

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Західноукраїнський національний університет
Кафедра менеджменту, публічного управління та персоналу

КОРОЛЬ ЗОРЯНА ВОЛОДИМИРІВНА

**Управління розвитком закладу охорони здоров'я в умовах медичної
реформи**

спеціальність 073 «Менеджмент»
освітньо-професійна програма
«Менеджмент закладів охорони здоров'я»

Кваліфікаційна робота

Виконала студентка групи МЗОЗзм-21

Король Зоряна Володимирівна

Науковий керівник:

Д.е.н., професор

Желюк Тетяна Леонтіївна

ТЕРНОПІЛЬ – 2025

ЗМІСТ

Вступ	3
РОЗДІЛ 1. Концептуальні засади управління розвитком закладу охорони здоров'я в умовах медичної реформи	7
1.1. Сутнісні детермінанти управління закладом охорони здоров'я	7
1.2. Трансформація системи управління закладом охорони здоров'я в умовах медичної реформи	16
РОЗДІЛ 2. Аналіз механізму управління розвитком досліджуваного закладу охорони здоров'я в умовах медичної реформи	26
2.1. Аналіз організаційного забезпечення управління розвитком медичного закладу	26
2.2. Оцінка функціонального механізму управління медичним закладом в умовах медичної реформи	35
РОЗДІЛ 3. Напрями розвитку медичного закладу в умовах медичної реформи	42
3.1. Формування внутрішньої культури безпеки в медичному закладі	42
3.2. Вдосконалення міжсекторної співпраці медичного закладу	51
Висновки до роботи	57
Перелік використаних джерел	60
Додатки	67

ВСТУП

Актуальність теми. Актуальність дослідження впливу медичної реформи в Україні на управління розвитком медичного закладу зумовлена глибинними трансформаціями системи охорони здоров'я, що відбуваються в умовах обмежених ресурсів, демографічних викликів та зростання суспільного запиту на якісні й доступні медичні послуги. Перехід від утримувальної моделі фінансування до принципу «гроші йдуть за пацієнтом», запровадження договірних відносин із Національною службою здоров'я України, автономізація закладів охорони здоров'я через перетворення їх у комунальні некомерційні підприємства істотно змінюють логіку управлінських рішень, пріоритети розвитку та відповідальність керівництва. В умовах реформи керівник медичного закладу змушений орієнтуватися не лише на виконання нормативів і збереження мережі, а й на конкурентоспроможність закладу, ефективне використання фінансових, матеріальних і кадрових ресурсів, формування привабливого іміджу для пацієнтів та партнерів, впровадження сучасних підходів до менеджменту якості та стратегічного планування. Зміна механізмів фінансування, запровадження вимог до надання гарантованого пакету медичних послуг, розвиток електронної системи охорони здоров'я та посилення прозорості діяльності медичних закладів висувають нові вимоги до системи управління, компетентностей управлінського персоналу та організаційної культури. У цьому контексті науковий аналіз впливу медичної реформи на управління розвитком медичного закладу є необхідною передумовою для вироблення обґрунтованих рекомендацій щодо підвищення ефективності управлінських процесів, оптимізації структури закладу, удосконалення мотивації персоналу та забезпечення стійкого розвитку в умовах змінного нормативно-правового й соціально-економічного середовища. Крім того, результати такого дослідження мають практичне значення для органів державної влади та місцевого самоврядування, засновників медичних закладів, а також

менеджерів охорони здоров'я, оскільки дозволяють краще зрозуміти наслідки реформаторських рішень і сформувані більш ефективні моделі управління, орієнтовані на пацієнта, якість послуг та довгострокову стійкість системи охорони здоров'я.

Значний внесок у формування наукового підґрунтя для дослідження публічної політики охорони здоров'я в контексті національної економіки та її модернізації зробили провідні вітчизняні науковці. До їх числа входять такі визначні фахівці, як Алькема В.Г., Сумець О.М., Кириченко О.С., Августин Р.Р., Білинська М. М., Васюк Н. О., Васильців Т.Г., Гальцова О. Л., Радиш Я. Ф., Рожкова І.В., Желюк Т.Л., Жуковська А.Ю., Зуб І. М., Забаштанський М. М., Князевич В. М., Мельник А.Ф.,Мацик В.О., Москаленко М. Ф., Мельниченко О.А., Овчарова Ж.М., Шкільняк М.М., Шапоренко О.І., Шушпанов Д.Г. та інші, чийі праці слугують основою для подальших досліджень.

Визнаючи беззаперечний вклад даних науковців у дослідження модернізації системи управління охороною здоров'я особливий акцент в рамках даної роботи хотілося б поставити на специфіці реалізації завдань «Стратегії модернізації системи охорони здоров'я України до 2030 року» та трансформації системи управління охороною здоров'я в умовах посилення безпекових викликів та загроз, посилення процесів цифровізації, децентралізації відповідно до «Державної стратегії регіонального розвитку України на 2021-2027 роки» та потреби створення інклюзивного середовища як для пацієнтів так і працівників медичного закладу в процесі надання медичних послуг.

Метою роботи є обґрунтування напрямів трансформації системи управління розвитком закладу охорони здоров'я в умовах медичної реформи.

Для досягнення поставленої мети потрібно вирішити **наступні завдання**:

- обґрунтувати теоретичний базис та правове підґрунтя управління закладом охорони здоров'я в умовах медичної реформи;

- проаналізувати діючий стан управління закладом охорони здоров'я та його організаційно-функціональний механізм;
- запропонувати напрями вдосконалення управління розвитком медичним закладом відповідно до векторів розвитку системи охорони здоров'я та сучасних викликів.

Об'єктом є процес управління закладом охорони здоров'я.

Предметом роботи є механізм управління розвитком закладу охорони здоров'я - КНП “Тернопільська обласна дитяча клінічна лікарня” (м. Тернопіль) - в умовах медичної реформи.

Методи дослідження. Методологічну основу дослідження впливу медичної реформи в Україні на управління розвитком медичного закладу доцільно сформовано на основі поєднання загальнонаукових та спеціальних методів. Насамперед використовуються аналіз і синтез для виокремлення ключових компонентів реформи, її фінансових, організаційних та управлінських аспектів, а також для узагальнення їхнього впливу на діяльність закладів охорони здоров'я. Порівняльний метод забезпечує можливість зіставлення стану управління медичними закладами до та після запровадження реформи, а також аналізу відмінностей між різними типами закладів (первинна, вторинна, третинна ланки, державні та комунальні заклади, міські й сільські тощо). Системний підхід дозволяє розглядати медичний заклад як цілісну соціально-економічну систему, що функціонує у взаємозв'язку з інституційним середовищем, місцевими органами влади, НСЗУ та пацієнтами. Статистичні методи (аналіз динаміки показників фінансування, структури доходів і витрат, завантаженості персоналу, кількості підписаних декларацій, обсягів наданих послуг) дають змогу об'єктивно оцінити результати реформування та виявити тенденції розвитку. Важливе значення мають соціологічні методи – опитування, анкетування та інтерв'ю керівників закладів, медичного персоналу і пацієнтів, які дозволяють з'ясувати суб'єктивне сприйняття реформи, її вплив на мотивацію, якість управлінських рішень і задоволеність послугами. Застосування методу експертних оцінок

сприяє глибшому аналізу проблем та перспектив розвитку закладів у нових умовах, зокрема за участю фахівців у сфері медичного менеджменту та економіки охорони здоров'я. Крім того, нормативно-правовий аналіз використовується для дослідження законодавчої та підзаконної бази медичної реформи, порядків надання медичної допомоги, умов договорів з НСЗУ, що визначають рамки й можливості управління розвитком медичного закладу. Комплексне застосування зазначених методів забезпечує наукову обґрунтованість висновків і рекомендацій щодо підвищення ефективності управління закладом охорони здоров'я в умовах триваючої медичної реформи.

Інформаційною базою дослідження є наукові публікації з досліджуваної проблематики, матеріали науково-практичних конференцій, круглих столів, діючий нормативно-правовий базис з питань медичної реформи, децентралізації, інформаційно-аналітичний базис МОЗ України (МОЗ), НСЗУ, документація КНП «Обласна дитяча лікарня», матеріали цифрових платформ з досліджуваної проблематики.

Практичне значення. Отримані напрацювання використано в роботі КНП «Обласна дитяча лікарня».

«Апробація. Основні результати дослідження апробовані у роботі Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції з міжнародною участю «Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах війни та післявоєнної відбудови України» (Тернопіль, ЗУНУ, 2025 р.), Наукової інтернет-конференції студентів та молодих вчених кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу «Інноваційні технології в менеджменті та публічному управлінні». (Тернопіль, ЗУНУ, 2025)» [23].

Структура та обсяг роботи. Робота містить вступ, три розділи, 6 параграфів, висновки, список використаних джерел із 58 позицій, додатки.

РОЗДІЛ 1.

КОНЦЕПТУАЛЬНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ

1.1. Сутнісні детермінанти управління закладом охорони здоров'я

Суть управління медичним закладом полягає в цілеспрямованому впливі на його ресурси, процеси та результати діяльності з метою забезпечення якісного, безперервного й доступного надання медичної допомоги населенню в умовах змінного зовнішнього середовища та обмеженості ресурсів. В науковій літературі (праці Алькеми В.Г., Августин Р.Р., Желюк Т.Л., Жуковської А.Ю, Лагодієнко В.В., Мельник А.Ф., Кириченко О.С Мацика В.О., Нитки О.М., Сумець О.М., Шушпанова Д.Г, і інших) управління розглядається як безперервний цикл функцій планування, організації, мотивації, координації, контролю й регулювання, спрямованих на досягнення стратегічних і тактичних цілей закладу охорони здоров'я .

Назарко С.О., характеризуючи управління медичним закладом звертає увагу на необхідності забезпечення результативності надання медичних послуг та забезпеченні медичної ефективності, «тобто здатність якнайповніше задовольняти потреби споживачів шляхом надання повного спектру високоякісних медичних послуг; адміністративна ефективність, передусім ефективність адміністративного, фінансового, кадрового, інформаційного, комунікаційного менеджменту в управлінні установою, її підрозділами, ресурсами» [28].

Зошук І. ., Стахів О., Августин Р., Кайда О.С., Лагодієнко В. , Радченко О. при характеристиці системи управління медичним закладом в умовах медичної реформи та глобальних викликів акцентують на необхідності посилення конкурентних позицій медичного закладу на ринку медичних послуг [1, 2, 20, 22, 26].

У воєнний час багато дослідників (Желюк Т.Л., Жуковська А.Ю, Шушпанов Д.Г., Бречко О.В., Мельник А.Ф., Нитка О.М. і ін. [9-16]) звертають увагу на додатковий критично важливій складовій управління закладом

охорони здоров'я – необхідності забезпечення стабільності та здатності адаптуватися до нових викликів і загроз. Це питання постає надзвичайно гостро через такі чинники: масштабне руйнування медичних закладів у зонах активних бойових дій та прилеглих до них територіях; порушення ланцюгів постачання життєво важливих ліків; неможливість адекватного здійснення профілактичних заходів та лікувального процесу; брак медичних кадрів; а також значні диспропорції на ринку медичних послуг, спричинені великою кількістю внутрішньо переміщених осіб.

Медичний заклад водночас виступає складною соціально-економічною системою, у якій поєднуються клінічні, адміністративні, фінансові, інформаційні та комунікаційні процеси, що потребують узгодженого, системного підходу до управління. У цьому контексті особливого значення набуває орієнтація не лише на виконання державних стандартів і нормативів, а й на підвищення ефективності використання ресурсів, задоволеність пацієнтів, конкурентоспроможність і стійкість розвитку закладу.

Управління медичним закладом реалізується через взаємопов'язані підсистеми, серед яких ключовими є організаційна, фінансово-економічна, кадрова, клініко-діагностична, інформаційно-аналітична та підсистема управління якістю (рис.1.1).

Організаційна підсистема охоплює формування структури закладу, розподіл повноважень і відповідальності, регламентацію внутрішніх процесів, визначення рівнів управління та каналів комунікації між підрозділами.

Фінансово-економічна підсистема забезпечує планування та облік доходів і витрат, формування тарифів та калькуляцію собівартості послуг, управління контрактами з НСЗУ та іншими джерелами фінансування, аналіз фінансової стійкості й інвестиційних можливостей закладу.



Рис.1.1. Підсистеми управління медичним закладом

Примітка: складено автором з використанням [20, 26,27].

Кадрова підсистема пов'язана з плануванням потреб у персоналі, відбором, розподілом і розвитком професійних компетентностей медичних і немедичних працівників, формуванням мотиваційних механізмів, управлінням трудовою дисципліною та корпоративною культурою.

Клініко-діагностична підсистема охоплює організацію надання медичної допомоги, дотримання клінічних протоколів і стандартів, раціональне використання медичного обладнання та технологій, координацію взаємодії між підрозділами, що забезпечують діагностику, лікування й реабілітацію пацієнтів.

Інформаційно-аналітична підсистема спрямована на збір, обробку, зберігання та аналіз медичної й управлінської інформації, впровадження медичних інформаційних систем, підтримку процесів прийняття рішень на основі доказових даних та ключових показників ефективності.

Підсистема управління якістю інтегрує в собі розроблення та впровадження внутрішніх стандартів, процедур аудиту та моніторингу якості медичної допомоги, оцінювання задоволеності пацієнтів, аналіз клінічних результатів, управління ризиками та безпекою пацієнтів.

Взаємодія зазначених підсистем формує єдиний керований простір, у межах якого керівництво медичного закладу забезпечує узгодження стратегічних цілей із поточною діяльністю, адаптацію до змін законодавчого, економічного та соціального середовища, а також стає й інноваційно орієнтоване розвиток закладу охорони здоров'я.

