

**Чернівецький торговельно-економічний інститут  
Державного торговельно-економічного університету**

*Кафедра менеджменту, маркетингу і логістики*

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**

**на тему:**

**ФОРМУВАННЯ МЕХАНІЗМУ УПРАВЛІННЯ ЕФЕКТИВНІСТЮ  
ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ ПІДПРИЄМСТВ  
(за матеріалами ДЕПАРТАМЕНТУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ОДЕСЬКОЇ  
МІСЬКОЇ РАДИ )**

Студента 2 курсу, 707 групи,  
другого (магістерського) рівня  
вищої освіти,  
спеціальності 073 «Менеджмент»  
освітньої програми «Менеджмент  
маркетингової діяльності»

\_\_\_\_\_

*підпис*

Яким'юка Дмитра  
Івановича

Науковий керівник  
к.е.н., доцент

\_\_\_\_\_

*підпис*

Урсакій Юлія  
Анатоліївна

Завідувачка кафедрою  
к.е.н., доцент

\_\_\_\_\_

*підпис*

Чичун Валентина  
Андріївна

Чернівці 2025

**Анотація до кваліфікаційної роботи Яким'юка Дмитра Івановича на  
тему «Формування механізму управління ефективністю діяльності  
медичних підприємств»**

У роботі розкрито теоретичні засади та практичні підходи до формування механізму управління ефективністю діяльності медичних підприємств. Проаналізовано специфіку функціонування закладів охорони здоров'я, ключові показники результативності та чинники, що впливають на їхню операційну, фінансову й соціальну ефективність. Розглянуто інструменти стратегічного та оперативного управління, систему контролю якості медичних послуг, підходи до оптимізації внутрішніх процесів, управління персоналом і ресурсним забезпеченням. Особливу увагу приділено впровадженню сучасних цифрових технологій та механізмів мотивації, які сприяють підвищенню продуктивності роботи медичних закладів. У результаті обґрунтовано рекомендації щодо вдосконалення механізму управління ефективністю з метою забезпечення сталого розвитку медичних підприємств та підвищення рівня надання медичних послуг.

**Ключові слова:** ефективність діяльності, медичні підприємства, механізм управління, якість медичних послуг, стратегічне управління, операційна ефективність, показники результативності, цифровізація, управління ресурсами, мотивація персоналу.

**Summary to the qualification work of Dmytro Ivanovich Yakym'yuk on  
the topic “Formation of a mechanism for managing the effectiveness of  
medical enterprises”**

The paper reveals theoretical principles and practical approaches to forming a mechanism for managing the effectiveness of medical enterprises. The specifics of the functioning of healthcare institutions, key performance indicators and factors affecting their operational, financial and social efficiency are analyzed. The tools of strategic and operational management, the quality control system for medical services, approaches to optimizing internal processes, personnel management and resource provision are considered. Particular attention is paid to the implementation of modern digital technologies and motivation mechanisms that contribute to increasing the productivity of medical institutions. As a result, recommendations are substantiated for improving the effectiveness management mechanism in order to ensure the sustainable development of medical enterprises and increase the level of medical services.

**Keywords:** effectiveness of activity, medical enterprises, management mechanism, quality of medical services, strategic management, operational efficiency, performance indicators, digitalization, resource management, staff motivation.

## ЗМІСТ

|                                                                                                                          |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| ВСТУП.....                                                                                                               | 3         |
| <b>Розділ 1. Теоретико-методологічні аспекти управління ефективністю діяльності медичних підприємств та установ.....</b> | <b>6</b>  |
| 1.1. Сутність та типологія ефективності в охороні здоров'я.....                                                          | 6         |
| 1.2. Теоретико-методологічні основи управління ефективністю діяльності медичних підприємств та установ.....              | 14        |
| <b>Розділ 2. Емпіричне дослідження ефективності діяльності медичних підприємств та установ.....</b>                      | <b>24</b> |
| 2.1. Аналіз стану та ефективності системи охорони України в міжнародному контексті.....                                  | 24        |
| 2.2. Аналіз економічної ефективності діяльності небюджетних медичних підприємств та установ України.....                 | 32        |
| 2.3. Аналіз ефективності діяльності бюджетних медичних установ м.Одеса.....                                              | 40        |
| <b>Розділ 3. Формування механізму управління ефективністю діяльності медичних підприємств та установ.....</b>            | <b>46</b> |
| 3.1 Інституціональні засади підвищення ефективності сфери охорони здоров'я .....                                         | 46        |
| 3.2 Методичне забезпечення механізму управління ефективністю діяльності медичних підприємств та установ.....             | 52        |
| ВИСНОВКИ.....                                                                                                            | 62        |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....                                                                                          | 64        |

## ВСТУП

**Актуальність теми.** Сучасні умови розвитку національної економіки України характеризуються підвищенням вимог до якості медичних послуг, зростанням конкуренції на ринку охорони здоров'я, а також необхідністю ефективного використання наявних ресурсів. Медичні підприємства та установи, функціонуючи в умовах обмеженого фінансування, реформ системи охорони здоров'я та глобальних викликів, зокрема пов'язаних із воєнними діями та пандеміями, стикаються з потребою у впровадженні дієвих механізмів управління ефективністю діяльності.

Ефективність роботи медичних підприємств визначає не лише рівень їх фінансової стійкості, але й безпосередньо впливає на соціальне благополуччя населення, доступність та якість надання медичних послуг. Відтак актуальності набуває питання формування системного механізму управління ефективністю, який охоплює сукупність економічних, організаційних, інформаційних та управлінських інструментів, спрямованих на досягнення стратегічних і тактичних цілей медичних закладів.

У розробці теоретичних і методологічних засад управління ефективністю діяльності підприємств різних сфер вагомий внесок зробили такі науковці та практики, як М. Армстронг, А. Барон, Е. Барроуз, Т. Говорушко, А. Гончарук, Д. Джірасін, Дж. Грем, Р. Каплан, Н. Климаш, В. Куценко, О. Літвінов, С. Назарко, Е. Нілі, З. Раднор, С. Хатчінсон, С. Хетфілд, Е. Холдсворд та інші.

**Мета і завдання дослідження.** Метою даної кваліфікаційної роботи є обґрунтування теоретичних засад та практичних рекомендацій щодо формування механізму управління ефективністю діяльності медичних підприємств та установ в умовах сучасних економічних трансформацій. Для досягнення цієї мети в роботі сформульовано та вирішено такі основні завдання:

- дослідити теоретичні основи формування механізму управління ефективністю діяльності;
- визначити специфіку функціонування медичних підприємств та чинники, що впливають на їх результативність;
- здійснити аналіз сучасного стану ефективності діяльності медичних установ;
- розробити практичні підходи та інструменти до формування механізму управління ефективністю;
- запропонувати напрями удосконалення управління медичними підприємствами з метою підвищення їх конкурентоспроможності та стійкого розвитку.

**Об'єктом дослідження** є процес управління діяльністю медичних підприємств та установ.

**Предметом дослідження** виступає механізм управління ефективністю їх діяльності.

**Базою дослідження** було обрано Міністерство охорони .

**Методи дослідження.** Методологічною основою проведеного дослідження стала сукупність загальнонаукових та спеціалізованих методів, що забезпечили можливість комплексного вивчення процесів і явищ у їх взаємозв'язку та сприяли розв'язанню поставлених наукових і прикладних завдань. До загальнонаукових методів пізнання слід віднести історичний, діалектичний, методи індукції та дедукції, аналізу й синтезу. Серед спеціальних методів у роботі активно застосовувалися методи статистичного аналізу, економіко-математичні інструменти (зокрема математичне програмування та метод найменших квадратів), метод кореляційного аналізу, методи економічного аналізу, графічний метод, а також метод системних характеристик візуалізації.

Інформаційну базу дослідження сформували нормативно-правові акти, що регламентують діяльність медичних підприємств та установ, офіційна

статистична звітність Державної служби статистики України, матеріали Міністерства охорони здоров'я України та Всесвітньої організації охорони здоров'я, фундаментальні теоретичні положення та результати наукових праць вітчизняних і зарубіжних учених, довідкова література, річні звіти національних і міжнародних медичних компаній та установ, а також фінансово-господарська документація й дані управлінського обліку медичних закладів.

Наукова новизна роботи полягає у комплексному підході до формування механізму управління ефективністю, який враховує специфіку функціонування медичних підприємств у сучасних умовах трансформацій національної системи охорони здоров'я.

Практичне значення отриманих результатів полягає у можливості їх використання керівниками медичних установ для оптимізації управлінських процесів, підвищення рівня ефективності діяльності та якості надання медичних послуг.

## РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ УПРАВЛІННЯ ЕФЕКТИВНІСТЮ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ ПІДПРИЄМСТВ ТА УСТАНОВ

### 1.1. Сутність та типологія ефективності в охороні здоров'я

У сучасній науковій та прикладній літературі зростає інтерес до проблематики ефективності системи охорони здоров'я. Постійне збільшення витрат на утримання галузі зумовлює необхідність чіткого розуміння сутності цього поняття та визначення інструментів оцінювання результативності її функціонування. При цьому, аналізуючи теоретичні засади ефективності діяльності медичних підприємств і установ, важливо виокремлювати категорії «ефект» та «ефективність».

Таблиця 1.1

Визначенням понять «ефект» та «ефективність» у контексті діяльності медичних підприємств та установ

| Поняття             | Визначення                                                                                                                                                                                                   | Приклад у діяльності медичних підприємств та установ                                                                                               |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ефект</b>        | Результат, що досягається внаслідок здійснення певної діяльності або впровадження заходів. Має кількісний чи якісний вимір і може бути як позитивним, так і негативним.                                      | Зменшення рівня захворюваності після проведення профілактичних програм; підвищення кількості пролікованих пацієнтів за певний період.              |
| <b>Ефективність</b> | Співвідношення отриманого ефекту до витрачених ресурсів (матеріальних, фінансових, трудових, часових). Відображає раціональність та результативність використання ресурсів для досягнення поставлених цілей. | Досягнення високої якості медичних послуг при оптимальних витратах; підвищення задоволеності пацієнтів при зменшенні середньої вартості лікування. |

Категорія «ефект» розглядається як результат впливу певних причин [1, с. 11]. У сфері охорони здоров'я прикладом може слугувати використання економічних ресурсів на лікування пацієнта, що забезпечує ефект у вигляді його одужання або покращення стану.

У науковій літературі виділяють прямий та непрямий економічний ефект. Прямий економічний ефект зумовлений удосконаленням методик чи організації окремих заходів, що сприяє зниженню їх собівартості. Непрямий економічний ефект проявляється як наслідок досягнення медичного та соціального результату, тобто у вигляді покращення профілактики й лікування, що, у свою чергу, забезпечує скорочення витрат на боротьбу із захворюваннями та зниження економічних втрат, пов'язаних із втратою працездатності чи смертністю.

Поняття «ефективність» (від лат. *effectivus* – дієвий, результативний) трактується як властивість або характеристика певних процесів і явищ, що виявляється у співвідношенні досягнутих результатів із витратами на їх отримання [1, с. 15]. На відміну від «ефекту», який відображає абсолютний результат, ефективність розглядається як відносна величина, що характеризує рівень результативності залежно від обсягу використаних ресурсів, тобто є співвідношенням отриманого ефекту до витрат на його досягнення [2, с. 825]. Вона виражає кінцевий корисний результат застосування праці, засобів виробництва та інших ресурсів, виступаючи водночас економічною та виробничою категорією. У структурному вимірі поняття ефективності охоплює три складові: ефективність як економічну категорію, критерій ефективності та систему показників її кількісного оцінювання.

Ефективність та результативність діяльності медичних підприємств і установ можуть перебувати як у прямій, так і в оберненій залежності [3, с. 1]. Це зумовлено дією двох основних груп чинників.

По-перше, на результати лікування суттєво впливають індивідуальні особливості пацієнтів: за однакових методів терапії у різних хворих можливі різні результати, що вимагає неоднакових витрат для досягнення подібного ефекту.

По-друге, оцінка ефективності може різнитися залежно від рівня медичної допомоги: наприклад, застосування лікарем сильнодіючих і дорогих препаратів може розглядатися ним як досягнення позитивного результату за відносно невеликих витрат, тоді як для закладу охорони здоров'я в цілому це призводить до зростання сукупних витрат і зниження загальної ефективності лікування.

Медична ефективність – це показник результативності медичної діяльності, що характеризує ступінь досягнення запланованих клінічних та соціально-значущих результатів лікування та профілактики при оптимальному використанні наявних ресурсів [4, с. 492]. На рівні окремого пацієнта медична ефективність проявляється у вигляді одужання, покращення стану здоров'я або відновлення втрачених функцій окремих органів та систем. На рівні медичних закладів та галузі в цілому ефективність оцінюється за допомогою комплексного набору специфічних показників, таких як часткавилікуваних пацієнтів, зменшення випадків переходу захворювань у хронічну форму та зниження загального рівня захворюваності населення.

Медична ефективність визначається через співвідношення досягнутого результату та вкладених зусиль і ресурсів: за інших рівних умов той чи інший медичний метод, втручання чи захід вважається більш ефективним, якщо їх наукове обґрунтування та практична реалізація забезпечують максимальний результат надання медичної допомоги при мінімальному використанні трудових, матеріальних і фінансових ресурсів [5, с. 88].

Соціальна ефективність у сфері охорони здоров'я – це характеристика результативності медичних підприємств та установ з точки зору їх впливу на суспільство, що відображає здатність системи охорони здоров'я забезпечувати поліпшення стану здоров'я населення, підвищення рівня доступності та якості медичних послуг, зниження захворюваності та смертності, а також оптимізацію соціальних витрат. Вона включає як прямий

ефект у вигляді покращення фізичного та психічного здоров'я населення, так і непрямий – через зменшення економічних і соціальних втрат, пов'язаних із втратою працездатності, передчасною смертністю або погіршенням якості життя. [6; 7].

Економічна ефективність охорони здоров'я – це характеристика раціонального використання ресурсів медичних підприємств та установ, що відображає співвідношення досягнутих результатів медичної та соціальної діяльності до витрат фінансових, матеріальних і трудових ресурсів. Вона оцінює, наскільки ефективно витрачаються кошти та інші ресурси для забезпечення якісного надання медичних послуг і досягнення запланованих клінічних і соціальних результатів [9].

За оцінкою окремих дослідників [10, с. 23], економічна ефективність у сфері охорони здоров'я не може виступати єдиним критерієм при виборі методів профілактики, лікування або організаційних форм надання медичної допомоги. Водночас, поряд із медичною та соціальною ефективністю, критерії економічної ефективності здатні сприяти визначенню пріоритетності проведення окремих заходів у умовах обмеженості фінансових ресурсів.

