

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

БУДЗІНСЬКА ГАННА ВАСИЛІВНА

Організація медичного обслуговування в закладі охорони здоров'я

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

Кваліфікаційна робота

Виконала студентка групи МЗОЗм-21

Будзінська Ганна Василівна

Науковий керівник:

Д.е.н., професор

Желюк Тетяна Леонтіївна

ТЕРНОПІЛЬ – 2025

ЗМІСТ

ВСТУП	3
Розділ 1. Теоретичні засади правові передумови організації роботи медичного закладу	6
1.1. Характеристика організаційного забезпечення роботи медичного закладу	6
1.2. Правові передумови організації діяльності медичного закладу	13
Розділ 2. Аналіз механізму організації діяльності медичного закладу	21
2.1. Організаційне забезпечення функціональної діяльності в досліджуваному закладі охорони здоров'я	21
2.2. Моніторинг результативності надання медичних послуг	27
Розділ 3. Вдосконалення механізму організації роботи медичного закладу	33
3.1. Вдосконалення інформаційно-комунікативного супроводу медичного закладу	33
3.2. Напрями покращення організаційної культури та клімату медичного закладу	40
ВИСНОВКИ	46
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	51
ДОДАТКИ	57

ВСТУП

Актуальність теми. Якісна організація роботи медичного закладу є наріжним каменем ефективності системи охорони здоров'я та її спроможності задовольняти потреби населення, що набуває особливої актуальності в контексті євроінтеграційного вектору розвитку України та загальної модернізації галузі. Це положення ґрунтується на багатоаспектній взаємодії між внутрішньою ефективністю закладу та зовнішніми макросоціальними та геополітичними цілями. Якісна організація роботи медичного закладу безпосередньо корелює з питанням доступності, безпекою та результативністю медичної допомоги в умовах воєнного стану. Забезпечення якості передбачає впровадження науково обґрунтованих клінічних протоколів, стандартів лікування та діагностики, що відповідають принципам доказової медицини. Оптимізація внутрішніх процесів, раціональне використання ресурсів, ефективне управління ризиками та мінімізація медичних помилок є запорукою підвищення клінічних показників, зниження смертності та інвалідності, а також покращення якості життя пацієнтів. Саме такі підходи є фундаментом функціонування медичних систем розвинутих європейських країн, де пріоритетом є пацієнтоорієнтований підхід та безперервне вдосконалення якості послуг.

Актуальність якісної організації роботи медичного закладу обумовлена ще й тим, що вона забезпечує економічну ефективність та сталість функціонування медичних закладів. В умовах обмежених ресурсів ефективний менеджмент є критично важливим. Він дозволяє раціонально розподіляти бюджетні кошти, оптимізувати використання обладнання та трудових ресурсів, мінімізувати непродуктивні витрати. Це не лише сприяє фінансовій стабільності закладу, але й дозволяє спрямовувати вивільнені ресурси на впровадження інноваційних технологій, підвищення кваліфікації персоналу та покращення матеріально-технічної бази, що є невід'ємною частиною модернізації системи охорони здоров'я за європейським зразком.

Питання менеджменту, функціональної діяльності, якості надання медичних послуг у своїх роботах піднімають вітчизняні науковці та практики серед яких варто виокремити праці Алькеми В.Г., Августина Р.Р., Желюк Т.Л., Жуковської А.Ю., Мельник А.Ф., Кириченко О.С., Кривокульська Н.М., Сумець О.М., Рудниченко Є.М., Полюях Р. А., Шкільняк М.М та інші. Віддаючи належне напрацюванням вітчизняних науковців слід зазначити, що виклики воєнного стану породжують нові проблеми і вимагають вдосконалення організації діяльності закладів охорони здоров'я.

Тому в рамках даної кваліфікаційної роботи важливо дослідити наукові та прикладні засади організації діяльності медичного закладу на ринку медичних послуг в умовах сучасних викликів та факторних обмежень становить прикладний та науковий інтерес.

Мета даного дослідження полягає в поглибленні теоретичних основ та вдосконаленні прикладних механізмів організації діяльності медичного закладу на ринку медичних послуг в умовах сучасних викликів воєнного стану, необхідності реалізації завдань медичної реформи, досягнення параметричних характеристик охорони здоров'я відповідно до викликів та потреб євроінтеграції.

Для досягнення поставленої мети визначено наступні завдання:

1. Проаналізувати сучасний стан та еволюцію теоретичних підходів до організації діяльності медичних закладів.
2. Дослідити вплив децентралізації, реформування системи охорони здоров'я України на організацію діяльності медичних закладів.
3. Провести аналіз результативності діяльності досліджуваного медичного закладу, ідентифікувати типові проблеми та резерви для удосконалення.
5. Розробити науково-методичні рекомендації щодо впровадження інноваційних управлінських технологій (Lean-менеджмент, цифрова трансформація, проєктний менеджмент) в організацію діяльності медичних закладів.

6. Сформулювати практичні рекомендації для керівників та управлінського персоналу медичних закладів щодо оптимізації їхньої діяльності в контексті забезпечення відповідності європейським стандартам та потребам сталого розвитку.

Об'єктом дослідження є процес організації функціональної діяльності медичного закладу.

Предметом дослідження є механізм організаційного супроводу функціональної діяльності досліджуваного медичного закладу (КНП «Борщівський ЦПМСД»).

Науковою основою дипломної роботи є методично-інструктивний матеріал, офіційні матеріали Міністерства охорони здоров'я України, Електронного врядування, матеріали та документи КНП, матеріали ВООЗ, ООН.

Практичне значення роботи полягає в тому, що отримані наукові результати можуть бути використані для вдосконалення діяльності медичного закладу.

Апробація. Отримані результати апробовані підчас роботі Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції з міжнародною участю «Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах війни та післявоєнної відбудови України» (Тернопіль, ЗУНУ, травень 2025 р.), Наукової інтернет-конференції студентів та молодих вчених кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу «Інноваційні технології в менеджменті та публічному управлінні». (Тернопіль, ЗУНУ, листопад 2025)» [3, 4].

Структура та обсяг роботи. Робота містить три розділи, 6 параграфів, висновки до кожного розділу та до роботи загалом, список використаних джерел із 52 позицій, додатки.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПРАВОВІ ПЕРЕДУМОВИ ОРГАНІЗАЦІЇ РОБОТИ МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ

1.1. Характеристика організаційного забезпечення роботи медичного закладу

У сфері менеджменту термін «організація» трактується як процес ефективного упорядкування та координації людської діяльності. Крім цього, організація є складним соціальним утворенням, що об'єднує групу людей, які спільно працюють задля досягнення певної суспільно корисної мети. Їхня діяльність ретельно координується. В українському правовому полі організації, що мають статус юридичної особи, часто називають підприємствами. Кожна організація проходить свій життєвий цикл – від етапу створення до можливого припинення існування. Довготривале функціонування установи є ознакою високої адаптивності та здатності ефективно реагувати на зміни у зовнішньому середовищі через відповідний організаційний супровід.

Організаційне забезпечення є фундаментальною основою ефективного функціонування медичної сфери. Це не просто сукупність правил чи процедур, а цілісна система, яка об'єднує ресурси, процеси та людей для досягнення головної мети – забезпечення якісної, доступної та своєчасної медичної допомоги населенню. Без належного організаційного забезпечення медична сфера перетвориться на хаотичний набір окремих дій, не здатний ефективно виконувати свої функції.

Огляд вітчизняної літератури [1, 8, 17, 20, 22, 51] дозволяє розглядати організаційне забезпечення в кількох ключових аспектах:

1. Забезпечення якості медичної допомоги шляхом стандартизації медичних процесів, контролю якості, забезпечення професійного розвитку медичного персоналу.

2. Оптимізацію використання ресурсів шляхом ефективного розподілу та налагодження логістичних ланцюжків постачання медикаментів, обладнання, розхідних матеріалів

3. Підвищення доступності медичних послуг, що передбачає розширення переліку медичних послуг, забезпечення маршрутів пацієнтів, інтеграцію різних рівнів медичної допомоги (первинної, вторинної, третинної), а також міждисциплінарній взаємодії.

4. Управління ризиками та безпекою, що направлене на усунення та недопущення помилок, захист даних, систему оперативного реагування на пандемічні виклики.

5. Інноватизація медичних процесів, що передбачає наукові дослідження та впровадження нових технологій, адже організаційна гнучкість дозволяє адаптувати систему до впровадження нових методів діагностики, лікування, цифрових технологій (телемедицина, електронні медичні картки).

Методологічний базис для організаційного забезпечення створюють наукові теорії, концепції, принципи, методи підходи і одночасно регламентаційні процедури.