Об'єктом управління в дослідженні виступає медичний заклад як комунальне некомерційне підприємство, під яким розуміється організаційно-правова форма закладу охорони здоров'я, що заснований на комунальній власності територіальної громади, не має на меті отримання прибутку як основної цілі діяльності та функціонує з метою надання медичних послуг населенню відповідно до визначених державою та місцевим самоврядуванням гарантій у сфері охорони здоров'я. Такий заклад діє на засадах внутрішньої господарської автономії, самостійно організовує свою фінансово-економічну, кадрову, організаційну та виробничу діяльність у межах чинного законодавства, укладає договори з Національною службою здоров'я України та іншими замовниками медичних послуг, розпоряджається закріпленим за ним майном, формує й використовує власні доходи виключно для забезпечення статутної діяльності та розвитку. Як об'єкт управління комунальне некомерційне підприємство характеризується поєднанням публічної місії (забезпечення доступності та якості медичної допомоги, реалізація соціальних гарантій) із необхідністю дотримання принципів економічної доцільності, ефективності використання ресурсів, фінансової стійкості та конкурентоспроможності в умовах договірних відносин із платником медичних послуг і зростаючої конкуренції на ринку охорони здоров'я.

Типова організаційна структура комунального некомерційного підприємства (КНП) у сфері охорони здоров'я, зазвичай має ієрархічно-

функціональний характер і включає такі основні рівні та ланки управління (рис.1.2).



Рис.1.2. Організаційна структура КНП “Тернопільська обласна дитяча клінічна лікарня”

Примітка: побудовано автором.

На верхньому рівні знаходиться керівний орган КНП, до якого належать ГОР, наглядова рада, директор (керівник КНП) та його заступники за основними напрямками діяльності: заступник з медичної частини (медичний директор), заступник з економічних (фінансових) питань, заступник з адміністративно-господарської частини, іноді – заступник з правових або кадрових питань. Директор здійснює загальне стратегічне керівництво,

відповідає за реалізацію статутних завдань, взаємодію з власником (органом місцевого самоврядування), НСЗУ та іншими зовнішніми стейкхолдерами.

Основними завданнями керівництва комунального некомерційного підприємства «Тернопільська обласна дитяча клінічна лікарня» [24] є стратегічне управління діяльністю закладу, забезпечення належної якості та безпеки медичної допомоги, ефективне управління кадровими, фінансовими та матеріальними ресурсами, а також організація взаємодії з зовнішніми стейкхолдерами. Керівництво здійснює визначення місії, довгострокових цілей і пріоритетних напрямів розвитку лікарні, розробляє та реалізує стратегію її функціонування і модернізації з урахуванням вимог чинного законодавства та реформ у сфері охорони здоров'я. До завдань керівної ланки належить укладання та забезпечення виконання договорів з Національною службою здоров'я України та іншими замовниками медичних послуг, а також адаптація організаційної структури і процесів закладу до змін фінансово-економічних умов та нормативно-правового середовища.

Одним із ключових напрямів діяльності керівництва є організація надання медичної допомоги дітям відповідно до затверджених державних стандартів, клінічних протоколів і маршрутів пацієнтів, забезпечення безперервного контролю якості медичних послуг і впровадження ефективної системи внутрішнього контролю якості та безпеки лікувально-діагностичного процесу. Важливим завданням є дотримання прав пацієнтів, медичної етики та деонтології, створення безпечних та комфортних умов перебування дитини і її законних представників у закладі.

Управління персоналом посідає центральне місце в системі завдань керівництва лікарні. Воно включає формування та реалізацію кадрової політики, планування потреби в персоналі, підбір, розстановку та закріплення кадрів, організацію безперервного професійного розвитку медичних працівників, підвищення їх кваліфікації та впровадження сучасних підходів до мотивації й оцінювання результатів праці. Керівництво відповідає за створення належних умов праці, дотримання трудового законодавства, правил охорони

праці та техніки безпеки, а також за формування корпоративної культури, орієнтованої на пацієнтоцентричність, професіоналізм та командну взаємодію.

Окремий комплекс завдань пов'язаний з фінансово-економічним управлінням. До нього належить формування та виконання фінансового плану і бюджету закладу, забезпечення раціонального використання фінансових ресурсів, підвищення економічної ефективності діяльності, диверсифікація джерел фінансування, а також контроль за цільовим та ефективним використанням коштів, отриманих від НСЗУ, місцевих бюджетів та інших джерел, не заборонених законодавством. Керівництво здійснює організацію бухгалтерського обліку, фінансової звітності та внутрішнього фінансового контролю.

Керівна ланка несе відповідальність за забезпечення закладу необхідною матеріально-технічною базою, сучасним медичним обладнанням, лікарськими засобами та витратними матеріалами, організацію належного технічного обслуговування, ремонту та оновлення основних засобів, а також за дотримання санітарно-епідемічних норм і стандартів інфекційного контролю. Важливим завданням є організація ефективної взаємодії з органом управління (власником майна), органами державної влади та місцевого самоврядування, закладами освіти і науки, громадськими організаціями та іншими партнерами з метою підвищення доступності та якості медичної допомоги дітям. Сукупність зазначених завдань забезпечує цілісність, керованість та результативність функціонування КНП «Тернопільська обласна дитяча клінічна лікарня» як суб'єкта системи охорони здоров'я регіонального рівня.

На функціональному управлінському рівні зазвичай виділяються основні підрозділи апарату управління. До клініко-організаційного блоку належать служба медичного директора, сектор організації та якості медичної допомоги, відділ статистики й аналітики, кабінет контролю якості та безпеки медичної діяльності, епідеміологічна служба (інфекційний контроль). Фінансово-економічний блок включає бухгалтерію, фінансово-економічний відділ, планово-економічний сектор, відділ договірної роботи та

взаєморозрахунків з НСЗУ, відділ закупівель/тендерний комітет. До адміністративно-господарського блоку, як правило, входять господарча служба, служба матеріально-технічного забезпечення, транспортна служба, відділ експлуатації будівель і мереж, склади. Окремим напрямом виділяються кадрова служба, юридична служба, канцелярія та діловодство, інформаційно-технічна (ІТ) служба, служба охорони праці та цивільного захисту.

Клінічний рівень структури КНП формується з лікувально-діагностичних підрозділів, які безпосередньо надають медичні послуги. До них належать відділення (стаціонарні: терапевтичне, хірургічне, реанімаційне, педіатричне, акушерсько-гінекологічне тощо; амбулаторно-поліклінічні підрозділи; консультативно-діагностичні центри), кабінети лікарів загальної практики – сімейної медицини (для центрів ПМСД), процедурні та перев'язочні кабінети, операційні блоки, відділення анестезіології та інтенсивної терапії, лабораторії, відділення променевої діагностики (рентген, УЗД, КТ, МРТ за наявності), фізіотерапевтичні відділення тощо. У середині клінічних підрозділів структура може деталізуватися відповідно до профілю та потужності закладу (палати, сектори, кабінети).

Допоміжні та сервісні підрозділи включають аптеки (лікарняні), стерилізаційні (ЦСО), пральні, харчоблок, дезінфекційні служби, архів медичної документації, реєстратуру поліклінічного підрозділу КНП, відділ з роботи зі зверненнями громадян та пацієнтів. У сучасних умовах в окремих КНП можуть створюватися підрозділи з розвитку, інновацій та проєктної діяльності, відділи маркетингу та комунікацій, служби з управління якістю відповідно до міжнародних стандартів (наприклад, ISO).

Загалом типова структура КНП відображає поєднання трьох основних блоків: управлінсько-адміністративного (керівництво й апарат управління), клінічного (лікувально-діагностичні підрозділи) та забезпечувального (фінансово-економічні, кадрові, господарчі, технічні, інформаційні служби), що функціонують у взаємодії для реалізації статутної мети – надання якісної,

доступної та безпечної медичної допомоги населенню на засадах некомерційної діяльності.

Управління закладом охорони здоров'я в умовах повномасштабної війни супроводжується комплексом взаємопов'язаних викликів, що одночасно зачіпають кадрову, матеріально-технічну, фінансову, організаційну та психологічну сфери діяльності [50,58]. Один із ключових викликів пов'язаний із кадровою нестачею та професійним вигоранням медичних працівників, зумовленими мобілізацією, вимушеною міграцією, загибеллю чи пораненням персоналу, зростанням інтенсивності праці, постійним стресовим навантаженням і загрозою життю. Це вимагає від керівництва перегляду підходів до планування чисельності та структури персоналу, організації робочих змін, системи мотивації та психологічної підтримки колективу. Не менш суттєвим викликом є руйнування та пошкодження інфраструктури, втрата обладнання, перебої з електроенергією, водопостачанням, логістикою медикаментів і витратних матеріалів, що потребує гнучкого управління матеріально-технічними ресурсами, впровадження планів безперервності діяльності, резервування критично важливих систем та адаптації клінічних маршрутів пацієнтів.

Додатковим рівнем складності є зміна структури захворюваності та потреб у медичній допомозі. Зростає частка бойових травм, полі травм, опіків, психічних розладів, водночас не зникає потреба в лікуванні хронічних неінфекційних захворювань, веденні вагітностей, наданні невідкладної допомоги цивільному населенню. Це формує нові вимоги до профілю закладу, структури ліжкового фонду, організації роботи приймальних відділень, операційних, реабілітаційних підрозділів, а також до перепідготовки персоналу. Важливим викликом стає забезпечення безпеки пацієнтів і персоналу, що включає організацію укриттів, евакуаційних маршрутів, алгоритмів реагування на повітряні тривоги, ракетні удари чи обстріли, а також розробку та впровадження протоколів дій у надзвичайних ситуаціях. Усе це має інтегруватися в систему управління ризиками закладу.

Фінансовий вимір також ускладнюється, адже в умовах війни посилюється залежність закладів від нестабільності фінансування, коливань бюджетних асигнувань, змін пріоритетів державної політики та міжнародної донорської допомоги. Керівництво змушене шукати баланс між виконанням умов договорів з НСЗУ, залученням грантів, гуманітарної допомоги, підтримкою з боку місцевих громад та оптимізацією власних витрат. Це потребує високого рівня фінансового менеджменту, прозорості та підзвітності, здатності швидко перерозподіляти ресурси відповідно до змін ситуації. Окремий блок викликів становить управління інформаційними потоками та комунікаціями: необхідність оперативного обміну медичною інформацією в умовах перебоїв зі зв'язком, кіберзагроз, потреби в захисті персональних даних, а також ефективної комунікації з пацієнтами, родичами, органами влади, волонтерами та міжнародними організаціями.

Не можна оминати й психосоціальний вимір управління. Керівники закладів охорони здоров'я мають діяти в умовах високої невизначеності, морального тиску, постійного ризику втрат, що впливає на стиль керівництва, прийняття рішень, рівень довіри в колективі. Забезпечення згуртованості, підтримання професійної етики, профілактика конфліктів і вигорання стають критично важливими елементами управлінського процесу. У підсумку управління закладом охорони здоров'я в умовах війни перетворюється на багатовимірний процес кризового та стратегічного менеджменту, в якому необхідно поєднувати оперативну реакцію на загрози з довгостроковим баченням відновлення й розвитку системи медичної допомоги.

1.2. Трансформація системи управління закладом охорони здоров'я в умовах медичної реформи

Управління комунальним некомерційним підприємством у сфері охорони здоров'я в умовах реалізації завдань «Стратегії модернізації системи охорони здоров'я до 2030 року» [39] зазнає суттєвої трансформації як за

змістом управлінських функцій, так і за інструментами їх реалізації. Насамперед відбувається перехід від адміністративно-командної моделі управління до моделі стратегічного, орієнтованого на результат менеджменту. Керівництво КНП дедалі більше виконує роль суб'єкта стратегічного планування та розвитку, зосереджуючись не лише на поточному забезпеченні функціонування закладу, а й на розробленні та впровадженні довгострокових планів модернізації матеріально-технічної бази, оптимізації структури медичних послуг, впровадженні інноваційних клінічних та управлінських технологій. У цьому контексті вагомим значення набуває управління ризиками, прогнозування потреб населення в медичній допомозі, формування конкурентоспроможного портфеля послуг та активна участь закладу у програмних та проектних ініціативах на національному й регіональному рівнях.

Одним із ключових векторів трансформації управління КНП є посилення автономії закладу поєднане з підвищенням відповідальності керівництва за результати діяльності. З розширенням прав підприємства щодо розпорядження фінансовими ресурсами, майном, кадровою політикою та організаційною структурою зростає роль економічного аналізу, бюджетування, управлінського обліку та контролю ефективності використання ресурсів.

Управління КНП вимушене орієнтуватися на нові механізми фінансування, зокрема на договори з Національною службою здоров'я України [30] за принципом «гроші йдуть за пацієнтом», що стимулює керівництво до підвищення якості та доступності послуг, оптимізації ліжкового фонду, раціоналізації маршрутів пацієнтів та розвитку амбулаторної і високоспеціалізованої допомоги. Відповідно посилюється значення фінансового менеджменту, контролю собівартості медичних послуг, диверсифікації джерел доходів (платні послуги, грантові програми, державно-приватне партнерство).

Важливим елементом трансформації є зміна підходів до управління якістю медичної допомоги та безпекою пацієнтів. Керівництво КНП

переходить від формального дотримання нормативів до запровадження систем управління якістю, орієнтованих на безперервне вдосконалення процесів (зокрема через клінічні аудити, внутрішній контроль якості, моніторинг індикаторів результативності, аналіз клінічних випадків і помилок). Зростає роль протокольно-орієнтованого лікування, доказової медицини, стандартизації клінічних маршрутів, впровадження систем інфекційного контролю та управління клінічними ризиками.

Внутрішній контроль якості медичних послуг у закладі охорони здоров'я, зокрема в комунальному некомерційному підприємстві, становить собою цілісну систему організаційних, клінічних та управлінських заходів, спрямованих на забезпечення відповідності медичної допомоги встановленим стандартам, клінічним протоколам, вимогам доказової медицини, а також на захист прав пацієнтів і підвищення ефективності використання ресурсів. Зміст внутрішнього контролю охоплює як оцінку процесів надання медичної допомоги, так і аналіз результатів лікування, рівня задоволеності пацієнтів, дотримання етичних норм, правил інфекційного контролю та безпеки пацієнта.

