

Центральноукраїнський національний технічний університет
(повне найменування закладу вищої освіти)

Центр заочної та дистанційної освіти
(повне найменування інституту, назва факультету (відділення))

Кафедра «Економіка, менеджмент та комерційна діяльність»
(повна назва кафедри (предметної, циклової комісії))

«Допущена до захисту»
Зав. кафедри ЕМКД
канд. екон. наук., доцент

_____ Тетяна РЯБОВОЛИК

«_____» грудня _____ 2025 р.
(протокол засідання кафедри ЕМ та КД
№ _____ від «_____» грудня 2025 р.)

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на другому (магістерському) рівні вищої освіти
на тему:

**«Основні напрямки модернізації публічного управління
медичним закладом на засадах європейського досвіду»**

Виконав: здобувач вищої освіти
на другому (магістерському) рівні
ОПП «Публічне управління та адміністрування»
спеціальності 281 «Публічне управління та
адміністрування»
група ПА-24МЗ

_____ Табачук Андрій Володимирович

«_____» грудня _____ 2025 р.

Керівник канд. екон. наук, доцент
_____ Андрощук Ілона Олександрівна
«_____» грудня _____ 2025 р.

ЗМІСТ

ВСТУП	4
Розділ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ТА АДМІНІСТРУВАННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	7
1.1. Система охорони здоров'я України як об'єкт публічного управління: стан, суб'єкти та регуляторне поле	7
1.2. Механізми публічного управління медичними закладами: організаційні, економічні та правові інструменти	14
1.3. Інформаційно-аналітичне забезпечення та прозорість управлінських рішень у публічному секторі охорони здоров'я	20
Розділ 2. ДІАГНОСТИКА СИСТЕМИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ В КНП «ЦЕМД ТА МК У КІРОВОГРАДСЬКІЙ ОБЛАСТІ КОР»	30
2.1. Інституційний статус КНП «ЦЕМД ТА МК У КІРОВОГРАДСЬКІЙ ОБЛАСТІ КОР» у системі місцевого самоврядування: повноваження, підзвітність, стейкхолдери	30
2.2. Оцінювання результативності та ефективності діяльності досліджуваного медичного закладу	36
2.3. Аналіз управлінських процесів і адміністративних процедур у КНП «ЦЕМД ТА МК У КІРОВОГРАДСЬКІЙ ОБЛАСТІ КОР»	50
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО АДМІНІСТРУВАННЯ МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ З УРАХУВАННЯМ ЄВРОПЕЙСЬКОГО ДОСВІДУ	56
3.1. Запровадження інструментів належного врядування медичного закладу	56
3.2. Стратегічне та програмно-цільове управління в охороні здоров'я: формування програм громадського здоров'я і КРІ: імплементація європейських практик	60
ВИСНОВКИ	76
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	79
ДОДАТКИ	84

ВСТУП

У сучасних умовах трансформації публічного управління та поглиблення євроінтеграційних процесів особливого значення набуває модернізація системи управління у сфері охорони здоров'я. Медичні заклади функціонують у середовищі підвищеної складності та невизначеності, зумовленої поєднанням соціально-економічних викликів, демографічних змін, реформування фінансових механізмів, цифровізації управлінських процесів, а також наслідків пандемічних і воєнних загроз. За таких умов ефективність діяльності закладів охорони здоров'я дедалі більше залежить не лише від наявності ресурсів, а від якості публічного управління, здатності керівництва приймати обґрунтовані, прозорі та результатоорієнтовані управлінські рішення.

Актуальність теми кваліфікаційної роботи зумовлена необхідністю переосмислення традиційних адміністративно-ієрархічних підходів до управління медичними закладами та переходу до моделей належного врядування, що ґрунтуються на європейських принципах підзвітності, ефективності, доказовості, пацієнтоорієнтованості та стратегічного планування. Особливої уваги потребують заклади екстреної медичної допомоги, які виконують критично важливі функції у системі громадського здоров'я та національної безпеки, забезпечуючи оперативне реагування на надзвичайні ситуації та безперервність медичної допомоги населенню. У цьому контексті модернізація публічного управління медичним закладом розглядається як ключова умова підвищення стійкості, адаптивності та якості медичних послуг.

Метою написання кваліфікаційної роботи є теоретико-методологічне обґрунтування та розроблення практичних рекомендацій щодо основних напрямів модернізації публічного управління медичним закладом з урахуванням європейського досвіду, спрямованих на підвищення результативності управлінських рішень, фінансової та організаційної стійкості закладу, прозорості управлінських процесів та якості надання медичних послуг.

Відповідно до поставленої мети у кваліфікаційній роботі передбачено вирішення таких основних завдань дослідження:

- розкрити сутність і особливості публічного управління та адміністрування у сфері охорони здоров'я в умовах сучасних трансформацій;
- проаналізувати еволюцію системи охорони здоров'я України як об'єкта публічного управління та визначити ключові інституційні й управлінські проблеми її розвитку;
- дослідити організаційні, економічні та правові механізми публічного управління медичними закладами;
- оцінити інституційний статус, результативність та ефективність діяльності КНП «Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф у Кіровоградській області КОР» у системі місцевого самоврядування;
- здійснити аналіз управлінських процесів, адміністративних процедур та інформаційно-аналітичного забезпечення прийняття управлінських рішень у досліджуваному закладі;
- обґрунтувати напрями вдосконалення публічного адміністрування медичного закладу з урахуванням європейських практик належного врядування, стратегічного управління та програмно-цільового підходу.

Об'єктом дослідження є система публічного управління у сфері охорони здоров'я, зокрема діяльність медичних закладів як суб'єктів публічного сектору. Предметом кваліфікаційної роботи є організаційно-економічні, управлінські та адміністративні механізми модернізації публічного управління медичним закладом на засадах європейського досвіду на прикладі КНП «ЦЕМД та МК у Кіровоградській області КОР».

Для досягнення мети кваліфікаційної роботи та вирішення поставлених завдань у дослідженні застосовано комплекс загальнонаукових і спеціальних методів, зокрема: аналіз і синтез, індукцію та дедукцію, системний і структурно-функціональний підходи, порівняльний аналіз, методи статистичного та фінансово-економічного аналізу, графічні та табличні методи

візуалізації даних, а також елементи програмно-цільового та результат-орієнтованого управління.

Теоретичною та інформаційною основою дослідження є наукові праці вітчизняних і зарубіжних учених у сфері публічного управління, охорони здоров'я, економіки та менеджменту, нормативно-правові акти України, стратегічні документи реформування системи охорони здоров'я, матеріали Міністерства охорони здоров'я України, Національної служби здоров'я України, органів місцевого самоврядування, а також офіційна звітність і внутрішні матеріали досліджуваного підприємства.

Наукова новизна отриманих результатів полягає у поглибленні теоретичних положень щодо модернізації публічного управління медичним закладом шляхом інтеграції європейських принципів належного врядування, стратегічного управління та доказовості управлінських рішень, а також у систематизації підходів до оцінювання ефективності управлінських процесів у закладах екстреної медичної допомоги.

Практичне значення отриманих результатів полягає у можливості використання розроблених пропозицій і рекомендацій у діяльності органів місцевого самоврядування та керівництва медичних закладів для вдосконалення системи публічного адміністрування, підвищення якості управлінських рішень, оптимізації використання ресурсів і забезпечення сталого розвитку закладів охорони здоров'я в умовах сучасних викликів.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ТА АДМІНІСТРУВАННЯ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Система охорони здоров'я України як об'єкт публічного управління: стан, суб'єкти та регуляторне поле

Об'єктом публічного управління у сфері охорони здоров'я виступає національна система охорони здоров'я як цілісний інституційно-організаційний комплекс, що забезпечує надання медичної допомоги населенню, реалізацію профілактичних програм, управління громадським здоров'ям і реагування на біологічні та соціальні ризики. У сучасних умовах здоров'я населення набуває статусу ключового ресурсу національної безпеки та передумови сталого розвитку, оскільки визначає людський капітал, продуктивність праці, демографічну стійкість і соціальну згуртованість. Водночас погіршення соціально-економічних параметрів розвитку України в попередні роки, кризові явища у національній економіці та нерівномірність доступу до якісних медичних послуг негативно відобразилися на динаміці показників здоров'я населення та посилили дисбаланси між потребами громадян і спроможністю системи охорони здоров'я їх задовольняти. Практика функціонування традиційної моделі медичного обслуговування засвідчила обмеженість її інструментарію щодо вирішення комплексних проблем доступності, якості та безперервності медичної допомоги, що актуалізує модернізацію публічного управління медичними закладами з урахуванням європейського досвіду належного врядування, політики доказовості та орієнтації на пацієнта.

Еволюцію розвитку системи охорони здоров'я України після здобуття незалежності доцільно структурувати за чотирма умовними періодами:

- 1991-2000 рр.;
- 2000-2010 рр.;
- 2010-2013 рр.;

– з 2014 р. до сьогодні.

Така періодизація дозволяє простежити зміну управлінських пріоритетів, інституційних механізмів та фінансових моделей, а також визначити причинно-наслідкові зв'язки між політичними рішеннями та результативністю галузі.

Перший період (1991-2000 роки) характеризувався домінуванням інерційних підходів і фактичною відсутністю системних реформ. Управлінська діяльність Уряду України та профільного центрального органу виконавчої влади - Міністерства охорони здоров'я - була зосереджена на утриманні працездатності наявної інфраструктури, недопущенні руйнації мережі закладів і збереженні мінімальних соціальних гарантій. За цих умов логіка управління тяжіла до «адміністративного виживання». Фінансування здійснювалося переважно за ресурсними нормативами, а управлінські рішення орієнтувалися на підтримання формальних параметрів системи, а не на вимірювані результати здоров'я та якості послуг.

Другий період (2000-2010 роки) був пов'язаний з формуванням концептуальних рамок реформування та пошуком дієвих механізмів трансформації. На межі століть активізувалася участь вітчизняних і міжнародних експертів за підтримки міжнародних організацій, що сприяло визначенню загальних стратегічних орієнтирів, апробації нових управлінських інструментів і локальному тестуванню окремих моделей організації та фінансування медичної допомоги. Однак для цього етапу залишалися типовими фрагментарність змін, недостатня узгодженість між політиками різних рівнів, а також відсутність сталої системи оцінювання ефективності управлінських рішень.

Третій період (2010-2013 роки) можна визначити як фазу пілотування більш масштабної реформи в окремих регіонах. Саме тоді були спроби запровадити комплексні управлінські зміни на обмеженій території з подальшим потенційним масштабуванням. Разом із тим, у суспільному та експертному дискурсі цей відрізок часто оцінюється як період недостатньої результативності реформаторських зусиль: реформа не набула системного

характеру, а управлінські новації не були належним чином інституціоналізовані, що обмежило їхній вплив на загальнонаціональному рівні.

Четвертий, сучасний період (з 2014 року) пов'язаний із переходом до більш послідовної та масштабної трансформації, зумовленої необхідністю переосмислення державної політики у сфері охорони здоров'я та запитом суспільства на підвищення якості й підзвітності медичних послуг. Модернізація управління була спрямована на зниження надмірної адміністративної регламентації, підвищення управлінської гнучкості та поступовий відхід від суто ресурсного підходу. Важливою управлінсько-фінансовою інновацією стало запровадження у 2015 році цільового бюджетного фінансування у форматі медичної субвенції, що означало зміщення акцентів у бік більш адресних фінансових механізмів. Паралельно відбувалися зміни у регуляторному полі, спрямовані на переоцінку застарілих норм планування та підготовки кадрів за «ліжковими» або іншими ресурсними показниками, що відповідало логіці європейської практики: від управління потужностями - до управління послугами та результатами.

Історично система охорони здоров'я України значною мірою спиралася на радянську модель (модель Семашка), яка забезпечувала широку мережу закладів, ієрархічну керованість та формально гарантований доступ, але водночас мала суттєві обмеження: централізацію прийняття рішень, фінансування за утримання інфраструктури, недостатню мотивацію до підвищення якості, слабкі стимули до ефективного використання ресурсів і фокус на кількісних показниках замість клінічних результатів. У контексті європейського досвіду модернізація публічного управління медичним закладом передбачає не заперечення окремих сильних сторін мережевого охоплення, а інституційне «перезбирання» системи: запровадження результативного управління, підзвітності, прозорості та орієнтації на потреби пацієнта й громади (табл. 1.1).

Таблиця 1.1 – Переваги та недоліки системи охорони здоров'я Семашко

Переваги	Недоліки
Формувалася на основі найкращих практик та досвіду.	Критичне недофінансування
Розмір прав на медичні виплати незалежно від статусу та доходу особи	Низька заробітна плата медичних спеціалістів, високе навантаження, що сприяло втраті престижу професії
Впровадження нових знань, надання якісних медичних послуг, що сприяло збільшенню тривалості життя населення та зниженню дитячої смертності.	Недостатнє обладнання, ефективні препарати тощо.
	Була оплата лікарям «на кишеньку»
Значна кількість прийому хворих за зміну	Немає вибору лікаря за територіальним принципом

Джерело: складено автором на основі [18]

Потреба реформування системи охорони здоров'я в Україні обґрунтовується як внутрішніми викликами (демографічними тенденціями, нерівністю доступу, кадровими дефіцитами, фінансовими обмеженнями), так і необхідністю гармонізації управлінських підходів із європейськими принципами публічного врядування. Відповідно до Національної стратегії реформування охорони здоров'я (2015-2020 рр.), система має базуватися на низці фундаментальних принципів: наявність гарантованого пакета медичних послуг; пріоритет якості, професіоналізму та безпеки; взаємоповага й етичність взаємин між пацієнтами та медичними працівниками; підзвітність закладів перед пацієнтами та громадами; оптимізація ресурсів і міжсекторальна співпраця як умова комплексного впливу на детермінанти здоров'я.

Для реалізації зазначених принципів у стратегічних документах визначено комплекс взаємопов'язаних завдань:

1. Формування умов для спільної відповідальності держави, громад і громадян за збереження та зміцнення здоров'я;
2. Гарантування реального права вибору надавача медичних послуг як інструменту підвищення якості та конкурентності;
3. Запровадження прозорих правил функціонування галузі та посилення підзвітності управлінських рішень;

4. Забезпечення підтримки вразливих груп населення, у тому числі через фінансові механізми та адресні програми доступності.

Важливо, що ці завдання мають розглядатися не як декларативні орієнтири, а як основа модернізації публічного управління медичним закладом: від планування та бюджетування до кадрової політики, цифровізації процесів і управління якістю медичної допомоги (рис. 1.1).

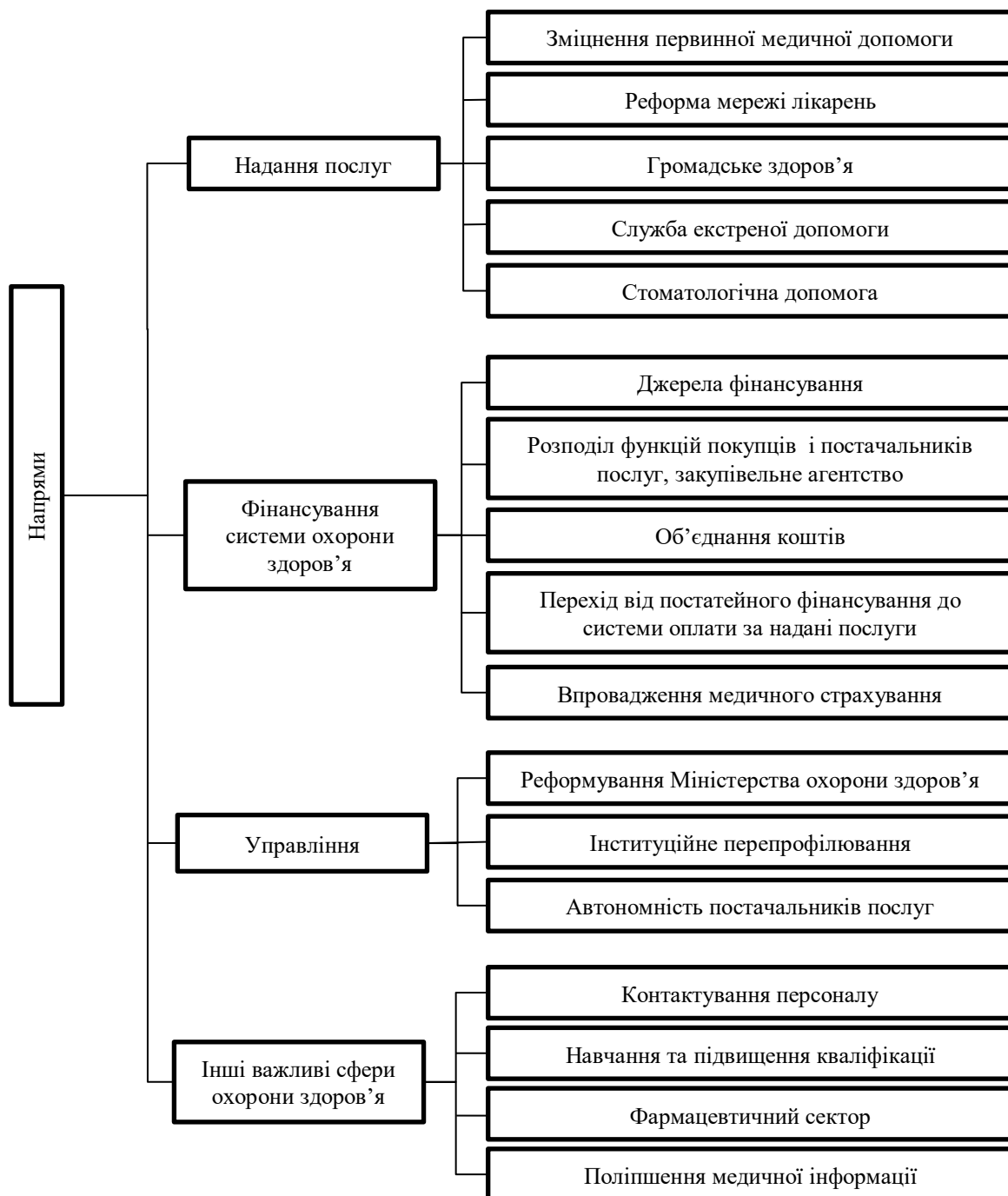


Рисунок 1.1 – Напрями для впровадження реформи

Джерело: складено автором на основі [11]

Сучасна архітектура управління у сфері охорони здоров'я функціонує на засадах розподілу повноважень між центральними органами виконавчої влади та спеціалізованими інституціями. Міністерство охорони здоров'я України виконує роль ключового органу формування та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я, включно з напрямками епідеміологічного нагляду, розвитку медичних послуг, технічного регулювання медичних виробів, забезпечення населення лікарськими засобами, а також розвитку кадрового потенціалу системи. У межах модернізації публічного управління особливого значення набуває інституційна здатність МОЗ формувати регуляторні «правила гри», стандарти якості, політики ресурсного забезпечення та механізми координації з іншими секторами, що відповідає європейській логіці health-in-all-policies (рис. 1.2).



Рисунок 1.2 – Ключові завдання та функції Міністерства охорони здоров'я

Джерело: складено автором на основі [13]

Водночас із квітня 2020 року запровадження програми медичних гарантій для спеціалізованої допомоги, розвиток контрактування з Національною

службою здоров'я України та позитивні зміни у фінансовому забезпеченні персоналу засвідчили наявність певної динаміки реформ і поступового переходу до більш результат-орієнтованої моделі фінансування. Однак, поряд із досягненнями, зберігаються системні прогалини, критичні для модернізації публічного управління медичним закладом. Зокрема, недостатньо збалансованим залишається розвиток спеціалізованої та екстреної медичної допомоги; фінансування eHealth та цифрової інфраструктури не відповідає масштабам завдань; нерівномірним є впровадження медичних інформаційних систем у закладах охорони здоров'я, що ускладнює облік, аналітику, контроль якості та управління маршрутами пацієнтів.