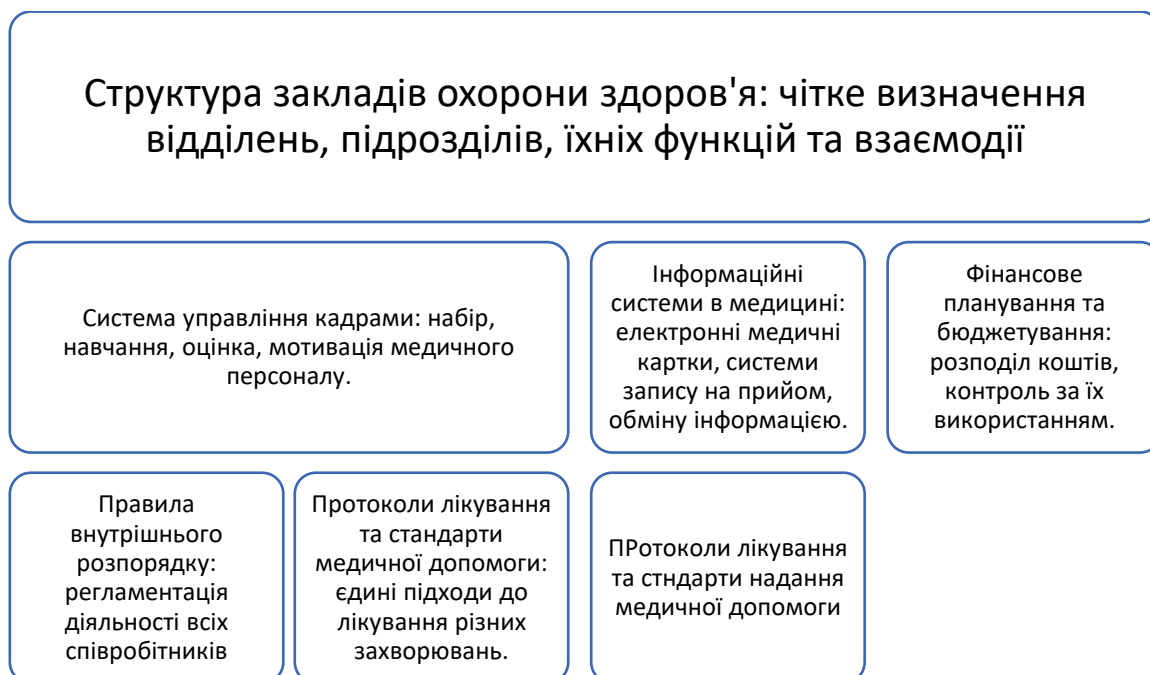


Рис.1.1. Організаційний базис медичного закладу

Примітка: побудовано на основі [1, 20].

Отже, організаційне забезпечення є життєво важливим інструментом для перетворення окремих медичних послуг на злагоджену, ефективну та орієнтовану на пацієнта систему охорони здоров'я, що є запорукою здоров'я та благополуччя нації.

«Організаційне забезпечення роботи медичного закладу - це сукупність заходів, спрямованих на ефективне функціонування медичної установи, яка охоплює управління, планування, координацію ресурсів та контроль за наданням якісної медичної допомоги. Це включає розробку стандартів, регламентів, розподіл обов'язків, а також налагодження роботи всіх ланок закладу - від адміністративної до медичної» [1, с. 65].

Структура організаційного забезпечення медичного закладу включає (рис.1.1).



Рис.1.1. Структурні елементи організаційного забезпечення медичного закладу

Примітка: складено на основі [1, с. 66].

Якісно організована робота медичних закладів є необхідною умовою для підвищення довіри населення та інтеграції в міжнародний медичний простір. Встановлення та дотримання високих стандартів якості, прозорість діяльності та орієнтація на потреби пацієнта формують позитивний імідж медичного закладу та підвищують задоволеність споживачів медичних послуг. Цей аспект є особливо важливим для євроінтеграції України, оскільки відповідність європейським стандартам якості медичної допомоги є однією з ключових вимог. Інтеграція в європейський простір вимагає гармонізації законодавства, процедур ліцензування та акредитації, а також системи контролю якості, що неможливе без внутрішньої організаційної досконалості медичних установ.

Нині якісна організація роботи медичного закладу сприяє розвитку кадрового потенціалу та впровадженню інновацій. Створення чітких функціональних обов'язків, ефективної системи комунікації, можливостей для професійного розвитку та навчання персоналу, а також заохочення ініціативності є фундаментальними для підвищення мотивації та компетентності медичних працівників. Це безпосередньо впливає на спроможність закладу адаптуватися до нових технологій, методів лікування та організаційних моделей, що є ключовим для модернізації системи охорони здоров'я. Європейський вектор передбачає не лише обмін передовим досвідом, а й впровадження європейських освітніх стандартів та практик управління людськими ресурсами в медичній сфері.

Якісна організація роботи медичного закладу виходить за межі суто внутрішнього управлінського завдання. Вона є системним фактором, що забезпечує не лише ефективність та безпеку медичної допомоги, але й слугує потужним інструментом реалізації євроінтеграційного вектору України та комплексної модернізації системи охорони здоров'я, спрямованої на досягнення європейських стандартів якості, доступності та сталості медичних послуг для кожного громадянина.

У глобальному контексті охорони здоров'я формування ефективних систем надання медичних послуг є предметом постійного наукового осмислення та практичного вдосконалення. Світова практика демонструє варіативність організаційних моделей, які, попри свою специфіку, ґрунтуються на декількох фундаментальних підходах. Їхня імплементація обумовлена соціально-економічними, культурними та політичними детермінантами кожної країни. Розглянемо шість ключових підходів, які формують архітектуру сучасних систем охорони здоров'я.

Сегментований чи фрагментований підхід характеризується децентралізацією та відсутністю системної інтеграції між різними постачальниками медичних послуг. Пацієнт функціонує як основний координатор власної медичної траєкторії, самостійно обираючи фахівців та заклади. Комунікація між провайдерами часто обмежена або відсутня. Особливостями цього підходу є висока автономія окремих медичних закладів та приватних практик, домінантна модель фінансування «плати за послугу» та обмежений обмін інформацією між постачальниками. Потенційною перевагою є швидкий доступ до вузькоспеціалізованих послуг за наявності прямих звернень. Однак, основними недоліками є низька ефективність системи в цілому, ризик дублювання діагностичних процедур, підвищена ймовірність медичних помилок через відсутність цілісного погляду на стан пацієнта, зростання витрат на медичне обслуговування, а також його мала ефективність для управління хронічними захворюваннями та реалізації профілактичних програм.

На противагу, інтегрований підхід спрямований на створення єдиної, координованої системи, де різні рівні та види медичної допомоги, а також різні фахівці, працюють узгоджено, обмінюючись інформацією та спільно формуючи план лікування пацієнта. Фокус зміщується на пацієнта як цілісну сутність. Його особливості включають моделі «медичних будинків», де лікар загальної практики виступає центральним координатором, мережі інтегрованих медичних послуг, що об'єднують різні заклади, та кейс-

менеджмент для пацієнтів зі складними станами. Перевагами цього підходу є підвищення якості та безпеки медичної допомоги, раціоналізація ресурсів за рахунок уникнення дублювання, покращення досвіду пацієнтів досвіду та акцент на профілактиці. Недоліками є значні інвестиції в інформаційні технології та складність трансформації корпоративної культури.

Пацієнто-центрований підхід ґрунтується на пріоритеті потреб, цінностей та уподобань пацієнта. Рішення щодо лікування приймаються у партнерстві з пацієнтом, який активно залучається до процесу. Особливостями є надання повної та зрозумілої інформації, врахування індивідуальних культурних, соціальних та особистісних особливостей пацієнта, спільне прийняття рішень та орієнтація на родину пацієнта. Перевагами є зростання задоволеності пацієнтів, підвищення комплаєнсу та покращення клінічних результатів. Єдиним недоліком може бути потреба в додатковому часі на комунікацію, що є викликом в умовах високого навантаження.

Підхід громадського здоров'я орієнтований на покращення показників здоров'я цілих груп населення або громад, а не лише окремих індивідів. Акцент робиться на превентивних заходах, управлінні факторами ризику та втручаннях на рівні спільноти. Його особливості проявляються у національних скринінгових програмах та програмах вакцинації, санітарно-просвітницьких кампаніях та втручаннях, спрямованих на детермінанти здоров'я. Перевагами є зниження загального рівня захворюваності та смертності, зменшення навантаження на лікувально-діагностичну систему та довгострокова економічна ефективність. До недоліків належать довготривалий термін отримання результатів, необхідність міжсекторальної співпраці та значні початкові інвестиції.

Підхід, орієнтований на цінність передбачає, що оплата та організація медичних послуг повинні стимулювати досягнення найкращих клінічних результатів для пацієнта за оптимальну вартість. Цінність визначається як співвідношення результатів лікування до витрат на його забезпечення. Особливостями є моделі оплати, що базуються на результатах, акцент на

вимірюванні показників якості та ефективності, а також стимулювання профілактики та ефективного управління хронічними станами. Перевагами є підвищення якості медичної допомоги, раціоналізація витрат та зменшення кількості невиправданих процедур. Складність у визначенні та вимірюванні «цінності», потенційний ризик недолікованості та потреба у значній трансформації систем фінансування є його основними недоліками.

Підхід на основі командної роботи характеризується наданням медичних послуг мультидисциплінарною командою фахівців, що включає лікарів, медсестер, фармацевтів, дієтологів, соціальних працівників, психологів та інших спеціалістів, кожен з яких виконує свою специфічну роль у досягненні спільної мети – покращення здоров'я пацієнта. Його особливості включають комплексний підхід до проблем пацієнта, покращену координацію та комунікацію між фахівцями, а також використання синергії знань та досвіду. Перевагами є підвищення якості та комплексності допомоги, краща координація, обмін знаннями та підвищення задоволеності як пацієнтів, так і медичних працівників. До недоліків належать потреба в ефективній комунікації, чіткому розподілі функцій та лідерстві в команді, а також адекватній підготовці кадрів.

