21,0 %); 36-50 років: 18 ос. (55,0 %); 51+ років: 8 ос. (24,0 %)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Старша група (51+ років): значна частина колективу (8 осіб, або 24,0%) припадає на фахівців старше 51 року, що вказує на наявність висококваліфікованих, багаторічних спеціалістів</li> <li>• Молода група (25-35 років): частка молодих спеціалістів (7 осіб, або 21,0%) є найменшою. Хоча наявність молодих кадрів забезпечує оновлення, їх відносно невелика кількість може свідчити про потенційні ризики старіння колективу та необхідність посилення стратегії залучення молодих фахівців</li> </ul>

Як видно із табл. 2.10 опитана група фахівців КНПБ ЦМЛ являє собою збалансований, переважно жіночий, зрілий та високоосвічений колектив.

Такий склад забезпечує надійну базу для отримання якісних та об'єктивних оцінок щодо управління ресурсним забезпеченням лікарні, оскільки думка ґрунтується на багаторічному практичному досвіді.

Наступним етапом є оцінка того, які саме фахівці взяли участь в опитуванні.

Посадовий склад респондентів визначає, наскільки широким і різнобічним є погляд на проблеми управління ресурсним забезпеченням, а саме: чи це погляд лише лікарів, чи також адміністративного та допоміжного персоналу.

Результати розподілу опитаних фахівців КНП БЦМЛ за посадою представлено у табл. 2.11.

**Розподіл респондентів за посадою в КНП БЦМЛ**

Посада	Відповіді	Частка (%)	Аналіз результатів
1	2	3	4
Завідувач відділення	10	30,3%	Найбільша група. Ключові особи для оцінки операційних проблем та управління ресурсами на рівні відділень
Середній медичний персонал	7	21,2%	Важлива клінічна група, яка забезпечує якісну оцінку достатності витратних матеріалів та інвентарю
Лікар-спеціаліст	7	21,2%	Прямі користувачі медичного обладнання та медикаментів. Їхня думка критична для оцінки якості та ефективності ресурсного забезпечення
Адміністративно-господарський/ Фінансовий персонал	5	15,2%	Надають інсайт щодо процесів закупівель, логістики та фінансового планування ресурсів
Генеральний директор/ Медичний директор/ Заступник директора	3	9,1%	Вища ланка управління, що дає оцінку стратегічному управлінню ресурсами та його загальній ефективності
Молодший медичний персонал	1	3,0%	Невелика частка, але їхня оцінка важлива для розуміння забезпечення господарськими та допоміжними ресурсами
Всього	33	100,0%	

Результати дослідження (табл. 2.11) свідчать про те, що вибірка є багатовекторною та охоплює ключові ланки КНП БЦМЛ (клінічну, адміністративну та стратегічну), що забезпечує комплексний погляд на управління ресурсами. Понад 70,0% опитаних складають завідувачі відділень (30,3%), лікарі-спеціалісти (21,2%) та середній медичний персонал (21,2%). Ці групи є основними користувачами ресурсів, тому їхня оцінка критична для

виявлення практичних проблем із забезпеченням. Залучення вищої ланки (9,1%) та адміністративно-фінансового персоналу (15,2%) дозволяє оцінити процеси стратегічного планування та логістики ресурсного забезпечення.

Продовжуючи аналіз кадрового складу, необхідно оцінити не лише вік та посаду, а й рівень професійної осілості та глибину досвіду фахівців у межах КНП БЦМЛ. Стабільний колектив із тривалим стажем є носієм «інституційної пам'яті», що позитивно впливає на якість управлінських процесів, зокрема у сфері ресурсного забезпечення. Результати опитування щодо стажу роботи респондентів на їхній поточній посаді представлено у табл. 2.12.

Таблиця 2.12

### Розподіл респондентів за стажем роботи на поточній посаді в КНП БЦМЛ

Показник	Значення	Висновок
1	2	3
Середній стаж роботи на посаді:	8,1 років	Підтверджує «інституційну пам'ять» колективу (переважно досвідчені фахівці)
Розподіл стажу:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• До 3 років: 9 ос. (27%);</li> <li>• 3–10 років: 14 ос. (42%);</li> <li>• Понад 10 років: 10 ос. (31%)</li> </ul>	Наявність як досвідчених, так і відносно нових співробітників (важливо для оцінки плинності)

Аналіз стажу роботи засвідчує, що колектив КНП БЦМЛ є високостабільним та досвідченим, що підтверджується середнім стажем роботи на посаді у 8,1 років. Розподіл стажу демонструє міцну структуру: 73,0% фахівців мають стаж понад 3 роки, включаючи значну частку (31,0%), які працюють на посаді понад 10 років. Такий високий рівень «інституційної пам'яті» та осілості кадрів гарантує, що оцінки щодо управління ресурсним забезпеченням ґрунтуються на глибокому та багаторічному практичному досвіді, що підвищує валідність отриманих результатів.

Після детального аналізу соціально-демографічних та професійних характеристик респондентів, що підтвердив високий рівень їхньої компетентності та досвіду, доцільно перейти до оцінки їхнього освітньо-кваліфікаційного та технічного рівня. Дані результати дослідження є важливими для розуміння здатності персоналу ефективно використовувати наявні ресурси, особливо в умовах автоматизації управлінських процесів та впровадження медичних інформаційних систем (МІС).

Результати опитування щодо освітньо-кваліфікаційного рівня, наявності кваліфікаційної категорії та рівня володіння комп'ютерними програмами представлені у табл. 2.13.

Таблиця 2.13

**Оцінка освітньо-кваліфікаційного та технічного рівня респондентів  
КНП БЦМЛ**

Показник	Відповіді	Частка (%)	Висновок
1	2	3	4
Освітній рівень (Вища освіта: магістр/спеціаліст)	21 ос.	63,6%	Переважає. Характерно для управлінського та лікарського складу
Освітній рівень (Вища освіта: бакалавр/молодший спеціаліст)	9 ос.	27,3%	-
Освітній рівень (Професійно-технічна освіта)	3 ос.	9,1%	-
Наявність кваліфікаційної категорії (Вища)	11 ос.	33,3%	Значна частка висококваліфікованих фахівців
Наявність кваліфікаційної категорії (Перша)	10 ос.	30,3%	-
Наявність кваліфікаційної категорії (Друга)	4 ос.	12,1%	-

Продовження табл. 2.13

1	2	3	4
Наявність кваліфікаційної категорії (Не має)	8 ос.	24,2%	Включає молодих фахівців та персонал, для якого категорія не є обов'язковою
Рівень володіння ПК (Середній)	17 ос.	51,5%	Найбільша група. Може потребувати додаткового навчання
Рівень володіння ПК (Високий)	13 ос.	39,4%	-
Рівень володіння ПК (Низький/Потребує допомоги)	3 ос.	9,1%	-

Результати аналізу освітньо-кваліфікаційного та технічного рівня фахівців КНП БЦМЛ (табл. 2.13) показали такі ключові аспекти:

1. Переважна більшість респондентів має вищу освіту (90,9%), причому 63,6% фахівців мають ступінь магістра або спеціаліста, що підтверджує високий інтелектуальний потенціал колективу, що є необхідною умовою для якісного управління складними медичними та економічними процесами.

2. Більшість спеціалістів медицини мають кваліфікаційну категорію (75,7%), при цьому 33,3% володіють вищою категорією, а 30,3% – першою. Значна частка висококваліфікованих фахівців свідчить про високу якість медичних послуг та наявність експертних знань, необхідних для ефективного використання дороговартісних ресурсів та обладнання.

3. Оцінка рівня володіння комп'ютерними програмами (ПК) виявила зону ризику. Хоча значна частка має високий (39,4%) та середній (51,5%) рівень, понад половина (51,5%) персоналу, який обіймає ключові посади, оцінює свій рівень як «середній». І це свідчить, що загалом 60,6% фахівців не є впевненими користувачами (середній + низький рівень). В умовах активного впровадження Медичних Інформаційних Систем (МІС) для обліку та управління ресурсами, такий розподіл може стати бар'єром для повноцінної автоматизації та знижувати

достовірність обліку ресурсів. Отже, КНП БЦМЛ має високоосвічений та кваліфікований колектив, проте для підвищення ефективності управління ресурсами необхідно інвестувати у цільове навчання персоналу для покращення їхніх технічних навичок, особливо у сфері роботи з МІС та електронним обліком.

На основі отриманих демографічних та кваліфікаційних характеристик респондентів (таблиці 2.10 – 2.13), які підтвердили високий рівень їхньої компетентності та досвіду, переходимо до аналізу якісної оцінки управління ресурсами. Блок 1 «Оцінка ключових проблем та ефективності управління матеріальними ресурсами» був сфокусований на виявленні найбільш критичних точок, пов'язаних зі слабкими сторонами КНП БЦМЛ (кадровий дефіцит, зношеність МТБ, проблеми логістики). Послідовний аналіз відповідей на шість питань цього блоку дозволить сформуванню об'єктивного уявлення про ефективність операційного управління. Результати представлено у табл. 2.14.

Таблиця 2.14

### **Оцінка ключових проблем та ефективності управління матеріальними ресурсами КНП БЦМЛ (БЛОК 1)**

#### 1. Аналіз питання 1 (табл. 2.14, частина 1)

Питання: «Який, на Вашу думку, є найкритичніший ресурс?»

Варіант відповіді	Відповіді респондентів	Частка (%)
1	2	3
Б) Кваліфікований медичний персонал	15	45,5%
В) Сучасне медичне обладнання та інструментарій	10	30,3%
А) Фінансові кошти	5	15,1%
Г) Лікарські засоби та витратні матеріали	3	9,1%

Аналіз відповідей на перше питання чітко показав основні пріоритети та найбільші «больові точки» у сприйнятті персоналу. Результати дослідження показали, що абсолютним лідером став варіант «Кваліфікований медичний персонал» – це майже 45,5% відповідей, що безпосередньо підтверджує слабку

сторону W1 (кадровий дефіцит та плінність кадрів), ідентифіковану раніше. Для фахівців, які безпосередньо надають медичні послуги, ключовою перешкодою є не нестача грошей чи матеріалів, а відсутність достатньої кількості кваліфікованих колег. Другий за критичністю ресурс – «Сучасне медичне обладнання та інструментарій» (30,3%). Цей результат підтверджує слабку сторону W2 (зношеність матеріально-технічної бази). Персонал щодня стикається з несправним або застарілим обладнанням, що ускладнює діагностику та лікування. Фінансові кошти (15,1%) та (9,1%) лікарські засоби (ЛЗ) зайняли прикінцеві показники, це свідчить про те, що незважаючи на фінансову скруту КНП БЦМЛ, для більшості спеціалістів медицини саме якість людського капіталу та інструментів є визначальною для виконання своїх професійних обов'язків. Отже, ключові ресурси, які потребують першочергової уваги та інвестицій є персонал та обладнання. Управління ресурсами має бути сфокусоване на кадровій політиці та оновленні основних фондів.

## 2. Аналіз питання 2 (табл. 2.14, частина 2)

Питання: «Як часто виникає дефіцит критично важливих ЛЗ/матеріалів?»

Варіант відповіді	Відповіді респондентів	Частка (%)
1	2	3
Б) Раз на квартал	14	42.4%
А) Щомісячно або частіше	12	36.4%
В) Рідко (1-2 рази на рік)	6	18.2%
Г) Майже ніколи	1	3.0%

Відповіді респондентів на це питання розкривають хронічний характер проблем логістики та управління запасами (W4). Так, переважна більшість (78,8%) фахівців (сума відповідей варіанта А і Б) стикається з дефіцитом критичних матеріалів регулярно – щонайменше раз на квартал. Найбільша частка респондентів (42,4%) вказує на дефіцит «Раз на квартал». Цей показник є критичним, оскільки він свідчить про системні провали в оперативному управлінні запасами: або заявки формуються із запізненням, або постачальники не можуть забезпечити ритмічність, або ж адміністрація не планує закупівлі на

достатній період. Значна частина (36,4%) відчуває дефіцит «Щомісячно або частіше». Це вказує на наявність відділень, де проблеми з постачанням є майже постійними, що прямо впливає на якість та безпеку лікування. Таким чином, дефіцит критично важливих ресурсів має хронічний і системний характер, що є прямим доказом неефективності управління запасами та логістики, що вимагає негайного впровадження стандартизованих операційних процедур (СОП, SOP) та оптимізації процесів закупівель.

Аналіз питання 3 (табл. 2.14, частина 3)

Питання: «Наскільки інформація про поточні залишки у МІС відповідає фактичній наявності?»

Варіант відповіді	Відповіді респондентів	Частка (%)
1	2	3
3 – В основному відповідає	18	54,5%
1 – Зовсім не відповідає / 2 – Є часті невідповідності	10	30,3%
4 – Повністю відповідає	5	15,2%

Дане питання є ключовим для оцінки достовірності обліку та ефективності використання Медичних Інформаційних Систем (МІС) для управління ресурсами. Так, показник «Критично низька довіра» де лише 15,2% респондентів вважають, що дані МІС «Повністю відповідають» фактичним залишкам. Це означає, що 84,8% фахівців не довіряють системі повністю. Далі «Зона ризику» – найбільша частка (54,5%) відповіла, що інформація «В основному відповідає», що свідчить про часті, хоча й не критичні, розбіжності. Водночас, 30,3% фахівців прямо вказують на часті невідповідності або повну невідповідність даних. Також показник «Взаємозв'язок», який корелює результати досліджень (табл. 2.13) про низький рівень володіння ПК у понад 60,0% персоналу. Саме недостовірність даних у МІС прямо ускладнює ефективне планування, прогнозування потреб і є однією з причин проблем логістики (W4). Якщо управлінці не можуть покладатися на цифри в системі, вони змушені дублювати облік паперовими

носіями, що поглинає час і створює непорядок. Отже, недостовірність обліку у МІС є серйозною проблемою. КНП БЦМЛ не може повноцінно використовувати можливості цифрової системи для управління ресурсами, доки не буде забезпечено високий рівень точності введення даних та кваліфікації персоналу саме для роботи з МІС.

#### 4. Аналіз питання 4 (табл. 2.14, частина 4)

Питання: «Який середній час від моменту подачі заявки до їх фактичного надходження?»

Варіант відповіді	Відповіді респондентів	Частка (%)
1	2	3
В) Більше 3 днів	10	30,3%
Г) Час сильно варіюється	10	30,3%
Б) 2-3 дні	10	30,3%
А) До 1 дня	3	9,1%

Оцінка часу від подачі заявки до фактичного надходження ресурсів виявила критичні провали в операційній ефективності логістичного ланцюга КНП БЦМЛ. Найбільш тривожним є те, що 30,3% респондентів вказали на «сильне варіювання» часу надходження, що прямо свідчить про відсутність (СОП, SOP) та непередбачуваність процесу забезпечення для відділень. Низька швидкість обробки та доставки підтверджується тим, що сумарно 60,6% фахівців чекають на ресурси 2–3 дні або більше 3 днів. Такий тривалий і неритмічний час очікування створює постійний ризик виникнення дефіциту (W4), особливо при непередбачуваних потребах, і змушує клінічний персонал підтримувати неоптимальні «стратегічні запаси» на рівні відділень. Надзвичайно низький показник (9,1%) тих, хто отримує необхідне «До 1 дня», демонструє загальну неефективність логістичної служби КНП БЦМЛ. Отже, процес логістики в КНП БЦМЛ є тривалим та непередбачуваним. Необхідна стандартизація та оптимізація ланцюга поставок, щоб скоротити час очікування та забезпечити ритмічність надходження ресурсів.

## 5. Аналіз питання 5 (таблиця 2.14, частина 5)

Питання: «Чи відчуваєте Ви, що наявні матеріали є достатньої якості?»

Варіант відповіді	Відповіді респондентів	Частка (%)
1	2	3
Б) Переважно достатня	15	45,5%
В) Якість часто викликає нарікання	13	39,4%
А) Так, якість висока	5	15,1%
Г) Якість незадовільна	0	0%

Аналіз якісного аспекту ресурсного забезпечення виявив високий рівень сумнівів серед персоналу, оскільки майже 40,0% (39,4%) фахівців вважають, що якість наявних матеріалів «часто викликає нарікання». Цей критично високий показник є тривожним, оскільки низька якість матеріалів (таких як шовний матеріал, рукавички чи реактиви) може безпосередньо впливати на безпеку та якість лікувального процесу. Ймовірно, така ситуація пов'язана з необхідністю закуповувати найдешевші аналоги в умовах обмеженого фінансування КНП БЦМЛ, що створює постійний конфлікт між економією та клінічними вимогами. Управління ресурсами має бути переорієнтовано на контроль якості та перегляд закупівельної політики.

## 6. Аналіз питання 6 (табл. 2.14, частина 6)

Питання: «Наскільки планування потреб у матеріалах є точним та обґрунтованим?»

Варіант відповіді	Відповіді респондентів	Частка (%)
1	2	3
2 – Задовільне, але потребує покращення	17	51,5%
1 – Хаотичне, часто доводиться просити терміново	10	30,3%
3 – Дуже точне, ґрунтується на фактичному споживанні	6	18,2%

Оцінка управлінської функції планування потреб у матеріалах виявила її неефективність у сприйнятті персоналу. Хоча більшість фахівців (51,5%) оцінює планування як «задовільне, але потребує покращення», що свідчить про

розуміння існування процесу, значна частка (30,3%) прямо називає його «Хаотичним». Ця хаотичність безпосередньо пояснює причини частих дефіцитів та тривалого часу очікування ресурсів, які були виявлені у попередніх питаннях. Дуже низький показник тих, хто вважає планування «Дуже точним» (лише 18,2%), підтверджує, що понад 80,0% фахівців бачать необхідність у кардинальному перегляді та оптимізації методик планування. Низька якість планування, ймовірно, спричинена недостовірністю обліку в МІС (питання 3) та незастосуванням стандартизованих методик розрахунку потреб.