На нашу думку, якість і ефективність є двома ключовими характеристиками функціонування будь-якої організації. Проте їх ототожнення та твердження, що висока ефективність неможлива без високої якості, є некоректним. Високий рівень якості надання послуг, зокрема медичних, може досягатися за надмірно високих витрат, що робить діяльність установи економічно неефективною через значні обсяги залучених ресурсів. У цьому контексті виникає протиріччя між медико-соціальною та економічною ефективністю: перша орієнтована на максимізацію якості медичних послуг без врахування ресурсних витрат, тоді як друга спрямована на раціональне використання всіх видів ресурсів закладу та досягнення високого результату, передусім у кількісному вимірі.

У зв'язку з цим, на нашу думку, в умовах комерціалізації системи охорони здоров'я підхід, орієнтований на пріоритетне забезпечення медичної та соціальної ефективності у діяльності медичних підприємств та установ, є недостатньо коректним, оскільки саме економічна ефективність у ринкових умовах визначає життєздатність, функціональні можливості та перспективи розвитку закладу охорони здоров'я. Тому в подальшому, розглядаючи ефективність діяльності медичних установ, у даній роботі під цим поняттям розуміється насамперед економічна ефективність – економічна категорія, яка відображає здатність медичного закладу досягати поставлених тактичних та стратегічних цілей за оптимальних витрат ресурсів, що максимально забезпечують реалізацію економічних інтересів власників установи. Взаємозв'язок економічної ефективності з медичною та соціальною ефективністю ілюструється на рисунку 1.1.



**Рис. 1.1 Взаємозв'язок економічної, медичної та соціальної ефективності**

Власники медичної установи, забезпечуючи її необхідними засобами, ресурсами та технологіями, очікують досягнення економічного результату у вигляді зростання доходів та прибутку. Досягнення цього результату забезпечується високою якістю роботи лікарів та медичного персоналу, що визначає очікуваний клінічний результат і медичну ефективність, а також ефективною діяльністю менеджерів та обслуговуючого персоналу, які забезпечують раціональне використання наявних ресурсів.

Проте очікувані результати діяльності медичних підприємств та установ не завжди збігаються з фактичними. На результати роботи закладів охорони здоров'я можуть впливати як соціальні, так і екологічні фактори, що можуть мати як позитивний, так і негативний характер. Зростання задоволеності населення якістю надання медичної допомоги сприяє підвищенню соціальної ефективності системи охорони здоров'я. Натомість несприятливі умови зовнішнього середовища можуть призводити до збільшення захворюваності, що потребує корекції фактичних результатів діяльності медичних установ.

Таким чином, економічна ефективність медичних підприємств та установ – це характеристика раціонального використання фінансових, матеріальних, трудових та інших ресурсів закладу охорони здоров'я, яка відображає здатність досягати поставлених тактичних і стратегічних цілей з мінімальними витратами, забезпечуючи при цьому максимальний економічний результат та реалізацію економічних інтересів власників або засновників установи.

У останні роки, у зв'язку з посиленням комерціалізації діяльності медичних підприємств та закладів, а також розвитком недержавного сектору охорони здоров'я, в українській науковій літературі все частіше з'являються дослідження, присвячені проблемі ефективності в цьому секторі. Зокрема, А. Трофименко [11, с. 427] зазначає, що ефективність охорони здоров'я, її служб та окремих заходів оцінюється через сукупність критеріїв і показників,

кожен з яких відображає певний аспект медичної діяльності. Серед них особливе місце займає економічна ефективність, яка аналізується у двох вимірах: як ефективність використання різних видів ресурсів та з точки зору впливу охорони здоров'я на розвиток суспільного виробництва загалом. При цьому економічні аспекти охорони здоров'я спрямовані не на зменшення витрат, а на оптимізацію шляхів та методів їх раціонального використання. Для оцінки економічної ефективності застосовується економічний аналіз, що передбачає порівняння витрат із досягнутим результатом.

Таблиця 1.2

## Визначеннями економічної ефективності охорони здоров'я

| Автор / Вчений               | Визначення економічної ефективності охорони здоров'я                                                                                                                        |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| А. Сміт                      | Економічна ефективність охорони здоров'я – це співвідношення між витратами на медичні послуги та отриманим суспільним благом у вигляді покращення здоров'я населення.       |
| К. Грін                      | Ефективність охорони здоров'я визначається як здатність системи охорони здоров'я досягати максимального результату для здоров'я населення при мінімальних витратах.         |
| Д. Сандерс                   | Економічна ефективність – це оптимізація витрат на лікування та профілактику з урахуванням якості життя пацієнтів і тривалості життя.                                       |
| В. Стейн                     | Ефективність охорони здоров'я – це співвідношення між ресурсами, які використовуються у медичній системі, та досягнутими клінічними результатами.                           |
| Ю. Кузнєцов                  | Економічна ефективність – це комплексний показник, що відображає результативність використання фінансових, матеріальних і трудових ресурсів у сфері охорони здоров'я.       |
| ВООЗ<br>(сучасний<br>підхід) | Ефективність охорони здоров'я – це здатність системи охорони здоров'я надавати якісні послуги, які максимізують здоров'я населення при раціональному використанні ресурсів. |

Л. Джемелінська зазначає, що ефективність системи охорони здоров'я оцінюється через її вплив на населення, забезпечення соціальної справедливості та задоволеність населення медичним обслуговуванням. Водночас таке тлумачення скоріше характеризує соціальну, ніж економічну ефективність.

Ю. Козаченко [12; 13] звертає увагу на показники медичної та соціальної ефективності охорони здоров'я, серед яких: тривалість життя населення;

безпечні для життя умови та охорона навколишнього середовища; санітарно-епідемічне благополуччя населених пунктів; безпечні та здорові умови праці, навчання, побуту і відпочинку; можливість об'єднання в громадські організації з метою сприяння охороні здоров'я; ефективний правовий захист від будь-яких форм дискримінації, пов'язаних із станом здоров'я. При цьому ключовим індикатором ефективності системи охорони здоров'я автор вважає якість та безпеку медичної допомоги.

Більш предметним є визначення О. Красової [14, с. 3], яка під економічною ефективністю охорони здоров'я розуміє результати діяльності органів, підприємств та установ охорони здоров'я для сприяння розвитку суспільного виробництва та зростанню національного доходу. При цьому економічна ефективність визначається як співвідношення обсягу коштів, інвестованих у комплекс лікувально-профілактичних заходів зі зниження захворюваності, інвалідності та смертності, і досягнутого ефекту, що виражається у прирості валового національного продукту за рахунок підвищення рівня життєдіяльності населення.

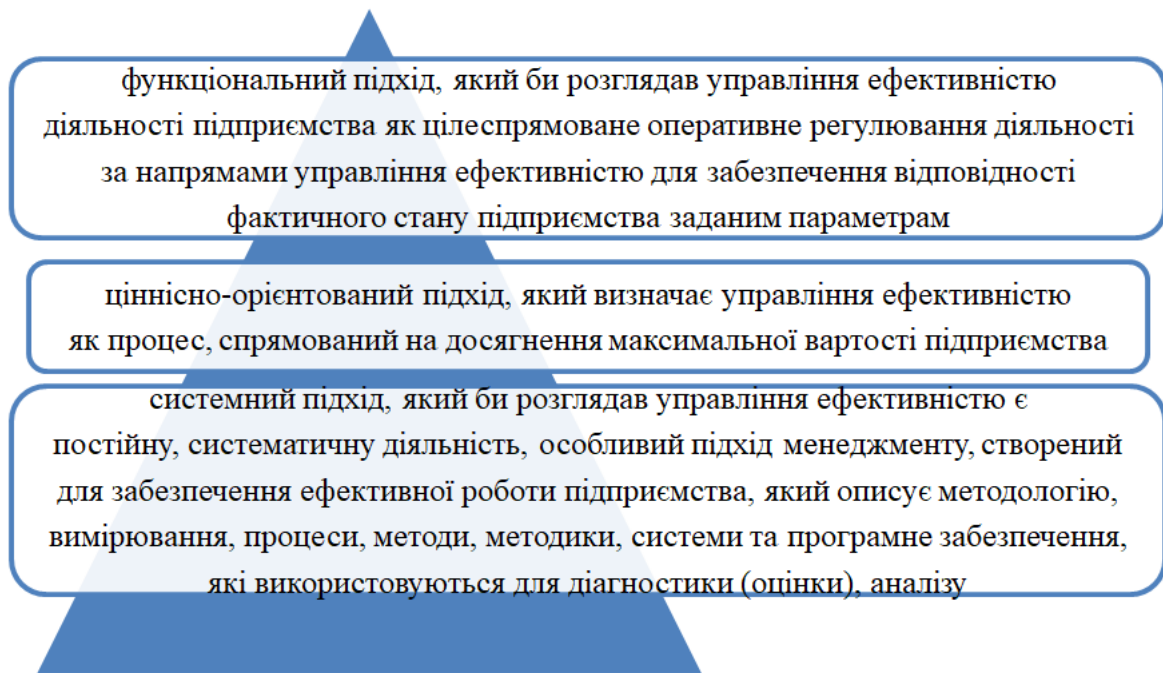
В. Попович та співавт. [15, с. 4] зазначають, що економічна ефективність охорони здоров'я визначається зменшенням витрат на лікування завдяки використанню ефективних лікарських засобів, запобіганням витрат, пов'язаних із втратою працездатності пацієнта та її компенсацією, а також мінімізацією виробничих втрат, що виникають у родичів та друзів під час догляду за пацієнтом. При цьому соціальна та медична ефективність є ключовими критеріями при виборі медичних технологій або лікарських засобів. Показники економічної ефективності використовуються для визначення найбільш оптимальних варіантів фінансування та сприяють встановленню пріоритетності проведення заходів за умов обмежених фінансових ресурсів. Таким чином, автори розглядають ефективність охорони здоров'я як здатність досягати максимального соціального та медичного ефекту при мінімальних фінансових витратах.

## **1.2. Теоретико-методологічні основи управління ефективністю діяльності медичних підприємств та установ**

Попри недостатню розробленість науково-практичної проблематики забезпечення ефективності діяльності медичних підприємств та установ в Україні, у світовому контексті ця проблема належить до ключових. Зокрема, за визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), якість і ефективність функціонування медичних підприємств і закладів віднесено до числа найбільш актуальних завдань управління системою охорони здоров'я, що безпосередньо пов'язані з кінцевими результатами її діяльності та раціональним використанням обмежених ресурсів галузі [16, с. 99].

У кінці 1970-х років А. Деніелс уперше запровадив термін «управління ефективністю», визначивши його як метод організації діяльності, що спонукає людей виконувати необхідні дії таким чином, щоб цей процес приносив їм задоволення. На його думку, управління ефективністю не можна зводити лише до організаційної ієрархії, оцінювання результативності чи формальної похвали. Йдеться про науково обґрунтований підхід до управління поведінкою, який ґрунтується на положеннях поведінкового аналізу [17, с. 13].

В українських наукових дослідженнях останнього десятиліття простежується зростання уваги до проблематики управління ефективністю. Серед наявних підходів до розуміння управління ефективністю діяльності підприємства можна виокремити кілька ключових (рис. 1.2). Так, М. Армстронг визначає управління ефективністю як систематичний і безперервний процес підвищення результативності організації шляхом формування показників ефективності для окремих працівників та колективів. На його думку [18; 19], цей процес має бути стратегічним, тобто спрямованим на досягнення довгострокових завдань і ширших цілей, а також комплексним, що передбачає інтеграцію різних аспектів бізнесу, управління персоналом, діяльності індивідів і груп, та включати:



**Рис. 1.2. Основні підходи до розуміння управління ефективністю діяльності підприємства**

підвищення результативності діяльності організації в цілому, що передбачає узгоджене зростання індивідуальної, групової та організаційної ефективності;

- безперервний професійний розвиток працівників і трудових колективів, який є необхідною умовою покращення показників ефективності;
- управління трудовою поведінкою, спрямоване на стимулювання такої активності персоналу, яка забезпечує оптимізацію виробничих і соціально-трудових відносин.

Подібно до вітчизняних досліджень, у зарубіжній управлінській науці також простежуються різні підходи до трактування поняття управління ефективністю. Зокрема, С. Хетфілд [20, с. 346] відмовляється від традиційного оціночного підходу й розглядає управління ефективністю як процес формування робочого середовища, у якому працівники мають змогу максимально реалізувати власний потенціал. У цьому контексті управління ефективністю трактується як цілісна система організації трудового процесу, яка розпочинається з визначення завдань і триває до моменту завершення

трудових відносин працівника з організацією. Ці та інші визначення управління ефективністю відображені в табл. 1.3.

Таблиця 1.3

### Визначення поняття «управління ефективністю»

| Автор                               | Визначення                                                                                                                                                                                                       | Підхід                               |
|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| А. Деніелс (1970-ті)                | Управління ефективністю – це науковий підхід до управління поведінкою, що базується на поведінковому аналізі, який спонукає людей виконувати необхідні дії так, щоб цей процес приносив їм задоволення.          | Поведінковий (behavioral management) |
| М. Армстронг                        | Управління ефективністю – це систематичний і безперервний процес підвищення результативності організації через розробку показників ефективності для індивідів і колективів. Має бути стратегічним і комплексним. | Стратегічно-інтеграційний підхід     |
| Р. Бакстер                          | Управління ефективністю – це процес встановлення цілей, вимірювання досягнень і забезпечення зворотного зв'язку для постійного вдосконалення.                                                                    | Цільовий (goal-setting)              |
| Д. Отлі                             | Управління ефективністю – це процес управління діяльністю організації через вимірювання, моніторинг і контроль результатів для досягнення стратегічних цілей.                                                    | Контрольно-аналітичний               |
| Вітчизняні дослідники (узагальнено) | Управління ефективністю розглядається як система заходів щодо оптимізації використання ресурсів, розвитку персоналу та забезпечення балансу між результатами та витратами.                                       | Ресурсно-орієнтований                |

Отже, у більшості випадків управління ефективністю трактується як процес, спрямований на вдосконалення та підвищення результативності діяльності організації. При цьому більшість науковців одностайні в тому, що зазначений процес має циклічний характер. Водночас єдиної позиції щодо виокремлення та структурування етапів циклу управління ефективністю наразі не існує.

У науковій літературі простежується різноманітність підходів до структурування циклу управління ефективністю. Так, одні автори виокремлюють чотири основні стадії: планування, виконання, перевірку та вдосконалення. Інші дослідники зводять його до трьох ключових елементів: 1) формування чіткого уявлення про пріоритети, що ґрунтуються на

поєднанні національних завдань і власних потреб; 2) функціонування системи та визначення механізмів вимірювання ефективності; 3) регулярний моніторинг, контроль та оцінювання з метою подальшого планування. Третя група авторів пропонує більш деталізовану модель, що охоплює шість послідовних етапів: 1) постановка цілей; 2) планування; 3) оцінювання; 4) моніторинг; 5) реалізація заходів; 6) перегляд цілей і шляхів їх досягнення [21, с. 368].