У контексті теми кваліфікаційної роботи модернізація публічного управління медичним закладом на засадах європейського досвіду має передбачати комплексні зміни у трьох взаємопов'язаних площинах.

По-перше, необхідне оновлення фінансової моделі: перехід до тарифів, максимально наближених до реальної вартості послуг, удосконалення підходів до оплати за результат і якість, а також формування гібридних механізмів фінансування із використанням елементів медичного страхування та ефективних інструментів закупівель.

По-друге, пріоритетом є цифрова трансформація управління: розбудова інформаційних систем закладу, інтеграція з національними компонентами eHealth, розвиток управлінської аналітики для прийняття рішень на основі даних, забезпечення кібербезпеки та захисту персональних медичних даних відповідно до європейських практик.

По-третє, модернізація потребує інвестицій у людський капітал: підвищення якості підготовки управлінських кадрів, розвиток компетентностей у сфері публічного менеджменту, зміни організаційної культури, а також впровадження безперервного професійного розвитку медичних працівників.

Отже, сучасний стан реформування системи охорони здоров'я України демонструє наявність поступу та формування нових інституційних механізмів, однак потребує поглиблення модернізаційних рішень, які мають бути узгоджені

з європейськими принципами ефективності, підзвітності, прозорості та пацієнтоорієнтованості. Саме така логіка трансформації створює підґрунтя для підвищення якості медичних послуг, стійкості медичних закладів і довіри громадян до системи публічного управління у сфері охорони здоров'я.

1.2. Механізми публічного управління медичними закладами: організаційні, економічні та правові інструменти

Робота керівника медичного закладу в умовах трансформації системи охорони здоров'я набуває дедалі більшої складності та багатовимірності, оскільки поєднує функції стратегічного планування, організаційного розвитку, управління персоналом, контролю якості, фінансового менеджменту та забезпечення безперервності надання медичної допомоги в умовах економічних обмежень і суспільних ризиків. У контексті теми кваліфікаційної роботи - модернізації публічного управління медичним закладом на засадах європейського досвіду - управлінська діяльність розглядається не лише як адміністративне керівництво установою, а як публічно-відповідальна система рішень, зорієнтована на пацієнта, результативність, прозорість, підзвітність та дотримання визначених стандартів якості, безпеки й етики.

Управлінські рішення в медичній сфері мають високий рівень соціальної значущості та «вартісності помилки», адже прямо впливають на фінансову стійкість закладу, доступність і якість послуг, клінічні результати лікування та профілактики, а також на професійну мотивацію й безпеку персоналу. Власне тому прийняття рішень виступає ядром управлінської праці: воно супроводжує всі управлінські цикли - від формулювання цілей закладу та визначення пріоритетів розвитку до організації виконання, контролю та оцінювання досягнутих результатів. За логікою сучасного публічного менеджменту керівник не просто «обирає дію з альтернатив», а формує рішення як інструмент реалізації публічної політики у мікрмасштабі конкретного закладу,

забезпечуючи узгодження інтересів держави, громади, пацієнтів, колективу та партнерів.

Європейський підхід до модернізації управління в охороні здоров'я акцентує перехід від домінування директивного стилю та жорсткої ієрархії до колегіальності, доказовості та участі стейкхолдерів. На практиці це означає ширше застосування мультидисциплінарних управлінських форматів: професійних груп і комітетів, у яких поряд із клініцистами працюють фахівці зі стратегічного розвитку, якості, фінансів, закупівель, цифрових рішень, комунікацій та ризик-менеджменту. Подібна інтеграція компетентностей підвищує обґрунтованість управлінських рішень, робить їх більш прийнятними для персоналу та зменшує ймовірність управлінських конфліктів під час реалізації змін.

Щоб управлінське рішення було дієвим і забезпечувало досягнення визначених цілей модернізації, воно повинно відповідати низці принципових вимог, які в публічному управлінні набувають особливої ваги.

По-перше, цільова визначеність. Рішення має спиратися на чітко сформульовану мету або узгоджений набір цілей (результати, індикатори, очікувані ефекти). У медичному закладі цільова визначеність передбачає зв'язок рішення з пріоритетами політики охорони здоров'я, програмами розвитку, контрактними зобов'язаннями, стандартами якості та реальними потребами пацієнтів. Водночас досягнення головної мети системи охорони здоров'я ускладнюється сукупністю політичних, економічних, демографічних та екологічних викликів: старінням населення, поширенням хронічних захворювань, ризикованими поведінковими практиками, зростанням очікувань громадян щодо якості та сервісності допомоги. Усе це формує підвищений попит на медичні послуги й потребує раціонального розподілу ресурсів.

По-друге, результативність як управлінський імператив. Завдання менеджменту полягає в максимальному наближенні фактичного результату до запланованої мети. У європейській логіці управління це узгоджується з орієнтацією на outcomes (кінцеві результати для пацієнта і громади), а не лише

на процеси чи формальне виконання планів. Тобто управлінське рішення оцінюється через його здатність покращувати доступність, безпеку, якість, безперервність допомоги, ефективність використання коштів і довіру громадян.

По-третє, комплексна валідність та доказовість. Обґрунтування рішення вимагає використання повної, достовірної та релевантної інформації про стан закладу, його ресурсну базу, результати діяльності, ризики, а також про тенденції зовнішнього середовища. Водночас у реальних умовах керівник змушений діяти в ситуації неповної інформації та часових обмежень, адже жодні дані не здатні повністю відтворити «живу» складність організації. Саме тому важливими стають професійний досвід, управлінські компетентності, здатність працювати з невизначеністю та застосовувати сучасні методи аналізу (моніторинг показників, аудит процесів, управління ризиками, сценарне планування).

По-четверте, цілеспрямованість щодо об'єкта управління і людського капіталу. Рішення повинно бути адресним: мати чітко визначений об'єкт впливу (процес, підрозділ, послуга, категорія пацієнтів) та орієнтацію на компетентності персоналу. Для медичного закладу, який модернізується, надзвичайно важливо враховувати професійну структуру колективу, дефіцитні компетентності, потреби в навчанні, а також потенціал «агентів змін» - працівників, здатних забезпечити впровадження нових підходів і стандартів.

По-п'яте, узгодженість і наступність управління. Рішення має корелювати з раніше прийнятими управлінськими актами, стратегіями та програмами розвитку. Наявність взаємовиключних або постійно переглядуваних рішень створює управлінську турбулентність, знижує довіру колективу, підвищує витрати на адаптацію та вказує на слабкість аналітичного забезпечення. У контексті європейського досвіду узгодженість пов'язана також із принципом *policy coherence* - узгодження дій на рівні закладу з рішеннями засновника, регіональними програмами та національними стратегічними документами.

По-шосте, дотримання повноважень і правомірність. Вимога легітимності означає повагу до прав та компетенцій усіх суб'єктів управління, баланс прав і

відповідальності, недопущення підміни функцій або перевищення повноважень. Для публічного управління медичним закладом це критично, адже порушення процедур і компетенцій не лише знижує ефективність рішень, а й створює юридичні, репутаційні та фінансові ризики.

По-сьоме, економічна та соціальна ефективність. Ефективне рішення це мінімізація потреби в ресурсах за умови досягнення бажаного результату. У сфері охорони здоров'я особливо небезпечними є рішення, які не орієнтуються на пацієнта, не диференціюють рівні допомоги та підтримують надмірну концентрацію ресурсів у вузькоспеціалізованих напрямках на шкоду первинній і профілактичній ланці. Європейський досвід підкреслює важливість інтегрованих маршрутів пацієнта, розвитку амбулаторної допомоги, систем якості та безпеки, що в сукупності підвищує «цінність» медичної послуги для пацієнта при раціональному використанні коштів.

По-восьме, своєчасність. Рішення повинно ухвалюватися не лише швидко, а й у правильний момент - тоді, коли організаційне середовище готове до змін (кадрово, фінансово, психологічно, процедурно). Надто поспішні рішення «падають на непідготовлений ґрунт» і можуть не дати ефекту або викликати спротив, тоді як запізнілі рішення нерідко втрачають практичний сенс, провокують втрати й підривають авторитет керівництва.

По-дев'яте, повнота, лаконічність та однозначність. Управлінський документ має містити всі необхідні компоненти: мету, ресурси, інструменти, терміни, відповідальних, етапи виконання, механізми контролю та критерії результативності, але водночас не перевантажуватися несуттєвими деталями. Чіткість формулювань усуває неоднозначність трактування, визначає межі відповідальності та полегшує контроль виконання.

По-десяте, компромісність і етична виваженість. Більшість комплексних рішень у медичній сфері неминуче має як позитивні, так і потенційно негативні наслідки: перерозподіл ресурсів, зміна навантаження, трансформація маршрутів пацієнта, перегляд стимулів для персоналу. Тому рішення фактично завжди є результатом компромісу між альтернативними цілями й ризиками. Водночас

модернізація публічного управління за європейськими підходами неможлива без опори на етичні стандарти, недискримінацію, пріоритет безпеки пацієнта, прозорість та доброчесність.

Якість управлінських рішень у медичному закладі визначається сукупністю внутрішніх і зовнішніх факторів. До внутрішніх належать компетентність управлінського персоналу, організаційна культура, технології та методи управління, стабільність управлінської системи, її «чутливість» до рішень, ефективність внутрішнього контролю й комунікацій. Зовнішні фактори охоплюють нормативно-правові зміни, соціально-економічну ситуацію, обмеженість ресурсів, суспільні очікування, рівень розвитку місцевого самоврядування та стан міжінституційної взаємодії. Для перехідних періодів характерною є домінантність зовнішніх чинників: нестабільність середовища посилює вимоги до адаптивності управління, управління ризиками та здатності швидко переналаштувати процеси без втрати якості.

Важливо підкреслити, що в практичній діяльності рішення часто готуються в умовах дефіциту часу, коли період для збирання та опрацювання інформації є меншим, ніж потрібно для повної аналітичної картини. Це здатне знижувати якість вибору альтернатив і призводити до неефективного використання ресурсів. Тому ключове значення має раннє виявлення проблемних ситуацій, побудова системи моніторингу показників, а також налагодження каналів зворотного зв'язку з персоналом і пацієнтами. У ряді випадків потенційні втрати від неповноти аналізу можуть частково компенсуватися ефектом більш раннього виконання рішення, якщо воно запобігає загостренню проблеми або зменшує ризики.

Сучасні функції керівника медичного закладу передбачають володіння повним циклом управління проблемами, який включає: прийняття рішення, реалізацію, контроль та оцінювання результатів.

Фаза прийняття рішення, як правило, проходить через послідовні кроки:

1. Діагностика проблеми;
2. Визначення обмежень і критеріїв;

3. Формування альтернатив;
4. Оцінювання альтернатив;
5. Остаточний вибір (рис. 1.3).

Діагностика є критичною, оскільки помилка в визначенні першопричини призводить до «лікування симптомів», а не проблеми. Вона може вимагати багатокрокового аналізу: фіксації ознак труднощів, оцінки новизни ситуації, встановлення джерел проблеми, визначення її зв'язків з іншими процесами, перевірки достатності інформації та реалістичності вирішення. Далі формуються обмеження (часові, фінансові, кадрові, інфраструктурні) і критерії (якість, безпека, вартість, доступність, прийнятність для персоналу, відповідність стандартам).

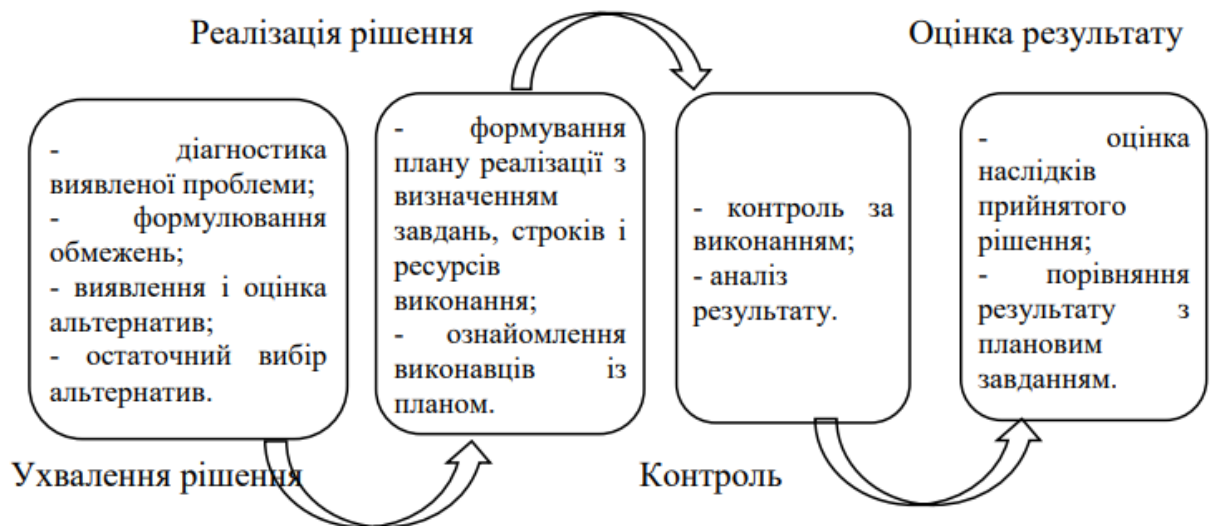


Рисунок 1.3 – Процес прийняття рішення менеджером в сфері охорони здоров'я

Джерело: складено автором на основі [18]

На етапі визначення альтернатив у реальних умовах часто застосовується обмежений набір варіантів, які вважаються найбільш здійсненними; при цьому важливою стає колегіальність і залучення експертів, що є типовою рисою європейської управлінської культури.

Після вибору рішення вирішальним стає етап впровадження: розроблення плану реалізації із чіткими завданнями, термінами, відповідальними, ресурсним забезпеченням і показниками контролю. Моніторинг виконання та оцінка

результатів забезпечуються через механізми зворотного зв'язку, які дозволяють порівняти фактичні наслідки з очікуваними, визначити відхилення та за потреби скоригувати управлінські дії. У модернізованій системі публічного управління це передбачає також регулярне інформування стейкхолдерів, відкритість ключових рішень, елементи підзвітності та орієнтацію на безперервне вдосконалення.

Управлінська діяльність у медичному закладі набуває завершеності через її документування. Рішення фіксуються у розпорядчих та нормативних документах (накази, інструкції, розпорядження, постанови тощо), які забезпечують операційне керівництво й регулювання процесів. Саме через такі документи формалізуються зміни організаційної структури, розподіл повноважень, регламентація процедур, визначення ресурсного забезпечення, встановлення стандартів роботи та контрольних механізмів. У межах публічного управління особливо важливо, щоб документообіг був не самоціллю, а інструментом реалізації політик модернізації: підвищення якості, прозорості управлінських процедур, узгодження з європейськими практиками належного врядування та формування спроможності закладу до сталого розвитку в інтересах пацієнта і громади.

1.3. Інформаційно-аналітичне забезпечення та прозорість управлінських рішень у публічному секторі охорони здоров'я

Адаптація закладів охорони здоров'я до сучасних умов слід розглядати не лише як їхнє прагнення «вижити» в динамічному середовищі, а як інституційну спроможність забезпечувати безперервність, якість і доступність медичних послуг за умов багатофакторної невизначеності. У сучасних реаліях медичний заклад функціонує під комплексним впливом політичних рішень, економічних обмежень, демографічних зрушень, соціальних очікувань, правових вимог, культурних норм та технологічних змін. Тому модернізація публічного управління в медичних установах, що ґрунтується на європейському досвіді,

передбачає перехід від переважно адміністративно-розпорядчої логіки до моделі належного врядування, орієнтованої на результативність, підзвітність, прозорість і доказовість управлінських рішень.

Підвищення адаптивності системи охорони здоров'я неминуче пов'язане із комплексним вирішенням наявних проблем шляхом поєднання правових, економічних, адміністративних, інформаційних та поведінкових інструментів. У площині публічного управління це означає синхронізацію нормативно-правового регулювання з фінансовими механізмами, управлінськими процедурами та комунікаційними практиками, які визначають взаємодію закладу з пацієнтами, органами влади, НСЗУ, персоналом та іншими стейкхолдерами. Європейська управлінська традиція у сфері охорони здоров'я демонструє, що стійкість медичних установ формується не стільки за рахунок «жорсткого контролю», скільки через розвиток управлінської спроможності: систем планування, управління якістю, ризик-менеджменту, людського капіталу та цифрових сервісів.

У цьому контексті особливого значення набуває використання міждисциплінарного інструментарію економіки, інформатики, математики та статистики як методологічної основи оптимізації процесів управління. Для публічного адміністрування медичного закладу статистика виступає не допоміжною функцією звітності, а ключовим елементом управлінського циклу, що забезпечує «петлю зворотного зв'язку»: від фіксації стану системи до оцінювання результатів, виявлення відхилень, коригування дій та прогнозування розвитку. В умовах модернізації управління на засадах європейського досвіду статистично-аналітична складова повинна інтегруватися у процедури стратегічного планування, програмно-цільового управління та контролінгу якості медичних послуг.

Медична статистика, використовуючи кількісні методи та враховуючи вплив соціально-економічних і екологічних чинників, дозволяє виявляти закономірності розвитку галузі, оцінювати ефективність управлінських рішень і підвищувати їх доказовість. Саме доказове управління (evidence-based

management), поширене у практиках ЄС, передбачає, що рішення керівництва закладу мають базуватися на перевірених даних, порівняльних показниках, аналізі тенденцій та обґрунтованих прогнозах, а не лише на інтуїції чи традиційних підходах. Такий підхід створює передумови для підвищення якості медичної допомоги, оптимізації використання ресурсів і зміцнення довіри громадян до інституцій охорони здоров'я.

Застосування статистичних методів в організації системи управління медичними закладами різних типів і форм власності розширює можливості для розроблення та впровадження управлінських рішень, орієнтованих на результат. У практичному вимірі це означає посилення спроможності закладу до роботи в умовах конкуренції за фінансування і пацієнта, адаптацію до контрахтування та вимог до якості, а також формування конкурентних переваг через ефективність, сервісність і технологічність. Відповідно, актуалізується потреба у дослідженні можливостей статистичного інструментарію як складової модернізації публічного управління медичним закладом, зокрема в частині формування КРІ, моніторингу їх досягнення, управління ризиками та оцінювання впливу управлінських інновацій.

Статистичні дані забезпечують системність контролю діяльності медичного закладу, дозволяють здійснювати оперативний моніторинг та робити висновки щодо якості й ефективності лікувально-профілактичної роботи. При формуванні поточних і перспективних планів керівник на будь-якому рівні управління повинен спиратися на аналіз тенденцій, структури захворюваності, демографічних параметрів, ресурсного забезпечення, навантаження персоналу, фінансових потоків і результатів лікування. У європейській практиці це реалізується через розвинуті системи performance management, де статистика стає основою для планування, бюджетування, управління якістю і прозорого звітування перед громадою та власником (органом місцевого самоврядування).

Ключові критерії діяльності закладу охорони здоров'я можуть бути коректно оцінені лише за умови наявності достовірної, повної та порівнюваної статистичної інформації. Ведення статистичного обліку, здійснення

аналітичних процедур та застосування статистичних методів дають змогу ідентифікувати «вузькі місця» у процесах надання медичних послуг, виявляти причини відхилень у показниках, обґрунтовувати управлінські втручання та оцінювати їх результативність. У межах модернізації публічного управління це сприяє переходу до управління за результатами, підсилює фінансову дисципліну, покращує управління людськими ресурсами та забезпечує системне підвищення якості послуг.

На основі статистики розв'язується широкий спектр управлінських завдань, які мають принципове значення для сучасного медичного закладу. По-перше, це постійний контроль ситуації та моніторинг позитивних і негативних тенденцій у діяльності установи (динаміка звернень, структура нозологій, показники госпіталізації, повторних звернень, ускладнень тощо). По-друге, статистика забезпечує можливість оцінювання медичних послуг за критеріями успішності, якості, доступності та безпеки. По-третє, вона формує базу для розробки стратегії розвитку закладу, у тому числі через аналіз потреб населення, ресурсних обмежень, ризиків та сценаріїв змін у нормативному і фінансовому середовищі. По-четверте, статистичні дані дозволяють будувати прозорі й справедливі підходи до мотивації персоналу: визначати критерії преміювання, оцінювання результативності праці, розподілу навантаження та потреб у навчанні. По-п'яте, аналіз даних допомагає визначити ті напрями діяльності, що потребують першочергового коригування чи модернізації, і таким чином підтримує управління змінами.