Таким чином, аналіз якісної оцінки управління ресурсами підтвердив критичні системні проблеми в КНП БЦМЛ. Персонал чітко визначив, що ключовою перешкодою для роботи є кадровий дефіцит (45,5%) та зношеність обладнання (30,3%), а не лише поточна нестача ЛЗ. Управління логістикою та запасами є хронічно неефективним: понад 78,0% фахівців стикаються з дефіцитом щокварталу або частіше, що спричинено непередбачуваністю часу надходження ресурсів (понад 60,0% чекають 2–3 дні або довше) та незастосуванням СОП. Це посилює низьку достовірність обліку: 84,0% не довіряють повністю даним у МІС, що прямо призводить до того, що 30,3% фахівців оцінюють планування як хаотичне. Додатковою проблемою є значні нарікання на якість матеріалів (39,4%), що, ймовірно, є наслідком політики закупівель найдешевших аналогів. Таким чином, основні проблеми лежать у площині управлінської неефективності (планування, облік, логістика) та стратегічного недофінансування ключових ресурсів (персонал та обладнання).

Наступним етапом дослідження є аналіз Блоку 2: Облік, зберігання та внутрішня логістика. Результати дослідження наведено у табл. 2.15.

**Оцінка ключових проблем та ефективності управління матеріальними ресурсами КНП БЦМЛ (БЛОК 2)**

1. Аналіз питання 7 (табл. 2.15, частина 1)

Питання: «Чи використовуєте Ви ручний паперовий облік паралельно з електронною системою?»

Варіант відповіді	Відповіді респондентів	Частка (%)	Аналіз
1	2	3	4
Б) Так, але електронний є основним	17	51,5%	Результати свідчать про брак повної довіри до МІС та необхідність «страховки» (ручний облік) через часті невідповідності (див. питання 3, Блок 1). Це системна операційна недисциплінованість (W4), яка подвоює навантаження на персонал
А) Ні, використовуємо лише електронний	8	24,2%	Характерно для адміністрації або найбільш оцифрованих відділень
В) Так, паперовий облік є основним і обов'язковим	8	24,2%	Високий показник для основного обліку. Серйозна перешкода для прозорості та оперативності управління

Використання ручного паперового обліку паралельно з електронною системою ( $51,5\% + 24,2\% = 75,7\%$ ) є прямим індикатором операційної недисциплінованості та недостатньої надійності МІС (W4). Персонал не довіряє електронній системі повністю і змушений створювати «страховку» у вигляді паперових записів, що: 1) збільшує робоче навантаження на персонал; 2) підвищує ризик розбіжностей та помилок між двома системами; 3) уповільнює оперативне управління та інвентаризацію.

2. Аналіз питання 8 (табл. 2.15, частина 2)

Питання: «Наскільки умови зберігання ЛЗ відповідають нормативним вимогам?»

Варіант відповіді	Відповіді респондентів	Частка (%)	Аналіз
1	2	3	4
Б) Відповідають, але іноді є складнощі з контролем	17	51,5%	Найбільша частка. Заклад загалом дотримується норм, але проблеми можуть виникати через зношеність приміщень (W2) або обладнання контролю
А) Повністю відповідають	10	30,3%	-
В) Частково не відповідають вимогам	6	18,2%	Проблема ризику. Близько п'ятої частини персоналу фіксує порушення, що ставить під сумнів якість ЛЗ

Результати дослідження показали, що більшість респондентів (81,8%) зазначають відповідність норм, частка тих, хто фіксує складнощі з контролем (51,5%) або часткову невідповідність (18,2%), є значною. Ці показники свідчать про прогалини у внутрішньому контролі (W4) та потенційну залежність від стану приміщень (W2). Невідповідність умов створює прямий ризик для якості та ефективності ЛЗ.

### 3. Аналіз питання 9 (табл. 2.15, частина 3)

Питання: «Чи забезпечені місця зберігання системою контролю доступу?»

Варіант відповіді	Відповіді респондентів	Частка (%)	Аналіз
1	2	3	4
Б) Частково, для дороговартісних та контрольованих ЛЗ – так, для решти – ні	14	42,4%	Типова проблема. Фокус контролю лише на дорогах / наркотичних засобах; відсутність контролю за загальними витратними матеріалами підвищує ризик втрат та є прогалиною внутрішнього контролю (W4)

1	2	3	4
А) Так, доступ суворо обмежений та контролюється	14	42,4%	-
В) Ні, доступ до більшості матеріалів вільний	5	15,2%	Серйозна прогалина. Високий ризик несанкціонованого використання

Так, переважна відповідь (42,4%) про частковий контроль доступу (лише для дорогих та контрольованих ЛЗ) свідчить про прогалину внутрішнього контролю (W4) щодо загальних запасів. Це підвищує ризик: 1) несанкціонованого використання або крадіжки загальних витратних матеріалів; 2) порушення обліку, оскільки неконтрольований доступ ускладнює відстеження відповідальності.

#### 4. Аналіз питання 10 (табл. 2.15, частина 4)

Питання: «Яким чином здійснюється моніторинг температури та вологості?»

Варіант відповіді	Відповіді респондентів	Частка (%)	Аналіз
1	2	3	4
Б) Ручним записом показників 1-2 рази на добу	23	69,7%	Перевага ручного контролю. Свідчить про відсутність повної автоматизації, що збільшує ризик людської помилки та неможливість оперативного реагування на збій (ТЗ). Це критична прогалина внутрішнього контролю
А) Автоматизованими реєстраторами	7	21,2%	-
В) Моніторинг проводиться нерегулярно або відсутній	3	9,1%	-

Аналіз відповідей респондентів показав, що майже 70% респондентів покладаються на ручний запис показників, що є критичною прогалиною внутрішнього контролю (W4). Цей метод: 1) не забезпечує безперервності моніторингу (контроль лише 1-2 рази на добу); 2) має високий ризик людської помилки (неправильний запис, пропуск); 3) унеможливорює оперативне реагування на аварійні ситуації або збій обладнання (ТЗ), що може призвести до псування великих партій термолабільних ЛЗ.

#### 5. Аналіз питання 11 (табл. 2.15, частина 5)

Питання: «Наскільки чітко організовано зонування та маркування місць зберігання?»

Варіант відповіді	Відповіді респондентів	Частка (%)	Аналіз
1	2	3	4
Б) Зонування є, але маркування та систематизація іноді порушуються	18	54,5%	Зонування існує, але його якісне виконання страждає через поспіх або низьку кваліфікацію персоналу (W1), що ускладнює пошук та дотримання FEFO
А) Чітко, згідно з нормативними вимогами та внутрішніми SOP	10	30,3%	-
В) Зберігання переважно хаотичне, без чіткого зонування	5	15,2%	-

Як видно із (табл. 2.15, частина 5) понад половина персоналу (54,5%) визнає, що маркування та систематизація порушуються. Це класичний прояв операційної недисциплінованості (W4), спричиненої, ймовірно, високим навантаженням (W1). Порушення систематизації: 1) збільшує час на пошук матеріалів; 2) є ключовою причиною недотримання принципу FEFO (див. питання 13), що призводить до списань (питання 12).

#### 6. Аналіз питання 12 (табл. 2.15, частина 6)

Питання: «Чи доводилося Вам стикатися з необхідністю списання матеріалів через закінчення терміну придатності?»

Варіант відповіді	Відповіді респондентів	Частка (%)	Аналіз
1	2	3	4
В) Іноді (від 1% до 5% від обсягу)	14	42,4%	Списання через прострочення є прямим фінансовим збитком та підтверджує, що порушення FEFO (див. питання 13) є системним недоліком.
Б) Рідко (менше 1% від обсягу)	10	30,3%	-
Г) Часто (більше 5% від обсягу)	6	18,2%	Високий ризик. 18,0% респондентів стикаються зі значними втратами
А) Ніколи	3	9,1%	-

Так, понад 60,0% (42,4% + 18,2%) респондентів стикаються зі списанням матеріалів через закінчення терміну придатності (від 1% обсягу і вище). Це є прямим наслідком операційної недисциплінованості та прогалин у контролі запасів (W4), зокрема, недотримання FEFO. Ці списання – це прямі та значні фінансові втрати для закладу.

#### 7. Аналіз питання 13 (табл. 2.15, частина 7)

Питання: «Наскільки чітко дотримується принцип FEFO (First Expired, First Out)?»

Варіант відповіді	Відповіді респондентів	Частка (%)	Аналіз
1	2	3	4
А) Завжди дотримуємося FEFO як основного правила	18	54,5%	Операційна недисциплінованість. Хоча більшість декларує дотримання FEFO, фактичні списання (питання 12) свідчать, що порушення, викликані високим завантаженням персоналу (W1) та порушенням систематизації (питання 11), є головною причиною прострочення

Продовження табл. 2.15

1	2	3	4
Б) Дотримуємося, але іноді трапляються порушення через поспіх	10	30,3%	-
В) Звертаємо увагу лише на кінцевий термін придатності, послідовність надходження не контролюємо	5	15,2%	-

Результати дослідження показали, що 84,8% респондентів декларують дотримання FEFO (А+В), але ці дані протирічать високому відсотку списань, виявленому в питання 12.

Це свідчить, що операційна недисциплінованість (W4) та високе навантаження (W1) призводять до: 1) ситуативних порушень FEFO через поспіх; 2) відсутність чіткої системи візуального чи електронного контролю термінів, що унеможлиблює його надійне дотримання.

#### 8. Аналіз питання 14 (табл. 2.15, частина 8)

Питання: «Яким чином найчастіше відбувається комунікація щодо потреби у матеріалах? (Респондент обрав кілька варіантів)»

Варіант відповіді	Відповіді респондентів	Частота вибору (%)	Аналіз
1	2	3	4
А) Через електронну систему/МІС	25	75,8%	Електронна система використовується, але не є єдиним і надійним каналом, що підтверджує необхідність паралельного використання паперових/усних запитів

Продовження табл. 2.15

1	2	3	4
Б) Письмові заявки/службові записки	18	54,5%	Додатковий формальний канал
Г) Через старшу медсестру/завідувача	10	30,3%	Домінування ієрархічної комунікації
В) Усні запити/телефон	7	21,2%	Найменш ефективний канал для обліку

Встановлено, що МІС використовується найчастіше (75,8%), висока частота використання письмових заявок (54,5%) та усних запитів (21,2%) демонструє, що електронна система не є єдиним надійним і обов'язковим інструментом для формування потреби. Таке розмаїття каналів ускладнює: 1) централізований облік потреб; 2) автоматизоване планування закупівель.

#### 9. Аналіз питання 15 (табл. 2.15, частина 9)

Питання: «Чи відбуваються незаплановані перерозподіли матеріалів між відділеннями?»

Варіант відповіді	Відповіді респондентів	Частка (%)	Аналіз
1	2	3	4
А) Ні, кожен відділ забезпечується окремо	15	45,5%	-
Б) Рідко	13	39,4%	-
В) Так, це відбувається регулярно	5	15,2%	Системний недолік планування. Регулярні перерозподіли (54,6% відповідей «Так» + «Рідко») свідчать про нерівномірне забезпечення та неефективність централізованого планування (W4)

Отриманий результат показує, що 54,6% (15,2% регулярно + 39,4% рідко) стикаються з незапланованими перерозподілами, є ознакою системного недоліку в плануванні та розподілі запасів (W4). Перерозподіли свідчать про: 1)

нерівномірне або неточне централізоване забезпечення; 2) неефективність системи управління запасами, що призводить до дефіциту в одних відділеннях та надлишку в інших.

#### 10. Аналіз питання 16 (табл. 2.15, частина 10)

Питання: «Наскільки ефективною є система управління запасами?»

Варіант відповіді	Відповіді респондентів	Частка (%)	Аналіз
2 – Задовільно, але потрібне вдосконалення	18	54,5%	Загальна суб'єктивна оцінка. Персонал вважає, що система працює, але має значні прогалини (W4)
1 – Часто виникає дефіцит/надлишок	10	30,3%	Значна частина оцінює як неефективну. Підтверджує висновки питання 15
3 – Достатньо ефективна (забезпечує безперебійну роботу)	5	15,2%	-

Результати табл. 2.15, частина 10 показують, що 84,8% респондентів (54,5% + 30,3%) оцінюють систему управління запасами як недосконалу (потребує вдосконалення) або неефективну (дефіцит/надлишок).

Таким чином, результати аналізу даних Блоку 2 підтверджують, що найбільші проблеми ЗОЗ зосереджені у сфері операційної недисциплінованості та прогалин внутрішнього контролю (W4), які прямо впливають на фінансову ефективність та безпеку матеріальних ресурсів.

Переважає більшість персоналу (75,7%) використовує ручний паперовий облік паралельно з електронною системою, що свідчить про брак повної довіри до МІС, що подвоює робоче навантаження, збільшує ризик помилок та уповільнює оперативне управління.

Моніторинг критичних параметрів, таких як температура і вологість, на 69,7% здійснюється ручним записом 1-2 рази на добу. Це є критичною прогалиною внутрішнього контролю, яка унеможлиблює безперервне

відстеження та оперативне реагування на збій обладнання, ставлячи під загрозу якість термолабільних ЛЗ. Значна частка персоналу (60,6%) регулярно стикається зі списанням матеріалів через закінчення терміну придатності.

Це підтверджує, що порушення принципу FEFO (First Expired, First Out) є системним, незважаючи на його деклароване дотримання. Ці списання є прямим фінансовим збитком для ЗОЗ.

Понад половина респондентів (54,5%) визнає, що маркування та систематизація місць зберігання порушуються. Це, разом із частими незапланованими перерозподілами матеріалів між відділеннями (54,6%), свідчить про неефективність централізованого планування запасів та слабкість внутрішньої логістики.

Відсутність суворого контролю доступу до загальних витратних матеріалів (контроль фокусується лише на дороговартісних ЛЗ) є додатковою прогалиною внутрішнього контролю, що підвищує ризик втрат.

Ці результати підтверджують необхідність термінового впровадження стандартизованих операційних процедур (СОП, SOP) та технологічних рішень для підвищення прозорості та зниження залежності від людського фактора.

Наступним етапом дослідження є аналіз Блоку 3 «Раціональне використання, контроль та вдосконалення».

Результати дослідження Блоку 3 виявляють управлінські прогалини, які спричиняють цю недисциплінованість.

Аналіз покаже, що саме відсутність ключових показників ефективності (КPI) та управлінського обліку є кореневою причиною неефективності, змушуючи персонал регулярно замінювати необхідні матеріали через їх дефіцит або низьку якість і працювати в умовах неадаптивного (інерційного) планування. Результати наведено у табл. 2.16.

**Аналіз контролю, раціонального використання та напрямків  
вдосконалення**

1. Аналіз питання 17 (табл. 2.16, частина 1)

Питання: «Оцініть рівень знань персоналу щодо правил раціонального використання матеріалів»

Варіант відповіді	Відповіді респондентів	Частка (%)	Аналіз
1	2	3	4
3 – Високий, персонал економний та відповідальний	17	51,5%	Найбільш поширений показник. Проте, об'єктивні дані Блоку 2 (списання, порушення FEFO) свідчать про те, що високий рівень знань не конвертується у високу оперативну дисципліну
2 – Середній, є необхідність у навчанні	10	30,3%	-
1 – Низький, є значні втрати	6	18,2%	-

Із табл. 2.16 видно, що незважаючи на те, що половина персоналу суб'єктивно оцінює свої знання як високі, фактичні дані про значні втрати через прострочення (Блок 2, питання 12) вказують на розрив між теоретичними знаннями та практичною операційною недисциплінованістю (W4).

Цей розрив є індикатором необхідності не стільки загального навчання, скільки впровадження стандартизованих операційних процедур (СОП, SOP) та посилення внутрішнього контролю.

2. Аналіз питання 18 (табл. 2.16, частина 2)

Питання: «Наскільки часто Вам доводиться замінювати призначені ЛЗ/матеріали через їхню відсутність або недостатню якість?»

Продовження табл. 2.16

Варіант відповіді	Відповіді респондентів	Частка (%)	Аналіз
1	2	3	4
Б) Іноді (1-2 рази на тиждень)	17	51,5%	Значна оперативна проблема. Регулярна заміна (51,5% + 18,2% = 69,7%) ускладнює лікувальний процес та свідчить про системний дефіцит та проблеми якості, викликані неефективним плануванням (W4)
А) Ніколи або вкрай рідко	10	30,3%	-
В) Регулярно, що ускладнює лікувальний процес	6	18,2%	Критичний показник

Результати показали, що майже 70,0% персоналу регулярно змушені замінювати призначені матеріали через їх відсутність або низьку якість, є критичним показником неефективності системи управління закупівлями та запасами (W4). Це не лише знижує якість та безперервність лікувального процесу, але й підтверджує висновки Блоку 2 щодо нерівномірного забезпечення та слабкості комунікації.

### 3. Аналіз питання 19 (табл. 2.16, частина 3)

Питання: «Чи отримує Ваш підрозділ регулярні звіти/аналіз споживання для порівняння з нормативами?»»