Представлені підходи до організації надання медичних послуг у світовій практиці не є взаємовиключними, а часто інтегруються в складних, гібридних системах охорони здоров'я. Сучасні тенденції свідчать про зміщення акцентів від фрагментованих моделей до інтегрованих, пацієнто-центрованих та ціннісно-орієнтованих систем, що активно використовують популяційний та командний підходи. Ефективність цих моделей визначається їхньою здатністю адаптуватися до мінливих потреб населення, технологічного прогресу та соціально-економічних викликів, забезпечуючи сталий розвиток системи охорони здоров'я.

1.2. Правові передумови організації діяльності медичного закладу

Державні та комунальні заклади охорони здоров'я створюються та функціонують для забезпечення конституційних прав громадян України на охорону здоров'я, отримання медичної допомоги та медичне страхування. Діяльність цих закладів здійснюється з обов'язковим дотриманням санітарних норм та стандартів, встановлених у сфері охорони здоров'я. Надання медичної допомоги в установах охорони здоров'я повинно відповідати державним соціальним стандартам та галузевим нормам у цій сфері. Органи виконавчої влади та місцевого самоврядування в межах своєї компетенції зобов'язані своєчасно вживати заходів для запобігання банкрутству підпорядкованих їм медичних закладів. Це може включати реорганізацію, організаційно-господарські, управлінські, інвестиційні, технічні, фінансово-економічні та інші заходи, передбачені законодавством. Законодавством заборонено приватизацію державних та комунальних закладів охорони здоров'я.

Медичні заклади можуть мати різну організаційно-правову форму функціонування та надавати різні медичні послуги. Можливі типи медичних закладів структуровано в таблиці 1.1.

Таблиця 1.1

Структурування медичних закладів

Структурні ознаки	Типи медичних закладів
1	2
1.Залежно від форми власності.	Державні, комунальні, приватні
2.За організаційно-правовою формою	Бюджетні установи, державні унітарні підприємства, комунальні унітарні підприємства, господарські товариства, приватні підприємства та об'єднання підприємств
3.За типами	Амбулаторія - заклад охорони здоров'я, що надає первинну медичну допомогу; аптека - заклад охорони здоров'я для забезпечення лікарськими засобами, виробами медичного призначення та іншими товарами;

Продовження таблиці 1.1

1	2
	<p>госпіталь - заклад охорони здоров'я, який надає медичну допомогу військовослужбовцям ЗСУ, ветеранам війни та прирівняним до них особам;</p> <p>клінічна лікарня - заклад, у якому розміщуються наукові і навчальні структурні підрозділи вищих медичних навчальних закладів III - IV рівня акредитації, закладів післядипломної освіти, науково-дослідних інститутів, що проводять роботу із забезпечення лікувально-діагностичного процесу, підготовки, перепідготовки і підвищення кваліфікації медичних працівників та наукові дослідження в медицині;</p> <p>лікарня - заклад для цілодобового надання спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги;</p> <p>медичний пункт - заклад охорони здоров'я, який надає долікарську медичну допомогу;</p> <p>медичний центр - заклад охорони здоров'я, призначений для надання медичної допомоги відповідного виду та профілю;</p> <p>санаторій - заклад охорони здоров'я, що забезпечує надання громадянам послуг лікувального, профілактичного та реабілітаційного характеру з використанням природних лікувальних ресурсів;</p> <p>хоспіс - заклад охорони здоров'я, що забезпечує надання паліативної допомоги населенню;</p> <p>центр державного санітарно-епідеміологічного нагляду – заклад з організації санітарних та протиепідемічних заходів, спрямованих на попередження, виявлення, усунення або зменшення шкідливого впливу факторів середовища на життєдіяльність людини;</p> <p>центр служби крові - заклад призначений для заготівлі донорської крові, її компонентів та виробництва препаратів плазми крові, управління їх запасами, транспортування, зберігання, задоволення потреби закладів охорони здоров'я, що надають трансфузійну допомогу, та контролю за клінічним застосуванням компонентів і препаратів крові;</p> <p>центр профілактичної медичної дезінфекції - заклад охорони здоров'я, основним завданням якого є організація та проведення дезінфекційних заходів;</p>
4. За видами надання медичної допомоги	<p>1) заклади охорони здоров'я із забезпечення надання первинної медико-санітарної допомоги, до яких належать центри первинної медичної (медико-санітарної) допомоги, - заклади охорони здоров'я, що забезпечують надання первинної медичної (медико-санітарної) допомоги населенню в амбулаторних умовах та денних стаціонарах;</p> <p>2) заклади охорони здоров'я із забезпечення надання вторинної медичної допомоги, до яких належать: багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування; багатопрофільна дитяча лікарня інтенсивного лікування; лікарня планового лікування; лікарня відновного (реабілітаційного) лікування; центр з медичних консультацій; спеціалізований медичний центр;</p> <p>3) заклади охорони здоров'я із забезпечення надання третинної медичної допомоги, до яких належать: багатопрофільна обласна лікарня; багатопрофільна обласна дитяча лікарня ; високоспеціалізований медичний центр;</p> <p>4) заклади охорони здоров'я із забезпечення надання паліативної медичної допомоги, до яких належить хоспіс;</p> <p>5) заклади охорони здоров'я загальнодержавної системи надання екстреної медичної допомоги, до яких належить центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф.</p>

Примітка: систематизовано з використанням [44].

У своїй діяльності ЗОЗ керується типовим положенням або статутом, структура якого подана на рис.1.3.

Медичні заклади повинні пройти обов'язкову державну реєстрацію згідно із законодавством. Після цього вони вносяться до державного реєстру закладів охорони здоров'я, порядок формування та ведення якого визначає центральний орган виконавчої влади у сфері охорони здоров'я. Акредитація медичних закладів підтверджує їхню спроможність надавати конкретні види медичної допомоги, засвідчуючи відповідність критеріям, встановленим Міністерством охорони здоров'я.

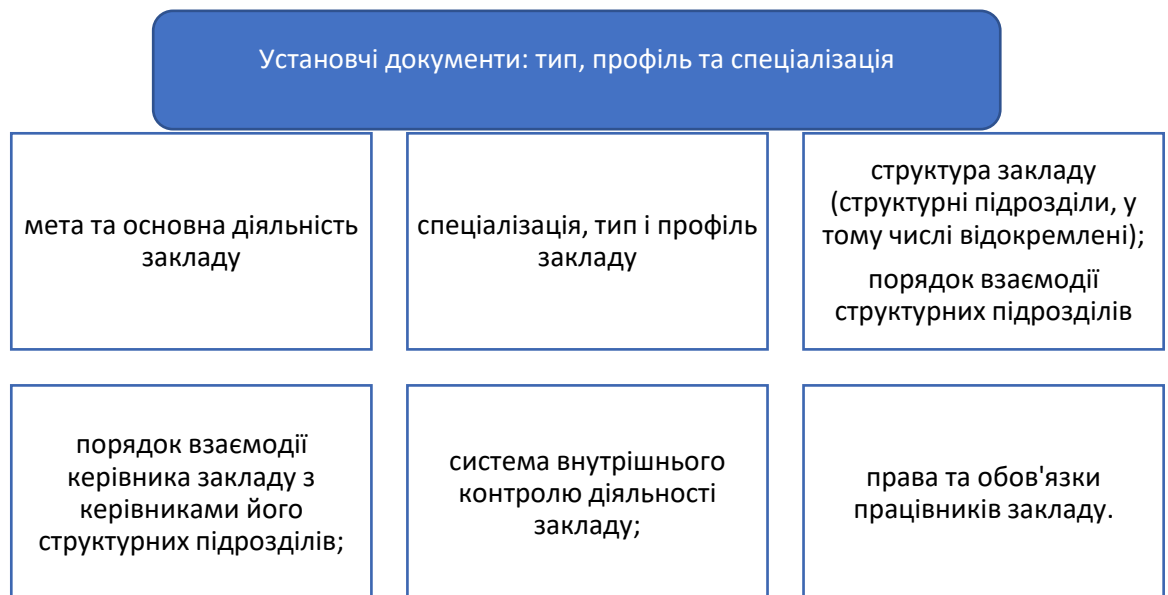


Рис.1.3. Структура положення про заклад охорони здоров'я

Примітка: побудовано з використанням [20, 22, 23].

Система управління медичними установами повинна чітко розмежовувати повноваження між наглядовою радою (якщо вона створена) та керівництвом, забезпечувати ефективний обмін інформацією, прозорість у процесі прийняття рішень та контролю за їх реалізацією, а також передбачати подання достовірної та повної звітності.

Взаємовідносини між медичним закладом та його власником (або уповноваженим органом) щодо прав та обов'язків при наданні медичних

послуг за бюджетні кошти регулюються договором про медичне обслуговування населення.

Керівник медичного закладу відповідає за організацію та якість медичного обслуговування, а також за адміністративно-господарську та фінансову діяльність установи.

Правовий супровід надання медичних послуг здійснюється відповідно до законодавства України в сфері охорони здоров'я, зокрема Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги» [33] від 01.07.2022 № 2347-IX.

Відповідно до даного Закону «медична допомога за видами поділяється на екстрену, первинну, спеціалізовану, паліативну. Медична допомога може надаватися: за місцем знаходження, проживання (перебування) пацієнта; в амбулаторних умовах; в умовах денного стаціонару; у стаціонарних умовах. За медичними показаннями одночасно з наданням медичної допомоги пацієнту надається реабілітаційна допомога у встановленому законодавством порядку. Порядок надання медичної допомоги за видами, профілями, захворюваннями чи станами, а також умови та форми надання такої допомоги, порядок ведення черги пацієнтів затверджуються центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я» [33]

Фінансові гарантії якісного надання медичних послуг закріплюються Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [35] № 2168-VIII у редакції від 31.10.2025.