Згідно Е. Нілі, цикл управління ефективністю починається з ефективного планування і закінчується заохоченням працівників за їх ефективну роботу і включає 5 етапів (рис. 1.3).



**Рис. 1.3. Основні етапи циклу управління ефективністю**

Е. Холдсворд і Д. Джірасін розглядають управління ефективністю як комплекс заходів, що охоплюють спільну діяльність, стратегічне мислення, розвиток людського капіталу та формування клієнтської лояльності. На їхню думку, цей процес передбачає оцінювання лідерів, здатних формувати людський капітал, підвищувати мотивацію працівників, сприяти професійному розвитку персоналу та здійснювати ефективне управління ним. У своїй монографії дослідники виокремлюють два основні інструменти управління ефективністю:

1. Розвиток ефективності, що забезпечує мотивацію на робочому місці та професійну підготовку співробітників;
2. Вимірювання ефективності, яке робить працівників відповідальними та дає змогу оцінити їхній внесок у діяльність організації [22, с. 58].

Обидва інструменти управління ефективністю мають як переваги, так і обмеження, однак успішні організації інтегрують їх для забезпечення професійного зростання персоналу. У контексті медичних установ Л. Ландрум і С. Бейкер [23, с. 43] визначають чотири ключові складові процесу управління ефективністю в системі охорони здоров'я, а саме:

- стандарти ефективності (зокрема, цілі, показники та завдання);
- застосування показників ефективності;
- система звітності та отримання зворотного зв'язку;
- заходи з підвищення якості медичних послуг.

Усі зазначені аспекти свідчать про доцільність застосування управління ефективністю в діяльності медичних підприємств та установ. На відміну від інших сфер, для успішного функціонування таких організацій особливе значення має психологічний стан працівників, насамперед медичного персоналу (лікарів, медсестер тощо), тобто поведінкова складова. Більшість дослідників управління ефективністю, зокрема А. Деніелс, підкреслюють ключову роль цієї складової, яка полягає у впровадженні елементів менеджменту в організаційну культуру таким чином, щоб трудові норми та цінності сприяли формуванню та заохоченню бажаної поведінки.

Практика надання медичної допомоги часто розглядається як поєднання мистецтва та науки. У ситуаціях обмежених ресурсів, коли підвищення технічної ефективності не здатне вирішити проблему, саме творчий підхід може стати ключовим фактором успіху. При цьому традиційні методи оцінки ефективності, що базуються на порівнянні досягнутих результатів із заздалегідь визначеними цілями, можуть стримувати інновації,

які залежать від готовності до ризику, можливості зазнати невдачі та проведення експериментів серед потенційних новаторів [24, с. 49].

Управління ефективністю діяльності медичного підприємства або установи розглядається як систематичний і безперервний (циклічний) процес вдосконалення різних аспектів функціонування, що включає планування, оцінку, моніторинг результатів та управління поведінкою персоналу, спрямований на забезпечення сталого підвищення ефективності роботи закладу. Для реалізації основних функцій та координації процесу управління ефективністю медичні установи та їхні підрозділи мають очолювати професійні менеджери, які володіють відповідною спеціальною освітою та добре орієнтуються у специфіці діяльності закладів охорони здоров'я.

На нашу думку, керівником медичної установи доцільніше призначати не головного лікаря, який, окрім адміністративних функцій, залучений до лікувальної діяльності та інших відволікаючих обов'язків і тому не має можливості зосередитися на вирішенні стратегічних та оперативних управлінських завдань закладу, а професійного менеджера. Такий менеджер повинен добре розуміти специфіку роботи в сфері охорони здоров'я та володіти необхідними навичками і компетенціями для ефективного управління діяльністю медичних підприємств і установ.

ЦУ (метод цільового управління) – це системний та структурований підхід, який забезпечує менеджменту концентрацію на досягненні поставлених цілей та оптимізацію результатів за рахунок ефективного використання наявних ресурсів.

Цільове управління (ЦУ) – це управлінська концепція та методика організації діяльності підприємства або установи, яка базується на чіткому формулюванні цілей, погоджених на всіх рівнях організації, та подальшому контролі їх досягнення. Головна ідея ЦУ полягає в тому, що ефективність організації визначається здатністю кожного підрозділу і кожного працівника

досягати конкретних, вимірюваних цілей, що узгоджуються зі стратегічними пріоритетами організації. Основні характеристики методу:

1. Фокус на результатах: управління орієнтоване на досягнення конкретних цілей, а не на контроль процесів.
2. Узгодження цілей: цілі визначаються спільно керівництвом і підлеглими, що забезпечує високу мотивацію та залученість персоналу.
3. Вимірюваність і контроль: досягнення цілей оцінюється за допомогою конкретних показників ефективності.
4. Регулярний моніторинг та корекція: процес управління включає періодичні перевірки результатів і при необхідності коригування цілей чи ресурсів.
5. Розвиток персоналу: ЦУ стимулює професійний розвиток та підвищення компетенцій працівників шляхом участі у постановці цілей і аналізі результатів.

ЦУ широко застосовується як у комерційних, так і в державних та медичних установах, оскільки дозволяє ефективно координувати діяльність підрозділів, підвищувати мотивацію персоналу і забезпечувати досягнення стратегічних завдань організації.

ЦУ включає безперервне відстеження процесів і забезпечення зворотного зв'язку для досягнення завдань (рис. 1.4).

Одна з концептуальних моделей цільового управління передбачає, що крім керівників вищої ланки, усі працівники організації залучаються до процесу стратегічного планування та підвищення здійсненності планів. Інший підхід до ЦУ полягає в тому, що менеджери ініціюють і впроваджують комплекс заходів, спрямованих на підвищення ефективності функціонування організації.

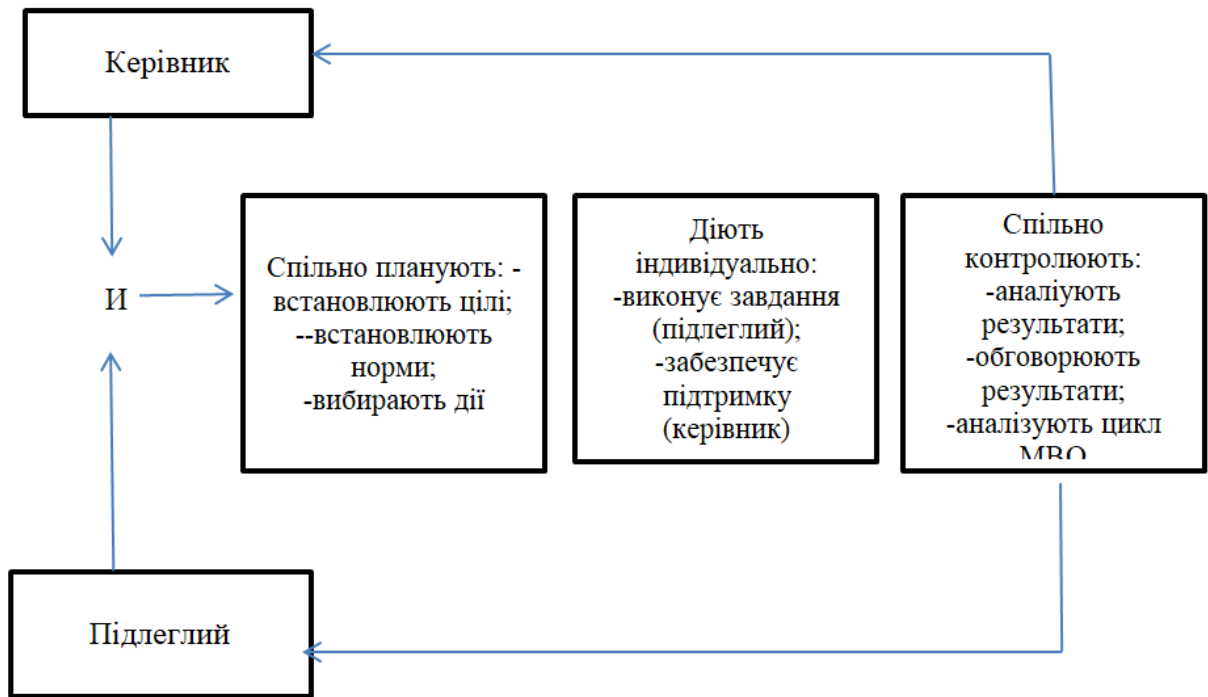


Рис. 1.4 Схема ЦУ

В основі ЦУ лежать наступні принципи (таблиця 1.4):

Таблиця 1.4

#### Принципи цільового управління

| Принцип                              | Пояснення                                                                                                                                                 |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Фокус на результаті</b>           | Управління орієнтується на досягнення конкретних цілей, що дозволяє ефективно оцінювати діяльність підрозділів та окремих співробітників.                 |
| <b>Узгодження цілей</b>              | Цілі формуються спільно керівництвом і персоналом, що підвищує мотивацію, залученість і відповідальність працівників за досягнуті результати.             |
| <b>Вимірюваність цілей</b>           | Успіх оцінюється за конкретними показниками (кількісними або якісними), що забезпечує об'єктивність контролю та аналізу результатів.                      |
| <b>Циклічність процесу</b>           | Процес управління є безперервним і включає етапи планування, виконання, контролю та корекції для підвищення ефективності.                                 |
| <b>Розвиток персоналу</b>            | Залучення працівників до постановки та оцінки цілей стимулює професійний розвиток, підвищує компетенції та адаптивність персоналу.                        |
| <b>Пріоритет стратегічних цілей</b>  | Усі індивідуальні та підрозділові цілі повинні узгоджуватися зі стратегічними завданнями організації, забезпечуючи досягнення довгострокових результатів. |
| <b>Відповідальність та автономія</b> | Працівники отримують чіткі завдання та права на прийняття рішень, що стимулює відповідальне ставлення до роботи та покращує мотивацію.                    |

Проте впровадження зарубіжних систем управління ефективністю в умовах вітчизняних медичних установ може стикатися з низкою суттєвих проблем:

1. Невідповідність параметрів зарубіжних систем специфіці місцевих умов функціонування.
2. Поведінкові відмінності у діяльності зарубіжних і вітчизняних менеджерів, лікарів, медичного та технічного персоналу.
3. Несумісність та обмежена адаптивність ряду успішних зарубіжних систем до реалій вітчизняних медичних закладів.
4. Відсутність ефективного механізму управління ефективністю вітчизняних установ охорони здоров'я.

На нашу думку, зазначені проблеми можуть бути усунені шляхом реалізації таких заходів:

- ✓ Розробка системи ключових індикаторів ефективності (KIE) для вітчизняних медичних підприємств та установ, що враховує специфіку їхньої діяльності.
- ✓ Створення системи мотивації (внутрішньої та зовнішньої), яка стимулює у менеджерів і персоналу поведінку, необхідну для успішної реалізації стратегії та цілей управління ефективністю медичних підприємств і установ.
- ✓ Використання спеціального методу управління ефективністю – міжнародного бенчмаркінгу, що дозволяє визначати оптимальні еталони та адаптувати кращий зарубіжний досвід у сфері охорони здоров'я.
- ✓ Формування дієвого механізму управління ефективністю вітчизняних медичних підприємств та установ. Перші три заходи можуть реалізовуватися в межах четвертого, тобто в процесі створення ефективного механізму управління ефективністю.

Отже, процеси децентралізації управління системою охорони здоров'я, посилення комерціалізації цієї сфери та орієнтація на конкретного споживача медичних послуг без сумніву призведуть до загострення конкуренції між медичними підприємствами та установами. Перенесення центру прийняття управлінських рішень з органів центральної та місцевої влади на рівень менеджменту закладів охорони здоров'я потребує перегляду підходів до оцінки ефективності їх діяльності. На нашу думку, для української практики буде корисним використання накопиченого зарубіжного досвіду управління та критеріїв оцінки ефективності медичних підприємств і установ, у яких вони розглядаються як суб'єкти прийняття управлінських рішень.

## **РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ ПІДПРИЄМСТВ ТА УСТАНОВ**

### **2.1. Аналіз стану та ефективності системи охорони України в міжнародному контексті**

Система охорони здоров'я будь-якої держави посідає ключове місце у забезпеченні належного рівня життя населення. Рівень здоров'я громадян виступає одним із провідних чинників соціально-економічного розвитку країни. Відтак, медичне забезпечення населення є однією з найважливіших внутрішніх функцій сучасної держави. Медична сфера являє собою багаторівневу, функціонально керовану систему, створену та використовувану суспільством для реалізації комплексу соціальних і медичних заходів, спрямованих на охорону, збереження та зміцнення здоров'я як окремої особи, так і населення в цілому. Система охорони здоров'я держави має відповідати універсальним критеріям, які забезпечують її ефективність, доступність, результативність та соціальну справедливість у наданні медичних послуг населенню.

- ієрархічна будова;
- налагоджені управлінські механізми;
- ефективні форми фінансування.

Передусім, система охорони здоров'я має бути зорієнтована на специфіку стану здоров'я населення. Організаційна структура системи охорони здоров'я України формується за трирівневою моделлю, що включає національний, регіональний та субрегіональний (локальний) рівні. Національний рівень представлений Міністерством охорони здоров'я України як суб'єктом управління, а також закладами охорони здоров'я державної форми власності, які безпосередньо підпорядковуються Міністерству. До цього рівня також належать науково-дослідні установи та

вищі навчальні заклади, що перебувають у підпорядкуванні Академії медичних наук України та Міністерства охорони здоров'я України і виступають об'єктами управління.

Регіональний рівень системи охорони здоров'я представлений Міністерством охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, а також управліннями охорони здоров'я при обласних державних адміністраціях, які виступають суб'єктами управління. До їхньої компетенції належать державні заклади охорони здоров'я, передані в управління відповідними рішеннями вищих органів державної влади, а також медичні установи, що перебувають у спільній власності територіальних громад. До таких об'єктів управління належать, зокрема, обласні лікарні, діагностичні центри та інші профільні медичні заклади.

Субрегіональний (локальний) рівень системи охорони представляють До субрегіонального рівня системи охорони здоров'я належать районні державні адміністрації, міські, районні у містах, селищні та сільські органи місцевого самоврядування, які виступають суб'єктами управління. Об'єктами їхнього управління є заклади охорони здоров'я, що перебувають у комунальній власності та підпорядковуються зазначеним органам [25, с. 163]. До цієї категорії також належать різноманітні медичні підприємства, які не підпорядковуються безпосередньо галузевим чи регіональним органам влади та функціонують на засадах приватної або колективної форми власності, зокрема медичні центри, клініки, лікарні, санаторії тощо. Водночас їхня діяльність підлягає ліцензуванню Міністерством охорони здоров'я України та здійснюється відповідно до чинного законодавства і нормативно-правових актів держави.