Статистична методологія спрямована на формування кількісних характеристик соціально-економічних явищ у єдності з їх якісним змістом. Для управління медичним закладом важливо не лише накопичувати масиви числових показників, а інтерпретувати їх у контексті управлінських цілей, причинно-наслідкових зв'язків та поведінкових факторів. Кількісні дані без управлінської інтерпретації не забезпечують розуміння реальних процесів, тому в європейській практиці аналітика доповнюється інструментами оцінювання політик, аудитом якості, експертними панелями та індикаторами результату,

орієнтованими на пацієнта. Такий синтез кількісного та якісного аналізу дозволяє виявляти протиріччя, прогалини у процесах, формувати обґрунтовані рекомендації й обирати оптимальні управлінські рішення.

Важливо підкреслити, що управлінські рішення в охороні здоров'я майже завжди приймаються в умовах ризику та невизначеності. Неможливо з абсолютною точністю передбачити майбутні потреби населення, епідеміологічні загрози, фінансові зміни чи кадрові коливання. Однак кількісне описання ймовірностей та сценаріїв, підкріплене аналізом даних, надає управлінцю суттєву перевагу, оскільки дозволяє порівнювати альтернативи, оцінювати наслідки, визначати пріоритети та управляти ризиками. Саме тому статистична методологія має бути органічною частиною системи прийняття управлінських рішень: від перевірки якості даних до моделювання тенденцій, прогнозування розвитку установи та оцінювання впливу управлінських інтервенцій.

Посилення ролі інформаційно-аналітичного забезпечення є ключовим елементом модернізації публічного управління медичним закладом. Ефективна управлінська система неможлива без налагодженого збору інформації, її стандартизації, інтеграції та використання для вироблення рішень, спрямованих на вдосконалення організації медичної допомоги. Джерелами інформації виступають внутрішні документи (медична документація, фінансова та кадрова звітність, дані про ресурси й обладнання), а також зовнішні чинники (зміни законодавства, управлінські вимоги, соціально-економічні умови, стандарти якості). У європейських країнах розвиток управління даними пов'язаний із впровадженням електронних медичних систем, стандартизованої звітності, цифрових реєстрів та механізмів відкритості інформації, що підсилює довіру і сприяє підзвітності закладу перед громадою.

Сучасні інформаційні системи в закладах охорони здоров'я можуть бути використані для низки стратегічно важливих завдань, які прямо корелюють з модернізацією публічного управління. Передусім йдеться про формування єдиного інформаційного простору, який прискорює доступ до даних і підвищує

якість ведення документації. Також важливим є забезпечення моніторингу та оперативного управління процесом надання медичної допомоги, що зменшує ймовірність помилок, підвищує безпеку пацієнта та узгодженість дій персоналу. Окремий напрям підвищення прозорості діяльності медичного закладу та ефективності управлінських рішень через регулярні аналітичні звіти, відкриті показники, індикатори якості. Крім того, цифрові інструменти створюють основу для аналізу економічних аспектів медичної допомоги, оптимізації витрат та підвищення результативності бюджетних рішень. Невід'ємною складовою є також формування статистичних звітів на основі обробки первинних документів та забезпечення збору первинних і агрегованих даних для аналізу стану здоров'я населення, яке обслуговується.

Статистична обробка інформації традиційно вважалася тривалою та ресурсоємною, однак розвиток цифрових технологій і прикладного програмного забезпечення суттєво змінив цю ситуацію. Сучасні інструменти обробки даних (табличні процесори, статистичні пакети, засоби візуалізації, бази даних) дають можливість здійснювати складні розрахунки в короткі терміни, автоматизувати підготовку звітності, проводити аналіз трендів та підтримувати управлінські рішення на основі фактів. Для медичних закладів це означає можливість швидко оцінювати структуру звернень, повторюваність нозологій, навантаження лікарів, якість діагностики, результати лікування, частоту госпіталізацій та інші показники, які є основою для управління якістю та ресурсами.

Прикладні програми та системи управління даними дозволяють вирішувати низку практичних завдань, актуальних для керівництва медичного закладу. Так, на основі баз даних можна визначати середню кількість звернень первинної допомоги з певних нозологій до конкретних лікарів і, відповідно, раціоналізувати розподіл територій обслуговування та навантаження. Можна прогнозувати ризикові групи пацієнтів за частотою повторних звернень та формувати програми спостереження. Важливим є оцінювання узгодженості між первинним і остаточним діагнозом як індикатора якості діагностичного

процесу. Аналіз результатів лікування (загоєння, покращення, погіршення, госпіталізація, летальність) створює основу для клінічного аудиту та управління якістю. Також показники навантаження і складності роботи можуть використовуватися для управління персоналом, планування навчання та вдосконалення мотиваційних механізмів. Отримання таких вихідних даних часто забезпечується запитом до баз даних та подальшою математико-статистичною обробкою.

З огляду на специфіку діяльності закладів охорони здоров'я в ринково-адміністративних умовах, методологічна база статистичного забезпечення управління має бути адаптована до сучасних напрямів медичного регулювання та публічного адміністрування. Мова йде про поєднання підходу за цілями (цілі-індикатори-ресурси-результат) та підходу за функціями (планування-організація-координація-контроль-оцінювання), що відповідає європейським принципам управління за результатами. Основним завданням статистичного забезпечення при цьому виступає побудова системи науково обґрунтованих показників, які враховують територіальні, демографічні та інституційні особливості, а також дозволяють порівнювати результати закладу з національними стандартами та кращими практиками.

Побудову системи статистичного забезпечення управління доцільно розглядати як поетапний процес (рис. 1.4).

На першому етапі визначаються управлінські завдання, стратегічні цілі й фактори, що впливають на розвиток закладу (фінансування, кадрове забезпечення, потреби населення, нормативні вимоги, інфраструктурні обмеження).

Другий етап передбачає формування принципів системи (достовірність, порівнюваність, своєчасність, орієнтація на результат, відповідність стандартам) та визначення її архітектури. На третьому етапі встановлюється набір показників і інструментів аналізу, розробляються методики діагностики стану та тенденцій, забезпечується інтеграція даних з інформаційними системами.

Завершальний етап полягає у визначенні взаємодії споживачів інформації (керівництво, власник, контролюючі органи, громадськість), а також у використанні результатів аналізу для прийняття конкретних управлінських рішень і оцінювання їх ефективності.

Методологічні основи статистичного забезпечення управління	
<ul style="list-style-type: none"> - побудова моделей системи статистичного забезпечення управління; - використання статистичної методології; - обґрунтування методів статистичних досліджень; - вибір складників методичного забезпечення залежно від етапу реалізації управлінського рішення. 	
↓	↓
Основи	Зміст
Системний підхід до вирішення завдань аналізу процесів охорони здоров'я	<ul style="list-style-type: none"> - визначення наявності взаємозв'язків між внутрішніми та зовнішніми чинниками; - урахування змін окремих властивостей системи, яка досліджується
Адекватність основним процесам в охороні здоров'я	<ul style="list-style-type: none"> - побудова методології статистичних досліджень відповідно до проблем реформування галузі охорони здоров'я; - визначення структури інформаційної статистичної бази залежно від структури галузі; - інформаційне забезпечення контролю виконання заходів регіональних програм охорони здоров'я; - гармонізація системи статистичного забезпечення і процесу розроблення управлінських рішень
Цільовий підхід до вирішення проблем	<ul style="list-style-type: none"> - урахування територіальних і галузевих особливостей господарського комплексу регіону; - своєчасне внесення змін у структуру і зміст показників, які характеризують проблеми в охороні здоров'я; - визначення показників, які характеризують особливості та проблеми функціонування закладу охорони здоров'я
Функціональний підхід до вирішення проблем	<ul style="list-style-type: none"> - створення функціонально-проблемної інформації; - виконання певних завдань статистичного дослідження, диференційованих за функціями діяльності управлінських структур
Формування вимог до управлінських статистичних моделей	<ul style="list-style-type: none"> - підвищення ролі управління; - необхідність установлення взаємозв'язків між показниками ресурсно-економічного потенціалу і результатами діяльності закладу охорони здоров'я

Рисунок 1.4 – Методологічні засади статистичного забезпечення публічного адміністрування закладами охорони здоров'я

Джерело: складено автором на основі [24]

Функціональне призначення медичних закладів полягає у збереженні здоров'я, зниженні смертності, захворюваності та інвалідності населення за умов оптимального використання фінансових, матеріальних і людських ресурсів. Водночас охорона здоров'я є складною динамічною системою з

численними взаємозалежними показниками, які нерідко демонструють суперечливу динаміку.

Поліпшення одних індикаторів може супроводжуватися погіршенням інших, що потребує виваженої інтерпретації даних та управління пріоритетами.

До того ж на оцінку медичних послуг впливає суб'єктивний фактор: очікування пацієнтів, сприйняття якості, довіра до персоналу, ціннісні настанови. У європейських підходах це враховується через розвиток *patient-centered care*, використання показників досвіду пацієнта, оцінювання задоволеності та якості життя, що доповнює традиційні медичні й економічні індикатори.

Проблематика ефективності управління медичним закладом нерозривно пов'язана з визначенням пріоритетних цілей та показників їх досягнення, а також з оцінюванням витрат на реалізацію управлінських заходів. Ефективність у публічному управлінні доцільно трактувати як співвідношення між досягнутими результатами (медичними, соціальними, економічними) та ресурсами, що були використані.

Важливо підкреслити, що залежність між витратами і результатами часто є нелінійною: за певних умов незначні інвестиції у правильні управлінські інструменти (цифровізація процесів, стандарти якості, навчання персоналу, прозорі процедури) можуть забезпечити суттєвий ефект, тоді як масштабні витрати без зміни управлінської логіки можуть не дати очікуваної віддачі. Саме тому європейський досвід акцентує на управлінні змінами, оцінюванні впливу, доказовості та інституційному навчанні.

Для вибору пріоритетів і підвищення ефективності діяльності медичних установ можуть застосовуватися медико-економічний аналіз, клініко-епідеміологічні методи та математичне моделювання.

Однак їх практичне використання можливе лише за наявності відповідних баз даних і релевантних індикаторів.

У цьому місці проявляються типові організаційно-методичні проблеми: недосконалість системи галузевих показників, недостатня увага до індикаторів

доступності та якості, обмежене врахування повної «вартості хвороби» для пацієнта, родини, роботодавця і суспільства, а також складність оцінювання здоров'я населення через суб'єктивні й імовірнісні компоненти медичної інформації.

Модернізація публічного управління на засадах європейського досвіду передбачає поступове вирішення цих проблем шляхом стандартизації даних, розвитку електронних реєстрів, удосконалення системи індикаторів результату та запровадження комплексних підходів до оцінювання діяльності медичних установ.

Отже, формування показників ефективності в охороні здоров'я повинно спиратися на науково обґрунтоване визначення пріоритетів, використання сучасних статистичних і системних методів аналізу, процесний підхід до управління, а також вивчення й адаптацію кращих європейських практик. За умови правильно сформованих управлінських пріоритетів, впровадження системи ключових показників результативності, розвинутого інформаційно-аналітичного забезпечення та прозорих процедур підзвітності навіть порівняно невеликі управлінські інвестиції можуть забезпечити відчутне підвищення якості медичних послуг, ефективності використання ресурсів і стійкості медичного закладу в умовах сучасних викликів.

РОЗДІЛ 2

ДІАГНОСТИКА СИСТЕМИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ В КНП «ЦЕМД ТА МК У КІРОВОГРАДСЬКІЙ ОБЛАСТІ КОР»

2.1. Інституційний статус КНП «ЦЕМД ТА МК У Кіровоградській області КОР» у системі місцевого самоврядування: повноваження, підзвітність, стейкхолдери

Комунальне некомерційне підприємство «Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф у Кіровоградській області Кіровоградської обласної ради» (далі — КНП «ЦЕМД та МК») є спеціалізованим закладом охорони здоров'я обласного рівня, створеним у межах реформи децентралізації та трансформації системи охорони здоров'я України з метою забезпечення населення екстреною медичною допомогою та реалізації заходів медицини катастроф. Підприємство функціонує на засадах комунальної власності та має статус юридичної особи публічного права, що здійснює діяльність у неприбутковому секторі відповідно до вимог чинного законодавства України.

Організаційно-правова форма комунального некомерційного підприємства визначає особливий режим господарювання КНП «ЦЕМД та МК», який поєднує публічну соціальну місію із застосуванням інструментів господарської автономії. Підприємство створене рішенням Кіровоградської обласної ради, яка виступає його засновником і власником майна, закріпленого за КНП на праві оперативного управління. Заклад не має на меті отримання прибутку; усі доходи спрямовуються виключно на фінансування статутної діяльності, розвиток матеріально-технічної бази, підвищення якості медичних послуг та забезпечення кадрової спроможності.

Правові засади діяльності КНП «ЦЕМД та МК» формуються відповідно до Конституції України, Основ законодавства України про охорону здоров'я, Закону України «Про екстрену медичну допомогу», Бюджетного та Господарського кодексів України, а також підзаконних нормативно-правових

актів Міністерства охорони здоров'я України та рішень органів місцевого самоврядування. Важливою складовою правового поля функціонування підприємства є контрактні відносини з Національною службою здоров'я України, у межах яких здійснюється фінансування екстреної медичної допомоги відповідно до Програми медичних гарантій.

Як суб'єкт системи публічного адміністрування у сфері охорони здоров'я, КНП «ЦЕМД та МК» виконує функції єдиного регіонального оператора екстреної медичної допомоги, забезпечуючи цілодобове реагування на виклики населення, організацію та координацію роботи бригад екстреної медичної допомоги, медичний супровід надзвичайних ситуацій техногенного, природного та воєнного характеру, а також участь у реалізації державної політики у сфері цивільного захисту та медицини катастроф. Структурна побудова підприємства охоплює адміністративно-управлінський апарат, диспетчерські служби, підрозділи екстреної медичної допомоги, спеціалізовані бригади та допоміжні служби, що забезпечують безперервність і оперативність надання допомоги.

В умовах трансформації фінансових механізмів охорони здоров'я КНП «ЦЕМД та МК» здійснює свою діяльність у рамках контрактно-тарифної моделі, заснованої на принципі «гроші йдуть за пацієнтом». Фінансування підприємства формується переважно за рахунок коштів державного бюджету через НСЗУ, а також субвенцій і цільових видатків із обласного бюджету, що зумовлює високу залежність діяльності закладу від стабільності бюджетного процесу та державної політики у сфері охорони здоров'я. Така модель фінансування водночас підвищує вимоги до фінансової дисципліни, прозорості обліку та результативності використання ресурсів.

Особливістю організаційно-правового статусу КНП «ЦЕМД та МК» є поєднання адміністративно-регламентованих функцій із елементами управлінської автономії (рис. 1.1).

Керівник підприємства призначається на контрактній основі та несе відповідальність за стратегічне планування діяльності, організацію внутрішніх

процесів, кадрову політику, забезпечення якості та безпеки медичної допомоги. Водночас діяльність закладу перебуває під контролем засновника, органів державного фінансового нагляду та галузевих регуляторів, що забезпечує дотримання принципів підзвітності й публічного інтересу.

У сучасних умовах воєнного стану організаційно-правова модель КНП «ЦЕМД та МК» набула додаткового значення як елементу регіональної системи безпеки та стійкості.

Підприємство інтегроване в механізми міжвідомчої взаємодії з органами цивільного захисту, Національною поліцією, ДСНС та військовими структурами, що розширює його функціональне навантаження та вимагає гнучкого управління ресурсами.

Таким чином, організаційно-правова характеристика КНП «ЦЕМД та МК у Кіровоградській області КОР» відображає сучасну модель публічного медичного закладу, здатного поєднувати соціальну місію, фінансову підзвітність та інституційну адаптивність у складних кризових умовах.

Кадрові параметри Організаційна структура КНП «Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф у Кіровоградській області КОР», подана на рисунку, має чітко виражений ієрархічно-функціональний характер, що відповідає специфіці багатoproфільного закладу охорони здоров'я з цілодобовим режимом роботи та підвищеним рівнем відповідальності за надання екстреної і спеціалізованої медичної допомоги.

На верхньому рівні управління знаходиться директор, який здійснює загальне стратегічне керівництво діяльністю підприємства, несе відповідальність за реалізацію статутних завдань, фінансово-економічну стабільність, дотримання законодавства у сфері охорони здоров'я та виконання зобов'язань перед засновником і Національною службою здоров'я України. Директору безпосередньо підпорядковується заступник директора, який координує поточну операційну діяльність закладу та забезпечує узгодженість роботи медичних, адміністративних і господарських підрозділів.

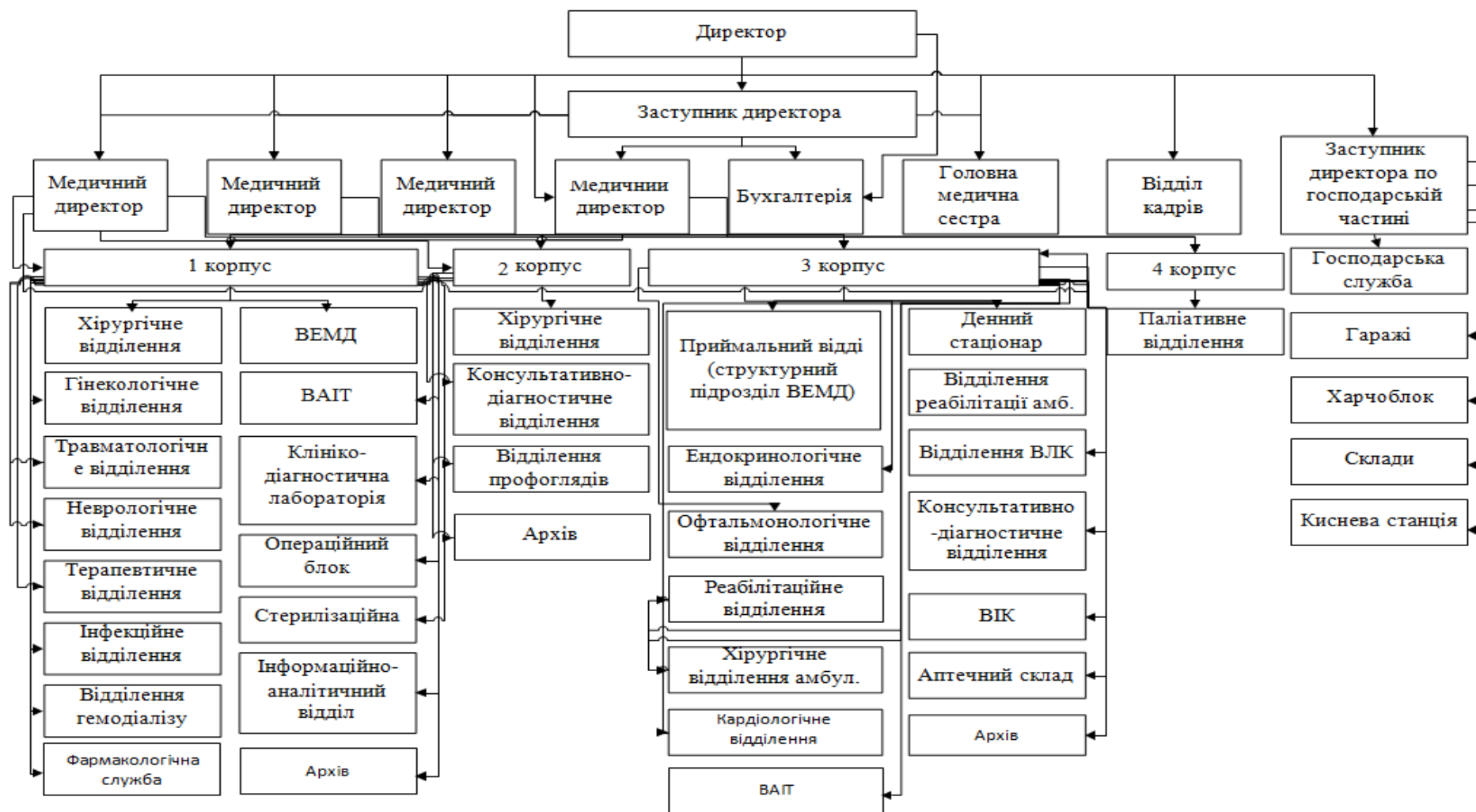


Рисунок 2.1 – Організаційна структура КНП «ЦЕМД ТА МК У Кіровоградській області КОР»

Джерело: складено автором за матеріалами підприємства

Медичний блок управління представлений кількома медичними директорами, що відображає функціональний поділ за напрямками медичної діяльності та дозволяє забезпечити належний рівень управління якістю медичної допомоги в умовах значного обсягу та різнопрофільності послуг.