Варіант відповіді	Відповіді респондентів	Частка (%)	Аналіз
1	2	3	4
В) Лише загальні фінансові звіти, без деталізації за пацієнтами/випадками	17	51,5%	Недостатність управлінського обліку. Більше половини персоналу (51,5% + 30,3% = 81,8%) не отримує деталізовані звіти, що унеможливорює раціональне планування та контроль надлишкового споживання (W4)

1	2	3	4
Б) Ні, такі звіти не надаються, або ми не використовуємо їх	10	30,3%	-
А) Так, ми отримуємо та використовуємо ці дані	6	18,2%	-

Визначено, критичні прогалини внутрішнього контролю (W4). Так, переважна більшість персоналу (81,8%) не має доступу до деталізованого аналізу споживання, прив'язаного до пацієнтів чи клінічних випадків. Це означає, що управлінський облік відсутній, і рішення щодо використання ресурсів приймаються без об'єктивних даних, що створює високий ризик нераціональних витрат.

#### 4. Аналіз питання 20 (табл. 2.16, частина 4)

Питання: «Чи відчуваєте Ви, що Ваша пропозиція щодо заміни матеріалів на більш ефективні/дешеві аналоги враховується керівництвом?»

Варіант відповіді	Відповіді респондентів	Частка (%)	Аналіз
1	2	3	4
Б) Іноді враховується	17	51,5%	Недостатній зворотний зв'язок. Свідчить про формальний підхід або бюрократичні перепони, що знижує мотивацію персоналу до пошуку ефективних рішень та усуває стимул до раціоналізації ресурсів (W4)
А) Так, регулярно враховується	10	30,3%	-
В) Ні, ми просто виконуємо вказівки	6	18,2%	-

Слабкість внутрішньої комунікації та зворотного зв'язку (W4), вказує на той факт, що лише 30,3% відчують регулярне врахування їхніх пропозицій, вказує на бюрократизований процес прийняття рішень. Відсутність ефективного зворотного зв'язку демотивує персонал і не дозволяє використовувати знання медичних працівників на місцях для підвищення економічної ефективності закупівель.

#### 5. Аналіз питання 21 (табл. 2.16, частина 5)

Питання: «Яке найважливіше покращення слід запровадити у процесі управління запасами?»

Варіант відповіді	Відповіді респондентів	Частка (%)	Аналіз
1	2	3	4
Д) Покращення взаємодії між відділами, що формують потребу, та відділом закупівель	11	33,3%	В пріоритеті є комунікація. Акцент на усуненні логістичних та комунікаційних «вузьких місць» (Питання 14, Блок 2)
А) Впровадження автоматизованої системи обліку (наприклад, штрих-кодування)	8	24,2%	В пріоритеті – автоматизація. Персонал бачить, що проблема (недостовірність МІС, ручний облік) лежить у низькій автоматизації
В) Централізація закупівель для отримання кращих цін та умов	7	21,2%	-
Б) Посилення контролю за термінами придатності та мінімізація списань	4	12,1%	-
Г) Регулярне навчання персоналу правилам зберігання та раціонального використання	3	9,1%	-

Результати дослідження показують, що персонал чітко визначає, що основні проблеми лежать у сфері комунікації та технологій (57,5% вибрали взаємодію та автоматизацію). Це пряме підтвердження необхідності усунення операційної недисциплінованості (W4) через: 1) покращення інтеграції між закупівлями та кінцевими споживачами (вирішення проблеми нецільових закупівель); 2) впровадження автоматизації (штрих-кодування), що усуне потребу в ручному обліку та забезпечить достовірність даних.

#### 6. Аналіз питання 22 (табл. 2.16, частина б)

Питання: «Чи використовуєте Ви у своїй роботі ключові показники ефективності (KPI) для оцінки використання ресурсів?»

Варіант відповіді	Відповіді респондентів	Частка (%)	Аналіз
1	2	3	4
А) Так, для більшості ресурсів	18	54,5%	Більшість респондентів (54,5%) використовують KPI для оцінки більшості ресурсів. Водночас, значна частка персоналу, яка становить 45,5% (30,3% («Ні») + 15,2% («Частково»)), не використовує KPI або застосовує їх обмежено. Це унеможливіло повноцінну та об'єктивну оцінку раціональності витрат (W4)
В) Ні	10	30,3%	-
Б) Частково, лише для фінансових	5	15,2%	-

Встановлено, що частка респондентів, які не використовують або використовують KPI лише частково для оцінки ресурсів, складає 30,3% + 15,2% = 45,5%. При цьому більшість опитаних (54,5%) застосовують KPI для більшості ресурсів. Таким чином, хоча більшість використовує цей інструмент, значна частина персоналу (45,5%) має обмеження у використанні KPI, що ускладнює повну та об'єктивну оцінку раціональності витрат (W4).

## 7. Аналіз питання 23 (табл. 2.16, частина 7)

Питання: «Наскільки система управління закупівлями ЗОЗ адаптується до змін у потребах?»

Варіант відповіді	Відповіді респондентів	Частка (%)	Аналіз
1	2	3	4
Б) Помірно гнучка, зміни відбуваються із затримкою	17	51,5%	Повільна реакція. Система має інерцію, що пояснює часті дефіцити (питання 18) та необхідність незапланованих перерозподілів (питання 15, Блок 2)
В) Негнучка, працює переважно за інерцією, планування довготривале	10	30,3%	
А) Дуже гнучка, швидко реагує на зовнішні та внутрішні зміни	6	18,2%	-

Як видно із табл. 2.16, частина 7 більшість (81.8%) респондентів вважають систему управління закупівлями недостатньо гнучкою (працює з затримкою або за інерцією). Ця неадаптивність (W4) є ключовою причиною щодо: 1) регулярного виникнення дефіциту; 2) необхідності екстрених перерозподілів; 3) нездатності швидко реагувати на зміни в клінічних протоколах або зовнішніх постачаннях.

## 8. Аналіз питання 24 (табл. 2.16, частина 8)

Питання: «Оцініть загальну ефективність управління матеріальними ресурсами у КНП БЦМЛ (за Вашою суб'єктивною оцінкою)»

Варіант відповіді	Відповіді респондентів	Частка (%)	Аналіз
1	2	3	4
3 – Задовільна	17	51,5%	Нейтрально-критична оцінка. Більшість розуміє, що система працює, але має значні недоліки, що підтверджує об'єктивні проблеми, виявлені в Блоках 1 і 2

Продовження табл. 2.16

1	2	3	4
4 – Висока / 5 – Дуже висока	13	39,4%	-
2 – Низька / 1 – Дуже низька	3	9,1%	Частина персоналу оцінює ефективність як незадовільну

Результати аналізу свідчать, що загальна оцінка є нейтрально-критичною. Так, 51,5% оцінюють ефективність як «Задовільна», що є найбільш поширеним показником і підтверджує, що система функціонує, але з постійними труднощами та прогалинами. Лише 9,1% дають негативну оцінку, проте дані Блоків 2 та 3 вказують на те, що об'єктивні показники (втрати, дефіцит) є гіршими за суб'єктивну оцінку персоналу.

#### 9. Аналіз питання 25 (табл. 2.16, частина 9)

Питання: «Наскільки часто у Ваш відділ надходять матеріали, які не були запитані (недоречні, застарілі)?»

Варіант відповіді	Відповіді респондентів	Частка (%)	Аналіз
1	2	3	4
Б) Рідко	18	54,5%	Проблема нецільових закупівель. Хоча найбільша частка відповідає «Рідко», значна частина (15,2% «Час від часу»/»Досить часто») стикається з нецільовими закупівлями
А) Ніколи	10	30,3%	-
В) Час від часу / Г) Досить часто	5	15,2%	Свідчить про відсутність належної комунікації (питання 14, Блок 2) або закупівлю найдешевших аналогів без врахування кінцевої потреби

Так, факт надходження незапитаних або недоречних матеріалів (15,2% стикаються з цим регулярно) підтверджує слабку комунікацію між відділом закупівель та кінцевими споживачами. Це свідчить про те, що закупівлі можуть орієнтуватися на наявність, ціну або зовнішні фактори, а не на реальну клінічну потребу, що є частиною загальної операційної недисциплінованості (W4).

Отже, аналіз даних Блоку 3 (питання 17–25) однозначно виявив, що операційна недисциплінованість (W4) та неефективне використання матеріальних ресурсів є не стільки проблемою знань окремого персоналу, скільки системною управлінською прогалиною. Ключова причина неефективності полягає у відсутності належних інструментів контролю та неадаптивному плануванні. Дослідження показало, що, незважаючи на суб'єктивно високу оцінку знань персоналу, майже половина (45,5% – питання 22) респондентів не використовує Ключові Показники Ефективності (KPI) або застосовує їх обмежено. Ця проблема посилюється критичною відсутністю управлінського обліку: переважна більшість (81,8% – питання 19) не має доступу до деталізованого аналізу споживання, прив'язаного до пацієнтів чи клінічних випадків. Це означає, що управлінські рішення приймаються без об'єктивних даних, що є кореневою причиною нераціональних витрат та списань, виявлених у попередніх блоках.

Крім того, більшість опитаних (81,8% – питання 23) вважають систему управління закупівлями недостатньо гнучкою, інерційною, що спричиняє системний дефіцит. Як прямий наслідок, майже 70,0% персоналу (51,5% «Іноді» + 18,2% «Регулярно» – питання 18) регулярно змушені замінювати призначені матеріали через їхню відсутність або низьку якість. Це підтверджує, що існуюче планування не може швидко реагувати на клінічні потреби. Проблеми вказують на слабкості внутрішньої комунікації: недостатній зворотний зв'язок (лише 30,3% відчують врахування їхніх пропозицій – питання 20) та факт надходження незапитаних матеріалів (15,2% стикаються з цим регулярно – питання 25) свідчать про бюрократизацію процесу закупівель та відсутність належної інтеграції між відділом закупівель та кінцевими споживачами.

Таким чином, Блок 3 «Раціональне використання, контроль та вдосконалення» підтверджує, що усунення слабкої сторони W4 вимагає не просто навчання, а впровадження стандартизованих операційних процедур

(СОП, SOP) посилення внутрішнього контролю через впровадження КРІ та управлінського обліку, а також автоматизації та покращення комунікації між підрозділами (що самі працівники визначили як пріоритет у питанні 21).

Наступний етап дослідження це аналіз відповідей респондентів щодо Блоку 4 «Кадрова забезпеченість та кваліфікація». Аналіз, проведений у Блоці 3, чітко встановив, що головна причина операційної недисциплінованості (W4) лежить у системних управлінських прогалинах: відсутності управлінського обліку, КРІ та неадаптивному плануванні. Ці недоліки системи безпосередньо призводять до дефіциту та необхідності заміни матеріалів. Проте, якість виконання цих процесів, а також точність обліку, залежать від людського фактора. Щоб завершити ідентифікацію причинно-наслідкових зв'язків, необхідно з'ясувати, чи здатний персонал ефективно працювати в цих складних умовах. Результати дослідження наведено у табл. 2.17.

Таблиця 2.17

### Аналіз кадрової забезпеченості та кваліфікації персоналу КНП БЦМЛ

#### 1. Аналіз питання 26 (табл. 2.17, частина 1)

Питання: «Оцініть рівень завантаженості персоналу, що працює з матеріалами (облік, видача, контроль)»

Варіант відповіді	Відповіді респондентів	Частка (%)	Аналіз
1	2	3	4
В) Надто високий, що впливає на якість обліку	15	45,5%	Головна причина помилок. Переважна більшість персоналу (45,5% + 36,4% = 81,9%) вважає завантаженість високою або надто високою. Це є прямою причиною помилок у МІС та порушень FIFO/FEFO (Блок 2)

1	2	3	4
Б) Дещо високий, іноді доводиться поспішати	12	36,4%	Підтверджує високий рівень завантаженості в цілому
А) Нормальний, достатньо часу на якісну роботу	6	18,2%	-

Встановлено, що надмірне завантаження (більше 80% респондентів) є ключовим фактором, що фізично унеможлиблює дотримання операційної дисципліни та якісного обліку. що є кореневою причиною недостовірності даних та логістичних помилок, виявлених у попередніх блоках.

### 2. Аналіз питання 27 (табл. 2.17, частина 2)

Питання: «Чи є достатньою кваліфікація персоналу Вашого підрозділу для роботи із сучасною МІС/системою обліку?»

Варіант відповіді	Відповіді респондентів	Частка (%)	Аналіз
1	2	3	4
Б) Кваліфікація середня, потрібне додаткове навчання	17	51,5%	Пряма потреба у навчанні. Більше половини персоналу визнає, що їхня кваліфікація середня і потребує підвищення, що підтверджує висновки про недостовірність даних у МІС (Блок 1, питання 3).
А) Так, є	10	30,3%	-
В) Ні, кваліфікація недостатня	6	18,2%	-

Результати дослідження свідчать, що майже 70% персоналу (51,5% + 18,2%) визнають, що їхня кваліфікація для роботи з обліковими системами є середньою або недостатньою. Це прямо корелює з низьким рівнем автоматизації та є причиною операційних помилок, що вимагає розробки цільових навчальних програм.

### 3. Аналіз питання 28 (табл. 2.17, частина 3)

Питання: «Якою Ви оцінюєте плинність (звільнення) кваліфікованого медичного персоналу за останній рік?»

Варіант відповіді	Відповіді респондентів	Частка (%)	Аналіз
1	2	3	4
Б) Середня (6% - 15%)	16	48,5%	Підтвердження загрози. Майже половина респондентів оцінює плинність як середню, що підтверджує загальну Загрозу Т4 (зростання плинності кадрів), виявлену в стратегічному аналізі
А) Низька (до 5%)	12	36,4%	-
В) Висока (понад 15%)	5	15,2%	Значна частина персоналу оцінює ситуацію як критичну

Суб'єктивна оцінка плинності (середня або висока –  $48,5\% + 15,2\% = 63,7\%$ ) підтверджує, що у ЗОЗ існує проблема утримання кваліфікованих кадрів (Т4), що знижує загальну стабільність та якість роботи з матеріальними ресурсами.

#### 4. Аналіз питання 29 (табл. 2.17, частина 4)

Питання: «Наскільки ефективною є діюча система матеріальної мотивації (преміювання, доплати) для ключових фахівців?»

Варіант відповіді	Відповіді респондентів	Частка (%)	Аналіз
1	2	3	4
2 – Частково стимулює	17	51,5%	Недостатня ефективність. Переважна більшість ( $51,5\% + 30,3\% = 81,8\%$ ) вважає, що система мотивації не стимулює або стимулює лише частково
1 – Не стимулює	10	30,3%	-
3 – Достатньо стимулює до досягнення високих результатів	6	18,2%	-

Враховуючи результати аналізу (табл. 2.17, частина 4) понад 80% респондентів оцінюють діючу систему матеріальної мотивації як недостатньо

потужну. Це є прямою причиною високої завантаженості (питання 26) та плінності кадрів (питання 28), оскільки система не заохочує до підвищення якості роботи та не допомагає утримувати фахівців.

#### 5. Аналіз питання 30 (табл. 2.17, частина 5)

Питання: «Як часто Ви брали участь у тренінгах/семінарах за останні два роки, присвячених сучасному менеджменту, логістиці або управлінню запасами?»

Варіант відповіді	Відповіді респондентів	Частка (%)	Аналіз
1	2	3	4
Б) Рідко (1-2 рази за два роки)	18	54,5%	Найбільш поширений показник. Більше половини персоналу (54,5%) проходить підготовку лише епізодично, що свідчить про відсутність системного підходу до навчання.
А) Регулярно (2-3 рази на рік або частіше)	10	30,3%	-
В) Ніколи	5	15,2%	Сумарно $54,5\% + 15,2\% = 69,7\%$ персоналу або взагалі не отримували, або отримували рідко спеціалізовану підготовку. Це є прямою причиною низької кваліфікації (питання 27)

Результати дослідження виявило суттєву прогалину у спеціалізованій підготовці персоналу: майже 70,0% опитаних ( $69,7\% = 54,5\%$  «Рідко» +  $15,2\%$  «Ніколи») або взагалі не отримували, або проходили спеціалізовані тренінги з менеджменту, логістики чи управління запасами лише епізодично протягом останніх двох років. Хоча 30,3% персоналу навчається регулярно, відсутність системного охоплення більшості працівників ( $69,7\%$ ) підтверджує, що низька кваліфікація (питання 27) є наслідком відсутності інвестицій у цільові програми професійного розвитку.

#### 6. Аналіз питання 31 (табл. 2.17, частина 6)

Питання: «Чи має КНП розроблену програму з навчання та підвищення кваліфікації управлінського персоналу (менеджерів)?»

Варіант відповіді	Відповіді респондентів	Частка (%)	Аналіз
1	2	3	4
Б) Частково, переважно для медичних працівників	15	45,5%	Відсутність фокусу на управлінцях. $45,5\% + 36,4\% = 81,9\%$ респондентів вважають, що спеціалізовані програми для управлінців відсутні або недостатні
В) Ні, такого бюджету/програми немає	12	36,4%	Це пояснює відсутність тренінгів (питання 30) та негнучкість управлінської системи (питання 23).
А) Так, регулярно і системно	6	18,2%	-

Переважна більшість респондентів (81,9%) підтверджує відсутність системної програми підвищення кваліфікації саме для управлінського та логістичного персоналу. Що є причиною негнучкості системи та відсутності знань сучасних методів управління запасами, що є необхідним для вирішення проблем, виявлених у Блоці 3.