Реалізація державної політики у сфері охорони здоров'я покладається на органи державної виконавчої влади. Відповідальність за її ефективне функціонування несе Президент України, який виступає гарантом конституційного права громадян на охорону здоров'я. Спеціально

уповноваженим центральним органом виконавчої влади в цій сфері є Міністерство охорони здоров'я України, компетенція якого визначається відповідним Положенням, затвердженим Кабінетом Міністрів України [26, с. 21].

Відповідно до Основного Закону України – Конституції України, здоров'я людини визнається однією з найвищих соціальних цінностей, а його забезпечення є одним із головних обов'язків держави. У низці статей Конституції України (зокрема статтях 24, 27, 34, 49, 50 та інших) закріплено право кожного громадянина на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Конституція визначає, що охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і профілактично-оздоровчих програм. Держава гарантує створення умов для ефективного та доступного для всіх громадян медичного обслуговування, при цьому у державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно [28, с. 18].

В Україні досі зберігається система медико-санітарної допомоги, що сформувалася ще в період радянської моделі охорони здоров'я. На сьогодні вона залишається недостатньо оптимізованою з урахуванням чисельності населення та його реальних потреб у медичних послугах. Безпосереднє забезпечення охорони здоров'я населення здійснюють санітарно-профілактичні, лікувально-профілактичні, фізкультурно-оздоровчі, санаторно-курортні, аптечні, науково-медичні та інші спеціалізовані заклади охорони здоров'я. Протягом періоду незалежності України, зокрема у 2014–2022 роках, кількісні показники, що характеризують рівень забезпеченості населення лікарняними ліжками, медичними установами та підприємствами, суттєво знизилися — більш ніж удвічі (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

**Кількісні характеристики медичних підприємств та установ  
України**

| Роки | Кількість лікувальних закладів |                | Кількість лікарняних ліжок |                |                    |                |
|------|--------------------------------|----------------|----------------------------|----------------|--------------------|----------------|
|      |                                |                | всього                     |                | на 10000 населення |                |
|      | тис                            | темпи росту, % | тис                        | темпи росту, % | од.                | темпи росту, % |
| 2014 | 2,8                            | 96,6           | 431                        | 98,6           | 94,2               | 99,1           |
| 2015 | 2,8                            | 100,0          | 429                        | 99,5           | 94                 | 99,8           |
| 2016 | 2,5                            | 89,3           | 412                        | 96,0           | 90,6               | 96,4           |
| 2017 | 2,4                            | 96,0           | 404                        | 98,1           | 89,1               | 98,3           |
| 2018 | 2,2                            | 91,7           | 398                        | 98,5           | 88                 | 98,8           |
| 2019 | 1,8                            | 81,8           | 336                        | 84,4           | 78,5               | 89,2           |
| 2020 | 1,775                          | 81,8           | 332                        | 98,8           | 78,1               | 99,5           |
| 2021 | 1,743                          | 98,2           | 315                        | 94,9           | 74,3               | 95,1           |
| 2022 | 1,714                          | 98,3           | 309                        | 98,1           | 73,1               | 98,4           |

Дані таблиці свідчать про стійку тенденцію до скорочення кількості лікувальних закладів та лікарняних ліжок в Україні упродовж 2014–2022 років. У 2014 році в країні налічувалося 2,8 тис. лікувальних закладів, тоді як у 2022 році їх кількість зменшилася до 1,714 тис., що становить близько 61 % від рівня 2014 року. Така динаміка свідчить про суттєве скорочення мережі медичних установ, зокрема на тлі реформування системи охорони здоров'я та оптимізації її структури.

Подібна тенденція простежується і щодо кількості лікарняних ліжок. Якщо у 2014 році в Україні налічувалося 431 тис. ліжок, то у 2022 році — лише 309 тис., тобто зниження склало понад 28 %. Зменшення цього показника відображає процеси реструктуризації медичних послуг, орієнтовані на амбулаторно-поліклінічну допомогу, а також на підвищення ефективності використання ресурсів у галузі.

Показник забезпеченості лікарняними ліжками на 10 тис. населення також має стійку тенденцію до зниження — з 94,2 одиниць у 2014 році до 73,1 одиниці у 2022 році, тобто скорочення становить понад 22 %. Це свідчить про поступовий перехід системи охорони здоров'я від кількісної до

якісної моделі медичного забезпечення, орієнтованої на ефективність, профілактику захворювань та розвиток первинної ланки медичної допомоги.

Темпи росту показників упродовж аналізованого періоду характеризуються нестабільністю, що зумовлено як внутрішніми соціально-економічними чинниками, так і зовнішніми обставинами — військовими подіями, пандемією COVID-19, демографічними змінами та міграційними процесами. Особливо помітне скорочення спостерігалось у 2019 році, коли кількість лікувальних закладів та лікарняних ліжок зменшилася найінтенсивніше.

Отже, аналіз динаміки кількісних характеристик свідчить про трансформаційні процеси в системі охорони здоров'я України, спрямовані на її оптимізацію, підвищення ефективності управління та переорієнтацію на якість медичних послуг, незважаючи на загальне скорочення матеріально-технічної бази галузі.

Крім того, кадрове забезпечення системи охорони також істотно погіршилося (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

### Кадрове забезпечення системи охорони України

| Роки | Кількість лікарів усіх спеціальностей |                |                    |                | Кількість середнього медичного персоналу |                |                    |                |
|------|---------------------------------------|----------------|--------------------|----------------|------------------------------------------|----------------|--------------------|----------------|
|      | всього                                |                | на 10000 населення |                | всього                                   |                | на 10000 населення |                |
|      | тис. чол.                             | темпи росту, % | тис. чол.          | темпи росту, % | тис. чол.                                | темпи росту, % | тис. чол.          | темпи росту, % |
| 2015 | 225                                   | 100,4          | 49,3               | 100,0          | 467                                      | 94,2           | 102,4              | 96,4           |
| 2016 | 224                                   | 99,6           | 49,3               | 97,2           | 459                                      | 98,3           | 101                | 98,6           |
| 2017 | 217                                   | 96,9           | 47,9               | 100,2          | 441                                      | 96,1           | 97,2               | 96,2           |
| 2018 | 217                                   | 100,0          | 48                 | 90,6           | 441                                      | 100,0          | 97,4               | 100,2          |
| 2019 | 186                                   | 85,7           | 43,5               | 100,5          | 379                                      | 85,9           | 88,6               | 91,0           |
| 2020 | 186,78                                | 100,1          | 43,7               | 100,5          | 372                                      | 98,2           | 87,3               | 98,5           |
| 2021 | 186,78                                | 100,3          | 44,0               | 100,7          | 367                                      | 98,7           | 86,5               | 99,1           |
| 2022 | 186,18                                | 99,7           | 44,1               | 100,2          | 360                                      | 98,1           | 85,4               | 98,7           |

Джерело: розраховано автором на основі даних Міністерства охорони України.

Показники кадрового забезпечення системи охорони здоров'я України свідчать про тенденцію до скорочення чисельності медичних працівників, особливо у 2019–2022 роках.

Кількість лікарів усіх спеціальностей у 2015 році становила 225 тис. осіб, тоді як у 2022 році — 186,18 тис. осіб, що означає зниження майже на 17 %. Така динаміка свідчить про поступову втрату кадрового потенціалу медичної галузі, що може бути наслідком як демографічних факторів (старіння кадрів, міграція), так і соціально-економічних умов (низький рівень заробітної плати, перевантаження медичного персоналу, недостатня мотивація до праці у державному секторі).

Забезпеченість лікарями на 10 тис. населення за аналізований період знизилася з 49,3 осіб у 2015 році до 44,1 осіб у 2022 році, що вказує на скорочення доступності медичних кадрів для населення. Незважаючи на певну стабілізацію у 2020–2022 рр., загальна тенденція залишається негативною.

Аналогічна ситуація спостерігається серед середнього медичного персоналу. Його чисельність скоротилася з 467 тис. осіб у 2015 році до 360 тис. осіб у 2022 році, тобто на понад 22 %. Забезпеченість середнім медичним персоналом на 10 тис. населення зменшилася з 102,4 до 85,4 осіб, що свідчить про значне ослаблення кадрового потенціалу системи охорони здоров'я.

Темпи зростання обох категорій персоналу характеризуються нестабільністю, що пов'язано з реформуванням галузі, переходом на нову модель фінансування («гроші йдуть за пацієнтом»), а також із впливом пандемії COVID-19 та військових дій, які сприяли відтоку кадрів за межі країни.

Таким чином, аналіз кадрового забезпечення системи охорони здоров'я України у 2015–2022 роках демонструє негативну динаміку кількісних показників, що становить загрозу для стабільного функціонування галузі.

Скорочення чисельності лікарів і середнього медичного персоналу може призвести до зниження якості та доступності медичних послуг, що, у свою чергу, потребує удосконалення державної політики у сфері кадрового менеджменту, підвищення соціального статусу медичних працівників та покращення умов їхньої праці.

В Україні існує триступенева система медико-санітарної допомоги. Основою національної системи охорони є первинна лікувальнопрофілактична допомога, що надається в основному за територіальною ознакою лікарями загальної практики.

У багатьох країнах держава вважається спонсором і головним інвестором сектора охорони, або прямо, як в країнах, що розвиваються, або посередньо, як це спостерігається в більш розвинених економіках, особливо при фінансуванні медичного лікування громадян, а також інші типи внесків по соціальним фондам і з приватних рахунків медичного страхування. В Україні, як і в більшості країн, що розвиваються, фінансування охорони є тягарем для державного та місцевих бюджетів, які страждають від слабкого економічного розвитку і нестачі коштів.

Управління установами первинної ланки національної системи охорони в містах України здійснюють управління (відділи) охорони виконавчого комітету міської ради; в селах (селищах) – головний лікар району.

В Україні первинна медико-санітарна допомога надається через медичні пункти, сільські лікарські амбулаторії, амбулаторії загальної практики/сімейної медицини, а також центри первинної медико-санітарної допомоги. Ця система представлена фрагментованими структурами, які функціонально, організаційно та фінансово інтегровані зі спеціалізованою амбулаторною допомогою. Тривалий час державна увага переважно зосереджувалася на розвитку високовартісних видів спеціалізованої та екстреної медичної допомоги. Фінансове забезпечення первинної медико-санітарної допомоги становить менше 10 % загальних видатків на охорону

здоров'я, що ускладнює досягнення оптимального розподілу навантаження між різними рівнями медичної допомоги.

Управління установами вторинного рівня національної системи охорони здоров'я здійснюється відповідно до їх підпорядкованості: центральними районними лікарнями – головним лікарем району; міськими лікарнями – відділом (управлінням) охорони здоров'я виконавчого комітету міської ради; обласними лікарнями – управлінням охорони здоров'я обласної державної адміністрації.

Високоспеціалізована (третинна) лікувально-профілактична допомога надається лікарем або групою лікарів, які мають спеціалізовану підготовку для діагностики та лікування складних захворювань, рідкісних патологій та випадків, що потребують застосування спеціальних методів діагностики й терапії. Така допомога надається у спеціалізованих республіканських лікарнях, диспансерах, санаторіях, клініках науково-дослідних інститутів, підпорядкованих Академії медичних наук України та Міністерству охорони здоров'я, а також у клінічних закладах охорони здоров'я (міських і обласних лікарнях), на базі яких функціонують відповідні кафедри медичних академій, інститутів та університетів, а також інститути удосконалення лікарів.

Управління установами третинного рівня національної системи охорони здоров'я здійснюється таким чином: міськими лікарнями – відділом (управлінням) охорони здоров'я виконавчого комітету міської ради; обласними лікарнями – управлінням охорони здоров'я обласної державної адміністрації; центральними спеціалізованими лікарнями, клініками, медичними університетами, академіями та інститутами удосконалення лікарів – Міністерством охорони здоров'я України [30, с. 117].

На сучасному етапі в Україні вимагається здійснення комплексних управлінських та організаційних заходів, спрямованих на реформування системи охорони здоров'я. Перш за все, ці заходи мають охоплювати оновлення механізмів управління галуззю, а також наукове обґрунтування та

практичне впровадження нових методів управління. Вони повинні забезпечувати концентрацію зусиль органів державної влади на вирішенні протиріч і усуненні невідповідностей між фактичними потребами населення у медичній допомозі та існуючими ресурсними можливостями системи охорони здоров'я для їх ефективного та якісного задоволення в умовах трансформаційних змін.

## **2.2. Аналіз економічної ефективності діяльності небюджетних медичних підприємств та установ України**

Як зазначалося вище, в сучасній українській системі охорони здоров'я економічні критерії майже не враховуються при оцінці ефективності діяльності медичних підприємств та установ і при стимулюванні праці їх персоналу. У ситуації, коли показники економічної ефективності не розраховуються, не нормуються та не плануються, окремі медичні заклади та система охорони здоров'я в цілому залишаються ресурсомісткими та низькоефективними.

Для виправлення цієї проблеми необхідне реформування галузі, спрямоване на комерціалізацію діяльності та модернізацію системи управління як на макрорівні, так і на рівні окремих підприємств. Водночас для розробки нових механізмів управління роботою медичних підприємств необхідно оцінити їх економічну ефективність, визначити основні фактори, що стримують її зростання, та потенціал підвищення результативності.

Разом із тим, оцінка економічної ефективності бюджетних установ, які не використовують економічні критерії у своїй діяльності, є некоректною, оскільки такі заклади орієнтуються переважно на досягнення високої медико-соціальної ефективності, часто витрачаючи бюджетні кошти неефективно. Тому ефективність діяльності таких установ доцільно оцінювати на основі кількісних та якісних показників результатів їх роботи у порівнянні з

обсягами використаного бюджетного фінансування. У цьому випадку оцінка носитиме комплексний характер — медичний, соціальний, економічний та фінансовий, і буде розглянута в наступному підрозділі даної роботи.

В якості вхідних параметрів (ресурсів) діяльності були розглянуті чисельність персоналу, вартість основних фондів та сумарні витрати на надання медичних послуг. Вихідним параметром (продуктом) виступав обсяг наданих медичних послуг у вартісному вираженні. Описова статистика за обраними показниками для досліджуваної вибірки медичних підприємств та установ у двох аналізованих роках представлена в таблиці 2.5.