Медичні директори відповідають за організацію лікувально-діагностичного процесу, дотримання клінічних протоколів, кадрове забезпечення медичних підрозділів та контроль за результатами лікування.

Окреме місце в управлінській структурі займає головна медична сестра, яка координує діяльність середнього та молодшого медичного персоналу, відповідає за дотримання стандартів сестринського догляду, санітарно-епідемічного режиму та раціональне використання медичних ресурсів.

Функції фінансового управління та бухгалтерського обліку зосереджені у бухгалтерії, що підпорядковується заступнику директора і забезпечує фінансову дисципліну та прозорість діяльності підприємства.

Адміністративно-кадровий напрям представлений відділом кадрів, який здійснює управління персоналом, оформлення трудових відносин, облік кадрів і супровід процесів професійного розвитку працівників.

Заступник директора з господарської частини очолює відповідний напрям і відповідає за матеріально-технічне забезпечення, експлуатацію будівель та інженерних мереж, логістику і безперебійну роботу допоміжної інфраструктури, якому підпорядковуються господарська служба, гаражі, харчоблок, склади та киснева станція, що забезпечує критично важливі умови функціонування медичного процесу.

Структура закладу за корпусами відображає просторово-функціональну організацію надання медичної допомоги.

У першому корпусі зосереджені ключові стаціонарні та допоміжні підрозділи, зокрема хірургічне, гінекологічне, травматологічне, неврологічне, терапевтичне та інфекційне відділення, відділення гемодіалізу, фармакологічна служба, а також відділення екстреної медичної допомоги

(ВЕМД), відділення анестезіології та інтенсивної терапії (ВАІТ), клініко-діагностична лабораторія, операційний блок, стерилізаційна, інформаційно-аналітичний відділ та архів. Така концентрація підрозділів забезпечує безперервний цикл надання ургентної та планової медичної допомоги.

Другий корпус включає хірургічне відділення, консультативно-діагностичне відділення, відділення профоглядів та архів, що свідчить про поєднання лікувальної та превентивно-діагностичної функцій у межах одного структурного блоку.

У третьому корпусі розміщено приймальний відділ (як структурний підрозділ ВЕМД), ендокринологічне, офтальмологічне, реабілітаційне, кардіологічне відділення, хірургічне відділення амбулаторної допомоги та відділення анестезіології та інтенсивної терапії. Така структура відображає орієнтацію на поєднання стаціонарної, амбулаторної та відновної медичної допомоги.

Четвертий корпус виконує спеціалізовані функції та включає паліативне відділення, денний стаціонар, відділення амбулаторної реабілітації, відділення ВЛК, консультативно-діагностичне відділення, військово-лікарську комісію (ВЛК), аптечний склад та архів, що свідчить про адаптацію структури закладу до сучасних викликів, зокрема потреб воєнного часу та зростання ролі реабілітації й паліативної допомоги.

Загалом організаційна структура КНП «ЦЕМД та МК у Кіровоградській області Кіровоградської обласної ради» характеризується високим рівнем функціональної диференціації, чітким розподілом управлінських і медичних повноважень, а також логічною просторовою організацією підрозділів, що забезпечує ефективну координацію процесів, оперативність прийняття рішень і здатність закладу виконувати завдання екстреної, спеціалізованої та допоміжної медичної допомоги в умовах підвищеного навантаження.

2.2. Оцінювання результативності та ефективності діяльності досліджуваного медичного закладу

Перш ніж перейти до аналізу показників результативності діяльності досліджуваного медичного закладу, вважаємо за доцільне, проаналізувати особливості прийняття управлінських рішень (рис. 2.2).

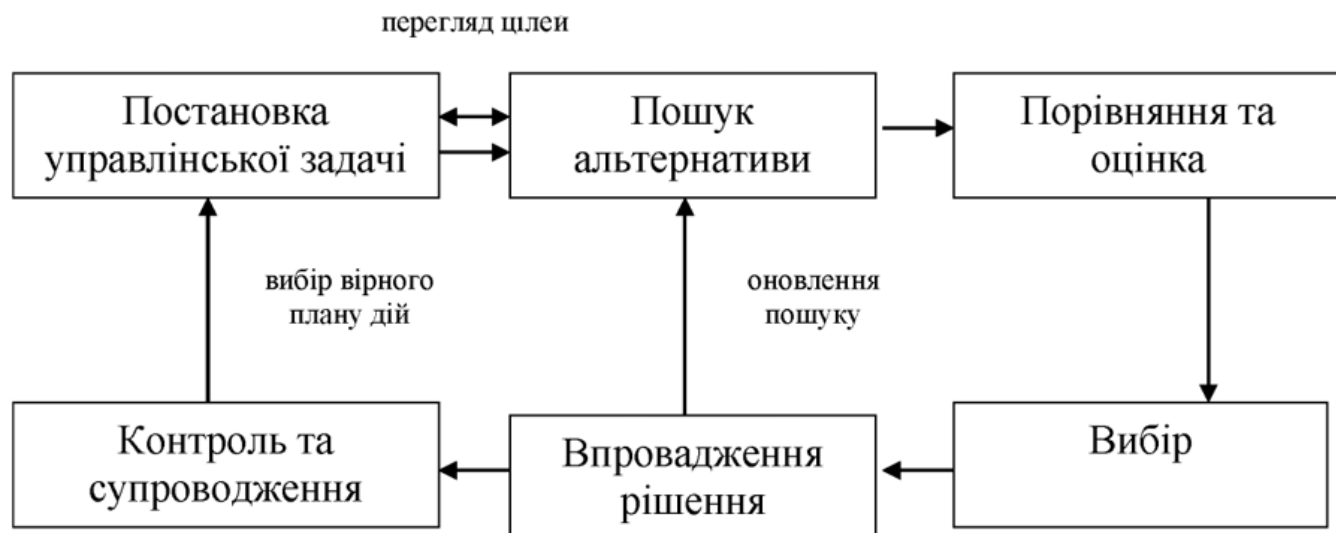


Рисунок 2.2 – Схематичне відображення процесу прийняття управлінських рішень КНП «ЦЕМД ТА МК У Кіровоградській області КОР»

Джерело: складено автором

Охорона здоров'я належить до базових секторів соціальної сфери України, оскільки безпосередньо забезпечує реалізацію конституційного права людини на охорону здоров'я та медичну допомогу. У межах цієї системи особливе місце посідає екстрена медична допомога, де «ціна» управлінської помилки вимірюється не лише економічними втратами, а й ризиками для життя і здоров'я населення. Саме тому ефективність організації праці медичного персоналу та якість управлінських рішень мають подвійний — соціальний і управлінсько-економічний — ефект: вони впливають на клінічні результати, оперативність реагування, безперервність надання послуг, а також на стійкість використання бюджетних і контрактних ресурсів.

У цьому контексті актуальним є аналіз і вдосконалення управлінських

механізмів у КНП «Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф у Кіровоградській області Кіровоградської обласної ради» як ключової регіональної інституції, відповідальної за організацію та надання екстреної медичної допомоги на території області.

Заклад функціонує як комунальне некомерційне підприємство, що передбачає поєднання автономії господарювання з підзвітністю засновнику та суспільству, а також необхідністю дотримання нормативних вимог щодо прозорого управління ресурсами, закупівель і внутрішнього контролю.

Управлінські рішення в закладі екстреної медичної допомоги доцільно розглядати як динамічний, багаторівневий і внутрішньо взаємопов'язаний процес, що охоплює визначення управлінської проблеми, постановку цілей, формування альтернатив, оцінювання наслідків, вибір оптимального рішення, організацію виконання та контроль результатів.

У специфічних умовах діяльності КНП «ЦЕМД та МК» цей цикл ускладнюється низкою факторів:

- високою залежністю від ресурсних обмежень (кадрових, паливно-логістичних, матеріально-технічних);
- необхідністю оперативної координації між підрозділами та диспетчерськими контурами;
- регламентованістю багатьох процедур (закупівлі, технічне обслуговування, охорона праці, медичні огляди персоналу);
- потребою забезпечення якості та безпеки послуг у режимі 24/7.

Практичний прояв цього виступають сталі управлінські рішення щодо підтримання готовності парку санітарного транспорту, забезпечення паливом, безперебійним живленням, сервісного обслуговування обладнання та організації періодичних медичних оглядів працівників, що відображається у відкритих закупівлях замовника.

Важливо підкреслити, що традиційна «персоніфікована» модель ухвалення рішень (коли ключові рішення концентруються навколо керівника) у закладах охорони здоров'я історично є поширеною. Проте для

сучасного центру екстреної медичної допомоги вона має природні обмеження: зростає ризик суб'єктивізму, ускладнюється обґрунтування альтернатив, знижується прозорість, а також виникає розрив між стратегічними цілями й оперативним управлінням (зокрема у питаннях витрат, логістики, технічної готовності та продуктивності процесів).

У випадку КНП «ЦЕМД та МК» потреба модернізації управлінського контуру додатково підсилюється масштабністю фінансових потоків і ресурсів: підприємство зареєстроване 10.01.2013, має значний статутний капітал, а також демонструє високі обсяги діяльності за показниками доходу й активів.

Водночас наявність від'ємного фінансового результату за 2024 рік (за даними відкритого профілю) формує управлінський запит на посилення процедур планування, контролю витрат і ризик-менеджменту, щоб досягати результативності без втрати соціальної місії.

З позицій стратегічно орієнтованого публічного адміністрування, система прийняття управлінських рішень у КНП «ЦЕМД та МК» має еволюціонувати від «одноосібного» домінування до більш інституціоналізованої моделі, де: цілі формулюються у вимірюваних показниках (оперативність реагування, готовність бригад, технічна справність транспорту, доступність критичних ресурсів); альтернативи рішення обґрунтовуються даними (вартісними, часовими, ризиковими) та зіставляються за критеріями ефективності й безпеки; виконання забезпечується чітким розподілом відповідальності між функціональними блоками; контроль включає не лише формальну звітність, а й оцінку результатів (соціальний ефект, якість, економність), із можливістю коригування цілей і процедур.

У прикладному вимірі це означає, що типові для центру екстреної допомоги рішення, наприклад, щодо посилення матеріально-технічної бази, цифровізації диспетчеризації, забезпечення автономного енергоживлення критичних вузлів, оптимізації паливної логістики, підвищення готовності

персоналу та підтримання обладнання в робочому стані мають ухвалюватися через стандартизований управлінський цикл із прозорим документуванням «проблема - варіанти - критерії - вибір - КРІ - контроль». Сам факт наявності в публічних закупівлях позицій, пов'язаних із безперебійним живленням, паливом, повіркою приладів та медичними оглядами, демонструє, що значна частина управлінського навантаження в закладі зосереджена на підтриманні функціональної безперервності й відповідності регламентам.

Отже, управлінська система КНП «ЦЕМД та МК у Кіровоградській області КОР» потребує послідовної модернізації з акцентом на: управління за результатами та підзвітність; цифровізацію управлінських процесів і даних; ризик-менеджмент і внутрішній контроль; поєднання економічної доцільності із соціальним ефектом шляхом забезпечення доступної, безперервної та якісної екстреної медичної допомоги в масштабах області..

Таким чином, перед тим як перейти безпосередньо до фінансово-економічного аналізу, доцільно підкреслити управлінський контекст, у межах якого формуються ключові рішення щодо розвитку та ресурсного забезпечення медичного закладу. Стратегічно орієнтоване публічне адміністрування передбачає, що вибір управлінських інструментів (інвестиційні проєкти, закупівлі високовартісного обладнання, модернізація інфраструктури, кадрові рішення) має ґрунтуватися не лише на поточних потребах, а й на доведеній спроможності закладу підтримувати довгострокову операційну безперервність і фінансову рівновагу. Саме тому аналіз прийняття управлінських рішень у медичній установі логічно починати з розгляду рішень інвестиційного характеру, які водночас підвищують якість і доступність послуг, але створюють нові зобов'язання щодо утримання активів та забезпечення їх ефективного використання.

Показовим прикладом такого рішення є придбання (або планування придбання) комп'ютерного томографа як елемента технологічного підсилення діагностичних можливостей закладу. Томограф у системі охорони здоров'я виступає не просто «обладнанням», а стратегічним

активом, що впливає на клінічні результати та організацію маршруту пацієнта: скорочує час встановлення діагнозу у невідкладних станах (травми, інсульт, внутрішні кровотечі), підвищує точність медичних рішень, оптимізує логістику направлень до інших установ і потенційно знижує сукупні витрати системи через зменшення кількості ускладнень та повторних госпіталізацій. Водночас управлінська раціональність такого кроку визначається не лише медичною доцільністю, а й фінансово-організаційними наслідками, які мають бути попередньо оцінені.

З позицій публічного управління придбання томографа формує багаторівневий «ланцюг витрат» і зобов'язань:

- первинні капітальні видатки або вартість лізингу/оренди;
- витрати на введення в експлуатацію (приміщення, електроживлення, радіаційний захист, ліцензійні вимоги);
- обслуговування та сервісні контракти;
- витратні матеріали й супутні послуги;
- підготовка персоналу та, за необхідності, розширення штату;
- амортизаційні нарахування, які змінюють структуру витрат у наступних періодах.

Крім того, необхідно враховувати й ризики недозавантаження обладнання, коли відсутність належного потоку пацієнтів або організаційних протоколів призводить до низької віддачі інвестицій і зростання «постійних» витрат на одиницю діагностичної процедури.

Отже, управлінське рішення щодо придбання томографа потребує комплексного обґрунтування: поєднання медичної результативності (ефективність, безпека, швидкість діагностики) та фінансово-економічної доцільності (спроможність профінансувати повний життєвий цикл активу, забезпечити його окупність у соціально-економічному сенсі, не погіршуючи фінансову стійкість підприємства). Саме на цьому етапі фінансово-економічний аналіз набуває ролі «фільтра управлінської якості»: він дозволяє перевірити, чи узгоджується інвестиційна ініціатива з бюджетними

можливостями, структурою фінансування, динамікою доходів і витрат, а також із загальною стратегією розвитку закладу.

Таким чином, логічним продовженням аналізу прийняття управлінських рішень є системне дослідження фінансових показників закладу за 2020-2024 роки. Саме воно створює аналітичне підґрунтя для висновків про фінансову стійкість, ресурсну забезпеченість, можливості інвестування та здатність підприємства підтримувати стратегічні зміни без втрати керованості витрат і прозорості використання публічних коштів.

Необхідність проведення фінансово-економічного аналізу діяльності КНП «Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф у Кіровоградській області КОР» зумовлена специфікою суспільної місії закладів екстреної медицини та підвищеними вимогами до їх управлінської спроможності. Як елемент критичної інфраструктури охорони здоров'я, підприємство має гарантувати безперервність надання невідкладної допомоги, оперативну готовність до надзвичайних ситуацій і, водночас, фінансову стійкість, керованість витрат, прогнозованість грошових потоків та підзвітність у використанні публічних ресурсів. У сучасних умовах трансформації системи охорони здоров'я, наслідків пандемічних хвиль, воєнних ризиків, кадрового дефіциту та інфляційного зростання вартості ресурсів управлінські рішення вже не можуть ґрунтуватися лише на адміністративній практиці чи інтуїтивних оцінках. Їхня обґрунтованість потребує доказової бази, сформованої показниками фінансової звітності та системою похідних аналітичних індикаторів, що дають змогу оцінити фінансовий стан, ефективність розподілу ресурсів і результативність управлінських інтервенцій.

Водночас для комунальних некомерційних підприємств інтерпретація фінансових результатів має власну методологічну специфіку. Традиційні категорії «прибутковості» та «збитковості», характерні для комерційного сектору, потребують коректного тлумачення, оскільки кінцевий фінансовий результат у КНП часто відображає не лише операційну ефективність, а й

особливості бюджетного та цільового фінансування, правила визнання доходів і витрат, амортизаційну політику, переоцінки або списання активів, а також формування забезпечень і резервів. Отже, фінансово-економічний аналіз у цьому контексті виконує не «контрольну», а діагностичну функцію: він дозволяє виявити, які зміни спричинені реальними зрушеннями в діяльності, а які обліковими коригуваннями чи разовими операціями. Без системного зіставлення динаміки доходів, структури активів і пасивів, боргового навантаження, витрат на персонал та продуктивності використання ресурсів неможливо: по-перше, аргументовано пояснити коливання фінансового результату у звітних періодах; по-друге, відмежувати операційні чинники від бухгалтерських ефектів; по-третє, ідентифікувати «вузькі місця» витратної моделі й управління ресурсами; по-четверте, сформулювати практичні рекомендації щодо підвищення ефективності публічного адміністрування закладу на стратегічних засадах, тобто з орієнтацією на довгострокову стійкість, підвищення якості послуг і раціоналізацію витрат.

Саме тому аналіз фінансових показників за 2020-2024 роки доцільно розглядати як інструмент управлінської діагностики, який забезпечує встановлення причинно-наслідкових зв'язків між масштабом діяльності, ресурсним забезпеченням, структурою фінансування та кінцевим фінансовим результатом.

За даними відкритого профілю OpenDataBot підприємство упродовж 2020-2024 років функціонувало як великомасштабний суб'єкт публічного сектору охорони здоров'я з високою операційною активністю, що проявляється у значних обсягах доходів на рівні сотень мільйонів гривень щорічно (рис. 2.3). Така доходна база є закономірною для закладу екстреної медичної допомоги обласного рівня, який виконує інституційно визначені функції та фінансується переважно через державні механізми.

Основними джерелами надходжень виступають договори з Національною службою здоров'я України, субвенції з державного й місцевих

бюджетів, а також цільові програми фінансування, що формує відносно передбачуваний характер грошових потоків і певну стабільність ресурсного забезпечення.

Разом із тим зазначена модель фінансування має подвійний управлінський ефект.