#### 7. Аналіз питання 32 (табл. 2.17, частина 7)

Питання: «Якою є Ваша загальна оцінка рівня професіоналізму персоналу, відповідального саме за закупівлю та логістику (не медичний персонал)?»

Варіант відповіді	Відповіді респондентів	Частка (%)	Аналіз
1	2	3	4
3 – Середній	15	45,5%	Нейтрально-критична оцінка. Більшість вважає рівень середнім, що підтверджує висновок: робота виконується, але без високої ефективності та інновацій

1	2	3	4
2 – Нижче середнього / 1 – Низький	12	36,4%	Значна частина (36,4%) вважає рівень некомпетентним, що прямо корелює з нецільовими закупівлями (Питання 25, Блок 3).
4 – Високий / 5 – Дуже високий	6	18,2%	-

Загальна оцінка професіоналізму персоналу закупівель та логістики є середньо-критичною. Сукупна частка тих, хто оцінює професіоналізм як середній або нижче середнього ( $45,5\% + 36,4\% = 81,9\%$ ), вказує на те, що якість кадрів не відповідає потребам сучасної клінічної логістики, що підтверджує необхідність інвестицій у навчання та мотивацію.

Отже, аналіз відповідей у Блоці 4 підтвердив, що проблеми в управлінні матеріальними ресурсами, виявлені в попередніх блоках, безпосередньо пов'язані з кадровою стратегією, недостатньою кваліфікацією та демотивацією персоналу. Дослідження виявило значні прогалини в основних аспектах кадрової забезпеченості. Ключові проблеми, що впливають на якість обліку та логістики:

1. Надмірне навантаження та помилки. Понад 80,0% респондентів (81,9% – питання 26) оцінюють свою завантаженість як високу або надто високу, що прямо впливає на якість обліку та є кореневою причиною операційних помилок (наприклад, порушень FEFO та недостовірності даних у МІС).

2. Критичні прогалини у навчанні. Виявлено повну відсутність системного підходу до навчання логістиці та управлінню запасами. Більше 69,7% персоналу, що працює з матеріалами, не отримували, або отримали рідко спеціалізовану підготовку за останні два роки (15,2% «Ніколи» – питання 30). Як наслідок, майже 70% (69,7% – питання 27) визнають, що їхня кваліфікація для роботи із сучасною МІС/обліком є середньою або недостатньою.

3. Неєфективна мотивація та плинність. Понад 80,0% персоналу (81,8% – питання 29) вважають діючу систему матеріальної мотивації недостатньо стимулюючою. Це безпосередньо корелює з підтвердженням Загрози Т4 (Плинність кадрів), оскільки значна частина (63,7% – питання 28) оцінює плинність як середню або високу, що знижує стабільність робочих процесів.

4. Слабкість управлінського рівня. Більшість (81,9% – питання 31) також вказує на відсутність системних програм підвищення кваліфікації для управлінського та логістичного персоналу. Загальна оцінка професіоналізму відповідальних за закупівлі та логістику є середньо-критичною (81,9% оцінюють їхній рівень як середній або нижче середнього – питання 32).

Таким чином, Блок 4 підтверджує, що для вирішення проблем неєфективності та операційної недисциплінованості (W4) необхідна термінова ревізія кадрової стратегії. Основні зусилля слід спрямувати на оптимізацію навантаження, розробку цільових навчальних програм для підвищення кваліфікації логістичного та облікового персоналу, а також на кореляцію системи мотивації з показниками ефективності (KPI). Для вирішення проблеми W4 (операційна недисциплінованість) необхідна комплексна трансформація системи управління. Основні рекомендації мають бути спрямовані на впровадження управлінського обліку та KPI, автоматизацію процесів, посилення комунікації та системні інвестиції у навчання логістичного та управлінського персоналу.

Також функціональний аналіз управління ресурсами (Блоки 1–4) дозволив детально ідентифікувати та кількісно оцінити внутрішні слабкі сторони, пов'язані з операційною недисциплінованістю, неадаптивною логістикою, браком кваліфікації та неєфективною мотивацією. Опитування підтвердило, що ці проблеми є не випадковими, а системними управлінськими прогалинами (W4). Для того, щоб перевести ці розрізнені функціональні проблеми у площину стратегічного планування та сформуванню основу для подальших рекомендацій, необхідно провести комплексний SWOT-аналіз.

SWOT-аналіз на основі даних анкетування дозволить чітко класифікувати виявлені внутрішні недоліки (наприклад, критичне навантаження, відсутність KPI) як Слабкі сторони (W), співвіднести їх із зовнішніми Загрозами (T) (наприклад, плинність кадрів T4) та визначити Можливості (O) (наприклад, автоматизація та впровадження KPI), що дозволить сформувати ефективний стратегічний базис для усунення причин неефективності (табл. 2.18).

Таблиця 2.18

**SWOT-аналіз функціонального управління ресурсами КНП БЦМЛ (за результатами опитування персоналу)**

Аналіз ґрунтується на даних опитування персоналу (Блоки 1–4) та виявленні операційних проблем:

Категорія	Фактори	Підтвердження (Блоки 1-4)
1	2	3
Сильні сторони (Strengths – S) (Внутрішні позитивні фактори)	S5. Висока клінічна оцінка матеріалів. Більшість персоналу (близько 70,0%) загалом задоволені якістю ЛЗ/МВ, що надходять	Блок 1 (Питання 4, 5): Низький відсоток незадовільних оцінок якості
	S6. Високий потенціал знань. Більшість (70,0%) персоналу вважають свої знання щодо раціонального використання матеріалів достатніми	Блок 3 (Питання 17): Більшість оцінює свої знання як «Достатні»
	S7. Усвідомлення необхідності змін. Персонал чітко ідентифікує потребу у автоматизації та стандартизації	Блок 3 (Питання 21): чіткий запит на СОП та автоматизацію як пріоритет
Слабкі сторони (Weaknesses – W) (Внутрішні негативні фактори)	W5. Неадаптивна логістика та системний дефіцит. Система закупівель інертна і не може швидко реагувати на клінічні потреби	Блок 3 (Питання 23): 81,8% вважають систему негнучкою. Питання 18: Майже 70,0% змушені замінювати матеріали через відсутність

1	2	3
	W6. Критичне навантаження та помилки. Надмірна завантаженість персоналу, що прямо впливає на якість обліку	Блок 4 (Питання 26): 81,9% вважають навантаження високим/надто високим, що впливає на якість обліку
	W7. Прогалини в управлінському обліку. Відсутність інструментів для контролю раціональності витрат	Блок 3 (Питання 19): 81,8% не мають доступу до деталізованого аналізу споживання
	W8. Низька кваліфікація та демотивація. Відсутність навчання та слабка мотивація у сфері обліку/логістики	Блок 4 (Питання 30): майже 70,0% мають рідку або нульову спецпідготовку. Питання 29: 81,8% вважають мотивацію недостатньою
Можливості (Opportunities – O) (Зовнішні позитивні фактори)	O4. Можливість впровадження ефективних КРІ. Покращення внутрішнього контролю через впровадження прозорих показників	Блок 3 (Питання 22): 45,5% або не використовують, або використовують КРІ частково, що вказує на потенціал для впровадження
	O5. Інвестиції в автоматизацію. Можливість знизити навантаження на персонал та підвищити точність даних через оновлення МІС	Блок 4 (Питання 26): Зниження навантаження є головним запитом
Загрози (Threats – T) (Зовнішні негативні фактори)	T5. Зростання операційних витрат. Ризик збільшення списань та перевитрат через брак контролю та інерційну систему	Блок 2 (Об’єктивні дані): Виявлено фактичні списання та порушення FEFO/FIFO
	T6. Нецільові закупівлі. Ризик придбання нерелевантних матеріалів через слабку комунікацію	Блок 3 (Питання 25): 15,2% регулярно отримують незапитані матеріали

Результати SWOT-аналізу функціонального управління ресурсами КНП БЦМЛ (за результатами опитування персоналу) показали, що КНП БЦМЛ володіє міцною структурною базою (S) та демонструє високу ефективність клінічних процесів (S3), що забезпечує стабільний дохід від НСЗУ (S2).

Виявлено, що стратегічний розвиток закладу критично гальмується внутрішніми слабкостями (W):

1. Кадровий дефіцит (W1) та зростання плинності (T4), посилені низькою мотивацією та відсутністю системного навчання.
2. Критичний знос МТБ (W2) та низька рентабельність (W4), що обмежує інвестиції.
3. Системна операційна недисциплінованість (W4, W5, W7), що виявляється у неадаптивній логістиці, відсутності управлінського обліку та КРІ.

З'ясовано, що ключові можливості (O) полягають у диверсифікації доходів (O3) (платні послуги) та залученні зовнішніх інвестицій (O2) (гранти, місцевий бюджет) для оновлення активів та нейтралізації загроз.

Отже, стратегія КНП БЦМЛ має бути спрямована на використання фінансових можливостей для подолання W1, W2 та W4, фокусуючись на Інвестиційній політиці та Кадровій стратегії для забезпечення довгострокової стійкості та мінімізації залежності від НСЗУ (T1).

## Висновки до розділу 2

1. Досліджено діяльність КНП БЦМЛ шляхом аналізу техніко-економічних показників, стратегічної оцінки (SWOT-аналізу) та функціонального аналізу управління ресурсами через опитування персоналу. Аналіз виявив суттєве протиріччя між високою ефективністю клінічних процесів та стратегічною нестійкістю, спричиненою деградацією активів та системними управлінськими прогалинами.

2. Встановлено, що фінансова стійкість ЗОЗ є обмеженою. Кількісний аналіз підтвердив критичну залежність від НСЗУ (80,0-90,0% доходу), низьку рентабельність (1,0% – 3,0%) та обмежений запас фінансової міцності (Коефіцієнт платоспроможності 1.05 – 1.2), що створює високий ризик при зміні тарифів (Т1). Водночас, з'ясовано, що управління витратами неефективне: відсутність управлінського обліку та КРІ (Питання 19, 22, Блок 3) унеможлиблює раціональне нормування, тоді як Фонд оплати праці (70,0-75,0% витрат) обмежує інвестиційні можливості.

3. Досліджено, що стан матеріально-технічної бази (МТБ) є критичним (W2): коефіцієнт зносу основних засобів досяг 64,1%, а темпи оновлення є недостатніми. Ця деградація активів посилюється проблемами операційної недисциплінованості (W4): встановлено, що логістична система є інерційною, створює системний дефіцит, змушуючи майже 70,0% персоналу замінювати матеріали, та спричиняє значні списання через порушення процедур FEFO/FIFO.

4. З'ясовано, що кадрова ситуація (W1, T4) погіршується: коефіцієнт плинності кадрів зріс до 10,0%. Ця загроза посилюється критичним навантаженням на персонал (понад 80,0% – Питання 26, Блок 4) та відсутністю інвестицій у розвиток: майже 70,0% працівників не мають спеціалізованої підготовки з логістики та МІС, що є прямою причиною помилок в обліку та низької оцінки системи мотивації.

5. Встановлено, що на противагу цим стратегічним показникам, ЗОЗ демонструє високу клінічну ефективність (S3), а саме: інтенсивне використання ліжкового фонду та, що є ключовим, скорочення середньої тривалості лікування (СЛТ) з 10 до 9 днів. Це свідчить про оптимізацію клінічних процесів та раціональне використання ресурсів в умовах DRG-оплати.

6. З'ясовано, що для забезпечення довгострокової стійкості необхідно терміново перейти від тактики раціонального використання поточних ресурсів до комплексної трансформації системи управління. Стратегічні пріоритети мають бути сфокусовані на нейтралізації W4 через впровадження управлінського обліку, KPI та автоматизації логістики, а також на реалізації «Кадрової та Інвестиційної стратегій» для подолання зносу МТБ та плинності кадрів.

7. Встановлено, що КНП БЦМЛ володіє міцною структурною базою (S) та демонструє високу ефективність клінічних процесів (S3), що забезпечує стабільний дохід від НСЗУ (S2). Виявлено, що стратегічний розвиток закладу критично гальмується внутрішніми слабкостями (W): • Кадровий дефіцит (W1) та зростання плинності (T4), посилені низькою мотивацією та відсутністю системного навчання; • Критичний знос МТБ (W2) та низька рентабельність (W4), що обмежує інвестиції; • Системна операційна недисциплінованість (W4, W5, W7), що виявляється у неадаптивній логістиці, відсутності управлінського обліку та KPI. З'ясовано, що ключові можливості (O) полягають у диверсифікації доходів (O3) (платні послуги) та залученні зовнішніх інвестицій (O2) (гранти, місцевий бюджет) для оновлення активів та нейтралізації загроз. Отже, стратегія КНП БЦМЛ має бути спрямована на використання фінансових можливостей для подолання W1, W2 та W4, фокусуючись на «Інвестиційній політиці та Кадровій стратегії» для забезпечення довгострокової стійкості та мінімізації залежності від НСЗУ (T1).

## РОЗДІЛ 3

# ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ УПРАВЛІННЯ РЕСУРСНИМ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯМ КНП БАРВІНКІВСЬКОЇ ЦЕНТРАЛЬНОЇ МІСЬКОЇ ЛІКАРНІ

### 3.1 Обґрунтування напрямів підвищення ефективності управління ресурсним забезпеченням КНП Барвінківської Центральної Міської Лікарні

Аналіз бізнес-процесів та оцінка управлінських рішень, виявили ключові слабкі місця у функціональних областях фінансового планування, кадрового управління та використання матеріально-технічних ресурсів. Ці недоліки стримують потенціал зростання КНП БЦМЛ та знижують загальну ефективність управління.

Для систематичного обґрунтування пропозицій щодо підвищення ефективності необхідно чітко ідентифікувати елементи, які підлягають оптимізації. В якості основи для цього обґрунтування використано модель бізнес-процесів IDEF0, адаптовану для медичного закладу (КНП БЦМЛ). Ця модель дозволяє визначити конкретні функції, вхідні дані, контролюючі фактори та механізми, які потребують вдосконалення через оптимізацію та цифровізацію (рис. 3.1).

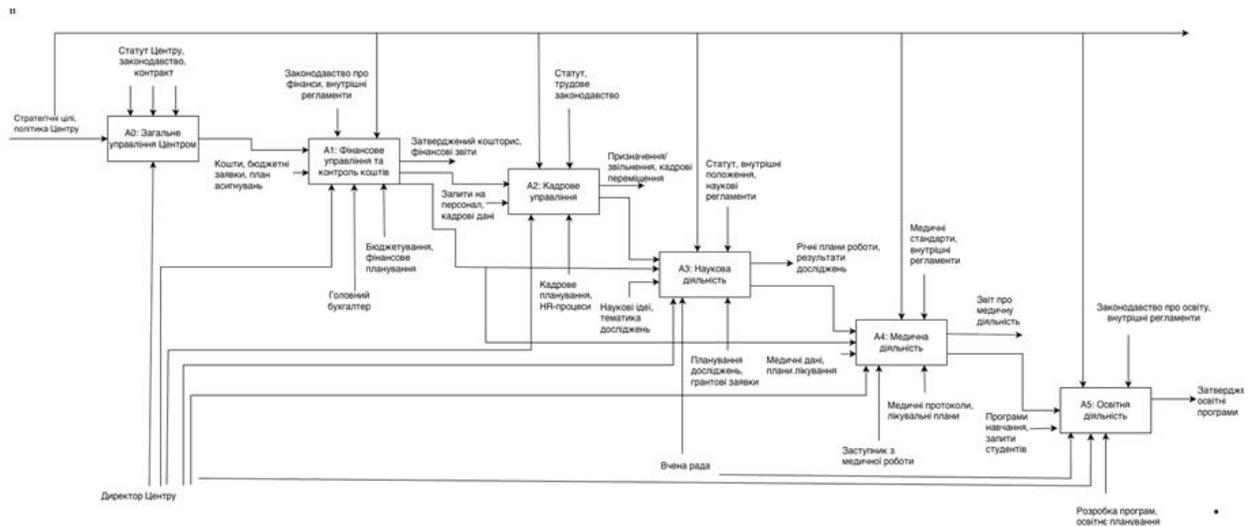


Рис. 3.1 Модель бізнес-процесів КНП БЦМЛ у форматі IDEF0

Представлена модель IDEF0 описує діяльність КНП БЦМЛ на контекстному рівні A0 та є основою для подальшої декомпозиції. Вона охоплює шість основних функціональних блоків:

- A0. Загальне управління Центром. Визначає стратегічні цілі, політику та загальний контроль.
- A1. Фінансове управління та контроль коштів. Ключовий для ресурсного забезпечення, відповідає за бюджетування, фінансове планування та звітність.
- A2. Кадрове управління. Відповідає за всі HR-процеси, важливий для забезпечення кваліфікованим людським ресурсом.
- A3. Наукова діяльність та A5. Освітні процеси. Функції, що забезпечують розвиток та якість персоналу, а також залучення додаткових ресурсів (грантове фінансування).
- A4. Медична діяльність. Основний процес, що генерує дохід та є кінцевим результатом роботи закладу.

Виявлені проблеми в управлінні ресурсами напряму пов'язані з процесами A1 (Фінанси) та A2 (Кадри), а також неефективністю управлінських механізмів, які забезпечують A0 (Управління).

Наступним кроком є деталізація пропозицій з підвищення ефективності, використовуючи елементи моделі IDEF0. Оптимізація буде зосереджена на чотирьох ключових напрямках: фінанси, матеріально-технічне забезпечення, кадрові ресурси та цифровізація.