Таблиця 2.5

#### Описова статистика по вибірці медичних підприємств та установ

| Параметри                                     | Характеристики вибірки |         |             |         |         |             |
|-----------------------------------------------|------------------------|---------|-------------|---------|---------|-------------|
|                                               | 2020                   |         |             | 2022    |         |             |
|                                               | Середня                | Медіана | Станд. відх | Середня | Медіана | Станд. відх |
| Чисельність персоналу, чол.                   | 443                    | 181     | 682         | 275     | 54      | 416         |
| Вартість основних фондів (засобів), тис. грн. | 98092                  | 26100   | 217288      | 157170  | 27544   | 282061      |
| Сукупні витрати, тис. грн.                    | 54749                  | 25336   | 98712       | 32040   | 9999    | 50153       |
| Обсяг наданих послуг, тис. грн                | 68508                  | 29422   | 111317      | 36661   | 7548    | 54091       |

Аналіз описової статистики свідчить про загальне скорочення кадрового та фінансового потенціалу медичних підприємств та установ у 2022 році порівняно з 2020 роком, при одночасному збільшенні середньої вартості основних фондів. Зменшення сукупних витрат і обсягів наданих послуг вказує на потребу в підвищенні економічної ефективності діяльності закладів та оптимізації ресурсного забезпечення для забезпечення стабільного функціонування системи охорони здоров'я.

Для проведення поглибленого аналізу економічної ефективності небюджетних медичних підприємств та установ пропонується наступна методика:

1. Оцінка суперефективності підприємств і установ вибірки з визначенням лідерів та аутсайдерів за допомогою відповідної моделі аналізу структури фронту (АСФ).
2. Оцінка ефекту та ефективності масштабу діяльності підприємств і установ вибірки за допомогою двох базових моделей АСФ.
3. Визначення динаміки продуктивності за період 2013–2017 рр. за допомогою індексу сукупної факторної продуктивності Малмквіста.
4. Виявлення резервів скорочення операційних та інвестиційних витрат підприємств і установ, а також потенціалу підвищення ефективності на основі моделі АСФ, що базується на аналізі резервів.
5. Проведення міжнародного бенчмаркінгу з метою визначення оптимальних еталонів для підвищення ефективності діяльності українських небюджетних медичних підприємств та установ.

1. Модель суперефективності АСФ базується на принципі побудови для кожного ефективного підприємства (установи) окремої межі виробничих можливостей без включення цього об'єкта, причому ефективність даного підприємства (установи) оцінюється відносно нової граничної функції. Це дозволяє ефективному об'єкту збільшувати свій вектор ресурсів (input) і при цьому залишатися ефективним, внаслідок чого кожне досліджуване підприємство (установа) отримує індивідуальне значення ефективності, відмінне від інших. Результати оцінки суперефективності небюджетних медичних підприємств та установ вибірки наведено в таблиці 2.6.

Таблиця 2.6

**Оцінка суперефективності підприємств та вибірки за 2020 р. та 2022 р.**

| Назва установи                  | 2020         |                               | 2022         |                               |
|---------------------------------|--------------|-------------------------------|--------------|-------------------------------|
|                                 | № в рейтингу | Значення суперефективності, % | № в рейтингу | Значення суперефективності, % |
| ПрАТ "Медичний центр "Добробут" | 1            | 204,6                         | 1            | 509,5                         |
| ПрАТ "Інститут                  | 2            | 163,8                         | 2            | 347,5                         |

|                                                    |    |      |    |       |
|----------------------------------------------------|----|------|----|-------|
| репродуктивної медицини"                           |    |      |    |       |
| ТОВ "Санаторій "Борисфен"                          | 3  | 92,8 | 3  | 100,4 |
| ПрАТ "Медичний комплекс "Сирець"                   | 4  | 82,3 | 4  | 187,3 |
| ПрАТ "Санаторій "Мошногір'я"                       | 5  | 72,1 | 5  | 70,2  |
| ПрАТ "Санаторно-готельний комплекс "Дніпро-Бескід" | 6  | 52,9 | 6  | 144,7 |
| ТОВ "Санаторний комплекс "Деренівська купель"      | 7  | 45,9 | 7  | 71,0  |
| ПрАТ "Приазовкурорт"                               | 8  | 42,1 | 8  | 64,1  |
| ПрАТ "Миргородкурорт"                              | 9  | 41,5 | 9  | 82,7  |
| ПрАТ "Трускавецькурорт"                            | 10 | 40,9 | 10 | 63,7  |
| ПрАТ "Дитячий оздоровчо-санаторний комплекс "Нива" | 11 | 40,7 | 11 | 39,5  |
| ПрАТ "Лікувально-оздоровчий комплекс "Айвазовське" | 12 | 37,4 | 12 | 21,6  |
| В середньому за вибіркою                           | -  | 62,4 | -  | 76,1  |

Оцінка суперефективності демонструє, що окремі підприємства значно перевищують середній рівень ефективності, тоді як інші залишаються малоефективними. Для підвищення загального рівня ефективності необхідне впровадження сучасних методів управління, оптимізація використання ресурсів та застосування бенчмаркінгу для перенесення передового досвіду лідерів на решту закладів.

2. Для визначення характеру ефекту масштабу та відносної ефективності медичних підприємств і установ залежно від масштабу їх діяльності було застосовано комп'ютерну програму DEA Frontier [31, с. 59]. Загалом по вибірці у 2020 році спостерігався зростаючий ефект масштабу, що свідчить про те, що розширення діяльності медичних підприємств та установ сприяло підвищенню їх економічної ефективності. Позитивний ефект масштабу фіксувався для більшості медичних комплексів, санаторіїв та лікувально-оздоровчих установ, за винятком великих підприємств галузі — ПрАТ «Миргородкурорт» та ПрАТ «Трускавецькурорт», які демонстрували знижуючий ефект масштабу. Це вказує на наявність на кінець 2020 року значного потенціалу для підвищення ефективності небюджетних медичних підприємств та установ через розвиток основної діяльності.

Станом на 2022 рік спостерігалася протилежна тенденція: загалом по вибірці фіксувався знижуючий ефект масштабу. Лише три підприємства та установи зберегли зростаючий ефект масштабу, тоді як решта демонструвала або постійний ефект (характерний для ефективних підприємств), або знижуючий, що свідчить про обмеження потенціалу масштабного зростання для більшості закладів у цей період.

3. Виконання перших двох етапів запропонованої методики продемонструвало різноспрямовані зміни у рейтингах ефективності, ефекті та ефективності масштабу медичних підприємств і установ досліджуваної вибірки. Всі ці оцінки носили відносний характер і здійснювалися на основі одномоментної (одноперіодної) межі ефективності, сформованої ефективними підприємствами та установами вибірки. Проте протягом аналізованого періоду (2020–2022 рр.) внаслідок технологічних змін ця межа зміщувалася, що, відповідно, впливало на оцінки відносної ефективності підприємств і установ. Таким чином, для отримання повної картини динаміки ефективності у часі необхідно визначити, яким чином змінилася межа ефективності та як трансформувалася сукупна факторна продуктивність кожного підприємства та установи вибірки.

4. Для оцінки резервів зниження витрат та потенціалу підвищення ефективності застосовувалася модель АСФ, основана на аналізі резервів [33, с. 44].

З метою виявлення потенціалу зростання ефективності в галузі були визначені можливі резерви скорочення вхідних ресурсів з використанням цієї моделі та комп'ютерної програми DEA Frontier, результати чого представлені в таблиці 2.7.

Аналіз резервів і потенціалу зростання ефективності свідчить про позитивні результати оптимізації персоналу, одночасно показуючи зростання резервів щодо використання основних фондів та сукупних витрат. Зменшення загального потенціалу підвищення ефективності вказує на

необхідність додаткових заходів для комплексної оптимізації ресурсів і управління витратами у небюджетних медичних підприємствах та установах.

Таблиця 2.7

**Потенціал зростання ефективності та резерви скорочення  
використання ресурсів у 2020 р. та 2022 р.**

| Резерви скорочення вхідних ресурсів |      |                          |      |                           |       | Потенціал зростання ефективності, % |      |
|-------------------------------------|------|--------------------------|------|---------------------------|-------|-------------------------------------|------|
| Чисельність персоналу, чол          |      | Основні фонди, млн. грн. |      | Сукупні витрати, тис. грн |       |                                     |      |
| 2020                                | 2022 | 2020                     | 2022 | 2020                      | 2022  | 2020                                | 2022 |
| 959                                 | 45   | 622                      | 1557 | 12133                     | 22820 | 60,3                                | 31,4 |

5. Для проведення міжнародного порівняння було відібрано 44 небюджетні клініки та медичні компанії, розташовані у дев'яти розвинених країнах та країнах, що розвиваються: США (19), Німеччина (14), Індія (4), Китай (3), Польща (2), а також Данія, Іспанія, Канада та Нова Зеландія. Більшість з цих закладів функціонують як товариства з обмеженою відповідальністю, решта — як акціонерні товариства. Загальний обсяг наданих медичних послуг підприємствами (установами) вибірки за 2022 рік перевищив 2,8 трлн грн. Щодо розміру персоналу, медичні компанії вибірки були класифіковані наступним чином: малі — чисельність персоналу до 100 осіб (7 %); середні — від 100 до 1000 осіб (33 %); великі — від 1000 до 10 000 осіб (30 %); дуже великі — понад 10 000 осіб (30 %). Такий розподіл дозволяє провести системний аналіз масштабів діяльності та ефективності закордонних медичних підприємств.

За результатами аналізу економічної ефективності діяльності небюджетних медичних підприємств та установ України, виконаного за запропонованою автором методикою, можна сформулювати такі висновки:

1. У період 2020–2022 рр. спостерігалось погіршення результативності та ефективності функціонування небюджетних медичних підприємств та установ України;

2. Найвищий рівень ефективності в галузі демонстрували столичні медичні центри, комплекси та інститути, тоді як найнижчі показники ефективності спостерігалися серед лікувально-оздоровчих комплексів. Санаторії та санаторно-курортні комплекси характеризувалися середнім рівнем ефективності;

3. У період 2020–2022 рр. у досліджуваній вибірці відбулося загальне підвищення ефективності масштабу, середнє значення якої зросло з 0,742 до 0,860. Деякі підприємства та установи досягли оптимального, тобто ефективного, масштабу діяльності. Водночас, зміна характеру ефекту масштабу із зростаючого на знижуючий свідчить про те, що небюджетний сектор системи охорони здоров'я України, зокрема великі санаторно-курортні об'єднання, досягнув межі інтенсивного розвитку. Подальше розширення цього сектора може призвести до перевищення темпів зростання витрат над динамікою прибутковості, що негативно позначиться на його економічній результативності. Водночас лікувально-оздоровчі комплекси, які залишаються найменш ефективною групою, зберігають зростаючий ефект масштабу і мають потенціал для підвищення ефективності за рахунок розширення профільної діяльності.

4. Упродовж 2020–2022 рр. у межах досліджуваної вибірки спостерігалось зниження сукупної факторної продуктивності, що зумовлено переважно негативними технологічними зрушеннями, які спричинили зміщення операційної межі ефективності. Лише два столичні медичні центри змогли одночасно продемонструвати високий рівень ефективності, зростання сукупної факторної продуктивності та покращення технологічних процесів. Натомість найбільш несприятливі технологічні зміни зафіксовано у санаторно-курортному секторі, провідні підприємства якого потребують технологічної модернізації та структурного розукрупнення для підвищення загальної ефективності діяльності.

5. Унаслідок різкого скорочення обсягів надання медичних послуг відбулося падіння усіх середніх показників ефективності використання ресурсів медичних підприємств та установ вибірки. Основні фонди й сукупні активи більшості суб'єктів галузі використовуються недостатньо ефективно, а собівартість наданих послуг у багатьох випадках є завищеною. Попри значне скорочення чисельності персоналу, рівень збитковості небюджетного сектору системи охорони здоров'я України продовжує зростати. Виявлене зниження внутрішнього потенціалу підвищення ефективності свідчить про вичерпання значної частини внутрішніх резервів розвитку вітчизняних небюджетних медичних підприємств і установ.

6. Міжнародний аналіз ефективності діяльності 56 медичних компаній із 10 країн показав, що держави з економіками, що розвиваються, формують істотно меншу додану вартість у сфері охорони здоров'я, ніж розвинені країни. Це зумовлено насамперед нижчим рівнем оплати праці медичного персоналу та порівняно низькою вартістю медичних послуг, що обмежує доходність підприємств даного сектору. Україна, на жаль, посіла останні позиції серед досліджених країн за всіма основними показниками ефективності.

7. Водночас вітчизняні медичні підприємства володіють значним потенціалом скорочення витрат за всіма видами ресурсів, що відкриває високі можливості для підвищення загальної ефективності діяльності. Реалізація цього потенціалу потребує активного вивчення, адаптації та впровадження кращих практик організації операційної діяльності як українських, так і зарубіжних медичних компаній. Для кожного підприємства вибірки визначено еталонні компанії (вітчизняні та іноземні), які можуть слугувати орієнтиром для бенчмаркінгу ефективності.

### **2.3. Аналіз ефективності діяльності бюджетних медичних установ м. Одеса**

Виявлені проблеми забезпечення високої економічної ефективності, притаманні небюджетним медичним компаніям, діяльність яких зорієнтована насамперед на отримання прибутку, не повною мірою відповідають специфіці проблем бюджетного сектора охорони здоров'я, що є традиційно більш поширеним і соціально значущим в Україні. Особливістю бюджетного сектора є його обмежені можливості для легального отримання доходів від основної діяльності, що зумовлено чинними конституційними положеннями та відсутністю ефективної системи обов'язкового медичного страхування. У зв'язку з цим, оцінювання результативності діяльності державних і комунальних медичних установ не може ґрунтуватися виключно на економічних показниках. Доцільно використовувати змішану систему критеріїв, яка враховує медичні, соціальні, економічні та фінансові аспекти. Така оцінка має базуватися на співвідношенні кількісних і якісних результатів діяльності медичних закладів із обсягами бюджетного фінансування, що на них спрямовується. У якості вхідних ресурсів у даному випадку доцільно розглядати такі показники:

- чисельність персоналу, що включає лікарів, середній та молодший медичний персонал;
- кількість фактичних ліжок-місць, які характеризують матеріально-технічну забезпеченість закладу;
- обсяг бюджетного фінансування установи, який виступає індикатором сукупних витрат на її функціонування та надання медичних послуг.

У якості вихідних параметрів діяльності доцільно розглядати такі показники: кількість пролікованих пацієнтів, що характеризує обсяг наданих медичних послуг;

середню зайнятість ліжок-місць, яка відображає рівень використання наявних потужностей закладу.

Для проведення аналізу були використані дані одеських міських медичних установ.

Описова статистика за досліджуваною вибіркою медичних закладів м. Одеса за обраними параметрами у 2022 році подана в таблиці 2.8.