Ключовими елементами системи внутрішнього контролю якості є розроблення та впровадження локальних протоколів, стандартних операційних процедур, клінічних маршрутів пацієнтів, а також створення постійно діючих комісій або комітетів з якості. До їхніх функцій належать: проведення клініко-експертних оцінок історій хвороби, аналіз випадків ускладнень, летальних наслідків, повторних госпіталізацій, визначення причин виявлених дефектів у наданні допомоги та розроблення коригувальних заходів. Важливу роль відіграє регулярний аудит дотримання лікарями клінічних протоколів, своєчасності та повноти обстежень, обґрунтованості призначень лікарських засобів та медичних втручань.

Внутрішній контроль якості тісно пов'язаний із системою безперервного професійного розвитку медичного персоналу. Результати контролю використовуються для виявлення освітніх потреб, планування тематичних внутрішніх навчань, тренінгів, клінічних конференцій, розборів складних та

конфліктних випадків. Таким чином, контроль виступає не лише інструментом виявлення недоліків, а й механізмом постійного удосконалення професійної компетентності працівників та підвищення культури безпеки в закладі.

Окремим напрямом внутрішнього контролю є моніторинг задоволеності пацієнтів та їх законних представників. Застосування анкетування, скриньок для звернень, гарячих ліній, електронних сервісів зворотного зв'язку дає змогу виявляти проблеми комунікації, організації запису, очікування, умов перебування, ставлення персоналу. Отримані дані аналізуються керівництвом і структурними підрозділами, після чого формуються управлінські рішення щодо покращення сервісної складової медичної допомоги.

З огляду на сучасні вимоги, внутрішній контроль якості медичних послуг дедалі більше набуває рис формалізованої системи менеджменту якості, орієнтованої на принципи безперервного поліпшення (циклу PDCA: планує – виконуй – перевіряй – дій). Це передбачає регулярне встановлення показників якості, їх моніторинг, аналіз відхилень, впровадження коригувальних і запобіжних дій, а також документування всіх етапів. У результаті внутрішній контроль виступає ключовим інструментом забезпечення стабільності та прогнозованості якості медичних послуг, підвищення довіри з боку пацієнтів і замовників послуг, а також досягнення стратегічних цілей закладу охорони здоров'я в умовах реформування системи охорони здоров'я.

Керівництво має забезпечувати не лише формальне виконання стандартів, а й формування внутрішньої культури безпеки, залучення медичного персоналу до процесів поліпшення якості, розвиток міждисциплінарної взаємодії.

Окремим напрямом модернізації управління є цифровізація управлінських і клінічних процесів, яка демаркована «Концепцією розвитку електронної охорони здоров'я», затвердженою розпорядженням КМУ № 857-р від 06.09.2024 зі змінами [21, 25].

Використання електронної системи охорони здоров'я «eHealth» у діяльності закладів охорони здоров'я, зокрема комунальних некомерційних підприємств, є одним із ключових інструментів реалізації реформ у медичній галузі та підвищення прозорості, ефективності й керованості системи. Електронна система виступає єдиною інформаційною платформою, яка забезпечує облік пацієнтів, медичних послуг, договорів із Національною службою здоров'я України, а також формування й обмін медичною інформацією між різними суб'єктами системи охорони здоров'я.

У практичній площині використання «eHealth» передбачає реєстрацію закладу охорони здоров'я, його структурних підрозділів та медичних працівників, ведення електронних медичних записів, оформлення електронних направлень, рецептів, лікарняних листків, а також фіксацію обсягів наданих медичних послуг у межах укладених пакетів медичних гарантій. Завдяки цьому забезпечується відстеження маршруту пацієнта, уніфікація облікових процесів, зменшення паперового документообігу й мінімізація можливостей для маніпуляцій із даними. Важливим напрямом є використання «eHealth» як інструменту аналітики: на основі накопичених даних керівництво закладу отримує можливість здійснювати моніторинг структури захворюваності, навантаження на окремі підрозділи та лікарів, ефективності використання ресурсів, що, у свою чергу, сприяє прийняттю більш обґрунтованих управлінських рішень.

Особливого значення набуває використання «eHealth» у контексті взаємодії з НСЗУ, оскільки саме на підставі внесених до системи даних формуються звіти про надані послуги та здійснюється оплата за договором. Точність і своєчасність внесення інформації в електронну систему безпосередньо впливають на фінансову стабільність закладу. Крім того, застосування «eHealth» підсилює пацієнт-орієнтованість медичної допомоги: пацієнти отримують можливість доступу до частини власних медичних даних, зручного формування та погашення електронних рецептів, вибору лікаря та закладу, що загалом підвищує рівень довіри до системи охорони здоров'я.

Таким чином, впровадження та повсякденне використання «eHealth» трансформує як організаційні, так і управлінські процеси в закладі охорони здоров'я, сприяючи цифровізації медичних послуг, удосконаленню внутрішнього контролю якості, посиленню підзвітності та прозорості діяльності, а також формуванню аналітичної бази для стратегічного планування розвитку КНП.

Впровадження електронної медичної інформаційної системи, електронних медичних записів, телемедичних сервісів та систем аналітики даних змінює характер управлінських рішень, роблячи їх більш обґрунтованими, дано-орієнтованими та прозорими. Керівництво КНП отримує інструменти для оперативного моніторингу завантаженості підрозділів, аналізу структури захворюваності та споживання послуг, контролю якості ведення медичної документації та оцінки ефективності використання ресурсів. У результаті цифрова трансформація стає не лише технічним, а й управлінським чинником, що вимагає від керівництва нових компетентностей у сфері управління змінами, IT-проектами та інформаційною безпекою.

З 01.01.2025 р. в Україні функціонує оновлена цифрова система оцінювання повсякденного функціонування, яка замінила попередній механізм медико-соціальних експертних комісій (МСЕК). Цю електронну систему оцінювання повсякденного функціонування було створено Міністерством охорони здоров'я у тісній співпраці з Міністерством цифрової трансформації України, а також за фінансової підтримки швейцарсько-української Програми EGAP, що реалізується Фондом Східна Європа. Інноваційна система працює повністю в електронному форматі. За перші три місяці її функціонування було ухвалено понад 100 тисяч рішень, а понад 40 тисяч медичних фахівців щодня створюють електронні направлення та приймають рішення в цифровому середовищі. Вперше в Україні запроваджено уніфіковану систему оцінювання, яка забезпечує однаковий підхід у всіх регіонах та швидкий доступ до результатів. Ця цифрова система вирізняється зручністю та прозорістю.

Попередня система МСЕК характеризувалася надмірною бюрократією, відсутністю прозорості у прийнятті рішень та складністю процедур. Особи з проблемами зі здоров'ям часто були змушені витратити значний час на збір документів, відвідування комісій та проходження додаткових обстежень.

Нова система зосереджена на потребах пацієнтів, які зіткнулися з серйозними захворюваннями, травмами або мають стійкі порушення здоров'я та обмеження життєдіяльності. Її головна мета – не лише визначення статусу інвалідності, а й комплексна оцінка стану людини, її щоденних обмежень, а також забезпечення доступу до необхідної підтримки, реабілітаційних послуг та соціальних сервісів. Це стало можливим завдяки запуску єдиної електронної системи, яка інтегрує всі етапи оцінювання – від направлення лікаря до прийняття рішення експертною командою.

Нова електронна система оцінювання повсякденного функціонування є безкоштовним цифровим інструментом, розробленим на платформі «Дія.Engine2» [48] для медичних працівників, адміністраторів та експертних команд. Використання «Дія.Engine» значно прискорило її розробку завдяки вбудованим «low-code» компонентам. Оскільки «Дія.Engine» є державним стандартизованим рішенням, це спрощує підтримку та модернізацію системи, усуваючи залежність від конкретного розробника.

Система дозволяє лікарям будь-якої спеціальності, які працюють з дорослими пацієнтами, створювати електронні направлення. Всі наступні дії – формування експертних груп, розгляд справ та прийняття рішень – здійснюються в електронному форматі. Це забезпечує гнучкість в проведенні оцінювання: безпосередньо в медичному закладі; дистанційно за допомогою телемедичних технологій; заочно, на підставі наданих документів; з виїздом за місцем перебування або лікування пацієнта. Доступ до системи мають усі заклади охорони здоров'я в Україні, незалежно від форми власності або наявності договору з НСЗУ.

Нова цифрова система не тільки оптимізує процес оцінювання повсякденного функціонування, але й створює модель, що характеризується прозорістю та безпекою. Її ключові переваги включають (рис.1.3):



Рис.1.3. Нова модель забезпечення експертної діяльності КНП

Примітка: складено з використанням [30,48]

Прозорість інформації. Дані про діяльність експертних груп, їхні профілі, місця проведення оцінювання, контакти адміністраторів та статистику прийнятих рішень доступні на публічних інформаційних панелях (дашбордах) Міністерства охорони здоров'я.

Гарантована безпека даних. Уся історія справи зберігається в системі із фіксацією інформації про те, хто, коли та які документи додав або які дії здійснив. Це виключає можливість фальсифікації або втрати даних.

Зручність для медичного персоналу. Лікарі мають можливість формувати електронні направлення, прикріплюючи відскановані документи. Це запобігає втраті інформації. У випадку виявлення неточностей, адміністратор закладу перевіряє справу та повертає її на доопрацювання, чітко

вказуючи причини. Експертні комісії, своєю чергою, отримують централізований доступ до повного пакета документів.

Організація роботи команд із дотриманням прозорості. Усі експертні групи працюють відповідно до затвердженого графіка, який формує керівник або адміністратор закладу. Система дозволяє відстежувати завантаженість команд, планувати розклади та моніторити статистику рішень, забезпечуючи таким чином справедливий та об'єктивний розподіл завдань.

Забезпечення конфіденційності. До моменту оцінювання лікарі не знають, чия саме справа буде розглядатися, а пацієнти, в свою чергу, не обізнані про склад команди. Це знижує ризики упередженості та зовнішнього впливу на прийняття рішень.

Електронне підписання. Кожне прийняте рішення засвідчується електронними підписами всіх членів експертної команди, що підтверджує його автентичність.

Доступність для осіб з обмеженими можливостями. Вперше в країні реалізовано можливість проходження оцінювання дистанційно, заочно або за місцем проживання/лікування, зберігаючи при цьому високу якість прийнятих рішень.

Суттєво трансформується й управління персоналом. У межах реалізації Стратегії до 2030 року зростає значення формування кадрової політики, орієнтованої на розвиток людського капіталу, мотивацію, безперервний професійний розвиток та запобігання вигоранню персоналу. Керівництво КНП змушене впроваджувати сучасні інструменти HR-менеджменту: системи ключових показників результативності (KPI), диференціацію оплати праці залежно від результатів, програми наставництва, внутрішні навчальні заходи, участь у професійних мережах і проектах.

Зростає роль комунікаційної функції управління: керівництво має забезпечувати ефективну внутрішню комунікацію, залучення персоналу до обговорення змін, формування партнерських відносин між адміністрацією, медичними працівниками та пацієнтами.

Основним принципом трансформація управління КНП є створення інклюзивного середовища в лікарні та посилення пацієнт-орієнтованості та відкритості закладу до суспільства. Керівництво має вибудовувати системну взаємодію з органами місцевого самоврядування, громадськими організаціями, пацієнтськими спільнотами, благодійними фондами, а також забезпечувати прозорість діяльності через публічну звітність, відкриті дані, механізми зворотного зв'язку й роботи зі скаргами. У підсумку управління КНП у межах реалізації Стратегії модернізації до 2030 року еволюціонує від традиційного адміністративного адміністрування до комплексного стратегічного менеджменту, заснованого на принципах автономії, відповідальності за результат, орієнтації на якість і безпеку медичної допомоги, цифровій трансформації та партнерстві з ключовими стейкхолдерами.

РОЗДІЛ 2.

АНАЛІЗ МЕХАНІЗМУ УПРАВЛІННЯ РОЗВИТКОМ ДОСЛІДЖУВАНОВОГО ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ

2.1. Аналіз організаційного забезпечення управління розвитком медичного

Комунальне некомерційне підприємство «Тернопільська обласна дитяча клінічна лікарня» Тернопільської обласної ради є високоспеціалізованим закладом охорони здоров'я третинного рівня, організаційний потенціал якого формувався протягом тривалого історичного періоду. Функціонування закладу з 1965 року з подальшою трансформацією у 2010 році в комунальну установу, а в 2019 році – у комунальне некомерційне підприємство, свідчить про поступову адаптацію організаційної структури та управлінської моделі до змін у галузевій політиці охорони здоров'я України. Перехід у статус КНП забезпечив розширення управлінської та фінансової автономії, можливість гнучкішого розподілу ресурсів, участі в програмах медичних гарантій, залучення позабюджетних джерел фінансування, що є важливим чинником підвищення організаційної спроможності закладу.

Організаційний потенціал закладу значною мірою зумовлений масштабом і структурою його ліжкової мережі та спектром медичних послуг. Наявність стаціонару на 405 ліжок, з яких 145 належать до хірургічного профілю, та функціонування 15 стаціонарних відділень свідчать про високий рівень диференціації та спеціалізації медичної допомоги дитячому населенню. Додатковим ресурсом організаційної спроможності виступають 6 допоміжних лікувально-діагностичних відділень, які забезпечують повний цикл діагностично-лікувального процесу та дають змогу реалізовувати комплексний підхід до ведення пацієнта. Розгортання таких структурних одиниць, як консультативно-діагностичний центр, центр комплексної медичної реабілітації дітей в стаціонарних і амбулаторних умовах, центр ментального здоров'я, відображає орієнтацію закладу на

мультидисциплінарність, безперервність медичної допомоги та інтеграцію медичних, реабілітаційних і психосоціальних послуг.

Важливою характеристикою організаційного потенціалу лікарні є наявність мобільних форм надання допомоги, зокрема виїзної неонатологічної бригади невідкладної допомоги та виїзної консультативно-педіатричної бригади невідкладної та паліативної допомоги. Це свідчить про здатність закладу забезпечувати високоспеціалізовану медичну допомогу не лише в межах стаціонару, а й на догоспітальному етапі, що підвищує доступність, своєчасність та безперервність медичного обслуговування, особливо для найуразливіших категорій пацієнтів (новонароджені, діти з тяжкою та паліативною патологією). Така структура створює передумови для формування регіонального центру експертизи в галузі дитячої охорони здоров'я, який виконує координаційну, консультативну та навчальну функції для закладів нижчих рівнів.