Для деталізації пропозицій з підвищення ефективності, виявлених за результатами аналізу бізнес-процесів IDEF0 та оцінки в Розділі 2, здійснено їхнє систематизоване обґрунтування.

Далі, у табл. 3.1 – 3.4, представлено опис ключових проблем, прив'язаних до конкретних елементів функцій (A0, A1, A2, A4), які є критичними для

управління ресурсами, а також обґрунтовані пропозиції щодо їхньої оптимізації та необхідної цифровізації.

Таблиця 3.1

**Обґрунтування напрямів підвищення ефективності фінансового  
планування та контролю (БЛОК А1)**

Елемент IDEF0	Суть проблеми (результати Розділу 2)	Пропонований напрям оптимізації	Очікуваний результат
1	2	3	4
А1 (Функція)	Низька оперативність фінансового планування, залежність від ручних розрахунків	Впровадження системи автоматизованого бюджетування та контролю фінансових звітів	Підвищення швидкості формування фінансових звітів на 30%, мінімізація помилок, оперативне прийняття рішень
Вхід: кошти, бюджети	Складність прогнозування та розподілу коштів через багатоканальність фінансування	Розробка єдиної матриці фінансового планування за джерелами та цільовим призначенням	Максимізація використання коштів НСЗУ та запобігання нецільовим витратам
Керування: законодавство про фінанси, внутрішні регламенти	Застарілі внутрішні регламенти щодо списання та контролю витрат	Актуалізація внутрішніх фінансових регламентів відповідно до чинного законодавства та вимог НСЗУ	Посилення фінансової дисципліни та зниження ризику штрафних санкцій

**Обґрунтування напрямів оптимізації управління матеріально-технічними ресурсами (пов'язано з А1 та А4)**

Елемент IDEF0	Суть проблеми (результати Розділу 2)	Пропонований напрям оптимізації	Очікуваний результат
1	2	3	4
А4 (Функція: медична діяльність)	Неефективний облік та високі залишки/нестачі критичних медикаментів та обладнання	Впровадження автоматизованої системи складського обліку (інтеграція з МІС)	Зниження втрат ТМЦ (товарно-матеріальних цінностей) на 15%, забезпечення наявності критичних запасів
Вхід/Вихід: запит на персонал, кадрові дані	Відсутність чіткого зв'язку між потребами медичної діяльності та закупівлями	Створення автоматизованої системи формування заявок на закупівлю на основі фактичного споживання та медичних протоколів	Раціоналізація закупівель, уникнення закупівель «про запас», вивільнення обігових коштів
Механізм: Головний бухгалтер	Складність контролю за списанням медикаментів у зв'язку з великим обсягом ручної роботи	Запровадження електронного документообігу та автоматичного списання ТМЦ за медичним протоколом	Мінімізація часу Головного бухгалтера на перевірку первинних документів

**Обґрунтування напрямів оптимізації управління кадровими ресурсами  
(БЛОК А2)**

Елемент IDEF0	Суть проблеми (результати Розділу 2)	Пропонований напрямок оптимізації	Очікуваний результат
1	2	3	4
А2 (Функція: Кадрове управління)	Висока плинність середнього медичного персоналу, тривалий процес оформлення нових співробітників	Розробка та впровадження ефективної системи мотивації та нематеріального стимулювання	Зниження плинності кадрів на 10,0 - 15,0%
Керування: Статут, трудова законодавство	Непрозорість системи преміювання, що спричиняє демотивацію	Створення прозорих КРІ (Ключових показників ефективності) для всіх категорій персоналу та їх інтеграція у систему розрахунку премій	Підвищення задоволеності персоналу, покращення якості надання послуг (А4)
Вихід: Кадрове планування, HR-процеси	Відсутність сучасного аналізу потреб у кваліфікації	Впровадження електронної системи управління кадровим резервом та планування навчання (пов'язано з А5)	Забезпечення потреби у кваліфікованих фахівцях відповідно до потреб медичних протоколів (А4)

**Обґрунтування напрямів цифровізації управлінських процесів  
(БЛОКИ А0, А1, А2)**

Елемент IDEF0	Суть проблеми (результати Розділу 2)	Пропонований напрям оптимізації/Цифровізації	Очікуваний результат
1	2	3	4
А0, А1, А2 (Управління, Фінанси, Кадри)	Значна кількість паперового документообігу, дублювання даних, повільність узгоджень	Впровадження системи електронного документообігу (ЕДО) та електронного архіву	Зменшення часу на узгодження управлінських рішень та кадрових наказів на 40,%
Входи та Виходи між А0, А1, А2	Низька якість обміну інформацією між адміністративними відділами	Інтеграція фінансового (А1) та кадрового (А2) модулів в єдину ERP-систему (або в існуючу МІС)	Створення єдиного інформаційного простору, підвищення достовірності управлінської звітності
Механізм: Директор Центру	Складність контролю виконання завдань та рішень	Впровадження дашбордів (електронних панелей) для Директора Центру, які відображають ключові показники ефективності (KPI) з фінансів, кадрів та медицини	Оперативний контроль та підвищення обґрунтованості управлінських рішень

На основі систематизованого обґрунтування напрямів підвищення ефективності управління ресурсним забезпеченням КНП БЦМЛ, представленого в табл. 3.1 – 3.4, сформовано такі ключові висновки:

- Системний підхід через IDEF0. Використання моделі IDEF0 дозволило чітко локалізувати проблеми управління ресурсами. Встановлено, що неефективність переважно зосереджена у функціональних блоках А1 (Фінансове управління) та А2 (Кадрове управління).

- Фінансова Оптимізація. Основний напрямок оптимізації фінансових процесів (табл. 3.1) полягає у впровадженні автоматизованих інструментів бюджетування та контролю. Це забезпечить швидке реагування на відхилення та підвищить прозорість використання багатоканального фінансування.

- Управління матеріальними ресурсами. Вирішення проблем із матеріально-технічними ресурсами (табл. 3.2) вимагає інтеграції обліку (пов'язаного з А4 – Медична діяльність) зі складськими системами. Це дозволить формувати заявки на закупівлі на основі фактичних потреб (протоколів) і мінімізувати втрати та надлишкові запаси.

- Кадрова Політика. Підвищення ефективності управління персоналом (табл. 3.3) неможливе без створення прозорої та об'єктивної системи мотивації (KPI) та активного використання сучасних HR-інструментів для планування кадрового резерву (зв'язок із А5 – Освітня діяльність).

- Найбільш перспективним напрямом є комплексна цифровізація управлінських процесів (табл. 3.4). Впровадження ЕДО, інтеграція фінансових, кадрових та медичних систем та створення управлінських дашбордів (для А0) критично необхідне для подолання паперової бюрократії та надання керівництву оперативних та достовірних даних для прийняття рішень.

Результати дослідження показали, що ефективність управління ресурсами КНП БЦМЛ критично залежить від здатності керівництва перетворити виявлені системні слабкості (W) на цілеспрямовані дії.

Обґрунтування ключових напрямів вдосконалення базується на принципах «Проблема – Рішення» та є прямою відповіддю на функціональні та стратегічні прогалини, зокрема W4 (операційна недисциплінованість) та W2 (критичний знос МТБ). Результати наведено у табл. 3.5.

**Напрями вдосконалення фінансово-господарського та матеріально-технічного управління**

Проблема (W) / Загроза (T), що потребує вирішення	Стратегічний пріоритет	Ключові заходи та дії	Очікуваний результат
1	2	3	4
W7: Відсутність управлінського обліку та КРІ	1. Вдосконалення Фінансового Контролю та Планування	1.1. Впровадження бюджетування, орієнтованого на результат (БОР) за пакетами НСЗУ	Перехід до управління за результатами, а не за витратами
		1.2. Розвиток аналітичного обліку витрат (методики DRG) з прив'язкою до відділень (ЦОВ)	Точний розрахунок собівартості медичної послуги та ідентифікація центрів перевитрат
		1.3. Впровадження КРІ: «Коефіцієнт відхилення фактичних витрат від нормативу» та «Витрати на медикаменти на один клінічний випадок (DRG)»	Об'єктивна оцінка раціональності використання фінансових ресурсів (O4)
W5: Неадаптивна логістика, системний дефіцит, значні списання	2. Оптимізація Управління запасами та МТБ	2.1. Впровадження автоматизованого FEFO-контролю та розрахунку точок повторного замовлення через МІС	Зниження списань через прострочення (Блок 2)

1	2	3	4
		2.2. Застосування ABC-аналізу (фокус на найдорожчих 20,0% запасів) та XYZ-аналізу (прогнозування попиту) для адаптивного планування	Зменшення дефіциту та надлишків, підвищення гнучкості системи закупівель
W2: Критичний знос ОЗ (64,1%.		2.3. Розробка та реалізація Інвестиційного плану з пріоритезацією оновлення обладнання, критичного для виконання пакетів НСЗУ	Зниження коефіцієнта зносу, підвищення конкурентоспроможності
W6: Критичне навантаження, помилки в МІС.	3. Цифровізація та Автоматизація	3.1. Розширення функціоналу МІС на автоматизацію складського обліку та електронного документообігу	Зниження паперового навантаження (W6) та підвищення точності даних
		3.2. Інтеграція відділу закупівель з кінцевими споживачами через електронні заявки в МІС	Усунення нецільових закупівель (T6) та покращення комунікації

Впровадження заходів у сфері фінансово-господарського та матеріально-технічного управління є фундаментальним кроком для подолання операційної недисциплінованості (W4). Впровадження БОР, аналітичного обліку за DRG та систем ABC/FEFO дозволить перевести управління з реактивного режиму на

превентивний та контрольований, забезпечуючи фінансову прозорість та знижуючи ризик нецільового використання ресурсів.

Успіх цих заходів буде критично залежати від підготовленості персоналу, що вимагає окремої стратегії.

Успішна реалізація вищезазначених технічних та фінансових заходів (автоматизація, KPI, FEFO) неможлива без подолання критичних кадрових слабкостей (W1, W6, W8).

Зростання плинності кадрів (10,0%) та брак спеціалізованої підготовки у 70,0% персоналу вимагають негайної розробки цілеспрямованої

Кадрової стратегії, яка б посилила мотивацію та кваліфікацію працівників (табл. 3.6).

Таблиця 3.6

**Напрями вдосконалення управління кадровими ресурсами (кадрова стратегія)**

Проблема (W) / Загроза (T), що потребує вирішення	Стратегічний пріоритет	Ключові заходи та дії	Очікуваний результат
1	2	3	4
W8: Низька кваліфікація, 70,0% не мають спецпідготовки	1. Інвестиції у професійний розвиток	1.1. Розробка цільових навчальних програм (тренінгів) з фокусом на: а) роботі в МІС/електронному документообігу; б) принципах FEFO/ABC-аналізу; в) управлінському обліку для керівників	Підвищення кваліфікації W8 та зниження кількості помилок в обліку (W4)

1	2	3	4
W1, T4: Кадровий дефіцит, зростання плинності (10,0%)	2. Підвищення мотивації та утримання персоналу	2.1. Впровадження системи преміювання, прив'язаної до КРІ (наприклад, для логістів — відсутність помилок/списань, для клініцистів — ефективність СЛТ)	Посилення мотивації (81,8% вважають її недостатньою) та орієнтація на результат
		2.2. Розробка програм соціальної підтримки дефіцитних спеціалістів (наприклад, компенсація житла через співпрацю з громадою).	Зниження плинності кадрів (T4) та підвищення конкурентоспроможності на ринку праці.
W6: Критичне робоче навантаження (понад 80,0%)	3. Оптимізація робочого навантаження	3.1. Перерозподіл рутинних функцій (паперовий облік) на автоматизовані процеси МІС	Зниження навантаження, підвищення задоволеності персоналу та покращення якості роботи

Успішна «Кадрова стратегія» має бути спрямована на цільовий розвиток та мотивацію, прив'язану до результатів. Інвестиції в навчання МІС та логістиці є ключовим заходом для подолання W8 та W6.

Лише шляхом одночасного підвищення кваліфікації та запровадження прозорої системи мотивації ЗОЗ зможе подолати загрозу плинності кадрів (T4) та забезпечити стійкість своїх операційних процесів.

Для забезпечення цілісності управлінського впливу, необхідно систематизувати усі слабкі сторони (W) та системні проблеми, виявлені у функціональному управлінні, та визначити, який саме управлінський рівень відповідає за їхнє вирішення (табл. 3.7).

Таблиця 3.7

### Систематизація проблем управління ресурсами та рівні відповідальності

Блок проблем	Ключові слабкі сторони (W) / Проблеми	Рівень управлінської відповідальності
1	2	3
I. Управлінський облік та Контроль	W7: Відсутність управлінського обліку та КРІ	Адміністрація, Головний бухгалтер, Фінансові аналітики
	W4: Низька рентабельність, висока частка ФОП	Медичний директор, Головний бухгалтер
II. Логістика та Запаси	W5: Неадаптивна логістика, системний дефіцит, значні списання.	Заступник директора з госп. діяльності, Відділ закупівель
	W4: Операційна недисциплінованість (порушення FEFO/FIFO).	Середній медперсонал, Складське господарство
III. Кадровий потенціал	W1/T4: Кадровий дефіцит, зростання плинності, низька мотивація	Генеральний директор, Відділ персоналу
	W8/W6: Низька кваліфікація, критичне навантаження, помилки в МІС	Медичний директор, Відділ навчання

Отже, систематизація проблем дозволяє зробити висновок, що їхнє вирішення вимагає комплексної взаємодії всіх рівнів керівництва, а не лише адміністративного впливу.

Найбільша концентрація проблем лежить у зоні відповідальності «Адміністративно-господарських служб» та «Фінансово-економічного блоку», що підтверджує необхідність негайного впровадження заходів, деталізованих у Таблиці 3.5.

Вирішення проблем операційної ефективності має бути доповнене стратегічним напрямом, спрямованим на подолання W2 (критичний знос МТБ), що є ключовою загрозою для якості медичних послуг. Для цього необхідна чітко структурована Інвестиційна стратегія (табл. 3.8).

Таблиця 3.8

**Інвестиційна стратегія: механізми подолання критичного зносу МТБ**

Проблема / Загроза	Стратегічний механізм фінансування	Конкретні заходи для КНП БЦМЛ
W2: Критичний знос ОЗ (64,1%). W4: Низька рентабельність.	1. Активація внутрішніх джерел	1.1. Направлення 100% позитивного фінансового результату (прибутку) на реінвестування в оновлення МТБ.
		1.2. Створення амортизаційного фонду з чітким цільовим призначенням на заміну зношеного обладнання.
W2: Критичний знос ОЗ.	2. Залучення зовнішнього фінансування (О2)	2.1. Пріоритезація запитів до місцевого бюджету на фінансування капітальних витрат (основне обладнання).
		2.2. Систематична робота з грантовими програмами міжнародних донорів (закупівля діагностичного та лабораторного обладнання).
W2/T1: Залежність від НСЗУ.	3. Фінансова диверсифікація (О3)	3.1. Розширення переліку конкурентних платних послуг (наприклад, спеціалізована діагностика та профілактичні огляди) з подальшим направленням чистого доходу на оновлення відповідної МТБ.

Доведено, що реалізація Інвестиційної стратегії вимагає поєднання внутрішньої фінансової дисципліни (реінвестування прибутку) із зовнішньою активністю (гранти, місцевий бюджет, платні послуги). Цей підхід є єдиним

шляхом для зниження критичного коефіцієнта зносу ОЗ (64,1%) та забезпечення високої якості медичних послуг у довгостроковій перспективі.

Отже, систематичне обґрунтування напрямів підвищення ефективності управління ресурсним забезпеченням КНП БЦМЛ базувалося на детальному аналізі бізнес-процесів за допомогою моделі IDEF0, що дозволило чітко локалізувати системні проблеми у функціональних блоках А1 (Фінансове управління) та А2 (Кадрове управління).

Ключові висновки та обґрунтовані пропозиції:

1. Необхідність комплексної Цифровізації та Інтеграції. Найбільш критичним напрямом є комплексна цифровізація управлінських процесів (табл. 3.4). Впровадження системи електронного документообігу (ЕДО) та інтеграція фінансових (А1) і кадрових (А2) модулів в єдину інформаційну систему є обов'язковим для подолання паперової бюрократії, дублювання даних та підвищення швидкості прийняття рішень (зменшення часу на узгодження на 40,0%).

2. Трансформація Фінансового та Логістичного управління. Для усунення слабкостей в управлінні фінансами (W7) та матеріально-технічними запасами (W5) обґрунтовано перехід до управління, орієнтованого на результат. Це вимагає впровадження бюджетування, орієнтованого на результат (БОР), розвитку аналітичного обліку витрат (методики DRG) та інтеграції Ключових показників ефективності (КРІ) (табл. 3.5). В логістиці запропоновано автоматизований FEFO-контроль та використання ABC/XYZ-аналізу для раціоналізації закупівель та зниження списань ТМЦ.

3. Стратегія Подолання кадрового дефіциту та демотивації. Успіх оптимізаційних заходів критично залежить від подолання кадрових проблем (W1, W8). Обґрунтована Кадрова стратегія (табл. 3.6) має бути сфокусована на двох напрямках:

- Створення прозорої системи преміювання, прив'язаної до КРІ, для підвищення мотивації та зниження плинності кадрів (10,0%).
- Цільові інвестиції у професійний розвиток персоналу (тренінги з МІС, FEFO/ABC-аналізу та управлінського обліку) для підвищення кваліфікації та зниження операційних помилок.