Таблиця 2.8

**Описова статистика по вибірці медичних установ**

| Параметри                                | Характеристики вибірки |         |             |
|------------------------------------------|------------------------|---------|-------------|
|                                          | 2022                   |         |             |
|                                          | Середня                | Медіана | Станд. відх |
| Чисельність персоналу, чол.              | 430                    | 331     | 226         |
| Кількість фактичних койко-місць, од      | 260                    | 183     | 174         |
| Обсяг бюджетного фінансування, тис. грн. | 4927,6                 | 2219,3  | 5937        |
| Кількість пролікованих пацієнтів, чол    | 8206                   | 5407    | 5690        |
| Середня зайнятість койко-місця, дн       | 312                    | 321     | 51          |

Аналіз описової статистики вибірки міських медичних установ м. Одеса за 2022 рік свідчить про наявність значної варіації показників, що відображає неоднорідність досліджуваних закладів за масштабами діяльності та рівнем ресурсного забезпечення. Середня чисельність персоналу становить 430 осіб, при цьому медіанне значення — 331 особа, що вказує на переважання установ середнього розміру. Високе стандартне відхилення (226) підтверджує наявність істотних відмінностей у кадровому забезпеченні між окремими закладами. Кількість фактичних ліжко-місць у середньому становить 260 одиниць, а медіанне значення — 183, що також засвідчує різницю у масштабах діяльності лікарень. Стандартне відхилення на рівні 174 одиниць демонструє значну варіативність у рівні забезпеченості стаціонарними потужностями. Обсяг бюджетного фінансування характеризується середнім значенням 4927,6 тис. грн, при медіанному показнику 2219,3 тис. грн. Така різниця між середнім і медіанним значеннями свідчить про наявність у вибірці декількох великих медичних установ із суттєво більшими обсягами фінансування, які впливають на загальну середню величину. За результатами аналізу вихідних параметрів,

середня кількість пролікованих пацієнтів становить 8206 осіб при медіані 5407, що свідчить про концентрацію більшості установ у межах середніх обсягів надання медичної допомоги. Стандартне відхилення (5690) демонструє істотні коливання цього показника. Показник середньої зайнятості ліжко-місць дорівнює 312 днів при медіанному значенні 321 день і стандартному відхиленні 51. Це вказує на відносно стабільне використання стаціонарних потужностей у більшості закладів, що може свідчити про ефективне планування госпіталізацій та достатню інтенсивність роботи.

Отже, отримані результати вказують на значну диференціацію ресурсної бази та результативності діяльності медичних установ м. Одеса, що зумовлює потребу у подальшому дослідженні ефективності використання ресурсів та оптимізації фінансування в межах системи міської охорони здоров'я.

Характерною особливістю бюджетних медичних установ є відсутність у них зростаючого ефекту масштабу. Це свідчить про те, що підвищення ефективності функціонування бюджетного сектора охорони здоров'я м. Одеси можливе лише за умови оптимізації та скорочення обсягів його діяльності. Зазначений чинник виступає визначальним у більшості неефективних закладів, включених до досліджуваної вибірки.

З метою виявлення потенційних резервів скорочення використання вхідних ресурсів і визначення можливостей підвищення загальної ефективності бюджетного сектора охорони здоров'я м. Одеси було застосовано модель аналізу середньої ефективності (АСФ), побудовану на принципі виявлення резервів, а також використано програмний комплекс DEAFrontier. Узагальнені результати розрахунків подано в таблиці 2.9.

Таблиця 2.9

**Потенціал зростання ефективності та резерви скорочення  
використання ресурсів бюджетними медичними установами м. Одеса в  
2022 р.**

| Резерви скорочення вхідних ресурсів |     |                                 |     |                               |      | Потенціал зростання ефективності, % |
|-------------------------------------|-----|---------------------------------|-----|-------------------------------|------|-------------------------------------|
| Чисельність персоналу               |     | Кількість фактичних ліжко-місць |     | Обсяг бюджетного фінансування |      |                                     |
| чол.                                | %   | од.                             | %   | тис. грн                      | %    |                                     |
| 151                                 | 2,5 | 5                               | 0,1 | 35811,3                       | 51,9 |                                     |

Аналіз даних, поданих у таблиці «Потенціал зростання ефективності та резерви скорочення використання ресурсів бюджетними медичними установами м. Одеса в 2022 р.», свідчить про наявність суттєвих можливостей підвищення ефективності функціонування закладів охорони здоров'я бюджетного сектора.

Так, результати розрахунків показують, що загальний потенціал зростання ефективності становить 7,9%, що вказує на наявність певних резервів оптимізації використання ресурсів без зниження якості надання медичних послуг. Найбільший резерв виявлено за показником обсягу бюджетного фінансування, де можливе скорочення витрат на 51,9% від поточного рівня. Це свідчить про значний потенціал підвищення результативності використання фінансових ресурсів та необхідність удосконалення фінансового менеджменту в медичних закладах.

Водночас, резерви скорочення чисельності персоналу є відносно незначними — 2,5%, що свідчить про загальну оптимальність кадрового забезпечення установ. Аналогічна тенденція спостерігається і щодо кількості фактичних ліжко-місць, скорочення яких може становити лише 0,1%, що підтверджує раціональне використання матеріально-технічної бази.

Отже, отримані результати вказують, що основні напрями підвищення ефективності діяльності бюджетних медичних установ Одеси полягають насамперед у раціоналізації фінансових витрат та підвищенні ефективності

управління бюджетними коштами, тоді як кадрова та матеріальна складові функціонують на відносно ефективному рівні.

Відносно невисокий рівень потенціалу зростання ефективності, виявлений серед бюджетних медичних установ м. Одеси, навіть у порівнянні з небюджетним сектором, свідчить про незначні відмінності у рівнях результативності їх діяльності. Це зумовлено тим, що всі розглянуті установи функціонують у межах єдиних державних нормативів, стандартів і регламентів, що обмежує можливості для індивідуальної оптимізації управлінських і фінансових процесів.

Таким чином, внутрішній потенціал підвищення ефективності бюджетного сектору охорони здоров'я є відносно обмеженим. Для забезпечення його суттєвого зростання необхідно здійснити глибокі системні перетворення, зокрема реформування організаційно-економічного механізму функціонування галузі, розвиток її комерційної складової, а також впровадження ефективної системи медичного страхування, що дозволить підвищити мотивацію закладів до раціонального використання ресурсів та покращення якості медичних послуг.

Отже, за результатами оцінювання ефективності діяльності бюджетних медичних установ м. Одеси, проведеного відповідно до запропонованої автором методики, можна сформулювати такі узагальнені висновки:

1. Встановлено, що більшість медичних установ перебувають на межі ефективності, а відхилення їх індивідуальних показників від середнього рівня є незначними. Це свідчить про відносну стабільність функціонування бюджетного сектору охорони здоров'я в місті.
2. Характерною особливістю бюджетних медичних установ є відсутність зростаючого ефекту масштабу, що означає, що підвищення ефективності діяльності цього сектору можливе лише за умови оптимізації та скорочення масштабів його функціонування. Даний

чинник виступає визначальним для більшості установ, які продемонстрували нижчий рівень ефективності.

3. Виявлено наявність суттєвих резервів скорочення бюджетного фінансування — на 51,9%, що зумовлено нераціональним використанням коштів чотирма установами вибірки. Крім того, визначено відносно незначні резерви скорочення чисельності персоналу та кількості ліжок-місць. Реалізація зазначених резервів потенційно забезпечить зростання загальної ефективності функціонування бюджетного сектору охорони здоров'я м. Одеси на 7,9%, що свідчить про наявність певного, хоча й обмеженого, потенціалу для підвищення результативності діяльності даних установ.

Попри відносно обмежений внутрішній потенціал зростання ефективності даного сектору, його можна суттєво підвищити шляхом реформування системи охорони здоров'я, поглиблення процесів комерціалізації галузі та запровадження системи обов'язкового медичного страхування, що створить передумови для підвищення результативності та раціонального використання ресурсів бюджетних медичних установ.

## **РОЗДІЛ 3 ФОРМУВАННЯ МЕХАНІЗМУ УПРАВЛІННЯ ЕФЕКТИВНІСТЮ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ ПІДПРИЄМСТВ ТА УСТАНОВ**

### **3.1. Інституціональні засади підвищення ефективності сфери охорони здоров'я**

Для забезпечення високого рівня ефективності функціонування сфери охорони здоров'я в умовах реалізації медичної реформи в Україні насамперед необхідно адаптувати нормативно-правову базу її діяльності відповідно до актуальних суспільних потреб. Серед ключових проблем існуючої системи охорони здоров'я України, що зумовлюють потребу в модернізації інституційного середовища, слід відзначити нижчу, порівняно з європейськими країнами, середню тривалість життя населення, високий рівень інвалідизації, спричинений поширеністю серцево-судинних, онкологічних, ендокринних, інфекційних захворювань (зокрема туберкульозу та ВІЛ-інфекції), а також неефективність управлінських механізмів, недосконалість системи фінансування медичних підприємств і установ, нераціональне використання ресурсів і дефіцит кваліфікованих кадрів. Для вирішення зазначених проблем в Україні розпочато реалізацію комплексу організаційно-правових заходів, спрямованих на:

- підвищення якості, своєчасності, доступності та економічної ефективності медичного обслуговування;
- ліквідацію фрагментації системи охорони здоров'я та підвищення ефективності і раціональності використання фінансових ресурсів;
- зниження рівня смертності та захворюваності населення шляхом удосконалення профілактики, діагностики та лікування захворювань, що визначають структуру захворюваності та смертності, а також запобігання виробничому та невиробничому травматизму;

- пріоритетне підвищення якості медичної допомоги матерям і дітям та поліпшення репродуктивного здоров'я населення;
- забезпечення безпечних умов проживання, навчання, праці, відпочинку та харчування, посилення державного санітарно-епідеміологічного контролю та нагляду за якістю та безпечністю лікарських засобів, медичного обладнання та виробів медичного призначення;
- відновлення соціального престижу медичної професії та забезпечення гідного соціального захисту медичних працівників.

З метою удосконалення правової бази у сфері охорони здоров'я та створення ефективної системи організації надання медичної допомоги населенню для забезпечення конституційного права громадян на охорону здоров'я та медичну допомогу, Законом України було суттєво розширено категоріально-понятійний апарат. Зокрема, визначено поняття «заклад охорони здоров'я», «медична допомога», «медичне обслуговування», «пацієнт», а також встановлено систему стандартів у сфері охорони здоров'я, яка включає державні соціальні нормативи та галузеві стандарти.

Сучасна система охорони здоров'я формується на засадах принципів і пріоритетів державної політики у сфері охорони здоров'я, закріплених Конституцією України, основами законодавства про охорону здоров'я та іншими відповідними нормативно-правовими актами, які регулюють суспільні відносини у цій галузі. Серед зазначених законодавчих актів особливе значення має Цивільний кодекс України, який закріплює низку ключових прав людини у сфері охорони здоров'я, зокрема право на охорону здоров'я, медичну допомогу та захист медичної таємниці [35, с. 88].

Кодекс законів про працю України визначає правові засади та гарантії реалізації громадянами України права на продуктивну та творчу працю, регулюючи трудові відносини всіх працівників. Він спрямований на підвищення продуктивності праці, поліпшення якості виконуваної роботи, зростання ефективності суспільного виробництва та, на цій основі, на

покращення матеріального та культурного рівня життя трудящих, зміцнення трудової дисципліни і поступове перетворення праці на соціально значущу життєву потребу кожної працездатної особи. Законодавство про працю також встановлює високий рівень умов праці та охорони трудових прав працівників [36, с. 619].

Важливу роль у регулюванні відносин у сфері охорони відіграють норми адміністративного права, що визначають організаційно-управлінські процеси. Державне регулювання в цій сфері має специфічні особливості, зумовлені першочерговим соціально-економічним значенням охорони, яка є фундаментом соціальної політики держави, великою кількістю об'єктів управління, відомчою нормотворчістю, а також професійно-кваліфікаційними характеристиками управлінського персоналу.

Функції спеціально уповноважених органів державної виконавчої влади на адміністративно-територіальному рівні в Україні здійснюються через управління охорони органів місцевих державних адміністрацій. Водночас стратегічна політика держави щодо децентралізації значно розширює повноваження територіальних громад у сфері управління об'єктами соціальної інфраструктури. Проте залишається невизначеним питання, у межах яких структурних зв'язків відбуватиметься подальший розвиток медичного права, зокрема на субнаціональному, субрегіональному та самоврядному рівнях.

Законодавчі акти, що регулюють контроль за якістю медичної допомоги, передбачають акредитацію навчальних закладів, де здійснюється підготовка медичного персоналу, ліцензування професійної діяльності медичних працівників, визначення стандартів акредитації та ліцензування, впровадження системи контролю за виконанням медичної діяльності, а також регламентацію відповідальності медичного персоналу у разі діагностичних та лікувальних помилок через відповідні фінансові механізми, зокрема страхування професійної відповідальності лікарів.

Особливу значущість мають інституційні підходи до формування системи громадського здоров'я, яка виступає фундаментом профілактичної медицини та реалізує ключові системні заходи, спрямовані на збереження як популяційного, так і індивідуального здоров'я населення.