Наявність акредитаційного сертифіката вищої категорії підтверджує відповідність закладу встановленим державним вимогам щодо організації медичної допомоги, рівня матеріально-технічного забезпечення, кадрового потенціалу, дотримання стандартів і протоколів лікування, системи внутрішнього контролю якості та безпеки медичних послуг. Вища акредитаційна категорія до 16.10.2026 року є формальним індикатором високого організаційного потенціалу та слугує додатковим інструментом легітимації статусу лікарні як провідного спеціалізованого дитячого закладу області. Вона також опосередковано свідчить про наявність у закладі розвиненої системи управління якістю, впровадження локальних клінічних протоколів, стандартних операційних процедур, механізмів моніторингу результатів лікування та задоволеності пацієнтів.

Узагальнюючи наведене, організаційний потенціал КНП «Тернопільська обласна дитяча клінічна лікарня» можна оцінювати як високий, з огляду на поєднання таких чинників, як тривалий період функціонування та інституційна спадковість, адаптація до сучасних

організаційно-правових форм, значний ліжковий фонд із потужним хірургічним компонентом, розгалужена структура клінічних і допоміжних підрозділів, наявність спеціалізованих центрів та мобільних бригад, а також підтверджена вища категорія акредитації. У сукупності ці елементи забезпечують здатність закладу виконувати функції регіонального центру третинної медичної допомоги дітям, реалізовувати комплексні лікувально-діагностичні та реабілітаційні програми, інтегрувати стаціонарну, амбулаторну, виїзну та паліативну допомогу, що є ключовими характеристиками сформованого й розвиненого організаційного потенціалу.

Основний напрям діяльності комунального некомерційного підприємства «Тернопільська обласна дитяча клінічна лікарня» як надкластерного закладу охорони здоров'я зумовлює його провідну роль у системі педіатричної допомоги регіону. Заклад забезпечує надання спеціалізованої медичної допомоги, медичної реабілітації, паліативної медичної допомоги, а також медичної допомоги із застосуванням телемедицини дітям віком від 0 до 18 років. Такий комплексний підхід до організації медичної допомоги охоплює всі основні етапи медичного маршруту дитини: від гострих станів і планового лікування до тривалої реабілітації та паліативного супроводу, що свідчить про високий рівень організаційної та клінічної спроможності закладу. Наявність правових підстав для діяльності, включаючи ліцензію на медичну практику та документи, що підтверджують право на здійснення професійної діяльності медичних і фармацевтичних працівників, забезпечує відповідність діяльності лікарні вимогам чинного законодавства України та стандартам надання медичної допомоги.

Важливим елементом організаційного потенціалу закладу є його функція як бази післядипломної підготовки (професіоналізації) медичних кадрів. Виконання ролі клінічної бази для стажування лікарів-інтернів, проходження практики студентами медичних університетів та медичних коледжів свідчить про високий рівень кадрового, науково-методичного та

організаційного забезпечення. Це не лише підтверджує статус лікарні як провідного закладу третинного рівня, але й формує стійкий кадровий резерв для системи охорони здоров'я регіону, сприяє впровадженню сучасних клінічних протоколів, інноваційних технологій діагностики та лікування, а також розвитку культури безперервного професійного навчання.

Кадровий потенціал комунального некомерційного підприємства «Тернопільська обласна дитяча клінічна лікарня» характеризується високим рівнем укомплектованості та достатньо високим показником кваліфікаційної спроможності, що створює передумови для забезпечення безперервності та якості надання медичної допомоги дітям. Станом на кінець звітнього року у структурі закладу передбачено 177,0 штатних посад лікарів, із яких зайнято 176,5, що відповідає рівню укомплектованості 99,4 %. Кількість фізичних осіб лікарів становить 156 осіб, що свідчить про наявність часткової зайнятості та поєднання ставок. Із загальної кількості лікарів атестовано 137 осіб, що становить 87,8 %, що є показником високого рівня професійної підготовки та відповідності кадрового складу вимогам щодо проходження періодичної атестації [24].

Аналогічна тенденція спостерігається у групі середнього медичного персоналу. При штатній чисельності 311,0 посад зайнято 309,75, що забезпечує укомплектованість на рівні 99,5 %. Кількість фізичних осіб середнього медичного персоналу становить 289, із яких 241 особа атестована, що відповідає показнику 83,3 %. Такий рівень атестаційного покриття свідчить про достатню кваліфікаційну підготовку середнього медичного персоналу, однак водночас вказує на наявність резерву для подальшого підвищення професійної компетентності, зокрема за рахунок розширення участі в атестації, безперервному професійному розвитку та спеціалізованих освітніх програмах (табл.2.1) [24].

Структура зайнятості медичних працівників демонструє гнучке використання кадрового ресурсу. Серед лікарів частина працює на 0,25 ставки (6 осіб), 0,5 ставки (6 осіб) та 0,75 ставки (1 особа), що може бути пов'язано з

поєднанням клінічної, наукової, педагогічної діяльності або роботою за сумісництвом. Серед середнього медичного персоналу на 0,5 ставки працює 9 осіб, що також свідчить про застосування гнучких форм зайнятості. Така модель кадрового розподілу дає змогу підтримувати необхідний рівень забезпеченості персоналом при оптимізації фонду оплати праці, однак потребує чіткої організації графіків роботи для запобігання ризикам перевантаження та забезпечення безперервності медичного процесу.

Таблиця 2.1

Кадрове забезпечення КНП «Тернопільська обласна дитяча клінічна лікарня»

Тип персоналу	Штатних посад (всього)	Зайнятих посад (з декрет.)	Фізичних осіб (з декрет.)	Укомплектованість (%)	Атестовано (всього)	Атестовано (%)	
лікарі	177,00	176,50	156	99,4	137	87,8	
середній медперсонал	311,00	309,75	289	99,5	241	83,3	
Працюють на:							
0,25 ставки		0,50 ставки		0,75 ставки		Медичні працівники пенсійного віку	
Лікарі	Середній медичний персонал	Лікарі	Середній медичний персонал	Лікарі	Середній медичний персонал	Лікарі	Середній медичний персонал
6	-	6	9	1	-	33	29

Примітка: наведено за інформацією КНП «Тернопільська обласна дитяча клінічна лікарня» [24].

Важливим елементом оцінки кадрового потенціалу є вікова структура персоналу. У закладі працює 33 лікарі пенсійного віку та 29 представників середнього медичного персоналу пенсійного віку. З одного боку, це свідчить про наявність високодосвідчених фахівців, які формують професійне ядро, забезпечують наступність традицій, менторство для інтернів, молодих лікарів та студентів. З іншого боку, значна частка працівників пенсійного віку створює потенційні ризики щодо майбутнього дефіциту кадрів у середньо- та довгостроковій перспективі (можливий вихід на заслужений відпочинок, обмеження працездатності, потреба в поступовому зменшенні навантаження). Це зумовлює необхідність цілеспрямованої кадрової політики, орієнтованої на

залучення молодих фахівців, формування кадрового резерву, посилення мотиваційних механізмів закріплення молодих лікарів та медичних сестер у закладі.

Узагальнюючи, кадровий потенціал КНП «Тернопільська обласна дитяча клінічна лікарня» можна охарактеризувати як високий за рівнем укомплектованості та достатньо високий за рівнем кваліфікації як лікарів, так і середнього медичного персоналу. Водночас наявність значної частки фахівців пенсійного віку та певної частини неатестованих працівників вказує на стратегічну потребу у посиленні заходів з оновлення та розвитку кадрового складу, включно з плануванням наступності, стимулюванням проходження атестації та розширенням програм безперервного професійного розвитку. Таке поєднання сильних сторін і виявлених ризиків визначає кадровий компонент як один із ключових елементів організаційного потенціалу закладу, що прямо впливає на якість, доступність та сталість медичної допомоги дітям у регіоні.

Обсяги наданої медичної допомоги свідчать про значну фактичну завантаженість та затребуваність послуг закладу. Станом на 01.11.2025 року стаціонарну медичну допомогу отримали 12 623 хворі дитини, що характеризує лікарню як потужний центр спеціалізованої педіатричної допомоги. Такий рівень госпіталізацій вимагає розвиненої організаційної структури, ефективної системи управління потоками пацієнтів, оптимальної логістики між підрозділами, належного кадрового забезпечення та достатнього рівня матеріально-технічних ресурсів. Висока інтенсивність роботи також підкреслює значущість закладу в мережі надання медичної допомоги дітям та підтверджує доцільність його статусу як надкластерного закладу.

Співпраця з Національною службою здоров'я України є ключовим індикатором інтегрованості закладу в сучасну модель фінансування охорони здоров'я. На 2025 рік лікарнею подано 17 пакетів медичних послуг орієнтовно на суму 175 826 000 грн, що свідчить про широкий спектр наданих послуг та значну фінансову спроможність закладу (табл.2.2).

Таблиця 2.2

Джерела надходження фінансових ресурсів КНП «Тернопільська обласна дитяча клінічна лікарня»

Джерела	<i>Звітний період, станом на 1.11.2025 р.</i>
Всього	169,3
За програмою медичних гарантій	154,2
Обласний бюджет	12,7
Власні кошти	2,4

Примітка: наведено за інформацією КНП «Тернопільська обласна дитяча клінічна лікарня» [24].

Особливої уваги заслуговує подання одного з пакетів уперше – щодо надання психосоціальної та психіатричної допомоги дорослим та дітям у центрах ментального (психічного) здоров'я та мобільними мультидисциплінарними командами. Це відображає стратегічну орієнтацію закладу на розвиток послуг у сфері ментального здоров'я, мультидисциплінарних підходів до надання допомоги, розширення профілю діяльності та відповідь на актуальні виклики суспільного здоров'я.

Матеріально-технічна база закладу є важливим складником його організаційного потенціалу. Станом на 01.11.2025 року придбано товарно-матеріальних цінностей на суму 48,4 млн грн, з яких 11,8 млн грн становлять медикаменти, закуплені за кошти програми медичних гарантій. Такі показники свідчать про активне оновлення матеріально-технічного забезпечення, що, з одного боку, забезпечує належний рівень лікувально-діагностичного процесу, а з іншого – демонструє ефективне використання фінансових ресурсів, у тому числі отриманих у межах договорів із НСЗУ. Наявність сучасних лікарських засобів, обладнання та інших ресурсів є передумовою для підтримання належної якості, безпеки та доступності спеціалізованої, реабілітаційної, паліативної й телемедичної допомоги.

Важливим чинником посилення організаційного, кадрового та інформаційно-аналітичного потенціалу закладу в умовах проведення медичної

реформи та врахування сучасних викликів воєнного стану є створення Обласного центру катamnестичного спостереження на базі дитячої клінічної лікарні. Це сприяє:

по-перше, розширенню профілю діяльності лікарні в напрямі раннього втручання та комплексного супроводу дітей із груп ризику;

по-друге, підвищенню якості медичної допомоги через мультидисциплінарний підхід і стандартизацію маршрутів пацієнтів;

по-третє, формуванню інструментів управління на основі даних (data-driven management);

по-четверте, зміцненню ролі закладу як методичного та координаційного центру дитячої служби області в умовах воєнного стану та зростання вразливості дитячого населення.

Створення обласного центру катamnестичного спостереження саме на базі надкластерного закладу третинного рівня є логічним з позицій організаційного потенціалу: лікарня має необхідні діагностичні, консультативні, реабілітаційні та кадрові ресурси, а також налагоджені маршрути пацієнтів між рівнями медичної допомоги. Наказ передбачає затвердження положення про Центр, маршруту пацієнта та його структури, що формує нормативно визначену організаційну модель, у якій катamnестичне спостереження розглядається як безперервний процес довготривалого моніторингу дітей із груп ризику. Визначення конкретного переліку фахівців (лікар-педіатр, дитячий невролог, лікар з фізичної та реабілітаційної медицини, фізичний терапевт/ерготерапевт, терапевт мови і мовлення/логопед, клінічний психолог, соціальний працівник, медична сестра, реєстратор медичний) свідчить про мультидисциплінарний, біопсихосоціальний підхід до катamnестичного спостереження. Це підвищує кадрову та функціональну спроможність закладу, посилює його реабілітаційний та превентивний компоненти, а також сприяє інтеграції медичних та психосоціальних послуг.

Важливим елементом управління є покладення на керівника Центру відповідальності за організацію роботи відповідно до Положення та Порядку раннього виявлення порушень розвитку, проведення регулярних (не рідше одного разу на квартал) навчальних заходів для фахівців області, залучених до катамнестичного спостереження, а також створення електронної бази даних пацієнтів груп ризику. Це свідчить про орієнтацію на стандартизацію, безперервний професійний розвиток кадрів і запровадження елементів медичної інформатизації та епіднагляду за розвитком дітей у групах ризику. Запровадження електронного реєстру дає можливість удосконалити моніторинг, планування ресурсів, аналіз результатів втручань та координацію між різними рівнями надання медичної допомоги.

Значущим є також чітке розподілення відповідальності між обласним рівнем та закладами охорони здоров'я, що надають первинну та спеціалізовану медичну допомогу (пологові відділення, неонатальні відділення, заклади ПМД). Вимога призначити відповідальних за катамнестичне спостереження та забезпечити внесення інформації до визначених Google-форм у конкретно окреслені терміни та з визначеною періодичністю (щомісячно, до 2 числа) відображає перехід до системного, протоколізованого збору даних і налагодження єдиного інформаційного простору щодо дітей із груп ризику в межах області. Таким чином формується вертикально інтегрована модель, у якій обласний центр виконує координаційну, методичну, консультативну та аналітичну функції, а заклади ПМД та спеціалізованої допомоги – функції раннього виявлення, первинного скринінгу, направлення та поточного спостереження.