«Цей Закон визначає державні фінансові гарантії надання необхідних пацієнтам послуг з медичного обслуговування (медичних послуг) та лікарських засобів належної якості, реімбурсації лікарських засобів та медичних виробів (включаючи допоміжні засоби) за рахунок коштів Державного бюджету України за програмою медичних гарантій» [35].

Отримання таких послуг можливе за рахунок укладеного договору.

«Договір про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій укладається між Уповноваженим органом та закладом охорони здоров'я незалежно від форми власності чи фізичною особою - підприємцем, яка в установленому законом порядку одержала ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, що відповідають встановленим Кабінетом Міністрів України вимогам до надавача медичних послуг за програмою медичних гарантій, та має відповідати умовам закупівлі, специфікаціям до медичних послуг, а також враховувати визначений у програмі медичних гарантій обсяг забезпечення медичними послугами відповідно до потреб у межах кожного госпітального округу» [35].

Надання медичних послуг, зокрема спеціалізованої, паліативної та реабілітаційної допомоги, а також забезпечення лікарськими засобами в рамках програми медичних гарантій, відбувається за направленням лікаря первинної ланки або лікуючого лікаря, якщо інше не передбачено чинним законодавством.

У випадках амбулаторної медичної або реабілітаційної допомоги, пацієнти отримують лікарські засоби, що підлягають реімбурсації за програмою медичних гарантій, на підставі рецепта. Медичні вироби, що також підлягають реімбурсації, надаються за медичним документом, оформленим відповідно до встановлених вимог, постачальником, який має укладений договір про реімбурсацію з уповноваженим державним органом.

Порядок відшкодування вартості лікарських засобів та медичних виробів за програмою медичних гарантій на поточний рік, типова форма договору про реімбурсацію, а також процедури його укладення, зміни та розірвання затверджуються Кабінетом Міністрів України.

Медичні заклади, що надають послуги, зобов'язані інформувати пацієнтів про перелік доступних медичних послуг, виробів та препаратів, які вони можуть отримати в межах програми медичних гарантій.

Для всієї території України встановлюються уніфіковані тарифи на оплату медичних послуг, лікарських засобів та медичних виробів, а також

єдині розміри відшкодування їх вартості, що надаються пацієнтам за програмою медичних гарантій.

Оплата за встановленими тарифами гарантується всім постачальникам медичних послуг, які уклали відповідні договори про медичне обслуговування населення. До цих тарифів можуть застосовуватися коригувальні коефіцієнти, розміри та умови використання яких є однаковими для всієї території України.

«Тарифи можуть встановлюватися, зокрема, як: 1) глобальні ставки, що передбачають сплату надавачам медичних послуг фіксованої суми за визначену кількість послуг чи визначений період; 2) капітаційні ставки, які встановлюються у вигляді фіксованої суми за кожного пацієнта; 3) ставки на пролікований випадок; 4) ставки на медичну послугу; 5) ставки за результатами виконання договорів про медичне обслуговування населення надавачем медичних послуг. Зазначені ставки можуть використовуватися як разом, так і окремо одна від одної» [35].

Фінансову підтримку організації діяльності медичних закладів – комунальних некомерційних підприємств (КНП) мають здійснювати органи місцевого самоврядування.

Місцеві органи самоврядування, діючи в рамках своїх повноважень, мають право надавати фінансову підтримку у формі фінансування оновлення обладнання, проведення капітальних ремонтів та реконструкцій, а також програм, що стимулюють підвищення заробітної плати медичних працівників КНП. Крім того, вони можуть підтримувати місцеві програми з надання медичних послуг населенню, ініціативи у сфері громадського здоров'я та інші проекти у галузі охорони здоров'я.

Важливою складовою правового супроводу організація діяльності медичного закладу є Закон України «Про захист персональних даних» [41], на підставі якого здійснюється встановлення діагнозу і надається медична допомога.

Відповідно до Статті 7 Закону України «Про захист персональних даних» [41] передбачається документальний та інформаційно-аналітичний супровід надання медичних послуг.

«Встановлення медичного діагнозу, для забезпечення піклування чи лікування або надання медичних послуг, моніторингу відповідності встановленим умовам надання таких послуг (у тому числі умовам договорів про медичне обслуговування населення та договорів про реімбурсацію за програмою медичних гарантій), функціонування електронної системи охорони здоров'я за умови, що такі дані обробляються медичним працівником, фахівцем з реабілітації або іншою особою закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу чи фізичною особою - підприємцем, яка одержала ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, та її працівниками, на яких покладено обов'язки щодо забезпечення захисту персональних даних та поширюється дія законодавства про лікарську таємницю, працівниками центрального органу виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення, працівниками закладу, що здійснює державний санітарно-епідеміологічний нагляд та діяльність у галузі громадського здоров'я, який одержав ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, на яких покладено обов'язки щодо забезпечення захисту персональних даних» [41].

У наданні якісних медичних послуг важливу роль відіграють стандарти надання медичної допомоги. Вони визначають вимоги до організації медичного процесу, кваліфікації персоналу, ресурсного забезпечення, діагностичних та лікувальних протоколів.

Стандарти надання медичних послуг – це сукупність норм, правил та вимог, які регулюють процес надання медичної допомоги на всіх етапах – від профілактики та діагностики до лікування та реабілітації. Вони розробляються на основі найкращих світових практик, доказової медицини та національного законодавства і включають: стандарти забезпечення якості, безпеки,

ефективності лікування, уніфікації підходів, контролю за якістю лікування, оптимізації ресурсів, захисту прав пацієнтів, підвищення кваліфікації медичного персоналу. Стандарти діяльності медичних закладів закріплені у положеннях стандарту якості ISO 9001:2008 та золотому стандарті медичного обслуговування JCI. Стандарти передбачають вимоги до планування, забезпечення, контролю та покращення якості, дотримання процесного підходу в наданні медичних послуг та модернізацію менеджменту ЗОЗ.

Стандарти надання медичних послуг можуть мати форму:

- 1) галузевих стандартів, що визначають загальні принципи та підходи до надання медичної допомоги за певними нозологіями чи станами;
- 2) уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, що описують послідовність дій при діагностиці, лікуванні та реабілітації конкретних захворювань. Вони розробляються на основі доказової медицини та адаптуються до національних умов;
- 3) локальних протоколів медичної допомоги, які розроблені безпосередньо в медичних закладах та адаптовані до їхніх ресурсних можливостей, специфіки та внутрішніх правил;
- 4) стандарти акредитації медичних закладів, що включають вимоги до інфраструктури, обладнання, кадрового забезпечення, організації процесів, системи управління якістю, які медичний заклад має відповідати для отримання акредитації певного рівня.

Дотримання стандартів контролюється як внутрішніми механізмами медичних закладів (системи управління якістю, аудити), так і зовнішніми органами (державний нагляд, акредитаційні комісії, страхові компанії). Отже, стандарти надання медичних послуг є невід'ємною частиною організації діяльності медичних закладів та сучасної системи охорони здоров'я, що забезпечує її ефективність, якість та орієнтованість на потреби пацієнта.

РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ МЕХАНІЗМУ ОРГАНІЗАЦІЇ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ

2.1. Організаційне забезпечення функціональної діяльності в досліджуваному закладі охорони здоров'я

Об'єктом дослідження в рамках даної роботи обрано функціональну діяльність Комунального некомерційного підприємства «Борщівський ЦПМСД». Відповідно до «Положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи» [12], затвердженого Наказом МОЗ України від 29.07.2016 № 801 та Статуту діяльності КНП (Додаток А) до основних завдань Центру первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД) в правовому полі відносять:

1. Забезпечення ефективної організації первинної медичної допомоги (ПМД) для прикріпленого населення.
2. Гарантування високого рівня доступності та якості ПМД для всіх зареєстрованих пацієнтів.
3. Налагодження тісної співпраці з іншими медичними установами, що надають вторинну (спеціалізовану), третинну (високоспеціалізовану), екстрену та паліативну медичну допомогу, а також послуги медичної реабілітації.
4. Організація та оперативне надання невідкладної медичної допомоги мешканцям.
5. Стратегічне планування та розвиток системи ПМД.
6. Здійснення організаційно-методичної діяльності у сфері ПМД.
7. Забезпечення належного фінансового та матеріально-технічного ресурсного забезпечення для функціонування ПМД.
8. Комплектування штату кваліфікованими кадрами.

9. Сприяння ефективній взаємодії між структурними підрозділами ЦПМСД для покращення якості медичних послуг, збереження та зміцнення здоров'я населення.

10. Підвищення доступності стоматологічної та екстреної допомоги, а також забезпечення лікарськими засобами для мешканців сільської місцевості.

Структурними підрозділами КНП «Борщівський ЦПМСД» (рис.2.1) є:

1. Адміністративний та управлінський відділ, який відповідає за загальне керівництво та координацію роботи.

2. Блок господарського забезпечення, що займається матеріально-технічним обслуговуванням та підтримкою функціонування закладу.

3. Лікувально-профілактичний підрозділ, який складається з амбулаторій, які можуть бути як невід'ємними частинами, так і окремими філіями ЦПМСД.

У сільській місцевості фельдшерсько-акушерські пункти (ФАП) або фельдшерські пункти (ФП) надають медичну допомогу на долікарському рівні. Ці пункти функціонують як відокремлені підрозділи амбулаторій.