4. Подолання Критичного зносу основних засобів. Вирішення стратегічної проблеми критичного зносу матеріально-технічної бази (W2: 64,1%) вимагає цілеспрямованої Інвестиційної стратегії (табл. 3.8). Вона передбачає диверсифікацію джерел фінансування: реінвестування 100,0% прибутку, пріоритетне залучення коштів місцевого бюджету та грантів, а також розширення переліку платних послуг.

Таким чином, ефективність управління ресурсами КНП БЦМЛ може бути підвищена лише шляхом комплексної взаємодії всіх рівнів керівництва (табл. 3.7) та одночасного переходу від реактивного режиму управління до превентивного, контрольованого та орієнтованого на цифрову підтримку і досягнення результатів.

### **3.2 Економічне обґрунтування ефективності запропонованих заходів**

Впровадження стратегічних та функціональних рекомендацій, деталізованих у підрозділі 3.1, вимагає інвестицій у МТБ, програмне забезпечення та навчання персоналу. Метою цього підрозділу є кількісна оцінка необхідних інвестиційних витрат, прогнозування економічного ефекту, який вони принесуть, та оцінка їхнього соціального впливу. Це дозволить керівництву КНП БЦМЛ прийняти обґрунтовані рішення щодо пріоритетності фінансування.

Розрахунок інвестицій та окупності. Для розрахунку інвестицій врахуємо три основні категорії заходів, які є прямими відповідями на найбільші слабкості (W2, W7, W8) це модернізація обліку/логістики, цільове навчання та оновлення МТБ.

### Прогнозний розрахунок необхідних інвестицій

Напрямок інвестицій	Обґрунтування (Проблема, що вирішується)	Склад витрат	Прогнозна сума (тис. грн)
1	2	3	4
I. Цифровізація та Контроль	W7 (Облік), W5 (Логістика), W6 (Навантаження)	Модернізація/розширення функціоналу МІС (модулі FEFO, КРІ, аналітичні дашборди)	150
		Закупівля та налаштування обладнання для складського обліку (сканери, термінали)	50
II. Кадрова стратегія	W8 (Кваліфікація), W1 (Дефіцит)	Розробка цільових навчальних програм (МІС, Логістика, DRG-аналіз)	80
		Початкові витрати на залучення дефіцитних фахівців (соц. пакет, житло)	120
III. Інвестиційна Стратегія (МТБ)	W2 (Критичний знос ОЗ 64,1%)	Пріоритетне оновлення 1-2 одиниць критичного діагностичного обладнання (з розрахунку на гранти/місцевий бюджет)	1 500
РАЗОМ	-	-	1900

Загальний обсяг необхідних інвестицій оцінюється в 1900 тис. грн, причому переважна більшість цієї суми (1500 тис. грн) припадає на оновлення МТБ (W2), що має бути профінансовано переважно за рахунок зовнішніх джерел (місцевий бюджет, гранти). Інвестиції в цифровізацію та навчання (400 тис. грн) є меншими, але критично необхідними для забезпечення окупності більших інвестицій, оскільки вони усувають операційну недисциплінованість (W4).

Наступний етап дослідження це прогнозування економічного ефекту. Ефект буде розраховано як потенційне збільшення доходів (через розширення послуг) та зменшення операційних витрат (через оптимізацію та усунення втрат).

Економічний ефект від впровадження рекомендацій розглядається як сукупний результат від зниження нецільових витрат (контроль W5, T5) та збільшення доходів (O3, O1). Результати наведено у табл. 3.10.

Таблиця 3.10

**Прогнозований економічний ефект від впровадження рекомендацій  
(річний показник)**

Джерело економічного ефекту	Обґрунтування (Вирішена проблема)	Розрахункова база	Прогнозований річний ефект (тис. грн)
1	2	3	4
1. Зниження операційних витрат	W5 (Списання/Прострочення), T5	Зниження списань медикаментів та ВМП на 30,0% (за рахунок FEFO/МІС-контролю)	180
2. Оптимізація закупівель	W7 (Контроль), W5 (Дефіцит)	Зниження середніх закупівельних цін на 2,0% за рахунок кращого планування та аналізу (ABC/XYZ)	100
3. Збільшення доходів (НСЗУ)	W2 (МТБ), W1 (Кадри)	Виконання нових або більш дорогих пакетів НСЗУ після оновлення МТБ та залучення спеціалістів	400
4. Доходи від платних послуг	O3 (Диверсифікація)	Зростання доходів від конкурентних платних послуг (діагностика, профогляди) на 15,0%	120

1	2	3	4
5. Економія ФОП	W6 (Навантаження)	Економія адміністративних витрат (паперовий документообіг, ручний облік) за рахунок автоматизації.	50
Сукупний річний ефект	-	-	850

Як показують результати (табл. 3.10) сукупний річний економічний ефект від впровадження усіх рекомендацій прогнозується на рівні 850 тис. грн.

Термін окупності приблизно 0,47 року (сума інвестицій без МТБ / сукупний річний ефект). Формула 3.1.

$$T_{ок} = \frac{\text{Сума інвестицій без МТБ (400)}}{\text{сукупний річний ефект (850)}} = 0,47$$

(3.1)

Інвестиції в управлінські системи, логістику та навчання (400 тис. грн) окупляться менш ніж за півроку (приблизно 5, 6 місяця) виключно за рахунок зниження витрат та збільшення ефективності.

Інвестиції в МТБ (1500 тис. грн) вимагають окремого фінансування, але їхня окупність закладається у збільшення доходів НСЗУ та платних послуг.

Крім кількісних фінансових показників, необхідно оцінити соціальний вплив, який є особливо важливим для комунального некомерційного підприємства.

Соціальна ефективність вдосконалення управління ресурсами КНП БЦМЛ є багатогранною та охоплює підвищення якості послуг для населення та покращення умов праці для персоналу (табл. 3.11).

**Узагальнення стратегічних напрямів підвищення ефективності управління ресурсами КНП БЦМЛ**

Напрямок соціальної ефективності	Очікуваний результат та вплив
1	2
1. Якість та доступність медичних послуг	Зниження W2 та W5: Оновлення критичного діагностичного обладнання та усунення системного дефіциту медикаментів забезпечить безперервність та підвищення точності діагностики
2. Стабільність кадрового потенціалу	Усунення W1, T4: Посилення мотивації (KPI) та зниження навантаження (автоматизація) сприятиме утриманню кваліфікованих кадрів та зменшенню плинності (10,0%)
3. Задоволеність та умови праці	Подолання W6, W8: Автоматизація та навчання знизять рівень стресу через рутинний паперовий облік та покращать професійну компетенцію персоналу, підвищуючи їхню задоволеність роботою
4. Репутація закладу в громаді	Підвищення S3: Зменшення скарг на дефіцит матеріалів та підвищення якості діагностики (за рахунок нового МТБ) зміцнить довіру до КНП БЦМЛ як надійного постачальника медичних послуг

Таким чином, економічне обґрунтування підтверджує, що інвестиції в управлінські та логістичні системи є високорентабельними та швидкоокупними, забезпечуючи окупність менш ніж за півроку.

Одночасна реалізація Інвестиційної та Кадрової стратегій дозволить не лише досягти економічної стійкості, але й істотно підвищити соціальну ефективність через стабілізацію кадрового складу та підвищення якості обслуговування населення громади.

### Висновки до розділу 3

1. Встановлено, що вдосконалення має відбуватися одночасно у трьох ключових взаємопов'язаних стратегічних напрямках: • Трансформація управлінського обліку та Контролю. Необхідно подолати W7 (відсутність контролю) шляхом впровадження Бюджетування, орієнтованого на результат (БОР), розвитку аналітичного обліку за ЦОВ та DRG-методикою, а також обов'язкового застосування цільових KPI. • Оптимізація Логістики та Інвестиційна стратегія. Для усунення W5 (неадаптивна логістика) та W2 (критичний знос МТБ) критично важливим є цифровізація логістичного ланцюга через МІС, впровадження автоматизованого FEFO-контролю та розробка Інвестиційного плану, який поєднує реінвестування прибутку та активне залучення зовнішнього фінансування (гранти, місцевий бюджет). • Посилення Кадрової стійкості. Вирішення проблем W8 (кваліфікація) та W1/T4 (плинність) вимагає впровадження системи мотивації, прив'язаної до KPI, а також цільових навчальних програм з фокусом на МІС та логістиці. Реалізація запропонованих заходів є єдиним шляхом для перетворення операційної недисциплінованості (W4) у контрольований та ефективний процес, що забезпечить фінансову прозорість, знизить критичний знос МТБ і створить основу для сталого розвитку КНП БЦМЛ в умовах реформи охорони здоров'я.

2. Досліджено, що економічне обґрунтування є завершальним і визначальним етапом, оскільки воно кількісно підтверджує доцільність інвестиційних рішень, спрямованих на подолання системних слабкостей КНП БЦМЛ та забезпечення його фінансової стійкості. Для реалізації стратегічних пріоритетів розвитку закладу необхідний загальний обсяг інвестицій у розмірі близько 1 900 тис. грн, основна частка яких має бути спрямована на оновлення матеріально-технічної бази, цифровізацію управлінських процесів та реалізацію кадрової стратегії.

3. З'ясовано, що інвестиції в цифровізацію управління та логістичний контроль є економічно ефективними та швидкоокупними, оскільки дозволяють суттєво знизити операційні втрати та підвищити ефективність використання ресурсів із терміном окупності менше одного року. Встановлено, що прогнозований сукупний річний економічний ефект від впровадження запропонованих заходів формується за рахунок одночасного зростання доходів і скорочення непродуктивних витрат, що підтверджує фінансову доцільність комплексного впровадження управлінських інструментів.

4. Досліджено, що реалізація інвестиційної та кадрової стратегій створює умови для стабілізації персоналу, підвищення його кваліфікації та зменшення кадрових ризиків, які безпосередньо впливають на ефективність функціонування закладу охорони здоров'я. З'ясовано, що впровадження запропонованих заходів має значний соціальний ефект, який проявляється у підвищенні якості й доступності медичних послуг, забезпеченні безперервності лікувально-діагностичного процесу та зростанні довіри населення до КНП БЦМЛ. Комплексний характер запропонованої стратегії дозволяє не лише досягти швидкої окупності інвестицій в управління, а й сформувати довгострокові передумови для подолання критичних системних проблем і сталого розвитку закладу.

## ВИСНОВКИ

1. Встановлено, що ресурсний потенціал закладу охорони здоров'я охоплює комплекс людських, фінансових, матеріальних та інформаційних ресурсів, які можуть бути задіяні для реалізації стратегічних цілей установи. В умовах сучасних викликів управління цим потенціалом потребує цілісного й гнучкого підходу, оскільки результативність діяльності закладу та якість надання медичних послуг визначаються збалансованістю та достатністю кожного виду ресурсів. Динамічність зовнішнього середовища зумовлює постійну необхідність моніторингу, своєчасного корегування та прогнозування змін у структурі ресурсів, що забезпечує безперервність та стабільність їх відтворення.

2. З'ясовано, що результативне управління ресурсним забезпеченням базується на системному, процесному та ресурсному підходах, які формують його методологічний фундамент. Основним орієнтиром виступає принцип оптимальності та комплексності, що передбачає досягнення найкращих результатів за умови раціонального використання ресурсів та підтримання їхньої збалансованості. Центральною метою такої системи управління є підсилення конкурентоспроможності закладів охорони здоров'я шляхом ефективного перерозподілу ресурсів. Реалізація зазначених підходів можлива через чітке формування цілей, завдань та використання економіко-математичних інструментів у процесах планування, прогнозування та контролю.

3. Аналіз зарубіжних моделей засвідчив, що оптимальні системи управління ресурсами включають поєднання державного регулювання (як у Великій Британії) із ринковими механізмами та страховими принципами (характерними для Німеччини та США). Для України доцільним є впровадження таких інструментів, як розмежування джерел фінансування на операційні та капітальні видатки, застосування системи DRG для справедливої оплати медичних послуг, розширення управлінської автономії закладів та розвиток сучасних інформаційних систем управління ресурсами. Адаптація елементів

цього досвіду сприятиме підвищенню фінансової дисципліни, прозорості та загальної економічної результативності сфери охорони здоров'я.

4. Проведено комплексне дослідження діяльності КНП БЦМЛ на основі аналізу техніко-економічних показників, стратегічної оцінки за методом SWOT та функціонального аналізу управління ресурсами шляхом анкетування персоналу. Результати засвідчили наявність істотного дисбалансу між високою результативністю клінічних процесів і стратегічною нестабільністю закладу, зумовленою значним зносом активів та системними недоліками в управлінні.

5. Визначено, що фінансова стійкість закладу охорони здоров'я є обмеженою. Кількісні розрахунки підтвердили критичну залежність доходів від фінансування НСЗУ (80,0–90,0%), низький рівень рентабельності (1,0–3,0%) та недостатній запас фінансової міцності (коефіцієнт платоспроможності в межах 1,05–1,20), що формує підвищені ризики у разі зміни тарифної політики (Т1). Одночасно встановлено неефективність управління витратами, обумовлену відсутністю управлінського обліку та системи ключових показників ефективності (КРІ), що унеможлиблює економічно обґрунтоване нормування, тоді як висока частка фонду оплати праці (70,0–75,0% загальних витрат) суттєво обмежує інвестиційний потенціал установи.

6. Дослідження показало критичний стан матеріально-технічної бази (W2): рівень зносу основних засобів досяг 64,1%, а темпи їх оновлення є недостатніми. Негативний вплив цього чинника посилюється операційною недисциплінованістю (W4), що проявляється в інерційності логістичної системи, формуванні хронічного дефіциту матеріалів, необхідності їх заміни майже для 70,0% персоналу, а також значних обсягах списань унаслідок порушення принципів FEFO/FIFO.

7. Встановлено погіршення кадрової ситуації (W1, T4), що підтверджується зростанням коефіцієнта плинності кадрів до 10,0%. Ця тенденція ускладнюється надмірним навантаженням на працівників (понад 80,0%

опитаних) та відсутністю інвестицій у професійний розвиток. Зокрема, близько 70,0% персоналу не мають спеціалізованої підготовки з питань логістики та використання медичних інформаційних систем, що зумовлює помилки в обліку й негативно впливає на сприйняття мотиваційної системи.

8. Водночас, незважаючи на зазначені стратегічні обмеження, заклад демонструє високу клінічну ефективність (S3), що проявляється в інтенсивному використанні ліжкового фонду та скороченні середньої тривалості лікування з 10 до 9 днів. Це свідчить про оптимізацію клінічних процесів і раціональне використання ресурсів у межах DRG-фінансування.

9. Обґрунтовано, що забезпечення довгострокової стійкості КНП БЦМЛ потребує невідкладного переходу від тактики ефективного використання наявних ресурсів до системної трансформації управління. Ключові стратегічні пріоритети мають бути спрямовані на усунення операційних слабкостей (W4) шляхом впровадження управлінського обліку, системи KPI та автоматизації логістичних процесів, а також на реалізацію комплексних кадрової та інвестиційної стратегій з метою зменшення зносу МТБ і стабілізації кадрового складу.

10. Узагальнено, що КНП БЦМЛ має достатньо міцну структурну основу (S) і характеризується високою ефективністю клінічної діяльності (S3), що забезпечує стабільні надходження від НСЗУ (S2). Водночас стратегічний розвиток закладу суттєво стримується внутрішніми слабкостями (W), зокрема кадровим дефіцитом і зростанням плинності (W1, T4), критичним зносом матеріально-технічної бази (W2), низькою рентабельністю та системною операційною недисциплінованістю (W4, W5, W7). Виявлено, що ключові можливості розвитку (O) полягають у диверсифікації джерел доходів за рахунок надання платних послуг (O3) та залучення зовнішніх фінансових ресурсів (O2) — грантів і коштів місцевого бюджету — для оновлення активів і нейтралізації загроз. Таким чином, стратегія КНП БЦМЛ має бути орієнтована на

використання фінансових можливостей з метою подолання слабких сторін W1, W2 та W4, з акцентом на реалізацію інвестиційної політики та кадрової стратегії для забезпечення довгострокової стійкості й зменшення залежності від фінансування НСЗУ (T1).

11. Встановлено, що застосування моделі IDEF0 для аналізу бізнес-процесів КНП БЦМЛ дало змогу чітко ідентифікувати системні проблеми в управлінні ресурсним забезпеченням, зосереджені насамперед у функціональних блоках A1 «Фінансове управління» та A2 «Кадрове управління». Досліджено, що найбільш критичним напрямом підвищення ефективності управління є комплексна цифровізація управлінських процесів, яка передбачає впровадження системи електронного документообігу та інтеграцію фінансових і кадрових модулів в єдину інформаційну систему, що дозволяє скоротити час узгодження управлінських рішень і мінімізувати дублювання інформації.

12. З'ясовано, що трансформація фінансового та логістичного управління має здійснюватися шляхом переходу до результатоорієнтованої моделі, яка включає впровадження бюджетування, орієнтованого на результат, розвиток аналітичного обліку витрат за методиками DRG та інтеграцію системи ключових показників ефективності. Встановлено, що використання автоматизованого FEFO-контролю та інструментів ABC/XYZ-аналізу у логістичній діяльності сприяє оптимізації закупівель, зменшенню обсягів списання матеріально-технічних цінностей і підвищенню рівня контролю за запасами.