Узагальнюючи, зазначені характеристики основного напрямку діяльності закладу свідчать про високий організаційний потенціал КНП «Тернопільська обласна дитяча клінічна лікарня» як надкластерного закладу охорони здоров'я. Комплексність надання медичних послуг дітям, інтеграція в систему державних фінансових гарантій, активний розвиток напрямів ментального здоров'я, функція навчальної бази для підготовки медичних кадрів та

послідовне зміцнення матеріально-технічної бази формують підґрунтя для подальшого розвитку закладу, підвищення ефективності його діяльності та посилення ролі в регіональній системі охорони здоров'я.

2.2. Оцінка функціонального механізму управління медичним закладом в умовах медичної реформи

Наведені в таблиці 2.3. показники діяльності поліклінічного підрозділу свідчать про чітко виражену педіатричну спрямованість амбулаторної медичної допомоги та високий рівень її концентрації в стінах закладу. Загальна кількість відвідувань лікарів за звітний період становить 39 160, з яких 39 053 припадає на дітей віком 0–17 років включно. Таким чином, частка дитячого контингенту у структурі відвідувань складає близько 99,7 %, що дає підстави розглядати поліклініку як спеціалізований заклад, орієнтований майже виключно на надання медичної допомоги дитячому населенню. Водночас частка відвідувань дорослим населенням є мінімальною і не має суттєвого впливу на загальну структуру амбулаторної роботи.

Таблиця 2.3

Аналіз функціональної діяльності поліклінічного відділення КНП «Тернопільська обласна дитяча клінічна лікарня»

Найменування	Кількість відвідувань лікарів включно з профілактичними		Кількість відвідувань лікарями пацієнтів удома, усього	У тому числі дітей віком 0-17 років включно (із граfi 3)
	усього	у тому числі дітьми віком 0-17 років включно (із граfi 1)		
1	2	3	4	5
Усього	39160	39053	204	204

Примітка: наведено за інформацією КНП «Тернопільська обласна дитяча клінічна лікарня» [24].

Аналіз організації надання медичної допомоги за формами обслуговування демонструє домінування звернень безпосередньо до поліклініки порівняно з відвідуваннями пацієнтів удома. Загальна кількість відвідувань лікарями пацієнтів удома становить 204, що відповідає близько 0,5 % від загальної кількості відвідувань. Зауважимо, що всі ці відвідування здійснені саме до дітей віком 0–17 років, що може свідчити про пріоритетне застосування виїзних форм обслуговування щодо дітей раннього віку, дітей з обмеженою мобільністю, тяжкою соматичною патологією або іншими станами, які ускладнюють відвідування поліклініки.

Низька частка домашніх відвідувань у загальній структурі контактів вказує на переважну орієнтацію закладу на амбулаторно-поліклінічні форми надання допомоги, що, з одного боку, може свідчити про достатню доступність поліклініки для більшості пацієнтів, а з іншого – актуалізує питання оптимальності обсягів виїзної роботи в контексті потреб дітей раннього віку, дітей з інвалідністю та інших вразливих груп. У сукупності наведені дані характеризують поліклініку як високоспеціалізований дитячий амбулаторний підрозділ з переважанням стаціонарно-поліклінічної моделі надання медичної допомоги.

Подані в таблиці 2.4 показники характеризують структуру та інтенсивність використання ліжкового фонду багатoproфільного дитячого стаціонару з високим рівнем спеціалізації медичної допомоги. Усього у звітному періоді було розгорнуто 405,0 ліжок (середньорічна кількість – 405,0), на яких проліковано 11 410 хворих (усі – діти віком 0–17 років), із яких виписано 11 311 пацієнтів, зареєстровано 9 випадків летальних наслідків.

Таблиця 2.4

Результати функціональної діяльності КНП за використанням ліжкового фонду лікарні, станом на 01.11.2025 р.

Профіль ліжок	Кількість ліжок, фактично розгорнутих та згорнутих на ремонт		У звітному році (кількість)				Проведено хворими ліжко-днів
	на кінець звітного року	середньорічних	надійшло хворих, усього	у тому числі дітей віком 0-17 років включно	виписано хворих	померло	
А	1	2	3	4	5	6	7
Усього у тому числі:	405.00	405.00	11410	11410	11311	9	76253
Кард.ревм.д/дітей	20.00	20.00	831	831	831	-	5220
Алерг.д/дітей	10.00	10.00	292	292	295	-	2073
Пульмон.д/дітей	18.00	18.00	352	352	400	-	3005
Ендокр.д/дітей	22.00	24.00	552	552	569	-	4423
Гастр.д/дітей	5.00	5.00	203	203	222	-	1603
Гемат.д/дітей	20.00	20.00	201	201	212	-	1831
Нефрол.д/дітей	15.00	15.00	334	334	326	-	2588
Імунал.для дітей	5.00	5.00	137	137	136	-	1038
Хірург.д/дітей	10.00	10.00	479	479	438	-	1326
Нейрох.д/дітей	4.00	4.00	173	173	187	-	659
Торак.х. д/дітей	5.00	5.00	103	103	126	-	939
Опікові для дітей	3.00	3.00	59	59	60	-	363

1	2	3	4	5	6	7	8
ортопед.д/дітей	10.00	13.00	125	125	123	-	606
травм.д/дітей	20.00	23.00	999	999	1006	-	2706
Стомат.д/дітей	10.00	10.00	446	446	445	-	1503
Гнійн.хір.д/діт.	5.00	5.00	163	163	187	-	881
Уролог.д/дітей	10.00	10.00	271	271	275	-	745
онколог. д/дітей	3.00	3.00	64	64	63	-	123
Гінек.для дітей	2.00	2.00	89	89	99	-	367
Неврол. д/дітей	20.00	20.00	778	778	833	-	6579
Психіат.д/дітей	20.00	8.00	219	219	205	-	2016
Офтальм.д/дітей	20.00	20.00	614	614	610	-	4930
Отолар.д/дітей	30.00	30.00	1201	1201	1210		5983
Шк-венер.д/дітей	2.00	2.00	43	43	43	--	287
Педіат.сом.в т.ч:	55.00	59.00	1451	1451	1511	-	10074
-д/недон,хв.нов.	25.00	29.00	330	330	421	-	4424
Віднов.лік/дітей	50.00	50.00	871	871	853	-	12286
Інші д/дітей	5.00	5.00	-	-	-	-	-
Діяльн.зверхкошт	18.00	18.00	336	336	13	9	1659
Паліативної допомоги для дітей	8.00	8.00	24	24	33	-	440
Неонатальна хірургія	3.00	3.00	-	-	-	-	-

Примітка: наведено за інформацією КНП «Тернопільська обласна дитяча клінічна лікарня» [24].

Загальна кількість проведених хворими ліжко-днів становила 76 253, що свідчить про значний обсяг стаціонарної допомоги та високий рівень завантаженості ліжкового фонду.

Структура ліжкового фонду відображає переважання профілів, орієнтованих на лікування соматичної, інфекційної, хірургічної та відновної патології у дітей. Найбільшу частку за кількістю ліжок та обсягом ліжко-днів становлять педіатричні соматичні ліжка (55,0–59,0 ліжок, 10 074 ліжко-дні) та ліжка для відновного лікування дітей (50,0 ліжок, 12 286 ліжко-днів), що вказує на суттєву потребу у пролонгованій терапії, реабілітації та спостереженні за дітьми з хронічною та резистентною до лікування патологією. Значне навантаження також спостерігається у відділеннях неврологічного (20,0 ліжок, 6 579 ліжко-днів), офтальмологічного (20,0 ліжок, 4 930 ліжко-днів) та отоларингологічного профілю (30,0 ліжок, 5 983 ліжко-дні), що відображає поширеність неврологічних, зорових та ЛОР-захворювань у дитячому віці та необхідність стаціонарного етапу лікування.

Паліативна допомога для дітей представлена 8,0 ліжками, на яких проліковано 24 дитини, проведено 440 ліжко-днів, що свідчить про наявність у структурі закладу функціонально виділеного профілю для надання медико-соціальної та симптоматичної допомоги дітям з невиліковними, прогресуючими станами. Водночас діяльність за рахунок понаднормового (позабюджетного) фінансування відображена через 18,0 ліжок, на яких проліковано 336 хворих, проведено 1 659 ліжко-днів, при цьому зафіксовано 9 випадків смерті, що вказує на високу клінічну складність та, ймовірно, тяжкість контингенту, який отримує допомогу в межах цих ліжок.

Хірургічний та травматолого-ортопедичний компоненти ліжкового фонду представлені низкою профілів (загальна хірургія, нейрохірургія, торакальна хірургія, опікові, ортопедичні, травматологічні, гнійна хірургія, урологія, онкологія, стоматологія), що забезпечує широкий спектр спеціалізованої хірургічної допомоги дітям. Високі показники надходжень та виписок у травматологічному (20,0–23,0 ліжка, 999 госпіталізацій) та хірургічному

профілях (10,0 ліжок, 479 госпіталізацій) свідчать про значну частоту гострих станів травматичного та хірургічного характеру в дитячій популяції. Водночас профілі з відносно невеликою кількістю ліжок (онкологічні, опікові, гінекологічні, імунологічні, шкірно-венерологічні) демонструють вузьку спеціалізацію та орієнтацію на менш поширену, але клінічно складну патологію.

Звертає на себе увагу наявність неонатальної хірургії (3,0 ліжка), яка формально включена до структури ліжкового фонду, однак у звітному періоді не зафіксовано госпіталізацій і ліжко-днів. Це може свідчити як про резерв потужностей для надання допомоги новонародженим із хірургічною патологією, так і про можливу потребу в подальшому аналізі доцільності та ефективності використання даного профілю в контексті регіональних потреб.

Аналіз функціональної діяльності КНП вказує на те, що медичний заклад має розвинену багатoproфільну структуру з домінуванням соматичних, неврологічних, отоларингологічних і реабілітаційних ліжок, що відповідає сучасним потребам дитячого населення в умовах високої поширеності хронічних захворювань, ускладнених форм гострих станів та необхідності тривалого відновного лікування. Наявність паліативних і високоспеціалізованих профілів (онкологія, неонатальна хірургія, гематологія тощо) свідчить про спроможність закладу забезпечувати повний цикл стаціонарної медичної допомоги дітям – від гострих станів до тривалого спостереження, реабілітації та паліативної підтримки.

У 2024 році було прооперовано 3 285 хворих, із них 100 % становлять діти віком 0–17 років включно, що вказує на профіль закладу як спеціалізованої дитячої хірургічної установи. З-поміж усіх оперованих 1 443 особи – це сільські жителі, тобто частка сільського дитячого населення серед прооперованих становить близько 43,9 %. Такий показник підкреслює важливу роль закладу як регіонального центру надання високоспеціалізованої хірургічної допомоги дітям із сільської місцевості, де доступність складних оперативних втручань, як правило, обмежена.

Разом з тим, відсутність зареєстрованих випадків використання лазерної, кріогенної, ендоскопічної, ангіографічної та рентгенохірургічної апаратури при виконанні операцій (усі відповідні графи не містять жодних значень) може свідчити або про переважання традиційних відкритих хірургічних втручань, або про недосконалість обліку й кодування операцій із застосуванням сучасних технологій. За сучасними вимогами до дитячої хірургічної служби, низький або нульовий рівень використання малоінвазивних та високотехнологічних методів є потенційною ознакою необхідності модернізації матеріально-технічної бази, підвищення кваліфікації персоналу та впровадження стандартизованих підходів до реєстрації таких втручань.

У сукупності наведена інформація характеризує заклад як потужний дитячий хірургічний центр із високою часткою прооперованих дітей із сільських територій, однак водночас вказує на необхідність удосконалення реєстрації використання сучасних хірургічних технологій та систематичного збору й аналізу даних щодо анестезіологічного супроводу операцій. Це є важливим фактором для подальшого підвищення якості, безпеки та технологічності хірургічної допомоги дитячому населенню.

РОЗДІЛ 3.

НАПРЯМИ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ В УМОВАХ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ

3.1.Формування внутрішньої культури безпеки в медичному закладі

Формування внутрішньої культури безпеки в комунальному некомерційному підприємстві охорони здоров'я є невід'ємною складовою трансформації системи управління закладами охорони здоров'я в умовах медичної реформи. Для закладу, що надає високоспеціалізовану стаціонарну та хірургічну допомогу дитячому населенню, питання безпеки набуває особливої актуальності в умовах воєнного стану.

Внутрішня культура безпеки розглядається як інтегральна характеристика організації, що відображає сукупність цінностей, норм, установок, моделей поведінки та управлінських рішень, спрямованих на мінімізацію ризиків для життя і здоров'я пацієнтів та медичного персоналу, забезпечення безперервності надання медичної допомоги та збереження функціональної спроможності закладу в кризових ситуаціях. Вона поєднує традиційні компоненти культури пацієнт-безпеки (профілактика медичних помилок, інфекційний контроль, стандартизація клінічних процесів) з елементами цивільного захисту, кризового менеджменту, організаційної стійкості та психологічної підтримки персоналу. Тобто в сучасних умовах культура безпеки пов'язана із збереженням та відновлення інфраструктурного потенціалу медичного закладу та забезпечення високої якості, доступності надання медичних послуг.

Специфіка досліджуваного в кваліфікаційній роботі КНП, у структурі якого домінує педіатричний профіль із високою часткою хірургічних утручань і значним обсягом стаціонарної допомоги, зумовлює особливі вимоги до безпеки: необхідність захисту найбільш вразливої групи пацієнтів – дітей, забезпечення безперервності надання ургентної та планової допомоги, а також підтримання високої готовності до дій в умовах надзвичайних ситуацій воєнного характеру.

Внутрішня культура безпеки формується на декількох взаємопов'язаних рівнях (рис.3.1): стратегічному (управлінсько-організаційному), тактичному (рівень структурних підрозділів) та операційному (рівень індивідуальної поведінки медичних працівників).



Рис.3.1. Рівні внутрішньої культури безпеки закладу охорони здоров'я

Примітка: складено автором .