Незважаючи на значну кількість нормативно-правових актів, що регулюють відносини у сфері забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя, охорони здоров'я, охорони навколишнього середовища та інших аспектів, пов'язаних із громадським здоров'ям, в Україні відсутня єдина нормативно визначена система громадського здоров'я, здатна ефективно реагувати на виклики, пов'язані з проблемами здоров'я та благополуччя населення. Сучасне регулювання громадського сектору («квазісистеми»), що сформувалося та функціонує в Україні протягом останніх десятиліть, характеризується, зокрема, такими особливостями:

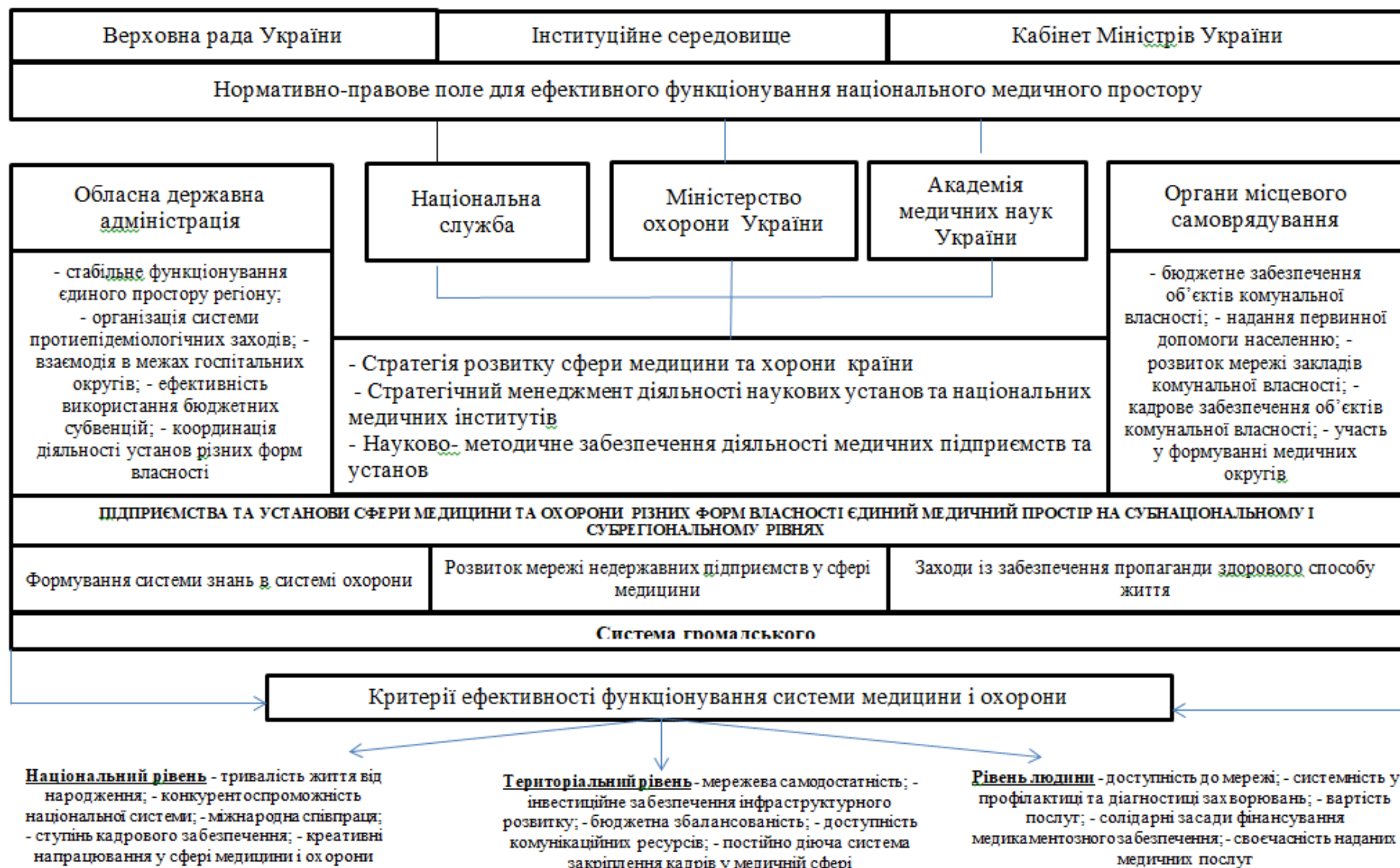
1. Фрагментарність нормативно-правового забезпечення – законодавча база представлена численними, але часто розрізненими актами, які регулюють окремі аспекти діяльності громадського сектору, що ускладнює їхню координацію та ефективне виконання.
2. Децентралізація управління – спостерігається відхід від жорсткого централізованого контролю, передача повноважень на регіональний та місцевий рівень, що зумовлює різницю у практиках регулювання в різних областях.
3. Сильний вплив ринкових механізмів та комерціалізації – багато процесів у громадському секторі набувають економічного характеру, що створює конкуренцію між установами та потребує ефективного управління ресурсами.
4. Вплив суспільних і зовнішніх чинників – ефективність системи регулювання значною мірою залежить від соціокультурних, політичних та економічних умов, включно із громадською активністю, міжнародним досвідом та інноваційними практиками.

5. Наявність «квазісистемних» елементів – система регулювання включає формальні та неформальні структури, взаємодія яких не завжди підпорядкована чітким законам, що створює певну нестабільність і потребу у гнучких підходах до управління.

6. Трансформаційний характер – регулювання перебуває у стані постійної еволюції, адаптуючись до змін у державній політиці, суспільних запитах та міжнародних стандартах.

Сучасна структура «квазісистеми» громадського регулювання в Україні переважно ґрунтується на діяльності органів державної влади, що функціонують у сфері забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення. Після ліквідації Державної санітарно-епідеміологічної служби України рішенням Кабінету Міністрів утворився інституційний вакуум у цій сфері, який наразі заповнюється різними державними органами нагляду та контролю без належної системної координації.

У сучасних умовах, коли держава реалізує другий етап медичної реформи та за наявності обмежених фінансових ресурсів, на ринок медичних послуг на конкурентних засадах виходять заклади, що надають стаціонарну допомогу різних форм власності та організаційно-правових структур. За таких умов, на думку автора, виникає необхідність чіткого розмежування сфер та функцій управління діяльністю медичних підприємств і установ на національному, регіональному рівнях та рівні окремої особи, а також визначення об'єктивних критеріїв оцінювання ефективності їх функціонування (рис. 3.1).



**Рис. 3.1. Управлінська модель функціонування підприємств та установ медицини й охорони у модернізаційних умовах**

### **3.2. Методичне забезпечення механізму управління ефективністю діяльності медичних підприємств та установ**

Система мотивації персоналу медичних підприємств та установ в Україні є важливою складовою механізму управління ефективністю їх діяльності. Як зазначалося у першому розділі дослідження, ефективне управління має ґрунтуватися на поєднанні зовнішніх і внутрішніх стимулів, спрямованих на підвищення результативності праці медичного персоналу та управлінців. Такий підхід забезпечує не лише покращення сприйняття пацієнтів медичними працівниками, але й підвищує обізнаність керівників щодо фактичних результатів діяльності своїх підлеглих. При цьому, якщо технічний персонал може бути ефективно мотивований переважно за рахунок зовнішніх чинників стимулювання (матеріальні заохочення, соціальні гарантії тощо), то для медичних працівників і менеджерів медичних закладів необхідним є комплексний підхід, який передбачає використання як зовнішніх, так і внутрішніх мотиваторів, що формують відданість професії, внутрішнє задоволення від праці та орієнтацію на якісний результат.

Для розроблення ефективної моделі мотивації персоналу медичних підприємств та установ України необхідно забезпечити її максимальну відповідність очікуванням як досвідчених лікарів і медичних сестер, так і майбутніх фахівців — студентів медичних закладів освіти, які невдовзі становитимуть основу національної системи охорони здоров'я. Така модель має враховувати широкий спектр чинників, зокрема соціально-демографічні характеристики працівників (стать, вік, професійна спеціалізація), що впливають на сприйняття стимулів і рівень трудової активності. Особливістю чинної системи матеріального стимулювання у бюджетному секторі медицини є відсутність прямої залежності між рівнем оплати праці та кількісними або якісними показниками трудової діяльності — такими як кількість прийнятих пацієнтів, обсяг наданих медичних послуг, їх якість чи

ефективність лікування. Унаслідок цього керівництво медичних підприємств і установ має обмежені можливості для матеріального заохочення найбільш результативних співробітників.

Водночас у межах кожної бюджетної медичної установи функціонує благодійний фонд, що формується за рахунок добровільних внесків пацієнтів та меценатів. Раціональне використання цих коштів для преміювання персоналу та впровадження додаткових стимулюючих механізмів може стати дієвим інструментом підвищення ефективності праці та професійної мотивації медичних працівників. Основні параметри запропонованої моделі мотивації персоналу для українських медичних закладів подано в таблиці 3.2.

Запропоновані стимули, сформовані відповідно до ключових мотиваторів, визначених емпіричним шляхом, мають виконувати роль основних елементів системи поведінкового кондиціонування персоналу. Їх застосування спрямоване на гармонізацію індивідуальних очікувань працівників медичних підприємств та установ із стратегічними цілями та показниками управління ефективністю діяльності. Таким чином, керівники мають забезпечувати не лише належний рівень зовнішнього стимулювання (заробітна плата, премії, соціальні пільги тощо), а й створювати умови для формування внутрішньої мотивації — відчуття професійної самореалізації, задоволення від виконаної роботи та приналежності до спільної мети організації. Це, у свою чергу, сприяє зростанню рівня задоволеності працею, підвищенню залученості персоналу та формуванню стійких моделей ефективної трудової поведінки.

Запропонована система мотивації виступає базовим компонентом мотиваційного механізму, який забезпечує функціонування організаційного механізму управління, а останній, у свою чергу, є рушійною силою економічного механізму управління ефективністю діяльності медичних підприємств та установ (рис. 3.2).

Таблиця 3.2

### Характеристики системи мотивації персоналу для медичних підприємств та установ

| Групи персоналу               | Мотиваційні фактори          | Основні мотиватори                                                                                                                                                                                                                                          | Стимули ефективної праці                                                                                                   |
|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Лікарі                        | Чоловіки Вік: до 50 років    | Бажання допомагати людям<br>Цікава робота<br>Захоплююча робота<br>Відповідальність в роботі<br>Престижність професії (статус)<br>Рівень оплати праці                                                                                                        | Відповідальні доручення<br>Подяки<br>Премії                                                                                |
|                               | Чоловіки Вік: понад 50 років | Цікава робота<br>Тісна робота з людьми<br>Комфортні умови праці                                                                                                                                                                                             | Поліпшення умов праці<br>Подяки                                                                                            |
|                               | Жінки Вік: до 50 років       | Відповідальність в роботі<br>Цікава робота<br>Комфортні умови праці<br>Затребуваність професії / можливості працевлаштування<br>Рівень оплати праці                                                                                                         | Відповідальні доручення<br>Подяки<br>Премії                                                                                |
|                               | Жінки Вік: понад 50 років    | Соціальні пільги<br>Можливість подорожувати                                                                                                                                                                                                                 | Цільові тури і путівки до санаторіїв                                                                                       |
| Медсестри                     | Вік: до 50 років             | Відповідальність в роботі<br>Комфортні умови праці<br>Цікава робота<br>Престижність професії (статус)                                                                                                                                                       | Відповідальні доручення<br>Поліпшення умов праці<br>Подяки                                                                 |
|                               | Вік: понад 50 років          | Соціальні пільги<br>Можливість подорожувати                                                                                                                                                                                                                 | Цільові тури і путівки до санаторіїв                                                                                       |
| Інтерни (молодий медперсонал) | Вік: до 27 років             | Цікава робота<br>Повага суспільства до їх професії<br>Рівень оплати праці<br>Можливість добре заробляти в майбутньому<br>Кар'єрні можливості<br>Відповідальність в роботі<br>Комфортні умови праці<br>Затребуваність професії / можливості працевлаштування | Гарантії працевлаштування (після стажування),<br>Кар'єрне зростання,<br>Премії, Подяка пацієнтів,<br>Поліпшення умов праці |
| Керівники                     | Рід діяльності               | Повага суспільства до їх професії<br>Рівень оплати праці<br>Відповідальність в роботі                                                                                                                                                                       | Премії, Пайова участь (для колективної форми власності), Подяка колег і пацієнтів                                          |
| Технічний персонал            | Рід діяльності               | Рівень оплати праці, Комфортні умови праці                                                                                                                                                                                                                  | Премії, Поліпшення умов праці                                                                                              |



**Рис. 3.2. Складові механізму управління ефективністю діяльністю Медичного підприємства (установи)**

Це свідчить про те, що належним чином сформований і вмотивований персонал здатен забезпечити підвищення результативності праці, що, у свою чергу, позитивно впливає на загальну ефективність функціонування організації та сприяє зростанню її економічних показників. Водночас процес мотивації персоналу має передувати етапу ретельного підбору кадрів, оскільки лише згуртована, професійно компетентна команда може забезпечити високий рівень продуктивності та стати рушійною силою підвищення ефективності діяльності медичного підприємства чи установи. Методичні рекомендації щодо формування такої команди наведено у подальшому викладі роботи.

II. Формування ефективних команд у межах діяльності медичних підприємств та установ передбачає застосування методу тимбілдингу з урахуванням специфіки функціонування закладів охорони здоров'я, зокрема їх соціальної орієнтованості та високого рівня професійної відповідальності персоналу. Процес створення результативної команди повинен ґрунтуватися на чіткому розумінні стратегічних і тактичних цілей її діяльності,

систематичному оцінюванні професійної компетентності працівників, а також розвитку навичок ефективного вирішення та попередження конфліктних ситуацій [37; 23].

Міжособистісні комунікації являють собою процес обміну інформацією та її інтерпретації між двома або кількома індивідами, які перебувають у безпосередній взаємодії, і становлять невід’ємний елемент ефективної командної роботи. Рівень результативності команди значною мірою залежить від ступеня розвитку співробітництва між її учасниками. Водночас команди не формуються стихійно — вагомим чинником їх становлення виступають наявні міжособистісні відносини, що є одним із ключових компонентів організаційної культури. Психологічний мікроклімат і характер міжособистісних взаємин суттєво впливають на загальні результати командної діяльності. Показником ефективності командної роботи є рівень задоволеності кожного працівника перебуванням у колективі, у якому підтримується позитивний психологічний клімат, сприяється особистісному розвитку, реалізації лідерського потенціалу, згуртованості групи та узгодженню індивідуальних і колективних цінностей [38; 11].

Для медичних підприємств та установ ми пропонуємо послідовність етапів створення ефективної команди, яку відображено на рис. 3.6.

Розглянемо детальніше основні етапи реалізації процесу формування команди.

1. Етап збору даних. Його головною метою є отримання необхідної інформації для проведення діагностики стану колективу та виявлення наявних проблем у його функціонуванні. На цьому етапі можуть застосовуватися різні форми взаємодії, зокрема:

- організація зустрічі консультанта з командою без участі керівництва;
- спільна зустріч консультанта та керівництва з членами команди;
- проведення керівником первинної зустрічі з формування команди за попередньо наданими консультантом рекомендаціями.

На даному етапі важливо сформулювати усвідомлення головної мети командоутворення — забезпечення самостійності команди у прийнятті рішень, здатності до ефективного управління власною діяльністю та подолання внутрішніх труднощів. Реалізація цього процесу є поступовою та може відбуватися протягом тривалого періоду часу.



**Рис. 3.3. Етапи створення ефективної команди на медичному підприємстві**

2. Етап діагностики проблем. Його основною метою є аналіз та обговорення рівня ефективності діяльності команди з подальшим визначенням стратегічних і тактичних напрямів розвитку. На цьому етапі учасники команди мають узгодити ключові питання, зокрема: «У якому напрямі ми рухаємося?» та «Яким чином плануємо досягати поставлених цілей?». Важливим завданням є також вибір відповідних форм і методів роботи, які дадуть змогу ефективно опрацювати виявлені проблеми.

3. Етап активного планування. Він передбачає розроблення рішень та формування детального плану дій. Як правило, на цьому етапі активізується групова дискусія, у ході якої члени команди висловлюють власні пропозиції щодо шляхів розв’язання виявлених проблем і підвищення результативності спільної діяльності.