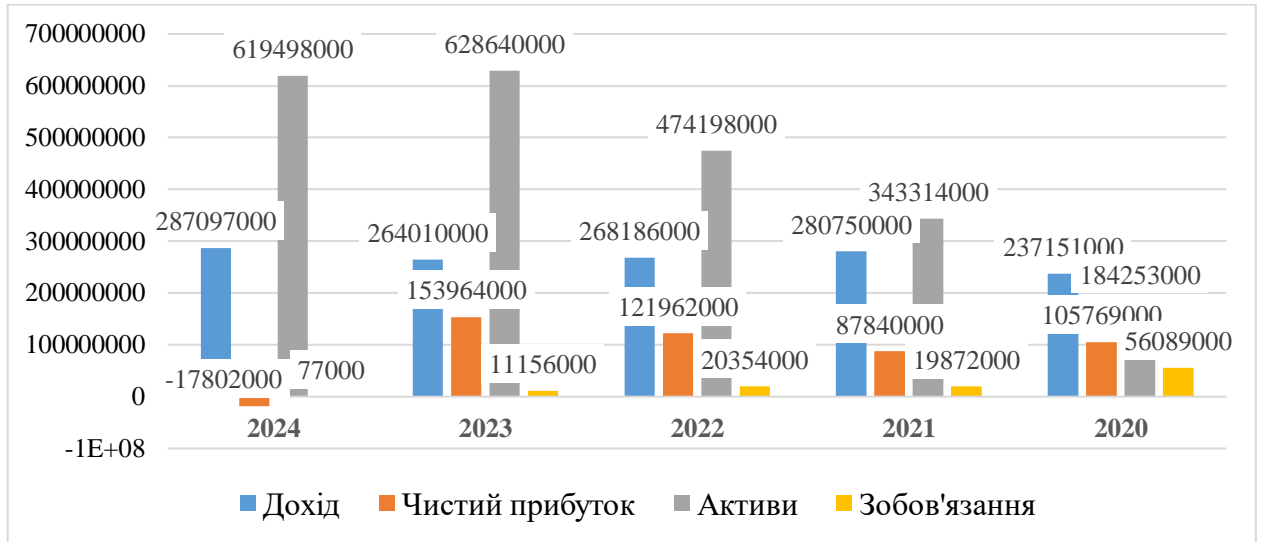


Рисунок 2.3 – Графічне представлення динаміки ключових показників фінансового результату КНП «ЦЕМД та МК у Кіровоградській області КОР»

Джерело: складено автором

З одного боку, вона знижує залежність підприємства від ринкової кон'юнктури та забезпечує сталість доходів у середньостроковій перспективі. З іншого підвищує чутливість фінансового результату до змін у бюджетній політиці, тарифному регулюванні, правилах контрагування з НСЗУ, а також до методології бухгалтерського обліку та порядку відображення доходів і витрат. Відтак навіть за зростання доходів можливі ситуації погіршення фінансового результату, якщо в конкретному періоді активізуються облікові коригування, одноразові витрати або зміни у відображенні цільового фінансування. У цьому контексті негативний фінансовий результат 2024 року, зафіксований на тлі загалом позитивної динаміки доходів, потребує розгляду не як «автоматичного» індикатора неефективності, а як сигналу до поглибленого аналізу структури витрат, облікових операцій та управлінських рішень.

Динаміка доходів свідчить про поступове нарощування фінансової бази підприємства.

У 2024 році дохід становив 287 097 000 грн, що на 23 087 000 грн (8,74%) перевищує показник 2023 року - 264 010 000 грн. Такий приріст є логічно узгодженим із сукупністю факторів, серед яких: підвищення навантаження на екстрену медичну службу в умовах воєнного стану; індексація тарифів та перегляд пакетів фінансування НСЗУ; зростання інтенсивності використання матеріально-технічної бази.

У довгостроковому вимірі за 2020-2024 роки дохід зріс з 237 151 000 грн до 287 097 000 грн, тобто на 21,06%, що відображає як розширення масштабів діяльності, так і зростання ролі підприємства у регіональній системі охорони здоров'я.

Однак підвищення доходів не супроводжувалося пропорційним поліпшенням фінансового результату.

У 2024 році зафіксовано чистий збиток -17 802 000 грн після значного чистого прибутку 2023 року (153 964 000 грн), тобто погіршення становило 171 766 000 грн. Таке різке відхилення не може бути пояснене лише операційними причинами, адже доходна база не скоротилася, а зросла, що, у свою чергу, дозволяє аргументувати, що ключові фактори формування збитку мають обліково-структурний та управлінський характер: порядок відображення цільового фінансування і капітальних трансфертів; амортизаційні нарахування; разові операції (дооцінки/списання активів); створення резервів або коригування зобов'язань.

У 2023 році висока «умовна прибутковість» могла бути зумовлена накопиченням доходів цільового призначення чи часовими зсувами у визнанні витрат, тоді як у 2024 році відповідні витрати могли бути відображені одночасно або перенесені у витратну частину, що й спричинило перехід до від'ємного результату при збереженні високих надходжень.

Додаткові індикатори підтверджують наявність структурних змін у фінансовому стані. За 2020–2024 роки вартість активів зросла з 184 253 000

грн до 619 498 000 грн, тобто більш ніж у 3,3 раза, що може відобразити масштабні інвестиції у матеріально-технічну базу (оновлення автопарку, закупівлю обладнання, розвиток інфраструктури, відображення капітальних вкладень у балансі).

Невелике скорочення активів у 2024 році порівняно з 2023 роком (-1,45%) може бути пов'язане зі списанням окремих об'єктів або переоцінкою, що потенційно також впливало на фінансовий результат.

Показовою є і динаміка зобов'язань: їх скорочення з 11 156 000 грн у 2023 році до 77 000 грн у 2024 році (-99,31%) свідчить або про погашення боргів, або про зміну підходів до класифікації пасивів. У причинно-наслідковій логіці це означає формальне посилення автономії, але водночас може супроводжуватися «перерозміщенням» окремих статей у складі доходів майбутніх періодів чи інших облікових категорій, що здатне змінювати картину фінансового результату поточного року.

Соціально-економічний вимір діяльності підприємства проявляється у зростанні витрат на персонал.

Підвищення середньої заробітної плати на 30,28% у 2024 році об'єктивно збільшує фонд оплати праці та нарахування, тобто формує додатковий тиск на витратну частину. Якщо механізми фінансування не компенсують це зростання у відповідних пропорціях, зарплатне навантаження може ставати одним із факторів формування дефіциту або збитку навіть за позитивної динаміки доходів. Відтак аналіз витрат на персонал у поєднанні з показниками продуктивності (дохід на одного працівника, завантаження бригад, витрати на одиницю послуги) є ключовим для управлінських висновків щодо оптимізації ресурсів без погіршення якості та доступності допомоги.

Похідні показники ефективності у подібних умовах нерідко демонструють суперечливі тенденції. Зростання доходу на одного працівника та підвищення оборотності активів можуть свідчити про інтенсифікацію діяльності й більш раціональне використання ресурсів. Водночас від'ємний

фінансовий результат вказує на те, що операційна результативність не завжди трансформується у фінансову стійкість, особливо у бюджетно-орієнтованих КНП за наявності масштабних облікових коригувань, разових витрат або змін у відображенні цільового фінансування. Саме тому комплексний фінансово-економічний аналіз має поєднувати оцінку динаміки доходів і витрат із аналізом структури балансу, характеру фінансування, витратної моделі та впливу облікових процедур на результат.

Окремий напрям аналітики доцільно зосередити на структурі доходів, оскільки вона демонструє ступінь залежності закладу від окремих каналів фінансування та рівень фінансової гнучкості.

Аналіз доходів за 2024 рік (рис. 2.4) дозволяє визначити ключові джерела формування фінансових ресурсів і оцінити стійкість доходної бази в умовах змін зовнішнього середовища.

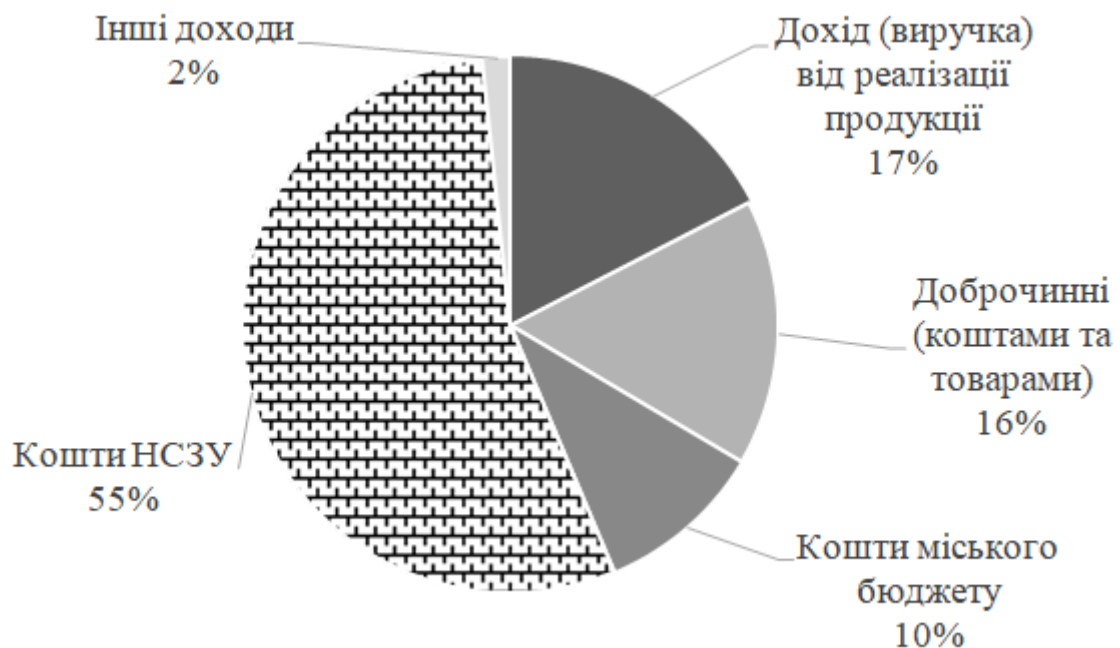


Рисунок 2.4 – Графічне представлення структури доходів КНП «ЦЕМД та МК у Кіровоградській області КОР» у 2024 році

Джерело: складено автором

За підсумками звітного періоду загальний обсяг доходів КНП становив 287 097 000,00 грн, при цьому домінуючу частку в структурі сформували

інші операційні доходи - 77,24%, що включали бюджетні надходження, субвенції та оплату в межах програми медичних гарантій.

Найвагомішим елементом виступили кошти від НСЗУ - 65,15%, що є індикатором істотної фінансової залежності підприємства від механізмів державного контракування: така залежність підтримує стабільність надходжень, але водночас робить заклад чутливим до тарифних рішень та змін умов фінансування.

Доходи від реалізації продукції, товарів, робіт і послуг у 2024 році становили 20,79% загального обсягу, причому частка платних медичних послуг була мінімальною - 0,99%, тоді як добровільні внески забезпечили 19,14% доходів, що свідчить про обмежений потенціал комерційної компоненти у фінансуванні та про відчутну роль благодійних надходжень, які здатні посилювати ресурсну базу, але є менш прогнозованими у довгостроковому горизонті. Крім того, у структурі доходів були присутні інші доходи (зокрема елементи цільового фінансування в частині амортизації), питома вага яких становила 1,98%.

Отже, модель формування доходів у 2024 році характеризувалася переважанням зовнішніх джерел, насамперед коштів НСЗУ, і низькою часткою доходів, що генеруються через платні послуги, що є типовим для закладів екстреної допомоги, але водночас окреслює стратегічні обмеження фінансової маневровості.

З метою формування цілісної фінансової характеристики установи дохідний аналіз доцільно доповнити оцінкою структури витрат (рис. 2.5), оскільки саме витратний профіль відображає реальні напрями використання коштів, управлінські пріоритети та рівень ресурсної інтенсивності основної діяльності.

За звітний період сукупні витрати КНП «ЦЕМД та МК у Кіровоградській області КОР» також становили 77 000 грн, що свідчить про балансування фінансового потоку в межах року та фактичне спрямування більшості отриманих ресурсів на покриття поточних потреб функціонування.

Ключовою статтею витрат є собівартість реалізованої продукції (послуг), яка формує 82,71% загального обсягу.

З огляду на специфіку екстреної медичної допомоги, така концентрація витрат є закономірною: основна частина ресурсів спрямовується на забезпечення безпосереднього процесу надання послуг, включаючи оплату праці та нарахування, витратні матеріали, медикаменти, пальне та обслуговування транспорту, енергоресурси, комунікаційні послуги, а також інші складники, без яких неможлива цілодобова готовність системи реагування.

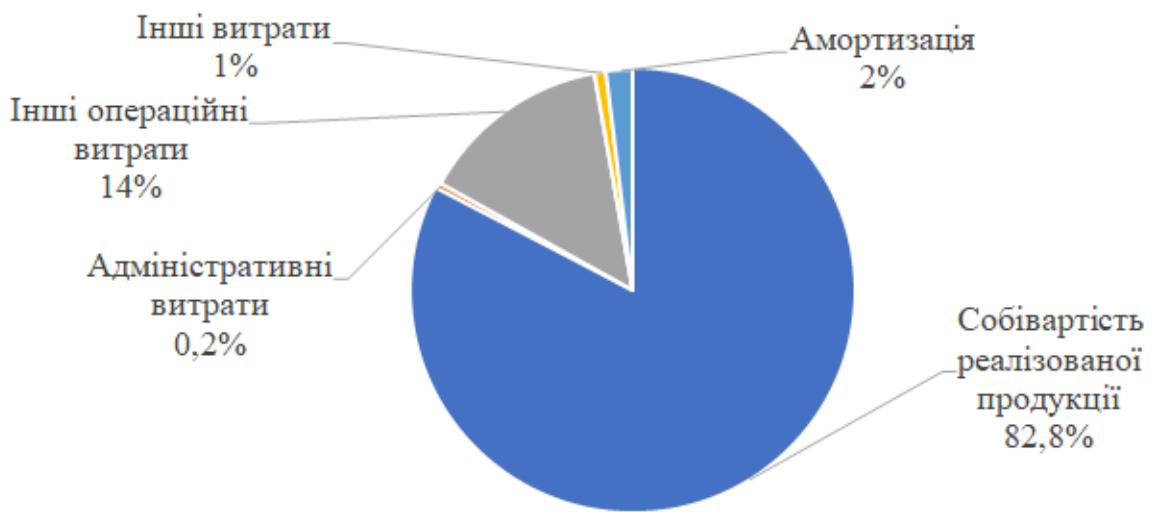


Рисунок 2.5 – Графічне представлення структури витрат КНП «ЦЕМД та МК у Кіровоградській області КОР» у 2024 році

Джерело: складено автором

Інші операційні витрати становлять 14,15%, що вказує на значущість супутніх витрат, пов'язаних із підтриманням установи у працездатному стані.

Показово, що найбільша частина цієї групи (11,33%) припадає на витрати, спрямовані на забезпечення належного технічного та функціонального стану об'єкта: поточні ремонти, технічний нагляд, сервісне обслуговування, підтримання інфраструктурної готовності та пов'язані з цим господарські операції. Такий розподіл узгоджується з високою матеріально-технічною залежністю екстреної служби, для якої справність автопарку,

обладнання та інженерних систем має критичне значення для своєчасності надання допомоги.

Адміністративні витрати характеризуються мінімальною питомою вагою - 0,45%, що може інтерпретуватися як ознака відносно низького управлінського «овергенду» та концентрації фінансових ресурсів на профільних процесах.

Водночас навіть за незначної частки адміністративні витрати мають бути оцінені з точки зору їх функціональної необхідності та ефективності: у їх складі виділяються витрати, пов'язані з використанням службових автомобілів (0,19%), а також страхові послуги (0,02%). Крім того, аналітичну цінність має присутність капітальних видатків у структурі витрат (2,69%) та амортизаційних витрат (1,98%). Капітальні витрати відображають інвестиційну складову, пов'язану з оновленням або модернізацією матеріально-технічної бази, тоді як амортизація фіксує процес поступового зношення основних засобів і фактично сигналізує про потребу планування відтворення активів у середньо- та довгостроковій перспективі.

Для закладів екстреної допомоги ці статті є принципово важливими, оскільки без системного оновлення активів (транспорт, медичне обладнання, інфраструктура) підвищуються ризики операційних збоїв і знижується якість послуг.

Узагальнюючи результати аналізу, можна зробити висновок, що у 2024 році фінансові ресурси КНП «ЦЕМД та МК у Кіровоградській області КОР» були переважно спрямовані на забезпечення основної діяльності та підтримку установи в належному технічному стані.

Витратний профіль має виражений «виробничо-операційний» характер: основний ресурсний тягар припадає на процес надання медичної допомоги та забезпечення інфраструктурної готовності, тоді як управлінські (адміністративні) витрати є порівняно незначними. Така структура є логічною для установи, що виконує критично важливу функцію екстреної медичної підтримки населення, оскільки пріоритетом виступає максимальне

ресурсне забезпечення безперервності та оперативності реагування.

2.3. Аналіз управлінських процесів і адміністративних процедур у КНП «ЦЕМД ТА МК У Кіровоградській області КОР»

У сучасних умовах реформування системи охорони здоров'я та зростання ролі екстреної медичної допомоги як елементу національної та регіональної безпеки особливої актуальності набуває використання інструментів стратегічного аналізу в управлінні комунальними некомерційними підприємствами. КНП «ЦЕМД та МК у Кіровоградській області КОР» функціонує у складному багатофакторному середовищі, де поєднуються високі соціальні очікування населення, обмеженість фінансових ресурсів, кадрові виклики, а також посилення вимог до якості, швидкості та безперервності надання екстреної медичної допомоги.

У цьому контексті застосування SWOT-аналізу є доцільним методичним підходом, що дозволяє систематизувати ключові внутрішні характеристики діяльності підприємства (сильні та слабкі сторони) у взаємозв'язку із зовнішніми чинниками розвитку (можливості та загрози). На відміну від суто описового аналізу, SWOT-матриця у даному дослідженні розглядається як аналітична основа для формування управлінських і стратегічних рішень, спрямованих на підвищення ефективності використання ресурсів, забезпечення фінансової стійкості, зміцнення кадрового потенціалу та підвищення якості медичних послуг.

Інформаційною базою для формування таблиці слугували відкриті дані фінансової та організаційної звітності підприємства, зокрема аналітичні матеріали платформи OpenDataBot, а також узагальнення практики функціонування служби екстреної медичної допомоги в Україні. Отримані результати створюють передумови для подальшого переходу від діагностики до розроблення конкретних стратегічних альтернатив розвитку КНП «ЦЕМД та МК у Кіровоградській області КОР», результати якого наводимо у вигляді

табл. 2.1.