На стратегічному рівні ключовим є чітке нормативно-правове та організаційне оформлення пріоритету безпеки, що реалізується через затвердження внутрішніх положень, стандартних операційних процедур, планів реагування на надзвичайні ситуації, алгоритмів евакуації пацієнтів і персоналу, порядку переведення роботи закладу в режим підвищеної готовності чи функціонування в умовах обмежених ресурсів. Важливим компонентом є інтеграція вимог цивільного захисту та воєнного стану в систему управління якістю та безпекою медичної допомоги.

На тактичному рівні формування культури безпеки пов'язане з адаптацією роботи профільних відділень (хірургічних, реанімаційних, спеціалізованих соматичних) до умов підвищеного ризику. Це включає розробку та

впровадження локальних протоколів дій під час повітряних тривог, масового надходження постраждалих, перебоїв з енергопостачанням чи водопостачанням, а також у разі пошкодження інфраструктури закладу.

Особлива увага приділяється організації безпечних маршрутів переміщення пацієнтів (зокрема немобільних і тяжких) до укриттів, забезпеченню резервних джерел живлення для критично важливого обладнання, підтриманню запасів медикаментів, витратних матеріалів і засобів індивідуального захисту. Важливим елементом є міждисциплінарна взаємодія між клінічними та адміністративними службами, що забезпечує узгодженість рішень та оперативність реагування в умовах нестабільної безпекової ситуації.

Для забезпечення функціонування медичного закладу в умовах тривоги чи масового відключення світла в досліджуваному КНП використовується система альтернативного енергетичного живлення, до складу якої входять дизельні та бензинові генератори та дизельна електростанція (рис.3.2).

<p>Дизельний генератор GUCBIR GJR 400, потужність 288 кВт – 1 шт., паливо: ДП, статус – основний.</p> <p>Дизельний генератор GUCBIR GJR 400, потужність 288 кВт – 1 шт., паливо: ДП, статус – резервний.</p> <p>Генератор Sincro s.r.l., потужність 10 кВт – 1 шт., паливо: А-95, статус – резервний.</p> <p>Бензиновий генератор A-iPower A12000 CE, потужність 7 кВт – 4 шт., паливо: А-95, статус – резервний.</p> <p>Дизельний генератор УМ 9500 Е, потужність 7 кВт – 1 шт., паливо: ДП, статус – резервний (для відділення екстреної медичної допомоги).</p> <p>Бензиновий генератор Дніпро СХ30Е7.0, потужність 2,7 кВт – 1 шт., паливо: А-95, статус – резервний (для відділення екстреної медичної допомоги).</p>	<p>Дизельна підстанція, потужність 104 кВт – 1 шт., паливо: ДП, статус – резервна.</p> <p>Дизельна електростанція ГСМ-60, потужність 60 кВт – 1 шт., паливо: ДП, статус – резервна.</p>
--	---

Рис.3.2. Альтернативна система енергопостачання КНП «Тернопільська обласна дитяча клінічна лікарня»

На операційному рівні внутрішня культура безпеки проявляється у щоденній практиці медичних працівників через дотримання стандартних операційних процедур, правил інфекційного контролю, принципів раціонального використання ресурсів, а також через сформовану установку на

пріоритет безпеки пацієнта та колективну відповідальність за результати лікування. В умовах війни акцент зміщується на розвиток навичок роботи в стресових ситуаціях, здатність ухвалювати клінічні рішення в умовах невизначеності та ресурсних обмежень, а також на готовність до швидкої зміни маршрутизації пацієнтів і організації медичної допомоги. Важливим індикатором зрілої культури безпеки є відкритість до обговорення інцидентів, помилок чи «майже помилок» без домінування карального підходу, із фокусом на системному аналізі причин і запобіганні рецидивам.

Окремого значення в контексті воєнного стану набуває психологічний вимір внутрішньої культури безпеки. Постійна загроза обстрілів, необхідність роботи під час повітряних тривог, ризик масових поступлень поранених та тривала емоційна напруга призводять до високого рівня професійного вигорання, тривожних і стресових розладів серед персоналу. Формування культури безпеки передбачає впровадження механізмів психологічної підтримки медичних працівників, програм стрес-менеджменту, супервізій, внутрішньокolleктивної підтримки, а також створення організаційного середовища, в якому дотримується баланс між вимогами до ефективності та турботою про благополуччя співробітників. Підтримка психологічної стійкості персоналу безпосередньо корелює з якістю та безпечністю надання медичної допомоги, особливо в роботі з дітьми, які самі є вразливою до психотравм групою.

Для підтримки психологічної стійкості персоналу КНП вважаємо за доцільне запропонувати програму тренінгу зі стрес менеджменту, яку можна бути зреалізувати в КНП в тому числі із залученням фахівців кафедри менеджменту публічного управління та персоналу ЗУНУ (див. рис.3.3, Додаток А).

Формування внутрішньої культури безпеки в умовах війни неможливе без систематичного навчання та підвищення кваліфікації персоналу. Йдеться не лише про вдосконалення клінічних компетентностей, а й про оволодіння знаннями та навичками з домедичної та невідкладної допомоги в умовах бойових

дій, основ тактичної медицини, алгоритмів дій у разі хімічних, радіаційних чи інших техногенних інцидентів, а також про тренування з евакуації, роботи в укриттях, забезпечення безперервності критичних процесів.

Назва програми	Програма стрес-менеджменту для працівників КНП «Тернопільська обласна дитяча клінічна лікарня»
Загальна мета	Зниження рівня професійного стресу та емоційного вигорання, підвищення стресостійкості персоналу, збереження кадрового потенціалу
Цільові групи	Лікарі; середній медичний персонал; молодший медичний персонал; немедичний персонал; адміністрація та керівники підрозділів
Основні напрями	1) Діагностика стану персоналу; 2) Навчання і розвиток навичок стрес-менеджменту; 3) Психологічна підтримка; 4) Організаційні зміни та корпоративна культура; 5) Моніторинг та оцінка ефективності
Напрямок 1: Діагностика	Анкетування, скринінг емоційного вигорання, визначення рівня стресу, виявлення груп ризику
Напрямок 2: Навчання	Тренінги зі стрес-менеджменту, навичок саморегуляції, профілактики вигорання; інструктажі для керівників щодо підтримки персоналу
Напрямок 3: Підтримка	Індивідуальні консультації психолога (за наявності або залучення фахівця), групи підтримки, «дні психоемоційного розвантаження», інформаційні матеріали
Напрямок 4: Організаційні заходи	Оптимізація робочих графіків, перерви для відпочинку, створення куточків відпочинку, формування культури взаємної підтримки, запобігання токсичній поведінці
Напрямок 5: Моніторинг	Періодичні повторні опитування, аналіз змін рівня стресу та вигорання, збір зворотного зв'язку, корекція програми
Очікувані результати	Зниження рівня емоційного вигорання, підвищення задоволеності роботою, покращення психоемоційного стану, зменшення плинності кадрів, підвищення якості надання медичної допомоги
Відповідальні	Адміністрація закладу, відділ кадрів, уповноважений з охорони праці, психолог (або залучений фахівець), керівники структурних підрозділів

Рис.3.3. Пропонована структура програми стрес-менеджменту для працівників КНП «Тернопільська обласна дитяча клінічна лікарня»

Примітка: зроблено автором.

Регулярні навчання, симуляційні тренінги та розбір реальних ситуацій сприяють закріпленню моделей поведінки, орієнтованих на безпеку, та формуванню у персоналу стійкого відчуття готовності до дій в екстремальних умовах.

Підвищення якості надання медичної допомоги залежить від державної фінансової підтримки ЗОЗ в тому числі і через пакети медичної допомоги. Програма медичних гарантій на 2025 рік, затверджена постановою Кабінету Міністрів України від 24.12.2024 № 1503 [32], є логічним продовженням реформи фінансування системи охорони здоров'я та декларується як інструмент розширення доступу населення до медичних послуг і підвищення їх якості. Збільшення обсягів бюджетного фінансування (понад 175,5 млрд. грн. на реалізацію ПМГ, у тому числі 25 млрд. грн. на первинну медичну допомогу), підвищення тарифів на окремі види медичної допомоги (первинну, екстрену, паліативну), розширення переліку лікарських засобів програми «Доступні ліки» та зростання її бюджету до 6,6 млрд грн, а також запровадження нових пакетів послуг свідчать про посилення ролі держави у гарантуванні медичної допомоги. Окремо слід відзначити появу додаткового коефіцієнта до базової ставки для фінансування ургентної спеціалізованої допомоги в приймальних відділеннях кластерних і надкластерних закладів, а також адаптацію пакета психіатричної допомоги до роботи нових Центрів ментального здоров'я. Ці заходи мають потенціал покращити як доступність, так і структурну збалансованість медичної допомоги, зокрема шляхом посилення окремих критично важливих напрямів.

Водночас аналіз запроваджених змін виявляє суттєві ризики для стабільності функціонування закладів охорони здоров'я, особливо на рівні первинної медичної допомоги та в регіональних закладах. Попри загальне зростання фінансування, механізми розподілу коштів і оновлені фінансові інструменти (коригувальний коефіцієнт вартості декларації 0,8 та індивідуальний коефіцієнт звернень) призводять до фактичного зменшення доходів значної частини надавачів послуг. За результатами I кварталу 2025 р. медичні заклади в середньому по країні отримали приблизно на 2,5 % менше фінансування порівняно з IV кварталом 2024 р., що суперечить очікуванням, сформованим на тлі оголошеного збільшення бюджету галузі [Новації].

Сутність коригувального коефіцієнта вартості декларації полягає у зниженні капітаційної ставки для певних груп закладів, що теоретично мають

підвищені ризики або особливості контингенту (пацієнти з хронічними захворюваннями, підвищеною потребою в дороговартісному лікуванні тощо). Однак практична реалізація цього механізму, у поєднанні з індивідуальним коефіцієнтом звернень (який зменшує фактичне фінансування на частку «неактивних» пацієнтів, що не зверталися по допомогу протягом трьох років), призводить до ситуації, коли значна кількість закладів, особливо на первинці, стикається зі скороченням ресурсів за відсутності реалістичного перехідного періоду. Це загострює і без того наявну проблему занижених тарифів НСЗУ, які вже не покривали повною мірою реальні витрати на медичну послугу, зокрема витрати на оплату праці, утримання інфраструктури та експлуатацію обладнання.

Крім того, серйозною вадою оновленого фінансового механізму є непрозорість та складність розрахунку ключових коефіцієнтів. Публічне обговорення «коефіцієнта 0,8» без належного пояснення його логіки та методики розрахунку спричинило численні непорозуміння та маніпуляції, що ускладнило планування діяльності для керівників закладів охорони здоров'я. Відсутність адаптаційного періоду, недостатня комунікація з надавачами послуг та обмежена можливість коригувати модель фінансування на підставі реальних даних формують додаткові ризики як для фінансової стійкості закладів, так і для доступності послуг для пацієнтів.

У цьому контексті можна констатувати, що, попри задекларований пріоритет розширення доступу до медичної допомоги та підвищення її якості, фактична реалізація Програми медичних гарантій на 2025 р. може призвести до протилежних наслідків. Зменшення фінансових надходжень при збереженні або зростанні витрат, складність та непрозорість фінансових розрахунків, застосування знижувальних коефіцієнтів до всього закладу замість стимулювання індивідуальних результатів роботи лікарів створюють загрозу збитковості, особливо для закладів у сільській місцевості та тих, що обслуговують соціально вразливі групи. Це, своєю чергою, може зумовити скорочення штату, зниження мотивації медичного персоналу, обмеження

спектра послуг і, як наслідок, погіршення якості й доступності медичної допомоги.

З огляду на виявлені суперечності, доцільним видається перегляд тарифної політики та підходів до розрахунку коригувальних коефіцієнтів із забезпеченням максимальної прозорості методології, публічності вихідних даних і можливості для медичних закладів прогнозувати власні фінансові показники. Важливим є також надання додаткової підтримки регіональним і первинним закладам охорони здоров'я, зменшення адміністративного навантаження та запровадження перехідного (адаптаційного) періоду для впровадження нових фінансових механізмів. Лише за умов поєднання збільшеного державного фінансування з економічно обґрунтованими тарифами, прозорими правилами розподілу ресурсів і реалістичними стимулами для надавачів послуг Програма медичних гарантій на 2025 р. зможе реально сприяти сталому функціонуванню медичних закладів та забезпеченню справжньої доступності й належної якості медичної допомоги для населення.

Підвищення результативності реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення та мінімізація потенційно негативних наслідків її впровадження потребують комплексного застосування фінансових та управлінських інструментів. Насамперед доцільним є проведення детального аудиту видатків у межах програми медичних гарантій з метою виявлення найбільш затратних і недостатньо ефективних напрямів використання коштів, а також обґрунтування необхідності додаткового фінансування на перехідний період для забезпечення адаптації закладів охорони здоров'я до змінених умов функціонування. Важливу роль відіграватиме запровадження спеціальних компенсаторних механізмів підтримки для медичних установ, що працюють у регіонах з високими безпековими ризиками та несприятливими соціально-економічними умовами, оскільки такі заклади об'єктивно мають обмежені можливості для самостійної фінансової стабілізації. У цьому контексті особливого значення набуває реалізація принципу «фінансової гнучкості» в системі фінансування охорони здоров'я, який передбачає пріоритизацію

видатків на найбільш важливі для населення послуги, цілеспрямовану підтримку вразливих та менш стійких постачальників медичних послуг, застосування механізмів крос-субсидування та формування оперативних резервів для гнучкого перерозподілу ресурсів між окремими бюджетними програмами.

Водночас актуальним є стимулювання залучення закладами охорони здоров'я додаткових позабюджетних джерел фінансування, зокрема грантових коштів, міжнародної технічної допомоги, інструментів державно-приватного партнерства, що дозволить частково компенсувати дефіцит державних ресурсів і посилити інституційну спроможність закладів.