Для покращення доступу до первинної медичної допомоги для мешканців населених пунктів Борщівської громади, що знаходяться далеко від амбулаторій та ФАП/ФП, за ініціативою місцевих органів влади, керівництва підприємств, установ або організацій та за погодженням з головним лікарем, можуть створюватися тимчасові медичні пункти базування. Важливо зазначити, що такі пункти не входять до офіційної структури ЦПМСД.

Організаційна структура Комунального некомерційного підприємства «Борщівський ЦПМСД» охоплює розгалужену мережу медичних підрозділів, зокрема:

- чотири амбулаторії загальної практики – сімейної медицини (АЗПСМ);
- дев'ять фельдшерсько-акушерських пунктів (ФАП);
- чотири фельдшерські пункти (ФП).

Усі медичні заклади, що входять до складу КНП «Борщівський ЦПМСД», функціонують у належних приміщеннях, які відповідають встановленим санітарно-гігієнічним нормативам. Усі структурні підрозділи

забезпечені холодильним обладнанням. Безперебійний мобільний телефонний зв'язок підтримується в кожному підрозділі. Амбулаторії загальної практики – сімейної медицини оснащені необхідним медичним обладнанням відповідно до табеля оснащення, включаючи апарати ЕКГ, медикаменти та вироби медичного призначення. Чотири АЗПСМ мають службовий автомобільний транспорт, а дві з них додатково обладнані системами телемедицини.

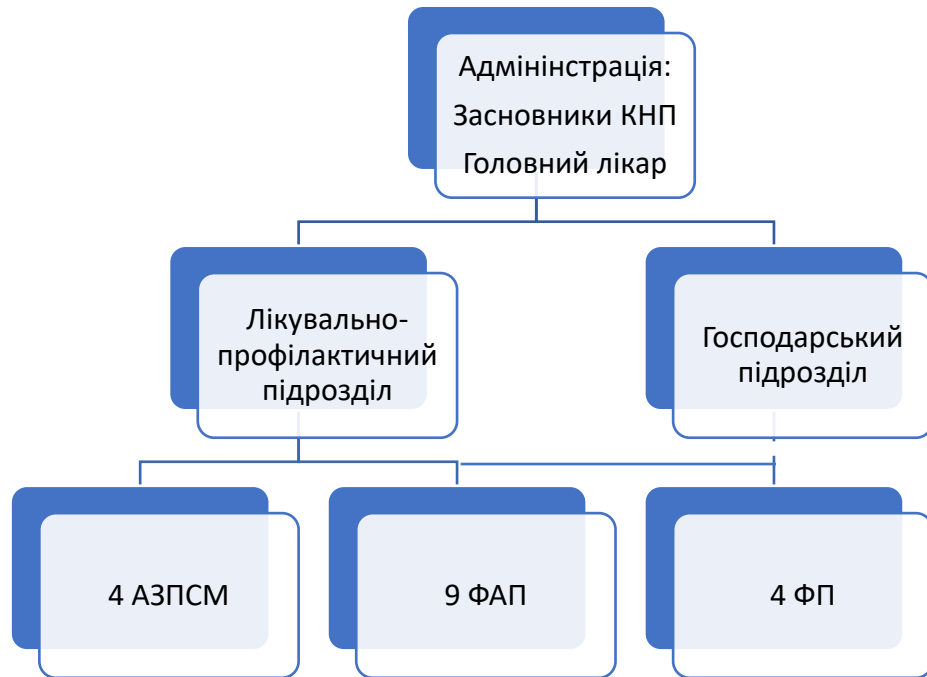


Рис.2.1. Організаційна структура КНП «Борщівський ЦПМСД»

Примітка: побудовано автором на основі інформації КНП.

Загальний штат КНП «Борщівський ЦПМСД» включає 19 лікарів загальної практики – сімейної медицини (з них 2 лікарі-інтерни), 2 педіатри, психолог, 10 медичних сестер загальної практики – сімейної медицини, 11 фельдшерів та 2 лаборанти.

Заклад демонструє високий рівень кадрового забезпечення та кваліфікації медичного персоналу. Серед лікарів:

- вищу кваліфікаційну категорію мають 6 фахівців;
- першу категорію мають 4 особи;
- другу категорію – 1 лікар;

– чотири лікарі є спеціалістами без категорії.

Щодо молодших медичних спеціалістів, розподіл за кваліфікаційними категоріями такий: вищу категорію мають 19 співробітників; першу – 6; другу – 8; 8 спеціалістів не атестовані.

Фінансування КНП «Борщівський ЦПМСД» переважно здійснюється за рахунок Національної служби здоров'я України (НСЗУ). За підсумками 2024 року надходження від НСЗУ склали 11 295 373 грн. Загалом надходження від функціональної діяльності склали у 2024 році 12,9 млн. грн. (див. табл.2.1).

Таблиця 2.1

Фінансові показники діяльності КНП «Борщівський ЦПМСД»

Показники	2022	2023	2024
Дохід	15 931 900	11 957 300	12 917 900
Чистий прибуток	0	0	0
Активи	7 005 200	5 079 500	4 574 000
Зобов'язання	32 900	33 700	35 400
Кількість працівників	80	65	63

Примітка: побудовано на основі фінансових результатів діяльності КНП [12].

Крім того, заклад отримує значну підтримку з місцевого бюджету Борщівської об'єднаної територіальної громади, що за 2024 рік склала [12]:

- 731 178 грн на відшкодування витрат, пов'язаних із безоплатним та пільговим відпуском лікарських засобів за рецептами лікарів ЦПМСД;
- 600 839 грн на забезпечення енерго- та теплопостачання;
- 266 373 грн на забезпечення паливно-мастильними матеріалами для транспортування окремих категорій населення для проведення процедури гемодіалізу;
- 96 000 грн на ремонтні роботи.

На 2025 рік КНП «Борщівський ЦПМСД» вже уклало договір з НСЗУ за програмою «Первинна медична допомога». Окрім цього, подано пропозицію та очікується підписання договору з НСЗУ за програмою «Мобільна паліативна медична допомога дорослим і дітям».

Основні витрати КНП пов'язані із забезпеченням надання медичних послуг і складають 85 % у загальній структурі витрат (див. табл.2.2).

Таблиця 2.2

Витрати КНП «Борщівський ЦПМСД»

Показники витрат бюджету КНП	2025	Відсоток від використаного бюджету
Поточні трансферти	1 064 450	85.6%
Оплата за природний газ	108 374	8.7%
Комунальні платежі	60 670	4.9%
Податок на доходи фізичних осіб	5 498	0.4%
Єдиний соціальний внесок	2 568	0.2%
Військовий збір	1 527	0.1%

Примітка: побудовано на основі фінансових результатів діяльності КНП [12].

Протягом 2024 року, з метою вдосконалення матеріально-технічної бази, КНП «Борщівський ЦПМСД» здійснило низку закупівель:

- пікфлоуметр (3960 грн);
- бактерицидна лампа (900 грн);
- апарат (СРАР) (14 426 грн);
- електронний відсмоктувач (4261 грн);
- один ноутбук (12 300 грн);
- три ноутбуки (28 500 грн);
- два тонометри (948 грн);
- металеві перила (11 100 грн);
- бензопила (3400 грн);
- автомобіль Renault Duster (966 735,90 грн), отриманий через централізоване постачання від Міністерства охорони здоров'я.

Для забезпечення безперебійної роботи в опалювальний період 2024-2025 років, КНП «Борщівський ЦПМСД» закупило 65 м.куб. твердого палива для своїх медичних підрозділів. Усі амбулаторії загальної практики – сімейної медицини обладнані перевіреними генераторами на випадок відключення

електроенергії та мають необхідний запас пального. Оплата за комунальні послуги здійснюється своєчасно, заборгованість відсутня.

Відповідно до Статуту, яким керується КНП, що затверджений рішенням міської ради від 10.09.2024 № 3570 «Борщівський ЦПМСД» (див. додаток А) КНП має право самостійно планувати свою діяльність, керуючись державними замовленнями, програмами та відповідними рішеннями місцевих органів влади; організувати свою роботу таким чином, щоб забезпечити виконання умов договору про медичне обслуговування населення; розподіляти фінансові та майнові ресурси між своїми підрозділами; укладати договори та угоди з юридичними та фізичними особами в межах своїх повноважень, а також виступати стороною в судових процесах.

Для досягнення поставлених цілей, ЦПМСД, за погодженням із Борщівською міською радою, має право: укладати договори про надання медичних послуг населенню певної території з лікарями загальної практики – сімейними лікарями, які зареєстровані як фізичні особи – підприємці; укладати угоди щодо забезпечення первинної медичної допомоги мешканцям об'єднаних територіальних громад (ОТГ); провадити господарську діяльність, не пов'язану безпосередньо з наданням медичних послуг, якщо така діяльність не заборонена чинним законодавством.