Таблиця 2.1 – SWOT-аналіз діяльності КНП «ЦЕМД ТА МК У Кіровоградській області КОР» як основа стратегічних рішень

Сильні сторони (S)	Слабкі сторони (W)
<p>1. Інституційний статус і системна роль для регіону. Центр є комунальним підприємством із статусом неприбутковості (категорія «бюджетні установи») та наявною медичною ліцензією, що забезпечує легітимність, сталість функціонування й доступ до публічних механізмів фінансування.</p> <p>2. Масштаб ресурсів і операцій. Стабільні обсяги доходів на рівні 237–287 млн грн у 2020–2024 рр. та штат понад 800 працівників формують потенціал для розгортання системних програм якості (навчання, аудити, стандартизація маршрутів пацієнта).</p> <p>3. Посилена матеріальна база. Різне зростання активів до понад 600 млн грн свідчить про наявність значного «активного» ресурсу, оснащення бригад, IT-інфраструктури диспетчеризації.</p> <p>4. Висока формальна фінансова стійкість. Дуже низькі зобов'язання у 2024 р. (77 тис. грн) зменшують боргові ризики та створюють простір для гнучкого управління закупівлями/інвестиціями за наявності цільових джерел.</p>	<p>1. Вразливість результату до витратної структури. Перехід від значних прибутків 2021–2023 рр. до збитку у 2024 р. (-17,802 млн грн) означає, що витрати/коригування здатні швидко «з'їдати» фінансову базу.</p> <p>2. Кадрові ризики як системна слабкість EMS. Навіть за зростання зарплат (до 25 072 грн у 2024 р.) ризики плинності, міграції та конкуренції з приватним сектором/іншими регіонами залишаються типовою проблемою для екстреної медицини; без нематеріальної мотивації (графіки, безпека, навчання, кар'єрні треки) «зарплатний» інструмент може бути недостатнім.</p> <p>3. Нерівномірність ефективності активів. Великі активи не гарантують результативності: якщо частина автопарку/обладнання має високі витрати на ремонт або не інтегрована в єдині протоколи й цифрові процеси, зростає собівартість виїздів і час простою.</p> <p>4. Управлінські «вузькі місця» прийняття рішень. Для закладів такого типу характерні багаторівневі погодження та концентрація відповідальності у керівника, що уповільнює інвестиційні та процесні зміни (диспетчеризація, закупівлі, маршрутизація, стандарти якості), якщо не впроваджені сучасні інструменти контролінгу й проектного управління.</p>
Можливості (O)	Загрози (T)
<p>1. Розвиток платних/супутніх сервісів у межах законодавчих рамок. Для EMS це може бути не «комерціалізація екстреної допомоги», а розширення спектра сервісів, сумісних із місією: навчальні курси першої допомоги, тренінги для громад/бізнесу, сервісне обслуговування медичного обладнання (за наявності ліцензійних умов), партнерські програми з громадами щодо профілактики та реагування.</p> <p>2. Донорські та грантові програми. Висока публічна значущість ЕМД підвищує шанси на фінансування цифровізації (CAD/EMS-диспетчеризація), телемедицини (передача ЕКГ), оснащення бригад і навчання.</p> <p>3. Поглиблення партнерств із НСЗУ, ОМС, лікарнями інтенсивного лікування. Інтеграція маршрутів пацієнта (інфаркт/інсульт/політравма) та цифровий обмін даними скорочують непродуктивні витрати часу, зменшують ризики ускладнень і покращують показники якості.</p> <p>4. Професіоналізація управління через KPI та управління якістю. У профілі наведені розрахункові показники фінансового стану (зокрема коефіцієнт поточної ліквідності, фінансової залежності, рентабельність продукції). Їх можна перетворити з «довідкових цифр» на практичний дашборд управління: прив'язати фінанси до операційних метрик (час доїзду, укомплектованість бригад, готовність транспорту, частка повторних викликів, дефекти документації).</p>	<p>1. Здорожчання технологій та інфляційний тиск на закупівлі. Для ЕМД це насамперед: паливо, ремонт, медичні вироби, зв'язок/IT, амортизація автопарку.</p> <p>2. Демографічні та епідемічні ризики. Старіння населення та хвилі респіраторних інфекцій збільшують навантаження на екстрені служби й підвищують вимоги до безперервності роботи.</p> <p>3. Відтік кадрів і конкуренція за персонал. Ризик посилюється, якщо навантаження й ризики професії не компенсуються системою безпеки, розвитку та психологічної підтримки.</p> <p>4. Макроекономічна та безпекова нестабільність, яка ускладнює довгострокове планування, робить критично важливими антикризові процедури, резервні сценарії логістики та енергозабезпечення.</p>

Джерело: складено автором за матеріалами підприємства

Однією з ключових сильних сторін КНП «ЦЕМД та МК у Кіровоградській області КОР» є його інституційний статус та системоутворююча роль для регіону.

Функціонування у формі комунального некомерційного підприємства зі статусом неприбутковості та наявною медичною ліцензією забезпечує легітимність діяльності, стабільність організаційної моделі та доступ до бюджетного фінансування, зокрема через механізми контрахтування з НСЗУ. Це, в свою чергу, створює основу для довгострокового планування та реалізації публічної місії підприємства, орієнтованої не на отримання прибутку, а на забезпечення суспільного блага.

Вагомою перевагою є масштаб ресурсів і операційної діяльності. Стабільні обсяги доходів у межах 237-287 млн грн протягом 2020-2024 років, а також чисельність персоналу понад 800 осіб свідчать про значний організаційний та людський потенціал. Такий масштаб дозволяє впроваджувати системні програми підвищення якості, зокрема стандартизацію маршрутів пацієнтів, внутрішні аудити, безперервне професійне навчання персоналу, а також розвиток внутрішніх протоколів управління ризиками. Особливої уваги заслуговує посилене матеріально-технічна база підприємства. Зростання вартості активів до понад 600 млн грн за даними балансу свідчить про значний обсяг інвестованих ресурсів у транспорт, обладнання, інфраструктуру та допоміжні системи, що формує потенціал для підвищення оперативності реагування, оновлення автопарку, розвитку цифрових рішень диспетчеризації та впровадження сучасних технологій екстреної допомоги.

Висока формальна фінансова стійкість, зумовлена мінімальним рівнем зобов'язань у 2024 році, істотно знижує боргові ризики та залежність підприємства від зовнішніх кредиторів. Така ситуація створює сприятливі умови для гнучкого управління закупівлями, залучення цільового фінансування та реалізації інвестиційних проєктів без суттєвого фінансового навантаження.

Поряд із наявними перевагами, діяльність підприємства характеризується низкою внутрішніх обмежень. Насамперед, це вразливість фінансового результату до витратної структури. Перехід від значних

прибутків у 2021-2023 роках до збитку у 2024 році свідчить про високу чутливість фінансового стану до зростання витрат, облікових коригувань або змін у механізмах фінансування. Така ситуація актуалізує потребу у вдосконаленні фінансового контролінгу та управління собівартістю послуг.

Суттєвою слабкістю залишаються кадрові ризики, типові для системи екстреної медичної допомоги. Навіть за умов зростання середньої заробітної плати до понад 25 тис. грн, проблема плинності кадрів, міграції медичних працівників та конкуренції з приватним сектором зберігається. Обмеження лише фінансовими стимулами без розвитку нематеріальної мотивації, безпечних умов праці, психологічної підтримки та можливостей професійного зростання знижує ефективність кадрової політики.

Ще одним проблемним аспектом є нерівномірність ефективності використання активів. Значний обсяг основних засобів не завжди трансформується у відповідний рівень результативності. Частина автопарку або обладнання може потребувати частих ремонтів, мати високі експлуатаційні витрати чи бути недостатньо інтегрованою у цифрові процеси, що призводить до зростання собівартості виїздів і простоїв.

Окремо слід виділити управлінські «вузькі місця» у процесі прийняття рішень. Багаторівнева система погоджень і концентрація відповідальності на рівні керівництва уповільнюють реалізацію змін, особливо в частині інвестицій, цифровізації та оптимізації процесів. Відсутність розвинених інструментів проектного управління та управління за показниками ефективності обмежує адаптивність організації.

Зовнішнє середовище створює для підприємства низку стратегічних можливостей. Однією з них є розвиток платних і супутніх сервісів у межах чинного законодавства. Йдеться не про комерціалізацію екстреної допомоги, а про розширення діяльності, сумісної з основною місією: проведення навчань з домедичної допомоги, тренінгів для громад і підприємств, участь у профілактичних програмах та партнерських ініціативах з органами місцевого самоврядування.

Висока суспільна значущість служби екстреної медичної допомоги відкриває можливості для залучення донорських і грантових ресурсів. Таке фінансування може бути спрямоване на цифровізацію диспетчерських систем, розвиток телемедицини, оснащення бригад сучасними засобами діагностики та навчання персоналу без додаткового навантаження на бюджет.

Перспективним напрямом є поглиблення партнерств із НСЗУ, органами місцевого самоврядування та лікарнями інтенсивного лікування. Інтеграція маршрутів пацієнтів і цифровий обмін даними сприяють скороченню непродуктивних витрат часу, зниженню ризиків ускладнень і підвищенню якості медичної допомоги.

Важливою можливістю виступає професіоналізація управління через впровадження системи КРІ та управління якістю.

Фінансові коефіцієнти, наведені у відкритих джерелах, можуть бути трансформовані у практичні управлінські дашборди, що поєднують фінансові та операційні показники (час доїзду, готовність бригад, укомплектованість, частота повторних викликів).

Серед ключових загроз слід виокремити інфляційний тиск і зростання вартості технологій, що безпосередньо впливає на витрати на паливо, ремонт, медичні вироби та ІТ-інфраструктуру. Для підприємства з великою матеріальною базою це становить постійний ризик перевищення планових витрат.

Демографічні та епідемічні фактори, зокрема старіння населення та періодичні спалахи інфекційних захворювань, підвищують навантаження на службу екстреної допомоги та ускладнюють забезпечення безперервності роботи.

Суттєвою загрозою залишається відтік кваліфікованих кадрів за кордон або в приватні медичні заклади, що посилює кадровий дефіцит і збільшує навантаження на наявний персонал.

Макроекономічна та безпекова нестабільність обмежує можливості

довгострокового планування та актуалізує потребу у впровадженні антикризових механізмів, резервних сценаріїв логістики й енергозабезпечення.

Узагальнюючи, представлений SWOT-аналіз дозволяє не лише охарактеризувати поточний стан КНП «ЦЕМД та МК у Кіровоградській області КОР», а й сформуванати аналітичну основу для вибору стратегічних напрямів розвитку, орієнтованих на підвищення ефективності публічного адміністрування, фінансової стійкості та якості екстреної медичної допомоги.

Водночас діагностичні висновки SWOT-матриці мають бути трансформовані у портфель конкретних стратегічних ініціатив (SO/ST/WO/WT-стратегій) із чітким визначенням відповідальних, ресурсів, строків реалізації та вимірюваних KPI (час доїзду, готовність транспорту, укомплектованість бригад, показники якості та прозорості витрат).

Реалізація такого підходу забезпечить перехід від описового аналізу до управління за результатами, посилить підзвітність і керованість процесів, а також підвищить стійкість підприємства до інфляційних, кадрових і безпекових ризиків у середньостроковій перспективі.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО АДМІНІСТРУВАННЯ МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ З УРАХУВАННЯМ ЄВРОПЕЙСЬКОГО ДОСВІДУ

3.1. Запровадження інструментів належного врядування медичного закладу

У 2020 році трансформація системи охорони здоров'я в Україні результативно перейшла до другого етапу, що ознаменувало запуск масштабних змін у сфері спеціалізованої медичної допомоги.

Із 1 квітня 2020 року оновлені підходи до організації та фінансування послуг були впроваджені передусім на рівні закладів, де потреба в перетвореннях була найбільш відчутною для пацієнтів і медичних працівників: у лікарнях і клініках. Водночас реалізація цього етапу відбувалася в умовах системної турбулентності, спричиненої пандемією COVID-19, яка стала безпрецедентним викликом для медичних систем усього світу. За відсутності готових управлінських рішень та в ситуації високої невизначеності медичні працівники функціонували під значним навантаженням, що актуалізувало потребу в оперативній адаптації механізмів державного реагування.

У цих обставинах Національна служба здоров'я України (НСЗУ) проявила інституційну спроможність діяти як ключовий менеджер змін: було підготовлено та запроваджено коригування до Програми медичних гарантій, що забезпечило нормативну й фінансову основу для безперервності надання медичної допомоги у кризовий період. Додатковим фактором ускладнення трансформації стали внутрішньополітичні процеси, зокрема зміни в управлінському складі Міністерства охорони здоров'я у межах політичного циклу 2020 року. Відтак одним із пріоритетів стало налагодження інституційної взаємодії та забезпечення узгодженості управлінських рішень. Зі свого боку НСЗУ підтримала комунікаційну прозорість реформ, надаючи

зкладам охорони здоров'я доступ до релевантної інформації щодо логіки трансформації, її цільових орієнтирів і даних про фінансування в період упровадження змін.

Європейський контекст модернізації підсилювався зовнішньою оцінкою прогресу та рекомендаціями щодо підвищення прозорості фінансування медичних послуг і зміцнення інституційної спроможності. Паралельно 2020 рік характеризувався активізацією міжнародної підтримки України у напрямі досягнення універсального охоплення медичними послугами. Міжнародні партнери (ВООЗ, Світовий банк, ЮНІСЕФ, USAID, UKAid, Представництво ЄС в Україні, уряд Канади, швейцарські інституції та інші організації) забезпечували комплексний супровід реформи — як експертний, так і фінансовий. Їхня участь охоплювала критично важливі «вузлові точки» 2020 року: запуск другого етапу реформ, управлінську нестабільність у секторі та розгортання системи реагування на COVID-19. Важливим напрямом стала аналітична й консультативна підтримка: здійснювалося моделювання бюджетів закладів, розроблення сценаріїв зниження ризиків, уточнення підходів до контрагування та обговорення переваг і обмежень альтернативних моделей фінансування з огляду на фінансовий захист населення, ефективність і якість медичної допомоги.

Окремий блок заходів був пов'язаний із технічною підтримкою та зміцненням готовності закладів до COVID-19: реалізовувалися навчальні компоненти для підрозділів, залучених до організації закупівлі послуг, планування надання медичної допомоги та управління потоками пацієнтів у ситуації ризику перевантаження системи. Паралельно розвивалися проекти міжнародної технічної допомоги, спрямовані на підсилення спроможності НСЗУ як «центру контрагування» реформи, а також на розвиток електронної системи охорони здоров'я (eHealth), удосконалення управління, підвищення прозорості, підзвітності й якості сервісів на всіх рівнях.

Концептуальним ядром трансформації стала реалізація принципів універсального покриття через Програму медичних гарантій - інструмент,

який визначає перелік та обсяги медичних послуг і лікарських засобів, гарантованих державою й оплачуваних із державного бюджету за єдиними підходами. Програма закріпила прозорі правила доступу до послуг і спрямована на зменшення ризику катастрофічних витрат домогосподарств на лікування. Її логіка базується на потребах пацієнтів, доказовій ефективності методів лікування та принципі реалістичності планування ресурсів. У межах пріоритетизації виокремлювалися критично значущі напрями (зокрема лікування гострих станів, допомога при пологах та складних неонатальних випадках, інструментальна діагностика для раннього виявлення онкологічних захворювань), для яких встановлювалися підвищені вимоги до закладів-надавачів, відповідні тарифи та оплата за фактично наданий результат.

Для структурування фінансування було запроваджено підхід «пакетів медичних послуг», що визначає зміст послуг, вимоги до надання та механізм оплати. В умовах пандемії програма була оперативно доповнена окремими інструментами реагування, пов'язаними з COVID-19.

Пацієнтоцентрична логіка реформи проявилася в розширенні свободи вибору та зменшенні залежності доступу до медичної допомоги від територіальної «прив'язки». Отримання послуг стало більш орієнтованим на маршрут пацієнта, а оплата - на принцип «гроші йдуть за пацієнтом», що стимулює заклади до підвищення якості та сервісності, включно з можливістю участі приватних надавачів за умови виконання критеріїв контракування. Паралельно посилювалася роль електронних сервісів і цифрових інструментів: електронні медичні записи забезпечують збереження історії лікування, зменшують ризики втрати даних, підвищують контрольованість процесів і посилюють конфіденційність через регламентований доступ.

Крім того, розвивався механізм реімбурсації лікарських засобів: електронні рецепти спрощують отримання препаратів, зменшують транзакційні витрати й набули особливої актуальності під час пандемії, коли мінімізація фізичних контактів стала важливим елементом безпеки.

Станом на сьогодні трансформаційні рішення 2020 року логічно еволюціонували у більш «кризостійку» модель публічного управління охороною здоров'я, адаптовану до тривалих системних шоків: спершу пандемічних, а з 2022 року - воєнних. Ця еволюція проявляється у трьох взаємопов'язаних вимірах: фінансово-контрактному (подальше зміцнення Програми медичних гарантій як основи закупівлі послуг), цифровому (масштабування eHealth, e-рецептів та e-направлень), а також сервісному (підвищення уваги до безперервності допомоги, пріоритетних станів і реабілітації).

У фінансово-інституційному контурі Програма медичних гарантій зберігає роль «каркаса» системи: вона деталізується через пакети, вимоги до надавачів і механізми оплати, що підвищує керованість, стандартизованість та передбачуваність фінансування. У сучасних умовах посилюється управлінська логіка «оплата за специфікацією та спроможністю»: держава підтримує універсальність гарантій, але одночасно більш чітко прив'язує оплату до ресурсних можливостей закладу та дотримання клініко-організаційних критеріїв, що спрямовано на зниження розриву між задекларованими стандартами та фактичною здатністю системи забезпечувати їх у межах обмежених ресурсів.

Воєнний контекст суттєво змістив пріоритети в бік невідкладних і «високовартісних» за наслідками станів, які визначають смертність та інвалідизацію, а також реабілітації як ключового механізму відновлення функціональності та соціально-економічної спроможності населення. У практичному вимірі це означає посилення вимог до маршрутів пацієнта, підвищення ролі стандартизованих пакетів, а також зміцнення інструментів координації допомоги при гострих станах, де час і якість втручання критично впливають на результати лікування.

Цифровий вимір реформи в 2024-2025 роках характеризується переходом від етапу запуску до етапу масового охоплення та розширення функціоналу. Е-направлення та е-рецепт стали базовими інструментами

організації доступу до послуг і лікарських засобів, що зменшує транзакційні витрати пацієнта, підвищує простежуваність призначень, уніфікує документообіг і підсилює управлінську аналітику.

Розвиток цифрових сервісів також підвищує інтегрованість медичної допомоги з іншими публічними послугами, формуючи більш сучасну модель взаємодії громадян із державою в соціальній сфері.

Таким чином, якщо у 2020 році ключовим управлінським викликом було одночасно «запустити» другий етап реформи й утримати систему під ударом пандемії, то на сучасному етапі домінує інша управлінська логіка - забезпечення інституційної стійкості в умовах тривалої багатофакторної кризи. Вона реалізується через зрілу контрактно-тарифну архітектуру Програми медичних гарантій, посилення пріоритетів щодо гострих станів і реабілітації, а також через цифрові інструменти, що переносять значну частину управління потоками пацієнтів, призначеннями та контролем якості в стандартизовані електронні процеси. У сукупності це формує підґрунтя для подальшого поглиблення пацієнтоорієнтованої моделі, підвищення доступності та якості допомоги, а також зміцнення спроможності системи охорони здоров'я діяти ефективно в умовах невизначеності та ресурсних обмежень.

3.2. Стратегічне та програмно-цільове управління в охороні здоров'я: формування програм громадського здоров'я і КРІ: імплементація європейських практик

Після підписання Угоди про асоціацію між Україною та Європейським Союзом (разом із Європейським співтовариством з атомної енергії та державами-членами) сфера охорони здоров'я набула для України не лише соціального, а й стратегічного виміру. У межах договірних зобов'язань держава підтвердила курс на послідовне поглиблення співпраці у галузі охорони здоров'я, зокрема через наближення політик і практик до

європейських підходів, орієнтованих на людський капітал, підвищення тривалості та якості життя, а також зменшення тягаря хвороб. Символічно й концептуально важливим є те, що Угода містить окрему главу 22 «Охорона здоров'я», яка трактує здоров'я населення як передумову сталого розвитку та економічного зростання: інвестиції в профілактику, доступні послуги та епідемічну безпеку розглядаються як фактори зниження соціально-економічних втрат, підвищення продуктивності праці та посилення соціальної згуртованості.

Водночас євроінтеграційний вектор у сфері охорони здоров'я корелює з глобальними міжнародними зобов'язаннями України як держави-члена Організації Об'єднаних Націй. Дотримання Цілей сталого розвитку передбачає формування національних стратегічних орієнтирів, у яких здоров'я розуміється не як суто медична категорія, а як результат узгодженої політики в багатьох секторах: соціальному захисті, освіті, екології, зайнятості, міській інфраструктурі, безпеці дорожнього руху тощо. У цьому контексті принципово важливим стає чітке розмежування відповідальності між ключовими стейкхолдерами (центральні органи виконавчої влади, місцеве самоврядування, заклади охорони здоров'я, громадські організації, бізнес та громадяни), а також розроблення програм громадського здоров'я, які поєднують профілактику, комунікацію ризиків, епідагляд і формування здорового середовища.

Нормативно-стратегічну рамку модернізації системи охорони здоров'я в Україні було деталізовано в низці урядових документів, що визначили принципи, напрями й механізми трансформації. Концепція розвитку системи охорони здоров'я, затверджена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1002-р, окреслила фундаментальні орієнтири перебудови системи: підвищення ефективності використання ресурсів, забезпечення доступності та якості послуг, розвиток профілактичного компонента, а також зміцнення управлінської спроможності на всіх рівнях. Своєю чергою, Середньостроковий план першочергових дій Уряду до 2020

року (розпорядження КМУ від 3 квітня 2017 р. № 275-р) конкретизував управлінські траєкторії «розвитку системи охорони здоров'я», закріпивши необхідність упровадження нових підходів та програм для розв'язання накопичених проблем у галузі.