13. Досліджено, що ефективність упровадження управлінських змін значною мірою залежить від подолання кадрового дефіциту та зниження рівня демотивації персоналу, що обґрунтовує необхідність формування прозорої системи преміювання, прив'язаної до ключових показників ефективності. З'ясовано, що цільові інвестиції у професійний розвиток персоналу, зокрема проведення навчань з використання медичних інформаційних систем,

інструментів логістичного аналізу та управлінського обліку, сприяють підвищенню кваліфікації працівників і зменшенню операційних помилок.

14. Встановлено, що вирішення проблеми критичного зносу основних засобів потребує реалізації довгострокової інвестиційної стратегії, яка передбачає диверсифікацію джерел фінансування шляхом реінвестування прибутку, залучення коштів місцевого бюджету, грантових програм та розширення переліку платних послуг. Досліджено, що підвищення ефективності управління ресурсним забезпеченням КНП БЦМЛ можливе лише за умови комплексної взаємодії всіх рівнів управління та переходу від реактивної моделі управління до превентивної, контрольованої й цифровоорієнтованої системи, спрямованої на досягнення вимірюваних результатів.

15. Досліджено, що економічне обґрунтування є завершальним і ключовим етапом формування стратегічних пропозицій, оскільки воно кількісно підтверджує доцільність інвестиційних рішень, спрямованих на усунення системних слабкостей у діяльності КНП БЦМЛ та забезпечення його фінансової стійкості. Для реалізації визначених стратегічних пріоритетів необхідний загальний обсяг інвестицій у розмірі близько 1 900 тис. грн, який доцільно розподілити між оновленням матеріально-технічної бази, цифровізацією управлінських і контрольних процесів, а також реалізацією кадрової стратегії розвитку персоналу.

16. З'ясовано, що пріоритетні інвестиції в модернізацію основних засобів дозволяють подолати критичний рівень їх зносу та створюють передумови для розширення спектра медичних послуг, при цьому фінансування цього напрямку доцільно здійснювати переважно за рахунок зовнішніх джерел. Встановлено, що вкладення в цифровізацію управління, розвиток управлінського обліку та логістичного контролю є швидкоокупними, оскільки забезпечують скорочення операційних втрат і підвищення ефективності використання ресурсів, з терміном окупності менше одного року.

17. Досліджено, що інвестиції в кадрову стратегію, зокрема цільове навчання персоналу та заходи з утримання дефіцитних фахівців, сприяють зниженню плинності кадрів, підвищенню рівня кваліфікації працівників і зменшенню ризиків операційних помилок. З'ясовано, що сукупний прогнозований річний економічний ефект від впровадження запропонованих заходів формується за рахунок зростання доходів від надання медичних послуг та скорочення непродуктивних витрат, що підтверджує фінансову доцільність запропонованої стратегії.

18. Встановлено, що реалізація запропонованих управлінських рішень має не лише економічний, а й значний соціальний ефект, який проявляється у підвищенні якості та доступності медичних послуг, стабілізації кадрового потенціалу та зміцненні репутації закладу в громаді. Досліджено, що комплексний характер запропонованої стратегії забезпечує швидку окупність інвестицій в управління та створює умови для довгострокового подолання критичних системних проблем і сталого розвитку КНП БЦМЛ.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

1. Азарова А. О. Математичні моделі та методи оцінювання фінансового стану підприємства : монографія. Вінниця : ВНТУ, 2017. 172 с.
2. Андрушків О. В. Економіка підприємства. Київ : Наука-центр, 2016. 334 с.
3. Багорка М. О., Кадирус І. Г., Кравець О. В. Розроблення маркетингових стратегій підприємств. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. 2021. Вип. 36. С. 11–18. DOI: 10.32782/2413-9971/2021-36-2.
4. Бойчик І. М. Економіка підприємства : навч. посіб. 2-ге вид., перероб. та допов. Київ : Атіка, 2016. 528 с.
5. Бойчик І. М. Економіка підприємства : підручник. Київ : Кондор, 2016. 378 с.
6. Борисенко О. П., Чернокалова К. О. Комунікація як інструмент державного управління: сучасні тенденції. Механізми публічного управління. *Публічне управління та митне адміністрування*. 2020. № 2(25). С. 58–62.
7. Бутенко В. М., Тоюнда А. І. Формування маркетингової стратегії підприємства. *Підприємництво та інновації*. 2022. Вип. 24. С. 61–67. DOI: 10.32782/2415-3583/24.10.
8. Васюта В. Б. Підвищення ролі матеріально-технічної бази як фактор ефективного функціонування підприємства. URL: [http://www.rusnauka.com/39\\_VSN\\_2014/Economics/10\\_182500.doc.htm](http://www.rusnauka.com/39_VSN_2014/Economics/10_182500.doc.htm) (дата звернення: 29.11.2025).
9. Вівчар О. І., Гайда Н. В. Концептуальні засади економічного управління ресурсами на підприємствах: безпекознавчий вимір. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. 2018. Вип. 19, ч. 1. С. 51–55.
10. Удосконалення організаційно-правового механізму державного управління економікою: європейський досвід для України / В. Є. Воротін та ін.

*Фінансово-кредитна діяльність: проблеми теорії та практики*. 2018. № 3(26). С. 368–376.

11. Данилюк М. О. Планування і контроль на підприємстві : навч. посіб. Київ : Ліра-К, 2015. 328 с.

12. Данілов О. Д. Фінанси підприємств у запитаннях і відповідях : навч. посіб. Київ : ЦУЛ, 2018. 256 с.

13. Денисюк Н. С. Інформаційні технології як інструмент управління матеріально-технічним забезпеченням закладу охорони здоров'я. *Стратегічні пріоритети розвитку економічної системи України* : матеріали Всеукр. наук.-практ. Інтернет-конф., м. Херсон, 12 листоп. 2020 р. Херсон, 2020. С. 22–28.

14. Денисюк О. Г. Використання ресурсного потенціалу підприємства та його фінансової складової. *Ефективна економіка*. 2018. № 2. С. 1–5.

15. Державна стратегія регіонального розвитку на 2021-2027 роки : Постанова Кабінету Міністрів України від 05.08.2020 р. № 695-2020-п. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/695-2020-%D0%BF/card2#Card> (дата звернення: 01.12.2025).

16. Долбнева Д. В., Гончарук С. М. Необхідність та основні напрямки вдосконалення порядку формування та використання ресурсного потенціалу охорони здоров'я в Україні. *Проблеми економіки*. 2016. № 3. С. 46–52.

17. Долгих М. В. Проблеми формування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я: огляд дискусійного поля. *Аспекти публічного управління*. 2019. Т. 7, № 12. С. 16–27.

18. Дорошенко О. А. Введення фінансування на основі кількості та складності пролікованих випадків в закладах охорони здоров'я України, які надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу. *Держава та регіони*. 2016. № 3(55). С. 86–98.

19. Ефективне управління медичними закладами. Можливості МІС. URL: <https://euromd.com.ua/post-8164-efektivne-upravlinnya-medichnimizakladami-mozhливosti-mis> (дата звернення: 16.11.2025).
20. Про публічні закупівлі : Закон України від 25 груд. 2015 р. № 922-VIII. URL: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/922-19> (дата звернення: 17.10.2025).
21. Заяц О. В. Бізнес-процеси матеріально-технічного постачання як об'єкт контролінгу. *Вісник Національного технічного університету «Харківський політехнічний інститут»*. Серія : Економічні науки. 2018. № 15(1291). С. 37–44.
22. Кальченко А. Г. Формування систем логістики. *Формування ринкової економіки* : зб. наук. пр. Київ : КНЕУ, 2011. Спец. вип.: Маркетингова освіта в Україні. С. 191–202.
23. Качан Д. А., Свиноус І. В. Теоретико-методичні підходи до трактування поняття «матеріально-технічна база». *Економіка та держава*. 2018. № 6. С. 33–36.
24. Крикавський Є. В. Логістичне управління : підручник. Львів : Нац. ун-т «Львівська політехніка», 2015. 684 с.
25. Лейбович А. В. Формування та оцінка ресурсного потенціалу Запорізького регіону. *Інвестиції: практика та досвід*. 2018. № 10. С. 60–67.
26. Лісна А. Г., Посилкіна О. В. Сучасні тренди розвитку цифрової логістики у фармацевтичній галузі. *Управління якістю в фармації* : матеріали XVI наук.-практ. internet-конф. з міжнар. участю, м. Харків, 20 трав. 2022 р. Харків, 2022. С. 61–64.
27. Лобас М. В. Підвищення якості та доступності медичної допомоги як провідна задача реформи охорони здоров'я. *XVI Конгрес Світової Федерації Українських Лікарських Товариств*, м. Берлін, м. Київ, 8-23 серп. 2016 р. Одеса : Вид-во Бартенєва, 2016. С. 255.

28. Логоша Р. В. Особливості формування маркетингових стратегій підприємств. *Інтернаука*. 2018. № 11(2). С. 22–26 URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/mnj\\_2018\\_11%282%29\\_6](http://nbuv.gov.ua/UJRN/mnj_2018_11%282%29_6) (дата звернення: 21.10.2025).

29. Малігон Ю. М. Державна кадрова політика у сфері охорони здоров'я: теоретичні засади та сучасні тенденції. *Економіка, управління та адміністрування*. 2020. № 4(94). С. 160–164. DOI: [10.26642/ema-2020-4\(94\)-160-164](https://doi.org/10.26642/ema-2020-4(94)-160-164).

30. Маркетингова стратегія в соціальних мережах: теоретико-прикладний базис / Т. Пімоненко та ін. *Вісник СумДУ. Серія : Економіка*. 2023. № 1. С. 17–26. DOI: [10.21272/1817-9215.2023.1-02](https://doi.org/10.21272/1817-9215.2023.1-02).

31. Мартинюк О. А. Впровадження системи управління якістю в медичних закладах. *Причорноморські економічні студії*. 2016. Вип. 6. С. 75–79.

32. Мельник А. Є. Аналіз матеріальних ресурсів та ефективність їх використання. URL: [http://www.rusnauka.com/11\\_EISN\\_2010/Economics/64378.doc.htm](http://www.rusnauka.com/11_EISN_2010/Economics/64378.doc.htm) (дата звернення: 02.12.2025).

33. Методичні рекомендації з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства. Протокол від 14 квіт. 2017 р. № 9. Київ, 2017. 34 с.

34. Мовчанюк А. В. Концептуальні основи реформування системи державного управління в Україні. *Публічне управління та митне адміністрування*. 2020. № 2(25). С. 20–24.

35. Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи. *Аналітична записка за матеріалами науково-практичної конференції з міжнародною участю, м. Тернопіль–Кам'янець – Подільський, 12-13 груд. 2018 р.* С. 168–180.

36. Мурашко В. С., Жукова І. В. Напрями підвищення ефективності інформаційно аналітичного та ресурсного забезпечення функціонування

механізмів забезпечення національної безпеки України у контексті європейського досвіду. *Наукові перспективи*. 2020. № 1(1). С. 40.

37. Назарко С. О. Ефективне управління медичним закладом в умовах реформування системи охорони здоров'я. *Ефективна економіка*. 2020. № 1. DOI: [10.32702/2307-2105-2020.1.55](https://doi.org/10.32702/2307-2105-2020.1.55).

38. Опікунів В. А., Мартиросян Т. С. Дослідження існуючої системи матеріально-технічного забезпечення. *Економіка: проблеми рішення і перспективи*. 2016. № 4. С. 97–102.

39. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 р. № 2801-ХІІ. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (дата звернення: 01.12.2025).

40. Офіційна фінансова звітність КНП «Барвінківська ЦМЛ» Барвінківської міської територіальної громади Ізюмського району Харківської області URL: [https://clarity-project.info/edr/43631965/finances?Current\\_year=2023](https://clarity-project.info/edr/43631965/finances?Current_year=2023) (дата звернення: 01.12.2025).

41. Пилипенко А. А., Литвиненко А. О. Організація управління розвитком матеріально-технічної бази підприємства : монографія. Харків : ФОП Здоровий Я. А., 2015. 236 с.

42. Поліщук І., Гончар О., Довгань Ю. Особливості моніторингу зовнішнього середовища на засадах маркетингового аналізу. *Scientific Letters of Academic Society of Michal Baludansky*. 2020. Vol. 4(8). Р. 60–63.

43. Польова Т. В. Оцінка ефективності використання виробничих запасів як підґрунтя для прийняття зважених управлінських рішень. *Науковий вісник Мукачівського державного університету*. 2017. Т. 4, № 2. С. 106–112. URL: <http://www.msu.edu.ua/visn/wp-content/uploads/2018/01/2-8-2-2017-16.pdf> (дата звернення: 15.10.2025).

44. Сучасні тенденції розвитку логістики і логістичної інтеграції у фармації / О. В. Посилкіна та ін. Харків : НФаУ, 2020. 523 с.

45. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я : Закон України від 06.04.2017 р. № 2002VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/200219> (дата звернення: 29.11.2025).

46. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19.10.2017 р. № 2168-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text> (дата звернення: 11.11.2025).

47. Про затвердження Методичних рекомендацій ведення обліку лікарських засобів та медичних виробів у закладах охорони здоров'я : Наказ МОЗ України від 09.09.2014 р. № 635. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0635282-14> (дата звернення: 02.12.2025).

48. Про затвердження Порядку визначення обсягів потреби в закупівлі лікарських засобів закладами і установами охорони здоров'я, що повністю або частково фінансуються з державного та місцевих бюджетів : Наказ МОЗ України від 11.07.2017 р. № 782. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0851-17#Text> (дата звернення: 29.10.2025).

49. Про затвердження примірних табелів оснащення медичною технікою та виробами медичного призначення центральної районної (районної) та центральної міської (міської) лікарень Міністерство охорони здоров'я України : Наказ МОЗ України від 02.03.2011 р. № 127. URL <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0127282-11#Text> (дата звернення: 16.10.2025).

50. Про лікарські засоби : Закон України від 04.04.1996 р. № 123/96-ВР. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/123/96-вр> (дата звернення: 11.11.2025).

51. Про передачу цілісних майнових комплексів установ охорони здоров'я у власність (спільну власність) територіальних громад : Розпорядження уряду від 16 верес. № 975-р. URL: <https://np.pl.ua/2015/09/kabmin-peredav-zaliznychnu-likarnyu-hrebinky-mistsevijvladi/> (дата звернення: 26.10.2025).

52. Про приватизацію державного і комунального майна : Закон України від 18 січ. 2018 р. № 2269-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2269-19#Text> (дата звернення: 16.10.2025).

53. Про публічні закупівлі : Закон України від 25 груд. 2015 р. № 922-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/922-19#Text> (дата звернення: 15.11.2025).

54. Про стан національної системи охорони здоров'я та невідкладні заходи щодо забезпечення громадян України медичною допомогою : Рішення Ради національної безпеки і оборони України від 30.07.2021 р. № n0052525-21. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/n0052525-21/conv#n4> (дата звернення: 20.10.2025).

55. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 р. № 1013-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80#Text> (дата звернення: 18.10.2025).

56. Про утворення Національної служби здоров'я України : Постанова Кабінету Міністрів України від 27 груд. 2017 р. № 1101. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF> (дата звернення: 01.10.2025).

57. Публічний модуль аналітики BI ProZorro. URL: <https://bi.prozorro.org/hub/stream/aaec8d41-5201-43ab-809f-3063750dfafd> (дата звернення: 01.12.2025).

58. Рясних Є. Г. Основи фінансового менеджменту : навч. посіб. Київ : Академвидав, 2019. 336 с.

59. Савченко О. Р. Системно-функціональна модель публічного адміністрування реформування галузі охорони здоров'я. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія : Економіка і управління*. 2020. № 31(70). С. 66–70.

60. Салига К. С. Методичні підходи діагностування фінансового стану підприємства. Держава та регіони. *Економіка та підприємництво*. 2017. № 3. С. 204–210.

61. Семенов Г. А. Діагностика фінансово-економічного стану підприємства. *Вісник економічної науки України*. 2018. № 1. С. 136–141.

62. Скрип В. В. Готовність та спроможність системи охорони здоров'я регіонального рівня до автономізації закладів охорони здоров'я (за результатами соціологічного дослідження). *Україна. Здоров'я нації*. 2017. № 4/1(46). С. 101–107.

63. Смирнов С. О., Бикова В. Г. Механізм економічного управління закладами охорони здоров'я. *Управління розвитком*. 2016. № 3. С. 78–83.

64. Степаненко Т. О. Контролінг в системі управління матеріальними ресурсами підприємства. *Ефективна економіка*. 2015. № 12. С. 1–7. URL: <http://www.economy.nauka.com.ua/?op=1&z=4636> (дата звернення: 02.12.2025).

65. Стефанишин Л. С. Теоретико-методичні основи застосування партисипативного управління закладом охорони здоров'я. *Держава та регіони. Серія : Економіка та підприємництво*. 2019. № 3. С. 160–166.

66. Судакова О. І., Медведовська Т. П., Бондарчук С. Б. Матеріальні ресурси в системі управління економічною безпекою підприємства. *Глобальні та національні проблеми економіки*. 2017. № 20. С. 572–578. URL: <http://global-national.in.ua/issue-20-2017> (дата звернення: 02.12.2025).

67. Суханова А. В. Контролінг у системі прийняття управлінських рішень. *Економіка та управління підприємствами*. 2019. № 3. С. 226–230.

68. Тарасюк Г. М. Логістичні рішення та управління постачаннями в компанії: виклики часу. *Економіка, управління та адміністрування*. 2021. № 4(98). С. 42–48. DOI: 10.26642/ema-2021-4(98)-42-48.

69. Фармацевтичний маркетинг та менеджмент : навч. посіб. для здобувачів вищої освіти / В. В. Малий та ін. Харків : НФаУ, 2022. 226 с.