Правовий статус досліджуваного КНП передбачає його відповідальність за забезпечення якісного надання медичної допомоги відповідно до договору про медичне обслуговування населення, що фінансується з бюджетних коштів, а також інших укладених договорів; дотримання встановлених процедур та термінів звітування; надання достовірних звітних даних та оперативної інформації до регіональних інформаційно-аналітичних центрів медичної статистики; коректне ведення облікової документації та підготовки необхідних звітів; координацію роботи амбулаторій, фельдшерсько-акушерських/фельдшерських пунктів (ФАП/ФП) у частині надання невідкладної медичної допомоги, проведення диспансеризації та масових профілактичних заходів проти інфекційних захворювань на своїй території

обслуговування; цільове використання закріпленого за ним майна та виділених бюджетних коштів; підтримку рухомого та нерухомого майна в належному стані; створення безпечних та нешкідливих умов праці, дотримання вимог законодавства щодо охорони праці, соціального страхування, правил безпечної експлуатації обладнання, технічних регламентів, стандартів, санітарних норм та правил протипожежної безпеки; реалізацію заходів, спрямованих на вдосконалення системи оплати праці працівників та інших стимулюючих заходів для підвищення їхньої мотивації до ефективного та відповідального виконання посадових обов'язків; зворотну комунікацію з закладами охорони здоров'я, що надають вторинну медичну допомогу.

2.2. Моніторинг результативності надання медичних послуг

Оцінка результатів надання медичних послуг Борщівським ЦПМСД в Україні є багатограним процесом, який має охоплювати різні аспекти якості, ефективності та доступності. В його основі пропонуємо покласти сукупність кількісних та якісних показників, що відображають стан здоров'я населення, задоволеність пацієнтів та ефективність використання ресурсів досліджуваним КНП. Їх варто згрупувати в такі блоки:

1. Клінічні показники та показники стану здоров'я населення:
 - Показники захворюваності та поширеності хвороб.
 - Зниження показників гострої захворюваності.
 - Контроль за хронічними захворюваннями (наприклад, рівень цукру у крові у пацієнтів з діабетом, артеріальний тиск у гіпертоніків).
 - Рівень виявлення соціально значущих захворювань на ранніх стадіях (туберкульоз, онкологічні захворювання).
2. Показники профілактичної роботи:
 - Охоплення населення профілактичними оглядами (скринінги).

- Рівень вакцинації населення (відповідно до національного календаря щеплень).
 - Частка пацієнтів, які отримали консультації щодо здорового способу життя (відмова від куріння, раціональне харчування, фізична активність).
3. Показники материнства та дитинства: рівень охоплення вагітних жінок диспансерним наглядом; охоплення новонароджених скринінгами; динаміка дитячої смертності та захворюваності.
4. Показники раціонального використання ліків: відсоток призначення препаратів за Міжнародними непатентованими назвами (МНН); дотримання протоколів лікування.
5. Доступність та своєчасність медичної допомоги:
- Географічна доступність: кількість населення, що проживає в зоні доступності ЦПМСД (наприклад, до 5 км); наявність та ефективність медичних пунктів тимчасового базування у віддалених населених пунктах.
 - Фізична доступність: відсоток ЦПМСД, що забезпечують доступність для маломобільних груп населення (пандуси, широкі дверні прорізи тощо).
 - Організаційна доступність: середній час очікування прийому лікаря; можливість запису на прийом онлайн або за телефоном; кількість відмов у наданні медичної допомоги.
 - Інформаційна доступність: наявність актуальної інформації про послуги ЦПМСД (сайт, інформаційні стенди); рівень інформованості пацієнтів про свої права та можливості.
6. Якість надання медичних послуг:
- Дотримання стандартів та протоколів: проведення внутрішнього аудиту якості медичної допомоги; використання клінічних настанов, заснованих на доказовій медицині.

- Рівень кваліфікації медичного персоналу: відсоток лікарів та медичних сестер, які пройшли курси підвищення кваліфікації за останні 5 років; наявність сертифікатів та категорій у медичних працівників.
- Показники госпіталізації та направлень: відсоток обґрунтованих госпіталізацій (тобто таких, які не можна було вирішити на рівні ПМД); відсоток обґрунтованих направлень до вузьких спеціалістів.
- Відсутність скарг та інцидентів: кількість обґрунтованих скарг від пацієнтів; кількість медичних помилок або небажаних подій.

4. Задоволеність пацієнтів:

- Соціологічні опитування: регулярне проведення анонімних опитувань пацієнтів щодо якості отриманих послуг, ставлення персоналу, комфортності умов; аналіз відповідей та виявлення проблемних зон.
- Книга відгуків та пропозицій: аналіз звернень, їх характер та оперативність реагування.
- Онлайн-відгуки та рейтинги: моніторинг відгуків на медичних порталах, у соціальних мережах (хоча це може бути менш об'єктивним).

5. Ефективність використання ресурсів:

- Фінансова ефективність: використання бюджетних коштів відповідно до цільового призначення; оптимізація витрат на медикаменти та медичне обладнання.
- Кадрова ефективність: забезпеченість медичними кадрами; співвідношення кількості пацієнтів на одного лікаря; відтік кадрів.
- Матеріально-технічна база: стан приміщень, обладнання; наявність необхідного діагностичного обладнання.
- методи оцінки.

Для оцінювання результативності роботи Борщівським ЦПМСД варто використовувати звітність ЦПМСД, дані НСЗУ, соціологічні дослідження (опитування пацієнтів, фокус-групи); експертна оцінка (залучення зовнішніх аудиторів, медичних експертів); внутрішній аудит: самооцінка та контроль

якості керівництвом ЦПМСД. Оцінка має бути системною, регулярною та проводитися за прозорими критеріями. Отримані результати повинні використовуватися для постійного вдосконалення роботи ЦПМСД, розробки стратегій розвитку та корекції існуючих планів.

Першочерговою місією Комунального некомерційного підприємства «Борщівський центр первинної медико-санітарної допомоги» (КНП «Борщівський ЦПМСД») є забезпечення ефективної взаємодії сімейних лікарів з пацієнтами та їхніми родинами. Ця взаємодія має на меті створення оптимальних умов для підтримання, зміцнення та відновлення здоров'я населення.

Протягом 2024 року КНП успішно уклало низку договорів з Національною службою здоров'я України (НСЗУ) в рамках Програми медичних гарантій. Ці угоди охоплюють надання послуг за такими напрямками:

- Мобільна паліативна медична допомога для дорослих та дітей.
- Супровід та терапія дорослих та дітей, хворих на туберкульоз, на рівні первинної медичної допомоги.
- Надання первинної медичної допомоги.
- Забезпечення кадрового потенціалу системи охорони здоров'я через залучення лікарів-інтернів.
- Супровід та лікування дорослих та дітей з психічними розладами на первинному рівні медичної допомоги.

КНП «Борщівський центр первинної медико-санітарної допомоги» Борщівської міської ради здійснює свою діяльність та планування відповідно до укладених договорів з НСЗУ. Це включає організаційно-методичні заходи, надання амбулаторної допомоги населенню, професійний розвиток та підбір медичного персоналу, а також управління економічною діяльністю, бухгалтерським обліком, звітністю та фінансовим контролем. Окрему увагу приділяють заходам з охорони праці, профілактики виробничого травматизму, професійних захворювань та пожежній безпеці.

Станом на 01 січня 2025 року сімейними лікарями КНП «Борщівський ЦПМСД» було підписано 12597 декларацій, з яких 999 стосуються осіб віком до 18 років [12]. Ведеться активна інформаційно-роз'яснювальна робота серед мешканців закріплених сіл з метою збільшення охоплення населення, особливо старшого віку, деклараціями з сімейними лікарями. Впроваджено систему виписки електронних рецептів для пацієнтів, які уклали декларації. Окрім того, лікарі центру на постійній основі проводять огляди та надають необхідну медичну допомогу внутрішньо переміщеним особам та переселенцям.

Протягом 2024 року КНП надало послуги 60128 особам, з них 209 осіб внутрішньо переміщених. На постійній основі паліативну допомогу надають 41 людині.

Конкурентні позиції на ринку медичних послуг досліджуване КНП займає завдяки якісному наданні первинної медичної допомоги для хворих з інсультом та направлення їх для лікування в КНП „Борщівська міська лікарня», яка посідає 5 місце серед медичних закладів Тернопільської області (див. табл.2.3).

Таблиця 2.3

**Якість надання медичних послуг на ринку медичних послуг
Тернопільською областю**

Медичні заклади	Абсолютне число пролікованих, осіб	Летальність, осіб
1	2	3
КНП „Тернопільська обласна клінічна психоневрологічна лікарня” Тернопільської обласної ради	856	12
КНП „Тернопільська комунальна міська лікарня № 2” Тернопільської міської ради	278	12
КНП Тербовлянської міської ради „Тербовлянська міська лікарня”	263	48

1	2	3
КНП „Чортківська центральна міська лікарня” Чортківської міської ради	159	9
КНП „Борщівська міська лікарня» Борщівської міської ради	114	6
КНП «Заліщицька центральна міська лікарня» Заліщицької міської ради	83	8
КНП „Кременецька опорна лікарня” Кременецької міської ради	219	13
Всього по області	2053	12

Примітка: наведено з використанням інформації КНП “Тернопільський обласний інформаційно - аналітичний центр медичної статистики” Тернопільської обласної ради [24].

Про якість надання медичних послуг можна робити висновок і за показниками стану здоров'я в Чортківському районі, до якого відноситься Борщівська громада. У 2024-2025 роках захворюваність становила відповідно 135 та 124 особи на 100 тис. чоловік, тоді як в середньому по Тернопільській області відповідно 161 і 145 осіб на 100 тис. чоловік [24].

Отже, незважаючи на складні умови воєнного стану, лікарня підтримує високий рівень надання медичних послуг, під час війни медики продовжують рятувати життя та надавати якісну медичну допомогу, співпрацювати з іншими медичними закладами в процесі побудови раціональних маршрутів пацієнтів між медичними закладами Тернопільської області для кваліфікованої медичної допомоги.