Важливим організаційно-правовим завданням є також надання чітких і системних роз'яснень щодо практичного застосування положень постанови Кабінету Міністрів України № 1503 [32] для уникнення різночитань та помилок на рівні керівників і бухгалтерських служб закладів. Додатково необхідним є розгортання сучасних цифрових рішень для автоматизації процесів звітності та фінансування, зокрема шляхом розроблення й упровадження спеціалізованих електронних платформ, що зменшить бюрократичне навантаження та підвищить прозорість фінансових потоків. З метою системного моніторингу наслідків упровадження регуляторних актів у сфері охорони здоров'я та своєчасного коригування нормативної бази доцільним є створення постійно діючої міжвідомчої робочої групи за участю представників Міністерства охорони здоров'я, НСЗУ, фахівців-юристів та практикуючих медичних працівників, яка б здійснювала аналіз впливу регуляторних рішень і формувала пропозиції щодо їх удосконалення.

Таким чином, внутрішня культура безпеки в даному КНП у воєнний період постає як динамічна багаторівнева система, що охоплює організаційно-нормативні, логістичні, клінічні, психологічні та освітні компоненти. Її формування базується на визнанні безпеки пацієнтів і персоналу безумовним пріоритетом, інтеграції принципів цивільного захисту в повсякденну діяльність закладу, розвитку відкритої комунікації та спільної відповідальності, а також на постійній адаптації внутрішніх процесів до змінного безпекового контексту. У

закладі, орієнтованому на надання спеціалізованої допомоги дітям, така культура безпеки є не лише інструментом управління ризиками, а й ключовою передумовою збереження життя, здоров'я та гідності кожної дитини й кожного працівника в умовах збройної агресії.

3.2. Вдосконалення міжсекторної співпраці медичного закладу

Вдосконалення міжсекторної співпраці в КНП «Тернопільська обласна дитяча клінічна лікарня» є ключовою передумовою підвищення ефективності надання медичної допомоги дитячому населенню, посилення профілактичної спрямованості охорони здоров'я та забезпечення цілісного підходу до збереження й зміцнення здоров'я дітей.

Міжсекторна взаємодія в цьому контексті розглядається як систематична, скоординована діяльність закладу охорони здоров'я у взаємозв'язку з органами місцевого самоврядування, закладами освіти, службами у справах дітей, центрами соціальних служб, органами соціального захисту населення, правоохоронними органами, громадськими організаціями, благодійними фондами та представниками бізнес-середовища, спрямована на досягнення спільних цілей у сфері охорони дитячого здоров'я.

Основною стратегічною метою вдосконалення міжсекторної співпраці є формування інтегрованої моделі підтримки дитини та її сім'ї, у межах якої медична допомога доповнюється освітніми, соціальними, психологічними та правовими компонентами.

Такий підхід забезпечує не лише своєчасне виявлення захворювань, але й вплив на соціальні детермінанти здоров'я, зниження ризиків хронізації патологічних станів, мінімізацію наслідків несприятливих умов життя, насильства, нехтування потребами дитини чи соціального неблагополуччя сім'ї.

Основні суб'єкти такої співпраці систематизовані та представлені в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

**Ключові партнери для міжсекторної співпраці
КНП «Тернопільська обласна дитяча клінічна лікарня**

Сектор / структура	Потенційна роль партнера у співпраці
Органи місцевого самоврядування, обласна військова адміністрація	Підтримка програм охорони здоров'я дітей, фінансування, затвердження спільних програм, координація на рівні області
Департаменти/управління охорони здоров'я, освіти, соціального захисту	Розробка спільних алгоритмів взаємодії, маршрут пацієнта, міжвідомчі накази/протоколи
Заклади освіти (школи, садочки, інтернати, спецзаклади)	Виявлення дітей груп ризику, організація профілактичних оглядів, програм підтримки здоров'я
Служба у справах дітей, центри соціальних служб	Захист дітей, які опинились у складних життєвих обставинах, спільні кейс-менеджмент-наради
НУО, волонтерські й благодійні організації	Психосоціальна підтримка, гуманітарна допомога, проекти з реабілітації та підтримки сімей
Правоохоронні органи	Реагування у випадках насильства щодо дитини, участь у міжвідомчих радах з безпеки дитини
Бізнес, меценати	Матеріально-технічна підтримка, партнерські соціальні проекти, підтримка профілактичних кампаній
ЗМІ та медіа	Інформування населення про програми, профілактику, права дитини, можливості лікарні

Примітка: складено автором з використанням [9, 12, 35, 37].

Вдосконалення міжсекторної співпраці передбачає, насамперед, налагодження стійких організаційних механізмів взаємодії. До таких механізмів належать укладання угод про партнерство та співробітництво з органами місцевого самоврядування, закладами загальної середньої та дошкільної освіти, службами у справах дітей, центрами соціальних служб, структурними підрозділами з питань охорони здоров'я та соціального захисту населення, а також іншими заінтересованими інституціями. Важливим компонентом є

створення або активізація міжвідомчих робочих груп, координаційних рад чи мультидисциплінарних команд, які забезпечують узгоджене прийняття рішень щодо організації медичної, соціальної та психолого-педагогічної допомоги дітям, зокрема тим, що належать до груп ризику.

Суттєвим напрямом удосконалення міжсекторної взаємодії є розвиток спільних профілактичних та просвітницьких програм. У цьому аспекті КНП «Тернопільська обласна дитяча клінічна лікарня» може виступати експертним центром з медичних питань, ініціюючи та реалізуючи разом із закладами освіти і соціальними службами програми з формування здорового способу життя, профілактики інфекційних та неінфекційних захворювань, попередження травматизму, психоемоційних розладів, адитивної поведінки у дітей та підлітків тощо. Координація спільних заходів (лекцій, тренінгів, днів здоров'я, скринінгових оглядів) дає змогу охопити значно ширші цільові групи та посилити ефективність профілактики за рахунок поєднання ресурсів і компетентностей різних секторів.

Окремої уваги потребує взаємодія з соціальними службами та службами у справах дітей з метою вчасного виявлення випадків насильства щодо дітей, нехтування їхніми потребами, ситуацій соціальної неблагополуччя, що безпосередньо чи опосередковано впливають на стан здоров'я. Забезпечення чітких алгоритмів повідомлення відповідних органів у разі виявлення підозрілих випадків, участь представників лікарні у міжвідомчих нарадах та засіданнях з питань захисту прав дитини, а також спільне планування індивідуальних планів роботи з сім'ями сприяють формуванню єдиної системи реагування на загрози життю та здоров'ю дитини.

Важливою складовою міжсекторної співпраці є належна комунікація та обмін інформацією між партнерами. Для цього доцільним є запровадження єдиних форм інформаційних повідомлень, регламентів взаємодії, а також визначення відповідальних осіб у кожній установі-партнері. З погляду на вимоги щодо збереження медичної та персональної таємниці, обмін інформацією має здійснюватися в межах чинного законодавства, із дотриманням етичних норм та

принципу «потреби знати» (need to know). При цьому узгоджені інформаційні потоки дозволяють оперативно реагувати на проблемні ситуації та координувати дії між секторами.

Розвиток міжсекторної співпраці також пов'язаний із підвищенням рівня компетентності фахівців у питаннях взаємодії та розуміння ролі кожного сектору. Проведення спільних навчальних заходів, круглих столів, семінарів та тренінгів для медичних працівників, педагогів, соціальних працівників, психологів, представників органів влади сприяє формуванню спільного професійного поля, уніфікації підходів до роботи з дітьми та сім'ями, покращенню міжособистісної та міжвідомчої комунікації. Особливе значення мають міждисциплінарні обговорення клінічних випадків, складних соціальних ситуацій, проблемних сімей, що дає змогу виробляти оптимальні маршрути надання допомоги.

Ще одним напрямом удосконалення міжсекторної співпраці є залучення громадських організацій та благодійних фондів до підтримки діяльності лікарні, особливо в частині реалізації програм психосоціальної підтримки дітей і батьків, розвитку волонтерського руху, організації додаткових сервісів (арт-терапевтичні заняття, ігрові кімнати, освітні програми в лікарні тощо). Співпраця з бізнес-сектором може бути спрямована на розвиток корпоративної соціальної відповідальності, залучення матеріальних та нематеріальних ресурсів для покращення умов перебування дітей у стаціонарі, оновлення обладнання, облаштування безпечного та дружнього до дитини середовища.

Цікавою і перспективною формою співпраці для даного медичного закладу стало створення на базі лікарні «Школи супергероїв» для дітей, які знаходяться на лікуванні.

«Школа Супергероїв» – це державна освітня установа, яка функціонує під егідою Першої леді України Олени Зеленської. Її створення було затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 28 жовтня 2021 року № 1160 «Деякі питання забезпечення організації та надання освітніх послуг дітям, які перебувають на стаціонарному лікуванні або яким надається реабілітаційна

допомога» [24] (в оновленій редакції від 26 вересня 2024 року № 1115). Ця ініціатива реалізується за підтримки Офісу Президента України, Кабінету Міністрів України, Міністерства освіти і науки, Міністерства охорони здоров'я та особистої участі Першої леді.

Свою діяльність школа розпочала у лютому 2025 року, орендуючи приміщення площею 100 м² відповідно до Статуту та Договору про співпрацю від 17.01.2025 № 17/01-2025. Основною місією закладу є забезпечення безперервної освіти для дітей, які проходять стаціонарне лікування.

Протягом 2024/2025 навчального року педагоги школи надали 2242 освітні послуги 412 дітям. Освітній процес організовано з урахуванням індивідуального стану здоров'я та особливих потреб кожної дитини.

Завдяки фінансуванню Фондації Олени Зеленської, у Тернопільській обласній дитячій лікарні тривають роботи з ремонту та облаштування сучасного освітнього простору, офіційне відкриття якого заплановане на кінець 2025 року.

Штат Школи складається з 5 постійних співробітників (завідувач, методист, практичний психолог, вихователь, учитель початкових класів) та 3 вчителів-предметників, які забезпечують навчання дітей різних вікових груп.

Метою функціонування школи є створення умов для здобуття дошкільної та повної загальної середньої освіти дітьми, враховуючи особливості їхнього фізичного та психологічного стану під час лікування.

Навчання проводиться безоплатно, у гнучкому форматі, що дозволяє дітям поєднувати процес реабілітації з освітнім, залишатися в курсі навчальної програми, зберігати соціальну активність та підтримувати емоційний розвиток.

Така форма співпраці є інноваційною ініціативою для медичного закладу і дозволяє створити інклюзивне медичне та освітнє середовище для дітей, які перебувають на лікуванні в КНП.

Систематичний моніторинг і оцінка результатів міжсекторної співпраці є необхідною умовою її вдосконалення. Для цього доцільно визначити ключові показники ефективності, такі як рівень охоплення дітей профілактичними програмами, динаміка показників захворюваності, своєчасність виявлення

випадків насильства чи соціального неблагополуччя, кількість спільних заходів та проєктів, а також якісні показники (задоволеність батьків та дітей, експертні оцінки фахівців, приклади успішних випадків міжвідомчої взаємодії). Результати моніторингу можуть використовуватися для корекції підходів, уточнення ролей партнерів, удосконалення організаційних процедур.

Отже в умовах медичної реформи, вдосконалення міжсекторної співпраці для КНП «Тернопільська обласна дитяча клінічна лікарня» передбачає перехід від епізодичної, фрагментарної взаємодії до системної, структурованої та інституціоналізованої партнерської моделі. Реалізація такої моделі сприятиме підвищенню доступності та якості медичної допомоги дітям, посиленню профілактичних та реабілітаційних заходів, забезпеченню більш повного урахування медичних, соціальних, психологічних та освітніх потреб дитини, а в підсумку – покращенню показників здоров'я дитячого населення та зміцненню соціального благополуччя громади.

ВИСНОВОК

Проведене дослідження управління медичним закладом в процесі проведення медичної реформи дозволило представити його з позицій системного та структурного підходів у формі безперервного циклу функцій планування, організації, мотивації, координації, контролю й регулювання, спрямованих на досягнення стратегічних і тактичних цілей закладу охорони здоров'я, а саме підвищення якості та доступності медичних послуг, підтримки цілісності та безпеки медичного закладу в умовах воєнного стану, збереження та розвиток кадрового потенціалу, впровадження інноваційних практик та новітніх цифрових технологій в систему менеджменту та функціональну діяльність, що в кінцевому результаті має забезпечити високі конкурентні позиції та інтеграцію медичного закладу в глобальний медичний простір.

У ході проведеного дослідження встановлено, що медична реформа в Україні, зокрема запровадження нової моделі фінансування, укладання договорів із Національною службою здоров'я України та орієнтація на принцип «гроші йдуть за пацієнтом», суттєво трансформували умови функціонування КНП «Тернопільська обласна дитяча клінічна лікарня». Це зумовило необхідність перегляду традиційних управлінських підходів та посилення ролі стратегічного менеджменту.

Визначено, що ключовими викликами для закладу в умовах реформи є: потреба в підвищенні фінансової стійкості, оптимізації використання ресурсів, адаптації до вимог НСЗУ, посиленні клієнтоорієнтованості та підвищенні конкурентоспроможності на ринку медичних послуг. Водночас виявлено значний потенціал розвитку за рахунок удосконалення управлінських процесів, внутрішньої організації та міжсекторної взаємодії.

Доведено, що ефективно управління дитячою клінічною лікарнею в сучасних умовах потребує переходу до інтегрованої моделі менеджменту, яка поєднує стратегічне планування, процесний підхід, систему управління якістю, кадровий менеджмент, фінансовий менеджмент та розвиток корпоративної

культури та безпеки. Така модель передбачає чітке визначення місії, візії, стратегічних цілей та показників результативності діяльності.

Результати дослідження засвідчили, що одним із критичних чинників успіху є людський потенціал закладу. Недостатня мотивація персоналу, обмежені можливості професійного розвитку, нерівномірне навантаження, ознаки професійного вигорання негативно позначаються на якості медичної допомоги та іміджі закладу. Це обумовлює потребу в системному підході до кадрової політики, розвитку компетентностей, впровадженні програм підтримки персоналу та стрес-менеджменту.