70. Феєр О. В., Дрозд М. В. Теоретичні основи ресурсного забезпечення діяльності підприємства. *Економіка і суспільство*. 2016. Вип. 6. С. 220–224.
71. Христенко Л. М. Особливості ресурсного забезпечення діяльності підприємства. *Економіка і регіон*. 2015. № 6(55). С. 115–119.
72. Щудло О. І. Напрями та резерви нарощення ресурсного потенціалу в закладах охорони здоров'я. *Студентські наукові читання – 2022* : матеріали наук.-практ. конф. ф-ту інформаційних технологій, обліку та фінансів за результатами I туру Всеукр. конкурсу студентських наукових робіт. Житомир : Поліський нац. ун-т, 2022. С. 60–62.
73. Щудло О. І. Основні засади державного управління ресурсним потенціалом закладів охорони здоров'я. *Фінансове забезпечення економіки* : матеріали VI наук.-практ. студент. конф., 20 черв. 2022 р. Житомир : Поліський нац. ун-т, 2022. С. 83–85.
74. Щудло О. І. Проблеми ефективного використання ресурсного потенціалу закладів охорони здоров'я. *Студентські наукові читання – 2022* : матеріали наук.-практ. конф. ф-ту економіки та менеджменту за результатами I туру Всеукр. конкурсу студент. наукових робіт. Житомир : Поліський нац. ун-т, 2022. С. 269–271.
75. Health System Performance Assessment. Organization for Economic Co-operation and Development. URL: <https://webarchive.oecd.org/temp/2024-02-08/658090-health-system-performanceassessment.htm> (Date of access: 15.10.2025).
76. Husted B. W., de Sousa-Filho J. M. The impact of sustainability governance, country stakeholder orientation, and country risk on environmental, social, and governance performance. *Journal of Global Responsibility*. 2017. Vol. 155(2). P. 93–102. DOI: [10.1016/j.jclepro.2016.10.025](https://doi.org/10.1016/j.jclepro.2016.10.025).
77. Леган І. М., Крикун О. Ринок приватної медицини України: особливості регулювання та напрями розвитку. *Галицький економічний вісник*. 2020. № 3(64). С. 192–197.

78. Леган І. М., Крикун О. Д. Напрямки вдосконалення державного регулювання ринку приватної медицини. *Вчені записки Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського. Серія : Державне управління.* 2020. № 3, вип. 31(70). С. 123–127.

79. Principles to guide health system recovery and transformation in Ukraine. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2022. XV. 43 p. URL: <https://iris.who.int/handle/10665/358446> (Date of access: 15.10.2025).

80. Knowledge transfer in open innovation: A classification framework for healthcare ecosystems / G. Secundo et al. *Business Process Management Journal.* 2018. Vol. 25(1). P. 144–163. DOI: [10.1108/BPMJ-06-2017-0173](https://doi.org/10.1108/BPMJ-06-2017-0173).

81. A Sustainable Model for Healthcare Systems: The Innovative Approach of ESG and Digital Transformation / A. Sepetis et al. *Healthcare.* 2024. Vol. 12(2). P. 156. DOI: [10.3390/healthcare12020156](https://doi.org/10.3390/healthcare12020156).

82. Sharma S. K., Tripathi V. B. Sustainable Healthcare System: Providers Initiatives for Quality Improvement of Healthcare Organisation. *Journal of Health Management.* 2024. Vol. 26(2). P. 293–300. DOI: [10.1177/09720634221128727](https://doi.org/10.1177/09720634221128727).

**ДОДАТКИ**

**АНКЕТА****Шановні респонденти!**

Кафедра менеджменту, маркетингу та забезпечення якості у фармації НФаУ проводить дослідження ефективності управління матеріальними ресурсами КНП Барвінківської ЦМЛ. Мета опитування — отримати Вашу об'єктивну оцінку операційних аспектів забезпечення, обліку та раціонального використання лікарських засобів і матеріалів. Отримані дані допоможуть розробити практичні рекомендації для мінімізації дефіциту та підвищення економічної стійкості КНП. Ваша участь анонімна і сприятиме покращенню якості медичної допомоги.

*Дякуємо за вашу участь!*

***БЛОК 1: ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ТА ПЛАНУВАННЯ ПОТРЕБИ (ПИТАННЯ 1-6)***

**1. Який, на Вашу думку, є найкритичніший ресурс для забезпечення якісної роботи КНП на даний час?**

- А) Фінансові кошти
- Б) Кваліфікований медичний персонал
- В) Сучасне медичне обладнання та інструментарій
- Г) Лікарські засоби та витратні матеріали
- Д) Інше

**2. Як часто у Вашому відділенні/аптеці виникає дефіцит критично важливих лікарських засобів або витратних матеріалів?**

- А) Щомісячно або частіше
- Б) Раз на квартал
- В) Рідко (1-2 рази на рік)
- Г) Майже ніколи

**3. Наскільки інформація про поточні залишки матеріалів у МІС (Медична Інформаційна Система) відповідає фактичній наявності?**

1 – Зовсім не відповідає (значні розбіжності)

2 – Є часті невідповідності

3 – В основному відповідає

4 – Повністю відповідає

**4. Який середній час від моменту подачі заявки на отримання матеріалів до їх фактичного надходження у Ваше відділення/аптеку?**

А) До 1 дня

Б) 2-3 дні

В) Більше 3 днів

Г) Час сильно варіюється

**5. Чи відчуваєте Ви, що наявні матеріали (наприклад, перев'язувальні, шовні) є достатньої якості для виконання Ваших професійних обов'язків?**

А) Так, якість висока

Б) Переважно достатня

В) Якість часто викликає нарікання

Г) Якість незадовільна

**6. Наскільки планування потреб у матеріалах у Вашому відділенні/аптеці є точним та обґрунтованим?**

1 – Хаотичне, часто доводиться просити терміново

2 – Задовільне, але потребує покращення

3 – Дуже точно, ґрунтується на фактичному споживанні

**БЛОК 2: ОБЛІК, ЗБЕРІГАННЯ ТА ВНУТРІШНЯ ЛОГІСТИКА (ПИТАННЯ 7-16)**

**7. Чи використовуєте Ви у своїй роботі ручний паперовий облік паралельно з електронною системою?**

- А) Ні, використовуємо лише електронний
- Б) Так, але електронний є основним
- В) Так, паперовий облік є основним і обов'язковим

**8. Наскільки умови зберігання лікарських засобів (температурний режим, вологість) відповідають нормативним вимогам?**

- А) Повністю відповідають
- Б) Відповідають, але іноді є складнощі з контролем
- В) Частково не відповідають вимогам

**9. Чи забезпечені місця зберігання відповідною системою контролю доступу (закриті шафи, обмежений доступ персоналу, тощо) для запобігання несанкціонованому використанню?**

- А) Так, доступ суворо обмежений та контролюється
- Б) Частково, для дороговартісних та контрольованих ЛЗ – так, для решти – ні
- В) Ні, доступ до більшості матеріалів вільний для всього персоналу відділення

**10. Яким чином здійснюється моніторинг температури та вологості у місцях зберігання, де це критично важливо (наприклад, для вакцин, інсуліну, реактивів)?**

- А) Автоматизованими реєстраторами з регулярним записом та сигналізацією
- Б) Ручним записом показників 1-2 рази на добу
- В) Моніторинг проводиться нерегулярно або відсутній

**11. Наскільки чітко організовано зонування та маркування місць зберігання (наприклад, окремо для карантину, прострочених, високоактивних ЛЗ)?**

- А) Чітко, згідно з нормативними вимогами та внутрішніми SOP

- Б) Зонування є, але маркування та систематизація іноді порушуються
- В) Зберігання переважно хаотичне, без чіткого зонування

**12. Чи доводилося Вам стикатися з необхідністю списання матеріалів через закінчення терміну придатності (прострочення)?**

- А) Ніколи
- Б) Рідко (менше 1% від обсягу)
- В) Іноді (від 1% до 5% від обсягу)
- Г) Часто (більше 5% від обсягу)

**13. Наскільки чітко у Вашому підрозділі дотримується принцип FEFO (First Expired, First Out) при видачі лікарських засобів?**

- А) Завжди дотримуємося FEFO як основного правила
- Б) Дотримуємося, але іноді трапляються порушення через поспіх
- В) Звертаємо увагу лише на кінцевий термін придатності, послідовність надходження не контролюємо

**14. Яким чином найчастіше відбувається комунікація щодо потреби у матеріалах між Вашим підрозділом та відділом закупівель/аптекою?**

(Закрите, множинний вибір)

- А) Через електронну систему/МІС
- Б) Письмові заявки/службові записки
- В) Усні запити/телефон
- Г) Через старшу медсестру/завідувача

**15. Чи відбуваються незаплановані перерозподіли матеріалів між відділеннями через нерівномірне забезпечення?**

- А) Ні, кожен відділ забезпечується окремо
- Б) Рідко
- В) Так, це відбувається регулярно

**16. Наскільки ефективною є система управління запасами (лікарських засобів, витратних матеріалів) у Вашому закладі?**

- 1 – Часто виникає дефіцит/надлишок
- 2 – Задовільно, але потрібне вдосконалення
- 3 – Достатньо ефективна (забезпечує безперебійну роботу)

*БЛОК 3: РАЦІОНАЛЬНЕ ВИКОРИСТАННЯ, КОНТРОЛЬ ТА  
ВДОСКОНАЛЕННЯ (ПИТАННЯ 17-25)*

**17. Оцініть рівень знань персоналу щодо правил раціонального використання матеріалів**

- 1 – Низький, є значні втрати
- 2 – Середній, є необхідність у навчанні
- 3 – Високий, персонал економний та відповідальний

**18. Наскільки часто Вам доводиться замінювати призначені ліки/матеріали через їхню відсутність у закладі або недостатню якість?**

- А) Ніколи або вкрай рідко
- Б) Іноді (1-2 рази на тиждень)
- В) Регулярно, що ускладнює лікувальний процес

**19. Чи отримує Ваш підрозділ регулярні звіти/аналіз споживання (наприклад, скільки матеріалів було використано на одного пацієнта) для порівняння з нормативами?**

- А) Так, ми отримуємо та використовуємо ці дані для коригування заявок
- Б) Ні, такі звіти не надаються, або ми не використовуємо їх
- В) Лише загальні фінансові звіти, без деталізації за пацієнтами/випадками

**20. Чи відчуваєте Ви, що Ваша пропозиція щодо заміни матеріалів на більш ефективні/дешеві аналоги враховується керівництвом?**

- А) Так, регулярно враховується
- Б) Іноді враховується

В) Ні, ми просто виконуємо вказівки

**21. Яке найважливіше покращення слід запровадити у процесі управління запасами?**

А) Впровадження автоматизованої системи обліку (наприклад, штрих-кодування)

Б) Посилення контролю за термінами придатності та мінімізація списань

В) Централізація закупівель для отримання кращих цін та умов

Г) Регулярне навчання персоналу правилам зберігання та раціонального використання

Д) Покращення взаємодії між відділами, що формують потребу, та відділом закупівель

**22. Чи використовуєте Ви у своїй роботі ключові показники ефективності (КРІ) для оцінки використання ресурсів?**

А) Так, для більшості ресурсів

Б) Частково, лише для фінансових

В) Ні

**23. Наскільки система управління закупівлями КНП адаптується до змін у потребах (наприклад, зростання цін, зміна протоколів)?**

А) Дуже гнучка, швидко реагує на зовнішні та внутрішні зміни

Б) Помірно гнучка, зміни відбуваються із затримкою

В) Негнучка, працює переважно за інерцією, планування довготривале

**24. Оцініть загальну ефективність управління матеріальними ресурсами у КНП (за Вашою суб'єктивною оцінкою)**

1 – Дуже низька

2 – Низька

3 – Задовільна

4 – Висока

5 – Дуже висока

**25. Наскільки часто у Ваш відділ/аптеку надходять матеріали, які не були запитані (недоречні, застарілі)?**

- А) Ніколи
- Б) Рідко
- В) Час від часу
- Г) Досить часто

*БЛОК 4: КАДРОВА ЗАБЕЗПЕЧЕНІСТЬ ТА КВАЛІФІКАЦІЯ (ПИТАННЯ 26-32)*

**26. Оцініть рівень завантаженості персоналу, що працює з матеріалами (облік, видача, контроль)**

- А) Нормальний, достатньо часу на якісну роботу
- Б) Дещо високий, іноді доводиться поспішати
- В) Надто високий, що впливає на якість обліку

**27. Чи є достатньою кваліфікація персоналу Вашого підрозділу для роботи із сучасною МІС/системою обліку?**

- А) Так, є
- Б) Кваліфікація середня, потрібне додаткове навчання
- В) Ні, кваліфікація недостатня

**28. Якою Ви оцінюєте плинність (звільнення) кваліфікованого медичного персоналу за останній рік?**

- А) Низька (до 5%)
- Б) Середня (6% - 15%)
- В) Висока (понад 15%)

**29. Наскільки ефективною є діюча система матеріальної мотивації (преміювання, доплати) для ключових фахівців?**

- 1 – Не стимулює
- 2 – Частково стимулює

3 – Достатньо стимулює до досягнення високих результатів

**30. Як часто Ви брали участь у тренінгах/семінарах за останні два роки, присвячених сучасному менеджменту, логістиці або управлінню запасами?**

А) Регулярно (2-3 рази на рік або частіше)

Б) Рідко (1-2 рази за два роки)

В) Ніколи

**31. Чи має КНП розроблену програму з навчання та підвищення кваліфікації управлінського персоналу (менеджерів)?**

А) Так, регулярно і системно

Б) Частково, переважно для медичних працівників

В) Ні, такого бюджету/програми немає

**32. Якою є Ваша загальна оцінка рівня професіоналізму персоналу, відповідального саме за закупівлю та логістику (не медичний персонал)?**

1 – Низький

2 – Нижче середнього

3 – Середній

4 – Високий

5 – Дуже високий

***БЛОК 5: ВІДОМОСТІ ПРО РЕСПОНДЕНТА ТА КВАЛІФІКАЦІЙНІ ВИМОГИ  
(ПИТАННЯ 33-39)***

**33. Стать:**

Чоловіча

Жіноча

**34. Вік (повних років): \_\_\_\_\_**

**35. Посада, яку Ви обіймаєте в КНП "Барвінківська ЦМЛ":**

Генеральний директор / Медичний директор / Заступник директора

- o Лікар-спеціаліст (хірург, терапевт, педіатр, анестезіолог тощо)
- o Завідувач відділення
- o Середній медичний персонал (медична сестра (медбрат), акушерка, фельдшер, лаборант)
- o Молодший медичний персонал (молодша медична сестра (санітарка), сестра-господиня)
- o Адміністративно-господарський / Фінансовий персонал (бухгалтер, економіст, юрист, фахівець з кадрів, інженер, водій).
- o Інше (вказати): \_\_\_\_\_

36. **Скільки років Ви працюєте на цій посаді?** \_\_\_\_\_ (років)

37. **Ваш освітньо-кваліфікаційний рівень:**

- А) Вища освіта (магістр, спеціаліст)
- Б) Вища освіта (бакалавр, молодший спеціаліст)
- В) Професійно-технічна освіта

38. **Наявність кваліфікаційної категорії:**

- А) Вища
- Б) Перша
- В) Друга
- Г) Не маю

39. **Оцініть свій рівень володіння комп'ютерними програмами, необхідними для Вашої роботи (наприклад, електронна медична система, офісні програми):**

- А) Високий (впевнений користувач)
- Б) Середній (можу виконувати основні завдання)
- В) Низький (потребую допомоги/навчання)
- Г) Не володію

## КНП "БАРВІНКІВСЬКА ЦМЛ"

Компанія КНП "БАРВІНКІВСЬКА ЦМЛ" зареєстрована за юридичною адресою Україна, 64701, Харківська обл., Барвінківський р-н, місто Барвінкове, ВУЛИЦЯ НЕЗАЛЕЖНОСТІ, будинок 20. Керівником компанії є Халеев Олександр Анатолійович.

 ЄДРПОУ

 ПДВ

 Фінансова звітність

 Єдиний державний реєстр підприємств та організацій України

Дата поновлення даних 23.02.2022

[Оновити дані із держреєстру](#)

Повне найменування юридичної особи

КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО "БАРВІНКІВСЬКА ЦЕНТРАЛЬНА МІСЬКА ЛІКАРНЯ" БАРВІНКІВСЬКОЇ МІСЬКОЇ ТЕРИТОРІАЛЬНОЇ ГРОМАДИ ІЗЮМСЬКОГО РАЙОНУ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Скорочена назва

КНП "БАРВІНКІВСЬКА ЦМЛ"

Код ЄДРПОУ

02003824

Статус юридичної особи

 зареєстровано

Уповноважені особи

Халеев Олександр Анатолійович

Місцезнаходження юридичної особи

Україна, 64701, Харківська обл., Барвінківський р-н, місто Барвінкове, ВУЛИЦЯ НЕЗАЛЕЖНОСТІ, будинок 20

## Фінансова звітність

	2024	2023	2022
Дохід	98 540 000 ₴	64 653 000 ₴	42 090 000 ₴
Чистий прибуток	20 439 000 ₴	-5 221 000 ₴	11 560 000 ₴
Активи	74 241 000 ₴	53 711 000 ₴	40 689 000 ₴
Зобов'язання	2 958 000 ₴	3 232 000 ₴	3 151 000 ₴
Кількість співробітників	195	186	183