РОЗДІЛ 3.

ВДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМУ ОРГАНІЗАЦІЇ РОБОТИ МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ

3.1. Вдосконалення інформаційно-комунікативного супроводу медичного закладу

Завдяки впровадженню передових інформаційних технологій у сферу охорони здоров'я відкриваються нові горизонти для ефективного управління закладами охорони здоров'я та створюються додаткові можливості для вдосконалення їх організаційного супроводу. Ці технології дають змогу не лише розробляти та аналізувати, але й активно використовувати різноманітні експериментальні підходи. Вони також забезпечують можливість застосування складного структурного економічного моделювання та симуляції альтернативних організаційних систем. Усе це створює міцну основу для прийняття обґрунтованих та стратегічно важливих управлінських рішень у медичних установах. Цифрова трансформація в медичних закладах охоплює три взаємопов'язані сфери, спрямовані на підвищення ефективності та якості медичних послуг:

1. Цифрову підтримку клінічних процесів. Цей напрямок зосереджений на інтеграції інформаційних технологій безпосередньо у медичну практику. Він охоплює автоматизацію таких критично важливих завдань, як реєстрація та ідентифікація пацієнтів, ведення електронних медичних записів, створення та використання стандартизованих протоколів лікування. Важливою складовою є інформаційний супровід лікування, що включає моніторинг стану пацієнта та обмін даними. Також передбачається збір, обробка та аналіз медичної статистики для формування аналітичних звітів, що сприяють покращенню клінічних рішень та оцінці результатів терапії.

2. Цифрове управління ресурсами закладу охорони здоров'я. Ця сфера інформатизації концентрується на оптимізації внутрішніх адміністративних

процесів та ефективному використанні ресурсів. Вона включає системи кадрового обліку, які забезпечують управління персоналом, та інформаційні потоки для контролю за матеріальними активами (наприклад, основними засобами). Аналітичні та управлінські компоненти цього напрямку надають інструменти для прийняття обґрунтованих рішень. Ефективність таких систем визначається їхньою цільовою орієнтованістю, здатністю вирішувати конкретні управлінські завдання, всебічною аргументованістю, адресністю, узгодженістю з існуючою політикою, правомірністю, ефективністю, своєчасністю, повнотою, а також лаконічністю та чіткістю подання інформації.

3. Цифрову оптимізацію фінансово-податкового адміністрування. Цей напрямок передбачає впровадження інформаційних систем для управління фінансовими потоками та податковими зобов'язаннями. Він охоплює облік усіх витрат, ведення управлінського обліку та фінансово-економічні інструменти. До них належать системи для обліку медикаментів та управління товарними запасами, розрахунку собівартості медичних послуг та встановлення тарифів, автоматизації розрахунків заробітної плати та премій для персоналу. Крім того, цей сегмент включає інструменти для податкового обліку та комплексного економічного аналізу діяльності медичної установи.

Впровадження інформаційних технологій у медичній галузі визнано ключовим вектором розвитку сучасної системи охорони здоров'я. Інтеграція передових інформаційно-комунікаційних систем у фінансово-господарську діяльність медичних установ відкриває широкі можливості для оптимізації управлінських процедур. Це дозволяє ефективно контролювати виконання ухвалених рішень, здійснювати глибокий аналіз ефективності використання наявних ресурсів на рівні кожного закладу, а також суттєво підвищувати якість та доступність медичних послуг для населення.

Синтез інструментів та сервісів, що базуються на інформаційно-комунікаційних технологіях, для таких цілей як профілактика захворювань, їх діагностика, лікування, моніторинг стану здоров'я та способу життя, є

каталізатором інноваційних зрушень у наступних аспектах: організації медичних процесів, оптимізації та реінжиніринг робочих процесів у сфері охорони здоров'я; доступності та раціонального використання ресурсів, покращення доступу пацієнтів до медичної допомоги та більш ефективного розпорядження медичними ресурсами; якості обслуговування та пацієнтоорієнтованості, зростання рівня медичного обслуговування та підвищення задоволеності пацієнтів; відповідності стандартам та загальна результативність, зміцнення відповідності галузевим стандартам та підвищення загальної операційної ефективності всієї системи охорони здоров'я.

Електронна охорона здоров'я (скорочено е-здоров'я або eHealth) є системою цифрових комунікацій в сфері охорони здоров'я. Ця система базується на безпечному та економічно ефективному застосуванні інформаційно-комунікаційних технологій (ІКТ). Її ключова мета – підтримка та розвиток всієї системи охорони здоров'я, що охоплює широкий спектр напрямків, зокрема: надання медичних послуг, профілактичний моніторинг стану здоров'я населення, забезпечення доступу до медичної літератури, вдосконалення медичної освіти, а також сприяння науковим дослідженням та обміну знаннями.

Протягом останніх років Україна стала свідком значних системних змін та цифрових перетворень у сфері охорони здоров'я. Ці зрушення були закріплені на законодавчому рівні: прийнято низку ключових нормативних актів, які визначають eHealth та цифрові інструменти як основоположні для подальшого розвитку галузі. Уряд України також затвердив п'ятирічну Концепцію розвитку електронної охорони здоров'я, що є стратегічним документом для цього напрямку. Правовий базис інформаційного супроводу в сучасних умовах регламентується низкою нормативно-правових актів:

1. Законом України «Про захист персональних даних» [41] від 14.06.2025, підстава № 4240-IX

2. Законом України «Про електронну ідентифікацію та електронні довірчі послуги» [37] від 18.12.2024, № 3911-ІХ.

3. Законом України «Про електронні документи та електронний документообіг» [10] від 31.12.2023, № 2801-ІХ.

4. Постановою Кабінету Міністрів України «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я» [10] від 04.02.2025, № 112-2025-п.

5. Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 28.12.2020 № 1671 “Про схвалення Концепції розвитку електронної охорони здоров'я” [10]

Для реалізації Концепції розвитку електронної охорони здоров'я розроблено дорожню карту, яка включає понад 120 запланованих цифрових проєктів. Її основне завдання – гарантувати високу якість, безпечність та доступність медичних послуг для всіх пацієнтів. Наразі активно триває розбудова та вдосконалення ключових інформаційних систем та реєстрів, життєво необхідних для функціонування медичної сфери. Зокрема, на поточний момент в країні діє 13 інформаційно-комунікаційних систем та функціонує 45 різноманітних реєстрів.

На даний час електронна охорона здоров'я об'єднує кілька модулів (див. рис.3.1.

В рамках функціональної діяльності досліджуваного КНП використовуються електронні направлення на консультації, аналізи, додаткові обстеження, електронні висновки, електронні рецепти, електронні рецепти на програми реімбурсації з частковою оплатою ліків. Медичні послуги КНП за е-Направленням є безкоштовними відповідно до Програми медичних гарантій. В умовах повномасштабної війни використання інформаційних технологій (ІТ) у Центрах первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД) набуває особливого значення, стаючи критично важливим для забезпечення ефективності, доступності та безпеки медичних послуг.



Рис.3.1. Структурні компоненти електронної системи охорони здоров'я

Для активнішого використання ІТ необхідне забезпечення надійної базової інфраструктури та посилення кібербезпеки. Це включає впровадження альтернативних джерел живлення, таких як генератори, сонячні панелі та системи безперебійного живлення, а також дублювання каналів зв'язку (оптоволокну, Starlink, мобільний інтернет) для забезпечення безперервної роботи в умовах частих відключень світла та перебоїв зв'язку. Медичний

персонал повинен бути забезпечений мобільними точками доступу для роботи за межами стаціонарного ЦПМСД. Водночас, надзвичайної важливості набуває кібербезпека: регулярні оновлення програмного забезпечення, використання двофакторної автентифікації, систематичне резервне копіювання даних на захищені віддалені сервери та постійне навчання персоналу основам кібергігієни та розпізнавання загроз. Для мобільних бригад та сімейних лікарів необхідно забезпечити портативні пристрої (ноутбуки/планшети) з доступом до ЕСОЗ та можливістю офлайн-роботи.

Другим важливим аспектом є оптимізація використання Електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ). Функціонал ЕСОЗ потребує розширення з урахуванням воєнних реалій, включаючи можливість швидкого доступу до медичної картки пацієнта при його евакуації чи переміщенні, інтеграцію з реєстрами внутрішньо переміщених осіб, а також функціонал для віддалених консультацій. Важливо також забезпечити можливість швидкої зміни місця прикріплення пацієнта. Необхідно максимально спростити та автоматизувати введення даних для зменшення адміністративного навантаження на медиків, використовуючи шаблони та попередньо заповнені форми. Регулярні онлайн-тренінги та оперативна технічна підтримка є життєво необхідними для ефективного використання системи персоналом.

Розвиток телемедицини та віддалених консультацій є третім стовпом. Це дозволить надавати допомогу пацієнтам, які не можуть дістатися до лікаря через небезпеку, зруйновану інфраструктуру або відсутність транспорту. Використання захищених медичних та телемедичних платформ для відеозв'язку та консиліумів, забезпечення необхідним обладнанням та вдосконалення нормативно-правової бази для телемедицини в умовах війни є пріоритетними завданнями.

Четвертим напрямком є покращення управління даними та аналітики. ІТ-рішення повинні забезпечувати швидкий збір та аналіз даних про епідеміологічну ситуацію (інфекційні захворювання, травми, психічні розлади, пов'язані з війною), інтеграцію з системами надзвичайних ситуацій та

оптимізацію логістики ліків та медичних ресурсів. Автоматизоване формування звітів для керівництва ЦПМСД, місцевої влади та МОЗ є критично важливим для оперативного прийняття рішень.