Зміст зазначених документів відображає ключову парадигмальну зміну: перехід від традиційної моделі, зорієнтованої переважно на нагляд за інфекційними захворюваннями та реагування на вже наявну хворобу, до сучасної системи громадського здоров'я, яка ставить у центр профілактику, зміцнення здоров'я та міжсекторальну взаємодію. Європейська практика демонструє, що саме переорієнтація на профілактичні політики (вакцинація, скринінги, контроль факторів ризику, формування здорового харчування, зниження тютюнокуріння й шкідливого вживання алкоголю, розвиток фізичної активності, безпека середовища) у поєднанні з доказовим управлінням і якісною первинною допомогою створює передумови для зростання тривалості життя, покращення добробуту населення й зменшення витрат на лікування ускладнень.

В Україні додатковим структурним чинником трансформації стала децентралізація, яка відкрила для територіальних громад нові управлінські та фінансові можливості у сфері охорони здоров'я. За умов посилення ролі об'єднаних територіальних громад місцева влада отримує реальні інструменти впливу на доступність і якість послуг: участь у плануванні мережі закладів, розвиток інфраструктури, підтримка кадрів, організація профілактичних програм, створення умов для здорового способу життя. Внаслідок цього реформування перестає бути виключно «галузевим» процесом, що здійснюється на центральному рівні, і набуває ознак багаторівневого врядування, де відповідальність розподіляється між центральними та локальними інституціями при залученні державного фінансування.

Згідно з логікою Концепції розвитку системи охорони здоров'я, децентралізація означає зміну моделі управління: від вертикально

інтегрованої системи, де більшість закладів охорони здоров'я підпорядковувалися центральним органам, до децентралізованої конфігурації, у якій ключові управлінські рішення, пов'язані з організацією послуг, їх доступністю та профілактичною політикою, значною мірою приймаються на місцевому рівні. Важливим наслідком такої трансформації є необхідність посилення управлінської компетентності органів місцевого самоврядування: від «адміністрування ресурсів» до управління результатами, ризиками та якістю.

Інституційним кроком у напрямі розбудови громадського здоров'я стало створення Міністерством охорони здоров'я України Центру громадського здоров'я як спеціалізованого закладу, діяльність якого пов'язана з підтриманням і зміцненням здоров'я населення, епідеміологічним наглядом, біологічною безпекою, моніторингом факторів ризику, профілактичними програмами та стратегічним управлінням у сфері громадського здоров'я. Фактично, йдеться про формування «профілактичної інфраструктури» держави, яка доповнює лікувальну систему, забезпечуючи раннє виявлення загроз і попередження їх масштабування.

Семантика терміна «громадське здоров'я» підкреслює, що здоров'я населення є колективним результатом: його неможливо забезпечити виключно зусиллями медичних закладів, оскільки значна частина детермінант здоров'я лежить поза межами клінічної медицини. Саме тому місцеве самоврядування виступає одним із ключових суб'єктів системи: воно визначає пріоритети регіональної політики, формує програми профілактики й реагування, підтримує комунікації з населенням, створює безпечне та сприятливе для здоров'я середовище.

До практичних завдань муніципалітетів належать: встановлення регіональних пріоритетів у сфері здоров'я; розроблення планів із комплексними заходами щодо зниження захворюваності та смертності; впровадження програм, спрямованих на хвороби, які формують найбільший соціально-демографічний і економічний тягар для громади.

Концептуально громадське здоров'я спирається на три базові напрями: охорона здоров'я (health protection), профілактика захворювань (disease prevention) та зміцнення здоров'я (health promotion). Разом із тим ефективність цих напрямів залежить від «підсилювачів системи»: якісної інформаційної інфраструктури (дані про здоров'я та фактори ризику), стійкого фінансування, належного управління, розвитку людських ресурсів, адвокації, наукових досліджень і впровадження доказових практик. Звідси випливає ключова управлінська теза: реформа громадського здоров'я - це не окремий проєкт у межах МОЗ, а розбудова цілісної керованої системи, здатної працювати за принципом безперервного циклу «дані - аналіз - рішення - впровадження - оцінка результатів».

Охорона здоров'я в сучасному розумінні охоплює запобігання хворобам, травмам, інвалідності та передчасній смертності, популяризацію здорового способу життя, підтримку здорового довкілля й умов життя нинішніх і майбутніх поколінь. Проте важливо, що громадське здоров'я стосується також питань політики: розподілу ресурсів, організації системи, управлінських процедур, а також забезпечення справедливого доступу до послуг. Тобто мова йде про інтеграцію медичних і управлінських компонентів: без ефективного врядування навіть найкращі медичні технології не забезпечують системного ефекту для населення.

Сучасна система охорони здоров'я має комплексну цільову спрямованість, оскільки поєднує заходи загальносуспільного рівня (профілактичні політики, регулювання середовища, протиепідемічні стратегії) та індивідуально орієнтовані потреби (доступність медичної допомоги, маршрутизація пацієнта, безпека лікування). Значна частина таких заходів спрямована на зміну детермінант здоров'я: поліпшення життєвого середовища, зниження поширеності факторів ризику, що формують найбільший тягар захворюваності та смертності, а також стимулювання чинників, які сприяють збереженню та зміцненню здоров'я.

Практичний спектр інструментів тут надзвичайно широкий: від програм вакцинації та охорони материнства й дитинства до політик харчової безпеки (маркування, збагачення продуктів мікронутрієнтами), контролю якості питної води, безпеки праці, розвитку безбар'єрного середовища і гарантування доступних медичних послуг.

Окремий вимір ефективної системи охорони здоров'я: її готовність до надзвичайних ситуацій природного, техногенного чи соціального характеру та здатність до швидкого реагування з метою стримування й мінімізації наслідків. Пандемії, масові інциденти, техногенні аварії та інші кризи демонструють, що питання громадського здоров'я нерозривно пов'язані з біобезпекою, системами раннього виявлення, управлінням ризиками та координацією між інституціями. Саме тому стратегічне планування в цій сфері має включати сценарне моделювання, створення резервів, розроблення протоколів взаємодії та постійне навчання персоналу.

Політика громадського здоров'я формується через побудову системи взаємопов'язаних інструментів, процедур і заходів, які реалізуються державними та недержавними суб'єктами для поліпшення здоров'я населення, запобігання захворюванням, продовження активного довголіття та формування культури здорового способу життя. У цьому сенсі система громадського здоров'я виступає фундаментом профілактичної медицини: інвестуючи в профілактику та раннє втручання, держава і громади можуть знижувати вартість лікування, обмежувати втрати працездатності та підвищувати соціально-економічну стійкість.

Місія громадського здоров'я полягає в максимізації здоров'я й благополуччя людей та спільнот на національному й глобальному рівнях. Її реалізація конкретизується у низці завдань: досягнення максимальної якості життя та здоров'я при забезпеченні соціальної справедливості; профілактика й лікування захворювань та інвалідності; системне врахування екологічних, біологічних, професійних і соціально-економічних ризиків (включно з наслідками стихійних лих, техногенних загроз, соціальних катастроф і

воєнних конфліктів); захист прав людини на здоров'я через рівний доступ, професіоналізм і етичні стандарти; підготовка кадрів; опора на доказову базу та міжнародні найкращі практики.

Важливим компонентом державної політики стала децентралізація в охороні здоров'я, що передбачає передачу частини функцій і ресурсів органам місцевого самоврядування та визначення їх повноважень щодо реалізації політики громадського здоров'я, включно зі створенням регіональних центрів громадського здоров'я. Такий підхід відповідає зобов'язанням у межах Угоди про асоціацію, а також загальній логіці європейських стратегій розвитку громадського здоров'я, у яких акцент робиться на інституційній спроможності, міжсекторальності та превентивності. Проте практична реалізація децентралізації стикається з ключовим бар'єром - інерційністю управлінських підходів: поширеною є позиція, що питання здоров'я є відповідальністю виключно «медичної вертикалі», тоді як детермінанти здоров'я вимагають значно ширшої політики на рівні громади.

Отже, центральним викликом стає зміна управлінської логіки: від переважно реактивного розподілу ресурсів на «стримування негативних факторів» — до проактивної політики профілактики, зміцнення здоров'я та збільшення тривалості життя. Для місцевої влади це означає потребу сформуванню інструментів оцінки стану здоров'я населення території, визначити пріоритетні зони втручання та забезпечити мобілізацію ресурсів громади. Оцінювання здоров'я населення на локальному рівні набуває прикладного значення: воно інформує управлінські рішення, підвищує їх доказовість, дозволяє відстежувати результати та коригувати політику з урахуванням реальних змін.

Сучасний стан системи охорони здоров'я часто характеризується фрагментарністю: окремі елементи існують паралельно, без достатньої узгодженості, що знижує ефективність використання ресурсів і ускладнює досягнення вимірюваних результатів. Саме тому актуалізується пошук і

адаптація міжнародного досвіду інструментів оцінювання «системної спроможності» на регіональному рівні. З урахуванням рекомендацій ВООЗ та практики країн, які застосовували інструменти оцінки потенціалу громадського здоров'я, релевантним є звернення до прикладів, де такі інструменти були апробовані та інтегровані в управлінські цикли (зокрема у вигляді систематичного моніторингу та планування).

Логічним продовженням оцінки спроможності виступає підготовка дорожньої карти розвитку як прикладного інструменту стратегічного управління. Дорожня карта відображає покрокову траєкторію досягнення цілей, визначає послідовність дій, «контрольні точки» прийняття рішень, ресурси, виконавців, часові межі та очікувані результати, а також враховує ризики й можливі відхилення від планових термінів. На відміну від жорстких планових документів, дорожня карта є гнучкішою: вона допускає варіативність сценаріїв розвитку об'єкта управління та дозволяє коригувати заходи в процесі реалізації залежно від змін зовнішнього середовища чи результатів проміжного моніторингу. Саме ця адаптивність робить дорожні карти особливо корисними для системи охорони здоров'я, яка функціонує в умовах невизначеності та високої чутливості до ризиків.

Дорожня карта посідає проміжне положення між стратегією та стратегічним планом: з одного боку, вона конкретизує стратегічний намір і переводить його у зв'язаний ланцюг дій, а з іншого зберігає гнучкість і здатність до швидкої актуалізації. Крім того, дорожні карти підтримують експертно-аналітичну природу управління: їх розроблення передбачає залучення експертів, використання доказової інформації, оцінку альтернатив та формування рекомендацій на основі критеріїв вартості, результативності, умов впровадження й ризиків.

Методологічно доцільно розглядати побудову дорожньої карти у три етапи: підготовка, розробка, впровадження. На підготовчому етапі здійснюється обґрунтування необхідності (опис проблеми та управлінського запиту), визначення цілей, ідентифікація зацікавлених сторін і формування

організаційної архітектури процесу (хто відповідає за координацію, які робочі групи створюються, які ресурси потрібні).

На етапі розробки уточнюються потреби регіональної системи охорони здоров'я (дані, аналітичні продукти, послуги, технології), визначаються альтернативні сценарії досягнення стратегічних цілей, оцінюється внесок кожної альтернативи та встановлюються «точки прийняття рішень», де доцільно переглядати траєкторію. Далі деталізуються ресурси (фінансові, матеріальні, кадрові, технологічні) та готується підсумковий звіт із графічним представленням дорожньої карти, включаючи ризики, бар'єри та механізми моніторингу.

Етап впровадження охоплює експертизу й затвердження дорожньої карти, розроблення плану реалізації із календарними термінами, визначеними виконавцями та ресурсним забезпеченням, а також організацію системи супроводу і коригувань у разі суттєвих змін умов. Принципово важливо, щоб цілі та заходи дорожньої карти відповідали вимогам «якісних» управлінських цілей: конкретність, вимірюваність, узгодженість, досяжність і визначеність у часі. Окремим блоком має бути моніторинг виконання цільових програм та оцінка результатів у логіці Цілей сталого розвитку, що забезпечує не лише формальну звітність, а й реальне управління результатами.

Таким чином, євроінтеграційні та глобальні зобов'язання України у сфері охорони здоров'я, нормативні рамки реформи, децентралізація та розвиток громадського здоров'я логічно приводять до потреби інструменталізації стратегічного управління на національному й регіональному рівнях.

Дорожня карта у цьому процесі виступає практичним механізмом «перекладу» політичних і стратегічних намірів у послідовні управлінські дії, здатні забезпечити вимірювані результати - підвищення тривалості й якості життя, зменшення ризиків, зміцнення стійкості системи та ефективніше використання ресурсів.

У результаті реалізації визначених стратегічних напрямів розвитку відбудеться трансформація стратегічної архітектури КНП «ЦЕМД ТА МК у Кіровоградській області КОР», що відображається у системі цілей, завдань і вимірюваних показників на плановий період 2026-2028 рр. (табл. 3.1).

Таблиця 3 – Стратегічні напрями та цілі розвитку КНП «ЦЕМД ТА МК у Кіровоградській області КОР»

№ з/п	Найменування стратегічних цілей та завдань	Одиниця виміру	Плановий період (прогноз)		
			2026	2027	2028
1.	Стратегічний напрям: «Створення ефективної, прозорої відкритої та гнучкої системи управління»				
1.1.	Стратегічна ціль: «Удосконалення професійної підготовки кадрів з питань організації та управління»				
	Основні завдання:				
1.1.1.	Забезпечити підготовку кадрів адміністративно- управлінського персоналу з урахуванням основ сучасного менеджменту.	особа	10	10	10
1.1.2.	Для підтримання системи безперервного професійного розвитку фахівців з питань організації та управління, забезпечити навчання.	особа	7	7	7
1.2.	Стратегічна ціль: «Підвищення кваліфікації медичних кадрів»				
	Основні завдання:				
1.2.1.	Забезпечити проходження атестації лікарів та молодших спеціалістів з медичною освітою.	особа	144	146	181
1.2.2.	Забезпечити проведення науково- практичних конференцій, симпозіумів, робочих семінарів і нарад та інших спільних заходів, які спрямовані на підвищення кваліфікації та обмін досвідом з питань управління, надання медичних і супутніх послуг, покращення роботи з пацієнтами, тощо.	захід	4	4	4
2.	Стратегічний напрям: «Забезпечення організації та якості надання медичної допомоги»				
2.1.	Стратегічна ціль: «Покращення організації надання медичної допомоги»				
	Основні завдання:				
2.1.1.	Створення відділення цілодобового амбулаторного прийому вузькоспеціалізованими фахівцями.	тис. грн	-	7000	-
2.2.	Стратегічна ціль: «Покращення якості надання медичної допомоги»				
	Основні завдання:				
2.2.1.	Скорочення середнього терміну лікування хворих.	день	9,5	9,0	8,5
2.2.2.	Збільшити відсоток малоінвазивних втручань в хірургії	%	90	92	95
2.2.3.	Для систематичної організації навчання персоналу забезпечити проведення тренінгів, круглих столів, нарад	захід	4	5	7
3.	Стратегічний напрям «Покращення матеріально-технічної бази: підвищення ефективності використання приміщень»				
3.1.	Стратегічна ціль «Дооснащення закладу необхідним обладнанням та устаткуванням (згідно таблицею матеріально-технічного оснащення»				
	Основні заходи				
3.1.1	Забезпечити відділення анестезіології та інтенсивної терапії апаратами штучного дихання та вентиляції легень	од.	2	-	-
3.1.2	Забезпечити клініко-діагностичну лабораторію меблями	тис. грн	1500	-	-
4.	Стратегічний напрям «Покращення фінансової спроможності»				
4.1.	Залучення додаткових коштів для розвитку лікарні.	тис. грн	150	200	250
4.2.	Укладання договорів зі страховими компаніями для подальшого розвитку медичної допомоги	Кількість договорів	3	2	-
4.3.	Впровадження додаткових платних послуг	тис. грн	250	250	250
4.4.	Укладання договорів з приватними клініками	Кількість договорів	-	2	-
4.5.	Збільшення доходів від здачі вільних приміщень в оренду	тис. грн	300	320	350

4.б.	Розміщення вільних коштів на депозитарний рахунок	тис. грн	10	15	20
------	---	----------	----	----	----

Джерело: складено автором за матеріалами підприємства

Запропонована матриця стратегічних цілей формує логіку переходу від переважно функціонального управління до управління за результатами, коли кожен напрям має конкретизовані індикатори виконання (кількість охоплених навчанням працівників, обсяг заходів підвищення кваліфікації, цільові параметри якості лікування, обсяги інвестицій у матеріально-технічну базу та показники зміцнення фінансової спроможності).

Такий підхід забезпечує узгодженість управлінських рішень із місією закладу, а також створює передумови для прозорого моніторингу прогресу та коригування дій залежно від фактичних результатів.

Перший стратегічний напрям «Створення ефективної, прозорої, відкритої та гнучкої системи управління» акцентує увагу на людському та управлінському капіталі як ключовому ресурсі інституційної стійкості лікарні. У межах цілі щодо удосконалення професійної підготовки адміністративно-управлінського персоналу передбачено щорічне навчання 10 осіб із урахуванням засад сучасного менеджменту, що орієнтовано на підвищення якості планування, бюджетування, контролінгу та управління змінами.

Паралельно заплановано підтримання системи безперервного професійного розвитку управлінців шляхом навчання ще 7 осіб щороку. Сукупно це формує управлінську спроможність закладу не лише реагувати на поточні виклики, а й упроваджувати інновації у процесі організації медичної допомоги, взаємодії з пацієнтами та фінансового менеджменту.

Другою складовою цього напрямку є підвищення кваліфікації медичних кадрів, що прямо пов'язано з якістю клінічних результатів та безпекою пацієнтів. Планові показники атестації лікарів і молодших спеціалістів з медичною освітою мають тенденцію до зростання (від 144 осіб у 2026 році до 181 особи у 2028 році), що свідчить про розширення охоплення персоналу процедурами підтвердження компетентностей.

Водночас системність розвитку забезпечується організацією науково-практичних конференцій, семінарів, симпозіумів та інших заходів (4 заходи щороку), які виконують функцію оновлення знань, запровадження доказових практик і стандартизації клінічних підходів.

У стратегічному сенсі цей блок формує кадрову конкурентоспроможність закладу, знижує ризики професійного вигорання через підтримку професійної спільноти та покращує здатність лікарні до впровадження сучасних медичних технологій.

Другий стратегічний напрям «Забезпечення організації та якості надання медичної допомоги» задає фокус на оптимізацію організаційної моделі послуг і підвищення клінічної ефективності.

У частині покращення організації передбачено створення відділення цілодобового амбулаторного прийому вузькоспеціалізованими фахівцями із запланованим фінансуванням 7 000 тис. грн у 2027 році. Такий крок може бути інтерпретований як перехід до більш гнучкого формату доступу пацієнтів до спеціалізованої допомоги, зниження навантаження на стаціонар, а також підвищення пропускної спроможності закладу за рахунок перерозподілу потоків.

Підвищення якості надання допомоги конкретизується через вимірювані показники результативності лікувального процесу. Зокрема, планується скорочення середнього терміну лікування з 9,5 дня у 2026 року до 8,5 дня у 2028 році, що відображає орієнтацію на оптимізацію клінічних маршрутів, зменшення часу госпіталізації без погіршення результатів і зниження витрат на один випадок лікування. Крім того, передбачено зростання частки малоінвазивних втручань у хірургії з 90% до 95%, що свідчить про інноваційний вектор розвитку, орієнтацію на менш травматичні методи лікування, коротший період відновлення та кращі показники задоволеності пацієнтів.

Підкріпленням цього є планове збільшення інтенсивності внутрішніх навчальних заходів (тренінги, круглі столи, наради): від 4 заходів у 2026 році

до 7 у 2028 році, що забезпечує безперервність підготовки персоналу та керованість процесу змін.

Третій стратегічний напрям «Покращення матеріально-технічної бази: підвищення ефективності використання приміщень» спрямований на посилення ресурсного забезпечення ключових клінічних підрозділів і створення умов для технологічного оновлення.