4. Етап активного процесу. Його метою є досягнення конкретних практичних результатів шляхом реалізації запланованих заходів і забезпечення ефективного управління внутрішньогруповими процесами. Цей етап характеризується практичною спрямованістю та сприяє перетворенню запланованих дій у реальні результати командної роботи.

5. Етап моніторингу та оцінки результатів. Завершальна стадія процесу формування команди передбачає оцінювання ефективності виконання попередніх етапів та вирішення ідентифікованих командних проблем. Отримані дані дозволяють виявити недоліки та визначити пріоритетні напрями подальшої роботи.

Ефективність команди значною мірою залежить від подальших дій після досягнення поставлених цілей. Спостереження за діяльністю команд у медичних установах свідчать, що більшість зусиль, а інколи й усі, зосереджуються на виконанні основних завдань. Хоча це є важливим аспектом роботи, необхідно також враховувати процес функціонування команди, взаємодію її членів і можливість виникнення конфліктів. Так, навіть команда, яка досягла поставлених цілей, не може вважатися ефективною, якщо її учасники мають суперечливі погляди, незадоволені організаційним середовищем та розглядають можливість змінити місце роботи.

III. Оцінка, аналіз та прийняття управлінських рішень. Управлінське рішення визначається як вибір конкретної альтернативи, здійснений керівником у межах його посадових повноважень і компетенції, і спрямований на досягнення стратегічних і тактичних цілей організації [39; 31]. Методи прийняття управлінських рішень являють собою конкретні способи вирішення проблеми. У контексті управління ефективністю такою проблемою є неефективність діяльності медичного підприємства або установи.

Використання розроблених методичних підходів дозволяє керівникам здійснювати управлінські рішення на основі раціонального, а не інтуїтивного підходу, спираючись на кількісний аналіз та відповідність прийнятих рішень цілям підвищення ефективності. Для забезпечення системного прийняття управлінських рішень у сфері управління ефективністю діяльності медичних підприємств та установ пропонується певна послідовність дій (етапів), що ілюструється на рисунку 3.4.



**Рис. 3.4. Етапи прийняття рішень в управлінні ефективністю діяльності медичного підприємства (установи)**

На першому етапі здійснюється збір даних щодо витрат ресурсів та результатів діяльності аналогічних медичних підприємств і установ як на національному, так і на міжнародному рівні. Зібрана інформація структурується та подається у форматі, придатному для подальшої обробки та аналітичного опрацювання.

На другому етапі проводиться оцінка та аналіз ефективності діяльності медичних підприємств та установ за однією з розроблених методик. За результатами аналізу формуються практичні рекомендації щодо підвищення ефективності функціонування відповідної медичної установи.

На третьому етапі відбувається розробка управлінського рішення, що включає формування альтернативних варіантів рішень, відбір пріоритетних управлінських впливів, розробку сценаріїв розвитку ситуації, експертну оцінку основних варіантів впливу та складання детального плану дій. Для генерування альтернативних варіантів можуть застосовуватися методи аналогів, мозковий штурм, синтез управлінських рішень, а також автоматизовані системи підтримки прийняття рішень.

На четвертому етапі здійснюється реалізація управлінського рішення на основі розробленого плану дій. Цей етап передбачає доведення рішення до виконавців, забезпечення їх необхідними ресурсами, делегування відповідних повноважень та координацію дій на всіх ділянках виконання рішення. Доведення рішення до виконавців є ключовим елементом організації його виконання і реалізується через формулювання завдань особою, що приймає рішення, у вигляді наказу, розпорядження, вказівки або інших офіційних документів.

На п'ятому етапі здійснюється контроль за реалізацією управлінських рішень та плану дій, в процесі якого виявляються нові проблеми або уточнюються раніше ідентифіковані, а також коригуються цілі управління ефективністю. Доцільним є застосування контролю підсумкових результатів управлінського впливу. Основним завданням цього етапу є своєчасне фіксування відхилень від оптимального розвитку процесу та запланованих проміжних або кінцевих результатів. На основі отриманих даних здійснюється ідентифікація факторів, що перешкоджають ефективному функціонуванню установи, коригування цілей управління ефективністю та відповідного плану управлінських впливів з метою забезпечення більш повного досягнення поставлених управлінських завдань.

IV. Контроль та управління ефективністю діяльності медичних підприємств і установ. З урахуванням специфіки функціонування медичних закладів нами розроблено систему ключових індикаторів ефективності (КІЕ),

що забезпечує своєчасне виявлення проблем, які перешкоджають ефективному розвитку установ. Проведена систематизація КІЕ у сфері охорони здоров'я дозволяє класифікувати їх за різними видами, що відображають окремі аспекти діяльності медичних підприємств та установ (рис. 3.5).



**Рис. 3.5. Різні аспекти роботи медичного підприємства (установи), які оцінюються КІЕ**

## ВИСНОВКИ

У процесі дослідження проблеми формування механізму управління ефективністю діяльності медичних підприємств та установ було з'ясовано, що ефективність функціонування системи охорони здоров'я є ключовим чинником соціально-економічного розвитку держави, забезпечення добробуту населення та підвищення якості життя громадян. Сучасні умови господарювання вимагають від медичних закладів переходу від адміністративно-командної до ринково орієнтованої моделі управління, заснованої на принципах економічної доцільності, конкурентоспроможності, прозорості та результативності.

Встановлено, що діюча система управління медичними підприємствами в Україні перебуває у стані трансформації, що зумовлено реалізацією державних реформ у галузі охорони здоров'я, впровадженням принципів автономізації, фінансування «за надані послуги» та створенням умов для рівноправної конкуренції між закладами різних форм власності. Проте цей процес супроводжується рядом проблем, зокрема: недосконалістю нормативно-правової бази, фрагментарністю управлінських повноважень, обмеженістю фінансових ресурсів, недостатнім рівнем цифровізації та відсутністю єдиних підходів до оцінювання результативності діяльності.

У роботі доведено, що ефективне управління діяльністю медичних підприємств потребує науково обґрунтованого механізму, який поєднує економічні, організаційні, соціальні та інформаційно-аналітичні інструменти впливу. Запропонований механізм управління ефективністю діяльності медичних установ базується на системному підході, що передбачає узгодження стратегічних і тактичних цілей, ресурсного забезпечення, процесів управління персоналом, фінансами та якістю медичних послуг.

Обґрунтовано, що ключовими складовими такого механізму є:

- аналітично-оцінювальний блок, який забезпечує моніторинг показників ефективності, аналіз витрат, якості та результатів діяльності;

- організаційно-управлінський блок, спрямований на формування оптимальної структури управління, розподіл відповідальності та повноважень;
- економічний блок, що включає фінансове планування, бюджетування, мотивацію персоналу та раціональне використання ресурсів;
- інноваційно-інформаційний блок, орієнтований на впровадження цифрових технологій, телемедицини та систем електронного менеджменту.

Реалізація запропонованого механізму сприятиме підвищенню конкурентоспроможності медичних підприємств, ефективнішому використанню бюджетних і позабюджетних коштів, зростанню якості надання медичних послуг та задоволеності пацієнтів. Крім того, це створить передумови для сталого розвитку галузі охорони здоров'я, зміцнення її інституційного потенціалу та гармонізації з європейськими стандартами управління.

Таким чином, формування дієвого механізму управління ефективністю діяльності медичних підприємств та установ є не лише вимогою сучасної економічної політики, а й стратегічною умовою підвищення результативності функціонування системи охорони здоров'я України в цілому. Подальші наукові дослідження доцільно спрямувати на розробку практичних інструментів оцінювання ефективності, формування цифрових платформ управління та удосконалення системи мотивації персоналу в медичних закладах.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Oxford Dictionary of Economics / [ed. J. Black, N. Hashimzade, G. Myles]. Oxford: Oxford University Press, 2012. 480 p.
2. Zhang S. Strategy deployment systems within the UK healthcare sector: a case study // International Journal of Productivity and Performance Management. 2019. Vol. 61 No. 8. P. 863-880.
2. Zelman W.N. Use of the balanced scorecard in health care // Journal of Health Care Finance. 2013. Vol. 29 No. 4. P. 1-16.
3. Urrutia I. Application of the balanced scorecard in Spanish private health-care management // Measuring Business Excellence. 2015. Vol. 9 No. 4. P. 16-26.
4. Quezada L.E. Method for identifying strategic objectives in strategy maps // International Journal of Production Economics. 2019. Vol. 122 No. 1. P. 492-500.
5. Funck E. The balanced scorecard equates interests in healthcare organizations // Journal of Accounting and Organizational Change. 2020. Vol. 3 No. 2. P. 88-103.
6. Flowers J. Public health indicators // Public Health. 2018. Vol. 119 No. 4. P. 239-245.
7. Iveta G. Human resources key performance indicators 8. Pollitt C. Performance regimes in health care: institutions, critical junctures and the logic of escalation in England and the Netherlands
9. Quality and fairness: a health system for you // Department of Healthcare Publications, Department of Health. Dublin: Government of Ireland, 2016. URL : [www.dohc.ie/publications/quality\\_and\\_fairness.html](http://www.dohc.ie/publications/quality_and_fairness.html).
10. Aidemark L.G. The meaning of balanced scorecards in the health care organisation // Financial Accountability & Management. 2021. Vol. 17 No. 1. P. 23-40.

11. Kollberg B. The practice of the balanced scorecard in health care services // International Journal of Productivity and Performance Management. 2021. Vol. 60 No. 5. P. 427-445.
13. Gurd B. Lives in the balance: an analysis of the balanced scorecard (BSC) in healthcare organizations // International Journal of Productivity and Performance Management. 2018. Vol. 57 No. 1. P. 6-21.
14. Neely A. Why measurement initiatives fail // Measuring Business Excellence. 2020. Vol. 4 No. 4. P. 3-7.
15. Paranjape B. Performance measurement systems: successes, failures and future – a review // Measuring Business Excellence. 2021. Vol. 10 No. 3. P. 4-14.
16. Radnor Z. Success factors for implementation of the balanced scorecard in a NHS multi-agency setting // International Journal of Health Care Quality Assurance. 2019. Vol. 16 No. 2. P. 99-108.
17. Voelker K.E. The balanced scorecard in healthcare organizations: a performance measurement and strategic planning methodology // Hospital Topics. 2021. Vol. 79 No. 3. P. 13-24.
18. Chang L. Managerial responses to externally imposed performance measurement in the NHS: an institutional theory perspective // Financial Accountability & Management. 2020 Vol. 22 No. 1. P. 63-85.
19. Kaplan R.S. Alignment: Using the Balanced Scorecard to Create Corporate Synergies. Boston: Harvard Business School Press, 2016. 320 p.
20. Price A. Principles of Human Resource Management. Andover: Cengage Learning, 2021. 640 p.
21. Dinesh D. Management by objectives and the Balanced Scorecard: will Rome fall again? // Management Decision. 2018. Vol. 36 No. 6. P. 363-369.
22. Урсакий Ю. А. Управління мотивацією на засадах якості життя як засіб підвищення конкурентоспроможності підприємства // Економічний аналіз. Тернопіль: Економічна думка. 2013. Вип. 11. Ч. 1. С. 58 – 60.

23. Cannon F.W. Performance Management: A New Perspective // Executive Development. 2012. Vol. 5 No. 4. P. 43-65.
24. Gift R.G. Benchmarking in Health Care: A Collaborative Approach / R.G. Gift, D. Mosel. New York: American Hospital Pub, 2014. 191 p.
25. Tweet A.G. The Guide to Benchmarking in Healthcare: Practical Lessons from the Field. New York: Productivity Press, 2008. 273 p.
26. Brudan A. Top 25 Healthcare KPIs of 2011-2012. Melbourne: KPI Institute, 2013. 76 p.
28. Barnard C. Benchmarking Basics: A Resource Guide for Healthcare Managers. Middleton: HCPro Inc., 2016. 183 p.
29. Zairi M. Benchmarking for Best Practice. New York: Routledge, 2016. 512 p.
30. Ozcan Y.A. Analytics and Decision Support in Health Care Operations Management. San Francisco: Jossey-Bass, 2017. 600 p.
31. Marder R.J. Peer Review Benchmarking: Pursuing Medical Staff Excellence. Middleton: HCPro Inc., 2016. 218 p.
32. Ozcan Y.A. Health Care Benchmarking and Performance Evaluation: An Assessment using Data Envelopment Analysis (DEA). New York: Springer, 2016. 329 p.
33. Трофименко Г.С. Загальний аналіз основних показників діяльності медичних установ України // Технологічний аудит і резерви виробництва. 2022. №3 (8). С. 43-44.
34. Джемелінська Л.В. Економіка охорони в системі охорони // Сучасні проблеми економіки і підприємництва: зб. наук. праць. 2019. №13. С. 25-31.
35. Попович В.П. Гепатопротекторний потенціал рослин: монографія / В.П. Попович, Б.П. Громовик, В.А. Сятиня. К.: Інтерсервіс, 2022. 188 с.
36. Barzylovych, A., Ursakii, Y., Nadezhdenko, A., Mamatova, T., Chykarenko, I., & Kravchenko, S. (2021). The influence of medical services public

management on the population' life quality. WSEAS Transactions on Environment and Development, Vol. 17, No. 60, pp. 619–629.

37.Зіменковський А.Б. Наукове обґрунтування концептуальної моделі управління якістю в охороні України шляхом системного розвитку медичної стандартизації.: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня доктора мед. наук: спец. 14.02.03 —Соціальна медицина. Київ, 2017. 32 с.

38.Cottrell J.D. The Consumption of Medical Care and the Evaluation of Efficiency // Medical Care. 2016. Vol. 4 No. 4. P. 214-236.

39.Querido A. The Efficiency of Medical Care. - Leiden: H.E. Stenfert Kroese N.V., 1963. 288 p.

40.Gaynor M. Compensation and Productive Efficiency in Partnerships: Evidence from Medical Groups Practice // Journal of Political Economy. 2010. Vol. 98 No. 3. P. 544-573.

41.Evaluating the Medical Care System: Effectiveness, Efficiency and Equity. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1993. 222 p.

42.Методичні рекомендації «Оцінка ефективності організації і наданні первинної медико-санітарної допомоги» // Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України; Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика; Міжнародний науково-навчальний центр інформаційних технологій та систем НАН України і МОН України; Українська медична стоматологічна академія. К., 2021. 47 с.

43.Гончарук А. Г. Формування механізму управління ефективністю підприємства (на прикладі харчової промисловості) [Текст] : дис. ... д-ра екон. наук : 08.00.04 / Гончарук Анатолій Григорович. Одеса, 2020. 474 с.

44. Koroliuk Y., Dolha H., Khytrova O., UrsakiiY., Peniuk V. Anti-crisis management strategies in the conditions of economic and social turbulence // AD ALTA-Journal of Interdisciplinary Research. 2024. Vol. 14. Issue 1.—Special Issue XXXIX. P. 13–17.