Для забезпечення цільових орієнтирів за кадровою складовою медичної реформи в досліджуваному медичному закладі доцільно сформуванати цілісну кадрову стратегію, спрямовану на залучення, утримання та розвиток висококваліфікованих фахівців. Запровадити систематичні програми підвищення кваліфікації, наставництва, розвиток лідерських і управлінських компетентностей керівників підрозділів. Доцільним є впровадження програм профілактики професійного вигорання, психоемоційної підтримки та стрес-менеджменту для медичного персоналу.

Для забезпечення формування корпоративної культури безпеки в роботі запропоновано програму тренінгу зі стрес-менеджменту, яка спрямована на Зниження рівня професійного стресу та емоційного вигорання, підвищення стресостійкості персоналу, збереження кадрового потенціалу шляхом діагностики стану персоналу; навчання і розвитку навичок стрес-менеджменту; психологічної підтримки; проведення організаційних змін та підтримки корпоративної культури ; безперервного моніторингу та оцінки ментального здоров'я працівників.

Окремим результатом дослідження стало встановлення важливості міжсекторної співпраці (із закладами освіти, соціальними службами, органами місцевого самоврядування, громадськими організаціями, благодійними фондами тощо) для підвищення ефективності діяльності лікарні, розширення

можливостей профілактичної роботи, раннього виявлення захворювань та комплексного супроводу дитини і сім'ї.

На основі проведеного аналізу доведено, що удосконалення управління КНП «Тернопільська обласна дитяча клінічна лікарня» в умовах медичної реформи є багатовимірним процесом, який передбачає одночасні зміни на організаційному, управлінському, фінансовому, кадровому та комунікаційному рівнях. Системний характер запропонованих змін створює передумови для підвищення якості медичної допомоги дітям, зміцнення репутації закладу та його сталого розвитку.

З метою розвитку міжсекторної співпраці доцільним є створення постійно діючих механізмів координації з органами місцевого самоврядування, закладами освіти, соціальними службами, службами у справах дітей, правоохоронними органами та громадськими організаціями. В цій ситуації вважаємо за доцільне запропонувати укладання меморандумів про співпрацю з громадськими організаціями, освітніми закладами про спільну реалізацію профілактичних, інформаційно-просвітницьких та реабілітаційних програм для дітей і сімей, які потребують комплексної підтримки.

В контексті внутрішньої комунікації та корпоративної культури доцільно посилити внутрішню комунікацію через регулярні наради, інформаційні розсилки, внутрішні онлайн-платформи, опитування персоналу, що сприятиме підвищенню залученості працівників до процесу ухвалення рішень і формуванню командної взаємодії. Це забезпечить цілеспрямований розвиток корпоративної культури, орієнтованої на пацієнтоцентричність, професіоналізм, взаємоповагу та етичні стандарти.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. 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>.
2. Алькема В.Г., Сумець О.М., Кириченко О.С., Менеджмент закладу охорони здоров'я: навч. Посібник.- К.: ВНЗ «Університет економіки та права «КРОК», 2023.-244с.
3. Аналітична інформація щодо стану реалізації ПМГ 2025 року за областями. НСЗУ. URL: <https://edata.e-health.gov.ua/e-data/zvity-pmg-za-regionamy-2025>
4. Аналітична інформація щодо стану реалізації ПМГ 2025 року за областями. НСЗУ. URL: <https://edata.e-health.gov.ua/e-data/zvity-pmg-za-regionamy-2025>
5. База знань eHealth: створено інформаційно-аналітичний ресурс з цифрової трансформації охорони здоров'я. URL: <https://moz.gov.ua/uk/baza-znan-ehealth-stvoreno-informacijno-analitichnij-resurs-z-cifrovoyi-transformaciyi-ohoroni-zdorov-ya>
6. Гусак Н. Реалізація програми медичних гарантій. Первинна медична допомога. НСЗУ. URL: https://drive.google.com/file/d/1vg9iSZEf_ZcxdKwEDtDy5u9XInHsIFQU/view
7. Департамент охорони здоров'я Тернопільської військової державної адміністрації. URL: <https://oda.te.gov.ua/departament-ohoroni-zdorovya>
8. Деякі питання електронної системи охорони здоров'я. Постанова КМВУ від 25 квітня 2018 р. № 411 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411-2018-%D0%BF#Text>
9. Желюк Т., Чигур О. Регіональні ринки медичних послуг: специфіка формування та надання в умовах проведення медичної реформи. *Регіональні аспекти розвитку продуктивних сил України*. 2020. Вип. 25. С. 13-22.
10. Желюк Т.Л. Сучасні підходи до реалізації публічної політики в сфері охорони здоров'я. *Вісник ТНЕУ*. 2019. № 1.С.37-50.

11. Желюк Т.Л. Фінансові аспекти функціонування ринку медичних послуг та закупівлі ліків. *Регіональні аспекти розвитку продуктивних сил України*. 2018. Вип. 23. С.108-112.
12. Желюк Т.Л., Нитка О.М. Стратегічне управління закладами охорони здоров'я. Розвиток публічного управління та менеджменту в умовах трансформаційних викликів: монографія; за ред. Шкільняка М. М., Васиної А. Ю. Тернопіль: ЗУНУ. 2022. 524 с. С. 356-363.
13. Жуковська А. Інклюзивні підходи до управління закладами охорони здоров'я в умовах медичної реформи. Модернізація менеджменту системи охорони здоров'я в умовах проведення медичної реформи: матеріали доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю, 12-13 грудня 2018 р., Тернопіль – Кам'янець-Подільський, 2018. С. 113-116.
14. Жуковська А., Чигур О. Особливості формування конкурентного середовища на ринку медичних послуг. Соціальні, економіко-правові та фінансові виклики в умовах глобальних трансформацій: матеріали доповідей II Міжнародній науково-практичній конференції, 30 травня 2022 р., Тернопіль-Братислава, 2022. С. 188-191.
15. Жуковська А.Ю. Інноваційні технології інклюзивної медицини. *Інноваційна економіка*. 2020, № 3-4 (83). С. 19-30.
16. Жуковська А.Ю., Чигур О.В. Інноваційні технології надання медичних послуг. *Інноваційна економіка*. 2022. № (90). С. 60-66.
17. Законодавство України. Офіційний портал. URL: <https://www.rada.gov.ua/news/zak>
18. Застосування коефіцієнтів зменшення фінансування ПМД у 2025 році: позиція НСЗУ та медичної спільноти. Всеукраїнська асоціація ОТГ. URL: <https://hromady.org/nazva-zastosuvannya-koeficiyentiv-zmenschennya-finan...>
19. Знаменська М. А., Слабкий Г. О. Концептуальна модель комунікацій в охороні здоров'я. *Scientific Journal «ScienceRise»*. 2015. № 7/4(12). С. 59–62.

20. Зошук І., Стахів О. Забезпечення конкурентоспроможності закладів охорони здоров'я в умовах сучасних трансформацій. *Науковий вісник Полісся*. 2025. № 1 (30), 357–368. URL: [https://doi.org/10.25140/2410-9576-2025-1\(30\)-357-368](https://doi.org/10.25140/2410-9576-2025-1(30)-357-368)
21. Електронна система охорони здоров'я в Україні. URL: <https://ehealth.gov.ua/>
22. Кайда О. С., Костюк О. С. Аналіз конкурентоспроможності закладів охорони здоров'я України в умовах економіки сталого розвитку. *Herald of Khmelnytskyi National University. Economic Sciences*. 2025. № 340(2). С. 441-446. DOI: <https://doi.org/10.31891/2307-5740-2025-340-69>.
23. Король З. Новітні практики управління закладом охорони здоров'я в умовах медичної реформи. *Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах сучасних викликів*. Матеріали наук-практ конф. з міжнарод. участю. Тернопіль 2025. 3с
24. КНП «Тернопільська обласна дитяча клінічна лікарня» ТОР. URL: <https://todl.com.ua/>
25. Концепція розвитку електронної охорони здоров'я. Розпорядження КМУ № 857-р від 06.09.2024 зі змінами. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1671-2020-%D1%80#Text>
26. Лагодієнко В. В., Радченко О. П. Детермінанти забезпечення конкурентоспроможності національної системи охорони здоров'я в умовах глобальних викликів. *Актуальні проблеми інноваційної економіки*. 2020. № 4. С. 87-91. URL: <https://repo.btu.kharkov.ua//handle/123456789/1q159>.
27. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я / кол. монографія за ред. Желюк Т. Л., Шкільняка М. М. Тернопіль, Крок. 2020. 560с.
28. Назарко С. В. Ефективне управління медичним закладом в умовах реформування системи охорони здоров'я. *Ефективна економіка*. 2020. № 1. URL: http://www.economy.nauka.com.ua/pdf/1_2020/57.pdf
29. Національна програма психічного здоров'я та психосоціальної підтримки. URL: <https://mon.gov.ua/news/golovni-pidsumki-realizatsii-natsionalnoi-programi-psikhichnogo-zdorovya-ta-psikhosotsialnoi-pidtrimki>

30. Національна служба охорони здоров'я. URL: <https://nszu.gov.ua>
31. Новації Програми медичних гарантій у 2025 році. Ризики та можливості. URL: <https://niss.gov.ua/doslidzhennya/sotsialna-polityka/novatsiyi-prohramy-medychnykh-harantiy-u-2025-rotsi-ryzyky-ta>
32. Основи законодавства України про охорону здоров'я. Закон України № 4505-IX від 18.06.2025. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>
33. Офіційний сайт ДП «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України». URL: <http://medstat.gov.ua>
34. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>
35. Про деякі питання створення госпітальних округів. Постанова КМУ від 27 листопада 2019 р. №1074. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1074-2019-%D0%BF>.
36. Про затвердження Порядку контролю за додержанням Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики від Наказ МОЗ від 10.02.2011 р. № 80, зареєстрований в Міністерстві юстиції України 26.05.2011 за № 634/19372.
37. Про заходи щодо підвищення конкурентоспроможності закладів охорони здоров'я та забезпечення додаткових гарантій для медичних працівників Указ Президента України від 18.06.2021 № 261/2021. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/261/2021#Text10>.
38. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я. Закон України від 3 грудня 2020 року № 1053-IX , із змінами і доповненнями внесеними Законом України № 4170-IX від 19.12.2024 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text>
39. 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 Кабінету Міністрів України; Стратегія, План, Заходи від 17.01.2025 № 34-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/34-2025-%D1%8011>.

40. Про цифровий контент та цифрові послуги. Закон України № 6576 від 10.08.2023.
41. Сертифікація ISO 9001:2008. Практика управління медичним закладом. 2015. № 9. URL: <https://www.medexpert.ua/ua/medichnij-zaklad/31-medichnij-zaklad/sertyfikatsiia-iso-90012008-ta-akredytatsiia>
42. Системи менеджменту якості. Настанови щодо поліпшування процесів в організаціях охорони здоров'я. Національний стандарт України (IWA 1:2005; ДСТУ IWA 1:2007). URL: <http://document.ua/sistemi-upravlinnja-jakistyu.-nastanovi-shodo-polipshuvannjastd12628.html>.
43. Соціальна медицина і організація охорони здоров'я. URL: http://repo.knmu.edu.ua/bitstream/123456789/13930/1/%D0%91%D0%B0%D0%B7%D0%BE%D0%B2%D1%8B%D0%B5_%D1%81%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BC%D1%8B.pdf
44. Стасюк О. М. Маркетинг у сфері реабілітаційних послуг : навч. посіб. / О. М. Стасюк. Л. : ЛДУФК, 2012. URL: <https://files.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi60/0044377.pdf>
45. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року. Указ Президента України від 18.08.2021 р. № 369/2021. URL: <https://bit.ly/3mTbzxF/>
46. У 2025 році на реабілітацію виділять 6,5 млрд грн. - у три рази більше, ніж раніше. URL: https://itmed.org/news/u_2025_rotsi_na_reabilitatsiyu_vidilyat_6_5_mlrd_grn_u_tri_razi_bilshe_nizh_ranisce_60534/
47. Шкільняк М., Кривокульська Н. Діагностика середовища функціонування закладу охорони здоров'я як передумова проведення змін. *Соціально-економічні проблеми і держава*. 2018. Вип. 2 (19). С. 151-159.
48. Що готує сфера цифрового здоров'я. URL: <https://ehealth.gov.ua/2022/01/06/shho-gotuye-sfera-tsyfrovogo-zdorov-ya-u-2022/>

- 49.Що таке капітаційна ставка: методика розрахунку. Медична справа. URL: <https://medplatforma.com.ua/article/1345-shcho-take-kaptatsyna-stavka-m...>
- 50.Ярмоленко О. Юровський В. Створення конкурентоспроможної мережі закладів охорони здоров'я в тернопільській області. Зб. тез доповідей Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції з міжнародною участю «Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах війни та післявоєнної відбудови України» (Тернопіль, ЗУНУ, 2023 р).
- 51.Hooper L, Abdelhamid A, Bunn D, Brown T, Summerbell CD, Skeaff CM. Effects of total fat intake on body weight. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015; (8):CD011834.
52. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. WHO Technical Report Series, No. 916. Geneva: World Health Organization; 2003.
53. Fats and fatty acids in human nutrition: report of an expert consultation. FAO Food and Nutrition Paper 91. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations; 2010.
54. Nishida C, Uauy R. WHO scientific update on health consequences of trans fatty acids: introduction. *Eur J Clin Nutr.* 2009; 63 Suppl 2:S1–4.
- 55.Guidelines: Saturated fatty acid and trans-fatty acid intake for adults and children. Geneva: World Health Organization; 2018 (Draft issued for public consultation in May 2018).
56. REPLACE: An action package to eliminate industrially-produced trans-fatty acids. WHO/NMH/NHD/18.4. Geneva: World Health Organization; 2018.
57. Guideline: Sugars intake for adults and children. Geneva: World Health Organization; 2015.
58. Alina Zhukovska, Tetiana Zheliuk, Dmytro Shushpanov, Oleksander Brechko Management of the health care system using the achievements of artificial intelligence 13th International Conference on Advanced Computer Information Technologies (ACIT) (21-23 September, 2023). Wrocław, Poland, 2023. P. 241-247.

(Scopus) DOI: 10.1109/ACIT58437.2023.10275435 URL:
<https://ieeexplore.ieee.org/abstract/document/10275435>