У межах цілі дооснащення закладу передбачено забезпечення відділення анестезіології та інтенсивної терапії двома апаратами штучного дихання у 2026 році, що є критично важливим для підтримання готовності до важких клінічних випадків і ургентних станів.

Окремим заходом визначено забезпечення клініко-діагностичної лабораторії меблями з фінансуванням 1 500 тис. грн (2026 р.), що відображає підхід до модернізації не лише високовартісного медичного обладнання, а й інфраструктурних елементів, необхідних для організації безпечного та якісного діагностичного процесу.

Четвертий стратегічний напрям «Покращення фінансової спроможності» формує економічний фундамент реалізації попередніх стратегічних блоків і передбачає диверсифікацію джерел фінансування. Зокрема, планується поступове збільшення залучення додаткових коштів на розвиток лікарні (з 150 тис. грн у 2026 році до 250 тис. грн у 2028 році), що відображає орієнтацію на активний пошук ресурсів поза базовими бюджетними трансфертами.

Важливою складовою є співпраця зі страховими компаніями (укладання 3 договорів у 2026 р. та 2 - у 2027 р.) як інструмент розширення можливостей фінансування медичних послуг і стабілізації грошових потоків. Паралельно передбачено впровадження додаткових платних послуг на рівні 250 тис. грн щороку, що у випадку КНП має трактуватися як механізм зміцнення власних надходжень у законодавчих межах, а не як заміна державних гарантій.

Крім того заплановано укладання договорів із приватними клініками (2 договори у 2027 році), зростання доходів від оренди вільних приміщень (від 300 тис. грн до 350 тис. грн) і розміщення вільних коштів на депозитних рахунках (з 10 тис. грн до 20 тис. грн).

У сукупності цей набір заходів підвищує гнучкість фінансової моделі закладу та зменшує залежність від одного джерела фінансування.

Зміна стратегічних пріоритетів і ухвалення управлінських рішень щодо оптимізації фінансування дозволяють сформуванню прогностичні параметри ресурсного забезпечення (табл. 3.2).

Таблиця 3.2 – Очікувані результати щодо фінансування діяльності КНП «ЦЕМД ТА МК У Кіровоградській області КОР»

Джерело доходу	2026	2027	2028
Бюджетні кошти (місцевий бюджет та бюджет розвитку)	59 455,9	83 983,3	129 367,7
з них: бюджет розвитку*	4 000,0	25 200,0	65 000,0
Власні надходження (включають надходження за оренду, від реалізації брухту, відшкодування за комунальні послуги та експлуатаційні послуги орендарями, податок на землю)	7 239,0	7 673,4	8 402,3
в тому числі капітальні інвестиції	1 368,6	1 450,7	1 588,5
Кошти НСЗУ (державний бюджет)	153 979,1	163 217,8	178 723,5

Джерело: складено автором за матеріалами підприємства

У структурі доходів ключову роль зберігають бюджетні кошти (місцевий бюджет і бюджет розвитку), які зростають з 59 455,9 тис. грн у 2026 році до 129 367,7 тис. грн у 2028 році, причому частка бюджету розвитку збільшується особливо суттєво (4 000,0 - 65 000,0 тис. грн), що вказує на посилення інвестиційного компонента.

Власні надходження також демонструють поступове зростання (7 239,0 - 8 402,3 тис. грн), у тому числі капітальні інвестиції як частина цих надходжень (1 368,6 - 1 588,5 тис. грн).

Фінансування за програмою медичних гарантій через НСЗУ залишається базовим джерелом і має тенденцію до зростання (153 979,1 - 178 723,5 тис. грн), що підтверджує стратегічну залежність фінансової моделі

лікарні від контрактування послуг з державою та одночасно зумовлює необхідність дотримання вимог до якості й результативності.

Визначені джерела фінансування охоплюють: бюджетні кошти (зокрема на комунальні витрати, соціальні виплати, безповоротне фінансове забезпечення заробітної плати та капітальні ремонти в межах асигнувань), кошти НСЗУ за договором про надання медичної допомоги в рамках програми медичних гарантій, оренду приміщень та інші джерела, дозволені чинним законодавством. Така структура є типовою для КНП, однак її стратегічна якість залежить від здатності закладу нарощувати власні надходження та інвестиційні ресурси, не порушуючи соціальної функції та принципів доступності медичної допомоги.

Прогнозні фінансові показники на 2026-2028 рр. (табл. 3.3) демонструють збалансовану модель планування, де доходи і витрати формально вирівнюються, а фінансовий результат встановлюється на нульовому рівні, відповідає логіці функціонування неприбуткового підприємства, для якого пріоритетом є забезпечення безперервності надання послуг та реінвестування ресурсів у розвиток, а не накопичення прибутку.

Таблиця 3.3 – Очікувані фінансові показники діяльності КНП «ЦЕМД ТА МК У Кіровоградській області КОР» впродовж 2026-2028 років

Найменування	2026	2027	2028
Доходи всього: в т.ч.	216 760,80	229 766,40	251 5594,20
Чистий дохід від реалізації продукції (товарів, робіт, послуг) в тому числі:	213 416,10	226 221,10	247 742,10
за рахунок бюджетних коштів	55 455,90	58 783,30	64 367,70
Інші операційні доходи, в тому числі	3 314,70	3 513,60	3 847,40
дохід від операційної оренди активів	2 201,30	2 333,40	2 555,10
Інші доходи, в тому числі	30,00	31,70	34,70
Витрати всього в т.ч.	216 760,80	229 766,40	251 594,20
Собівартість реалізованої продукції (товарів, робіт, послуг)	186 019,60	197 180,80	215 913,00
Адміністративні витрати	29 007,40	30 747,80	33 668,80
Витрати на збут			
Інші операційні витрати	1 733,80	1 837,80	2 012,40
Інші витрати			
Фінансовий результат	0,00	0,00	0,00

Джерело: складено автором за матеріалами підприємства

Доходи зростають з 216 760,8 тис. грн у 2026 р. до 251 594,2 тис. грн у 2028 р., при цьому основним компонентом виступає чистий дохід від реалізації послуг (213 416,1 - 247 742,1 тис. грн), зокрема за рахунок бюджетних коштів (55 455,9 - 64 367,7 тис. грн). Інші операційні доходи зростають поступово (3 314,7 - 3 847,4 тис. грн), у тому числі дохід від операційної оренди активів (2 201,3 - 2 555,1 тис. грн), що узгоджується з намірами щодо розвитку фінансової спроможності через ефективніше використання ресурсів.

Структура витрат також відображає управлінську логіку: найбільшу частку становить собівартість реалізованих послуг (186 019,6 - 215 913,0 тис. грн), що є закономірним для медичного закладу, де основні витрати пов'язані з оплатою праці, медикаментами, витратними матеріалами, енергоносіями, діагностикою та утриманням інфраструктури.

Адміністративні витрати зростають помірно (29 007,4 - 33 668,8 тис. грн), що може бути наслідком підсилення управлінських функцій, розвитку контролінгу, планування та забезпечення управління якістю. Інші операційні витрати також збільшуються (1 733,8 - 2 012,4 тис. грн), що відображає інфляційні процеси та потреби в операційному забезпеченні.

Отже, прогнозована модель розвитку демонструє причинно-наслідковий зв'язок між стратегічними напрямками та фінансово-економічними параметрами: оптимізація структури фінансування і диверсифікація джерел ресурсів створюють підґрунтя для зростання видатків на надання медичних послуг, що, своєю чергою, забезпечує можливість модернізації матеріально-технічної бази, підвищення мотивації та компетентності персоналу, розширення спектра послуг і покращення показників якості лікування.

У сукупності ці зміни мають забезпечити підвищення організаційної стійкості КНП «ЦЕМД ТА МК У Кіровоградській області КОР», його адаптивності до зовнішніх викликів та відповідності сучасним підходам стратегічного управління у сфері охорони здоров'я.

ВИСНОВКИ

У результаті виконання дослідження встановлено, що модернізація публічного управління медичним закладом є системною передумовою підвищення результативності охорони здоров'я та стійкості медичних установ у контексті тривалої багатофакторної кризи, коли ключовими імперативами стають безперервність надання допомоги, організаційна керованість, підзвітність використання ресурсів та здатність закладу діяти ефективно в умовах невизначеності.

Доведено, що сучасна управлінська логіка в охороні здоров'я зміщується від реактивних рішень до забезпечення інституційної стійкості, що реалізується через контрактно-тарифні механізми Програми медичних гарантій, фокус на гострі стани та реабілітацію, а також через цифрові інструменти, які переводять значну частину управління потоками пацієнтів і контролю якості у стандартизовані електронні процеси.

Обґрунтовано, що для закладів екстреної медичної допомоги управлінські рішення мають подвійний. Зокрема: соціальний і управлінсько-економічний ефекти, визначаючи клінічні результати, оперативність реагування та безперервність допомоги, а також впливаючи на стійкість використання бюджетних ресурсів та спецфонду. У цьому зв'язку управління діяльністю КНП «ЦЕМД та МК у Кіровоградській області КОР» доцільно розглядати як динамічний процес, де якість рішення залежить від структури й послідовності управлінського циклу, що включає формування проблеми, пошук альтернатив, оцінювання, вибір, реалізацію та контроль.

Суттєвим результатом є висновок про те, що оцінювання результативності й ефективності медичного закладу в сучасних умовах стикається з типовими організаційно-методичними бар'єрами: недосконалістю галузевих показників, недостатнім урахуванням індикаторів доступності та якості, складністю вимірювання «вартості хвороби» для пацієнта/родини/суспільства, а також обмеженнями, зумовленими

імовірнісною природою медичної інформації. Зазначені обмеження знижують управлінську керованість і ускладнюють зіставлення результатів, що, у свою чергу, підсилює потребу у стандартизації даних, розвитку електронних реєстрів і вдосконаленні системи індикаторів результату.

Доведено, що імплементація європейської логіки управління в охороні здоров'я має спиратися на результативність як управлінський імператив та орієнтацію на кінцеві результати для пацієнта і громади, замість зведення управління до формального виконання планів, що, свою чергу, означає, що управлінські рішення повинні оцінюватися через їх здатність підвищувати доступність, безпеку, якість і безперервність допомоги, оптимізувати використання коштів та зміцнювати довіру громадян.

Водночас обґрунтування рішень має відповідати принципам доказовості й комплексної валідності: керівник повинен опиратися на повну, достовірну та релевантну інформацію про ресурси, результати, ризики та тенденції зовнішнього середовища, застосовуючи сучасні аналітичні інструменти (моніторинг показників, аудит процесів, сценарне планування, ризик-менеджмент).

Встановлено, що ефективна модернізація публічного управління в медичному закладі потребує переходу до управління на основі даних і впровадження системи KPI. За умови науково обґрунтованого визначення пріоритетів, розвитку інформаційно-аналітичного забезпечення та прозорих процедур підзвітності навіть порівняно невеликі управлінські інвестиції можуть дати відчутний ефект у підвищенні якості послуг, ефективності використання ресурсів і організаційної стійкості медичного закладу, що своєю чергою, формує підстави для переходу від «описового» контролю до управління результатом, де стратегічні цілі декомпонуються у вимірювані показники та керовані програми.

Крім того доведено, що цифрова трансформація публічного адміністрування має трактуватися не як ізольований IT-проект, а як стратегічний інструмент підвищення керованості, прозорості та підзвітності.

Цифровізація повинна охоплювати операційний рівень (облік, документообіг, планування, диспетчеризація, кадрові процеси), управлінсько-аналітичний рівень (панелі показників, управлінська звітність, моніторинг КРІ, контроль якості, управління ризиками) та сервісний рівень (комунікація, зворотний зв'язок, прозорість процедур). Такий підхід зменшує управлінські «сліпі зони», підвищує оперативність ухвалення рішень і забезпечує результативність контролю виконання.

Підсумовуючи, підтверджено, що SWOT-діагностика, аналіз управлінських процесів та орієнтація на європейські практики КРІ/належного врядування формують цілісну аналітичну основу для розроблення стратегічних альтернатив розвитку КНП «ЦЕМД та МК у Кіровоградській області КОР».

Практична реалізація висновків кваліфікаційної роботи має полягати у перетворенні діагностики на портфель узгоджених управлінських ініціатив (програм/проектів) із визначенням відповідальних, ресурсів, строків та КРІ, що забезпечить зростання якості, підзвітності та стійкості екстреної медичної допомоги на регіональному рівні.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. A Guide Book For Hospital Administrators. URL: <https://ru.scribd.com/document/704149048/A-Guide-Book-for-Hospital-Administrators9.Health-workforce.Management-systems>. URL: <https://www.emro.who.int/health-workforce/management/index.html>. 10.ISO 7101:2023 Healthcare organization management –Management systems for quality in healthcare organizations –Requirements. URL: <https://www.iso.org/standard/81647.html>References
2. About EFQM, the official site of The European Foundation for Quality Management. URL: <https://efqm.org/>
3. A-Guide-Book-for-Hospital-Administrators9.Health-workforce.Management-systems. URL: <https://www.emro.who.int/health-workforce/management/index.html>10.ISO 7101:2023 Healthcare organization management –Management systems for quality in healthcare organizations –Requirements. URL: <https://www.iso.org/standard/81647.html>
4. Joint Commission International Survey Process Guide for Hospitals. 6th Edition. Effective 1. 2017. July. URL: <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.jointcommissioninternational.org/>
5. Osnovy zakonodavstva Ukrainy pro okhoronu zdorovia : Zakon Ukrainy vid 19.11.1992 No 2801-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text2>.Pro zatverdzhennia Polozhennia Pro Ministerstvo okhorony zdorovia Ukrainy : Postanova KМУ vid 25.03.2015 r. No 267. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/267-2015-%D0%BF#Text>
6. Pro Kabinet Ministriv Ukrainy : Zakon Ukrainy vid 27.02.2014 No 794-VII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/794-18#Text4>.Pro skhvalennia Stratehii rozvytku systemy okhorony zdorovia na period do 2030 roku ta zatverdzhennia operatsiinoho planu zakhodiv z yii realizatsii u

2025-2027 rokakh : Rozporiadzhennia KMU vid 17 sichnia 2025 r. No 34-r. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/34-2025-%D1%80#Text>

7. Rol oblasnykh departamentiv okhorony zdorovia na suchasnomu etapi medychnoi reformy. URL: <https://u-lead.org.ua/news/227>

8. Rudnichenko Ye. M., Havlovska N. I. Prodovolcha bezpeka ta zdorovia naselennia yak element ekonomichnoi bezpeky makrorivnia. Herald of Khmelnytskyi National University. Economic Sciences. 2017. No 4. S. 54-57

9. Августин Р. Р., Стахів О. В. Визначення стратегічних пріоритетів управління системним розвитком закладів охорони здоров'я. Академічні візії. 2023. № 17. URL: <https://academy-vision.org/index.php/av/article/view/250>

10. Августин Р., Демків І. Пріоритети вдосконалення системи менеджменту покращення фінансово-економічного стану підприємства. Економіка та суспільство, 2021, 29. <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2021-29-32>

11. Бачинська О.М., Винниченко-Кумкова Л.О. Формування системи управління якістю медичної допомоги в Україні в реаліях сьогодення. Інклюзивна економіка. 2024. № 2(04). С. 10–15.

12. Борщ В.І. Управління закладами охорони здоров'я. Херсон: Олди-плюс, 2020, 391 с.

13. Вовк С.М., Половян Н.С., Вовк Т.В. Особливості трансформації механізмів управління якістю надання медичних послуг. Публічне управління та митне адміністрування. 2020. № 3(26). С. 33–37.

14. Камінська Т.М. Уроки зарубіжних країн для реформування охорони здоров'я в Україні. Економічна теорія та право. 2015. № 1 (20). С. 38-50.

15. Криничко Л.Р. Розробка кадрового механізму державного управління системою охорони здоров'я. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2020. №3. URL: http://www.dy.nauka.com.ua/pdf/3_2020/42.pdf (дата звернення: 02.11.2025).

16. Криничко Л.Р., Мотайло О.В. Ефективність застосування цифрових технологій в інформаційно- комунікаційній системі державного управління в сфері охорони здоров'я. Економічний простір. 2021. № 169. С. 78-83.

17. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я : колективна монографія / за наук. ред. М.М. Шкільняка, Т.Л. Желюк. Тернопіль : Крок, 2020. 560 с.

18. Організація діяльності в сфері охорони здоров'я : навчальний посібник / за ред. М.М. Шкільняка, Т.Л. Желюк. Тернопіль : Крок, 2021. 438 с.

19. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 № 2801-ХІІ. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text2>.

20. Пархоменко-Куцевіл О.І. Механізми кадрового аудиту органів державної влади під час військових дій та конфліктів. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2022. №5. (дата звернення: 02.11.2025). http://www.dy.nayka.com.ua/pdf/5_2022/3.pdf

21. Попов С. Вошко І. Реформування національних систем охорони здоров'я: актуальні аспекти закордонного досвіду. Актуальні проблеми державного управління. 2021. № 1(82). С. 136-141.

22. Про схвалення Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року та затвердження операційного плану заходів з її реалізації у 2025-2027 роках : Розпорядження КМУ від 17 січня 2025 р. № 34-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/34-2025-%D1%80#Text>

23. Про затвердження Положення Про Міністерство охорони здоров'я України : Постанова КМУ від 25.03.2015 р. № 267. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/267-2015-%D0%BF#Text3>. Про Кабінет Міністрів України : Закон України від 27.02.2014 № 794-VII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/794-18#Text>

24. Радиш Я.Ф., Долот В.Д., Васюк Н.О. Сучасний зарубіжний менеджмент: досвід для керівників лікувально-профілактичних закладів України. Інвестиції : практика та досвід. № 11. 2015. С. 58-61.

25. Роль обласних департаментів охорони здоров'я на сучасному етапі медичної реформи. URL: <https://u-lead.org.ua/news/227>

26. Рудніченко Є. М., Гавловська Н. І. Продовольча безпека та здоров'я населення як елемент економічної безпеки макrorівня. Вісник Хмельницького національного університету. Економічні науки. 2017. № 4. С. 54-57.

27. Рудніченко Є. М., Гавловська Н. І., Кримчак Л.А., Томашук М.Ю., Лісовський І.В. Теоретичний базис інформаційно-комунікаційного забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я. Вісник Хмельницького національного університету. Економічні науки. 2020. № 5. С.179-183.

28. Савіна Т. Підготовка учасників резерву керівників медичних закладів шляхом післядипломного навчання. Інвестиції: практика та досвід. 2019. № 10. С. 126-132.

29. Савченко О.Р., Машта Н.О., Поліщук О.Ю. Особливості менеджменту організацій, їх адаптивної політики в умовах змін. Механізм регулювання економіки. 2022. № 1-2 (95-96). С. 50-54.

30. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року» (проект 23 лютого 2022 р. фіналізований та погоджений членами Міжсекторальної робочої групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року). <https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/%D0%A1%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%82%D0%B5%D0%B3%D1%96%D1%8F/UKR%20Health%20Strategy%20Feb%202024.2022.pdf> (02.10.2025).

31. Ткаченко В.І. Європейський досвід управління якістю медичних послуг та його ефективність у первинній медичній допомозі. Інвестиції: практика та досвід. 2022. № 19-20. С. 132–140.

32. Толстанов О.К., Круть А.Г., Дмитренко І.А., Горачук В.В. Проблеми регулювання якості медичної допомоги в Україні та основні напрями їх вирішення. Медичні перспективи / *Medicni perspektivi*. 2022. № 27(1). С. 166–173.

33. Шалько М.Н. Особливості державного управління розвитком системи управління якістю медичних послуг. Таврійський науковий вісник. Серія «Публічне управління та адміністрування». 2023. № 6). С. 105–110.

34. Шелеміна Н., Рекун Є., Чванкін Є. Якість медичних послуг у забезпеченні розвитку національної економіки. *Modeling the development of the economic systems*. 2025. № (1). С. 310–321.

35. Шкільняк М.М., Кривокульська Н.М. Розвиток концептуальних підходів до управління якістю медичних послуг закладів охорони здоров'я. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2020. № 2. С. 22–30.