П'ятий напрямок – ефективна комунікація та інформування пацієнтів. Мобільні додатки та SMS-розсилки можуть використовуватися для нагадувань про прийоми, щеплення, запис до лікаря, а також для оперативного інформування про зміни в роботі ЦПМСД, небезпечні події або наявність медикаментів. Важливо також регулярно оновлювати інформацію на вебсайтах та у соціальних мережах про графік роботи, доступність лікарів та нові послуги.

Шостим, але не менш важливим елементом є постійне навчання та підвищення кваліфікації персоналу. Це включає курси з комп'ютерної грамотності для всього персоналу, спеціалізовані тренінги з використання медичних інформаційних систем, телемедичних платформ та засобів кіберзахисту. Дистанційне навчання через онлайн-платформи забезпечить безперервний професійний розвиток медиків.

Нарешті, активна співпраця та партнерство відіграють ключову роль. Це передбачає залучення ІТ-компаній до розробки рішень через державно-приватне партнерство, залучення міжнародної допомоги для фінансування ІТ-інфраструктури та обладнання, а також організацію платформ для обміну досвідом між ЦПМСД щодо ефективного використання ІТ.

Впровадження цих заходів вимагає значних фінансових вкладень, злагодженої координації з боку МОЗ та регіональних органів влади, а також постійної адаптації до динамічних умов війни. Однак інвестиції в інформаційні технології для ЦПМСД в умовах війни – це прями інвестиції у збереження здоров'я та життя українців.

3.2. Напрями покращення організаційної культури та клімату медичного закладу

У контексті системних трансформацій, зумовлених медичною реформою, оптимізація організаційної культури медичного закладу (МЗ) набуває стратегічного значення, оскільки вона прямо корелює з ефективністю впровадження інновацій, підвищенням якості медичних послуг та забезпеченням стійкості функціонування в умовах постійних змін. Науковий підхід до покращення організаційної культури МЗ передбачає комплексний аналіз наявних культурних елементів, цілеспрямоване формування бажаних цінностей та норм, а також системне впровадження механізмів, що підтримують ці зміни.

Для покращення внутріорганізаційної культури необхідно провести її діагностику. Це передбачає застосування якісних та кількісних методів дослідження, таких як опитування персоналу (наприклад, з використанням моделей Куінна та Камерона, або Хофстеде), фокус-групи, глибинні інтерв'ю з керівництвом та рядовими співробітниками, аналіз внутрішніх документів, спостереження за поведінковими патернами та комунікаційними процесами. Метою є ідентифікація домінуючих цінностей, переконань, норм, символів, артефактів та героїв, а також виявлення зон потенційного конфлікту або резистентності до змін, що визначені Стратегією реформування охорони здоров'я до 2030 року. Особливу увагу слід приділити сприйняттю персоналом цілей реформи, їхньому ставленню до інновацій та рівню залученості.

На основі результатів діагностики та стратегічних цілей медичної реформи, необхідно чітко артикулювати бажаний стан організаційної культури. В умовах реформи це, як правило, передбачає перехід від традиційної бюрократичної (ієрархічної) культури до культури, орієнтованої на пацієнта, інновації, співпрацю та безперервне навчання (так звана «ринкова» або «адхократична» культура за Куінном та Камероном). Ключовими характеристиками бажаної культури мають стати: проактивність у ставленні до змін, орієнтація на результат та якість послуг, командна робота,

відкрита комунікація, високий рівень професійної відповідальності, етичні стандарти та емпатія до пацієнтів.

Процес формування бажаної культури є складним і вимагає цілеспрямованого впливу з боку адміністрації КНП на кілька рівнів:

1-й етап. Керівництво та лідерство. Керівники всіх рівнів повинні виступати «агентами змін», демонструючи особистим прикладом прихильність до нових цінностей. Це вимагає розвитку лідерських компетенцій, здатності до натхнення, мотивації та ефективної комунікації. Важливо, щоб стратегічні рішення та оперативні дії керівництва були конгруентними декларованим культурним нормам.

2-й етап. Розробка комунікаційних стратегій. Розробка та впровадження ефективних внутрішніх комунікаційних стратегій є критично важливим. Це включає регулярне інформування персоналу про хід реформи, її цілі та очікувані результати, створення каналів зворотного зв'язку, пропагування успішних кейсів та поширення позитивних наративів, що відповідають новим культурним цінностям. З метою покращення комунікаційного забезпечення діяльності досліджуваного медичного закладу вважаємо за доцільне запропонувати комунікаційну стратегію (табл.3.1).

Таблиця 3.1

Структурні блоки комунікаційної стратегії КНП «Борщівський ЦПМСД»

№ блоку	Назва структурного блоку	Змістове наповнення (основні елементи)
1	Вступний блок: загальна характеристика та актуальність	Характеристика закладу: організаційно-правова форма (КНП), профіль діяльності (первинна медична допомога), територія обслуговування, категорії пацієнтів. Актуальність стратегії: потреба у системній комунікації в умовах медичної реформи, підвищення довіри та інформованості населення, конкуренція між надавачами ПМД, зміна ролі пацієнта як активного учасника системи.

Продовження таблиці 3.1

1	2	3
2	Аналітично-діагностичний блок	Аналіз зовнішнього середовища: нормативно-правові умови, демографічні особливості громади, конкурентне поле, рівень цифровізації населення. Аналіз внутрішнього середовища: структура закладу, кадровий потенціал, наявні комунікаційні канали, імідж і репутація. SWOT-аналіз: сильні та слабкі сторони, можливості та загрози у сфері комунікації.
3	Цільовий блок (цілі та завдання комунікаційної стратегії)	Стратегічна мета комунікацій: формування стійкої довіри до закладу, підвищення поінформованості пацієнтів, підтримка позитивного іміджу. Операційні цілі: інформування про послуги, маршрути пацієнта, профілактичні програми; стимулювання підписання декларацій; формування прихильності до здорового способу життя. Завдання: підвищення прозорості діяльності, систематизація інформації, адаптація комунікацій під різні аудиторії.
4	Блок цільової аудиторії	Основні аудиторії: наявні та потенційні пацієнти, різні вікові групи (діти, молодь, дорослі, особи похилого віку), хронічні хворі, ВПО. Партнери та стейкхолдери: місцева влада, освітні заклади, соціальні служби, громадські організації, НСЗУ. Внутрішні аудиторії: медичний та немедичний персонал, керівництво закладу.
5	Блок ключових повідомлень (меседжів)	Основні смисли комунікації: доступність і своєчасність медичної допомоги, професійність персоналу, пацієнтоорієнтованість, безпечність та якість послуг. Приклади ключових повідомлень: про графік роботи, запис на прийом, профілактичні огляди, вакцинацію, програми для хронічних хворих. Тональність комунікації: доброзичлива, коректна, доказова, зрозуміла для пацієнта.
6	Канали та інструменти комунікації	Офлайн-канали: інформаційні стенди, оголошення в закладі, друковані буклети, зустрічі з громадою, робота через сімейних лікарів. Онлайн-канали: офіційний сайт (якщо є), сторінки у соціальних мережах, месенджери, електронні сервіси запису. Засоби масової інформації.

Продовження таблиці 3.1

1	2	3
7	Організаційно-управлінський блок	Визначення відповідальних: розподіл ролей між керівництвом, завідувачами амбулаторій, відповідальними за комунікацію/PR. Регламентація процесів: внутрішні положення, інструкції щодо відкритості інформації, реагування на звернення. Координація: взаємодія підрозділів закладу у реалізації комунікаційних заходів.
8	Плановий блок (програмно-цільовий)	План комунікаційних заходів: перелік заходів (інформаційні кампанії, дні відкритих дверей, профілактичні акції тощо), цільові аудиторії, терміни проведення. Ресурсне забезпечення: людські, інформаційні, матеріальні ресурси, можливі партнерства. Графік реалізації: календарний план на рік/півріччя з урахуванням сезонності (епідсезон, вакцинація, профогляди).
9	Моніторинговий блок	Показники ефективності комунікацій: кількість звернень, охоплення аудиторій, зростання кількості декларацій, відвідуваність профілактичних заходів, активність у соцмережах. Методи збору даних: аналіз статистики, опитування пацієнтів, зворотний зв'язок через реєстратуру та онлайн-канали. Механізми корекції: перегляд підходів, уточнення меседжів та каналів залежно від отриманих результатів.
10	Очікувані результати	Очікувані результати: покращення поінформованості населення, зміцнення довіри до КНП «Борщівський ЦПМСД», підвищення рівня залученості пацієнтів до профілактичних програм. Стратегічний ефект: посилення конкурентоспроможності закладу, підтримка реалізації медичної реформи на місцевому рівні, сприяння формуванню культури відповідального ставлення до здоров'я.

Примітка: розроблено автором з використанням [20, 31, 32].

3-й етап. Створення системи заохочень та винагород. Система матеріального та нематеріального заохочення повинна бути переглянута таким чином, щоб вона підтримувала бажану поведінку та цінності. Це можуть

бути бонуси за якість, ініціативність, командну роботу, визнання професійних досягнень, можливості для професійного розвитку.

4-й етап. Навчання та розвиток персоналу. Інвестиції у безперервне навчання та розвиток компетенцій персоналу (як медичних, так і комунікативних, управлінських) є невід'ємною частиною культурних змін. Тренінги з управління змінами, клієнтоорієнтованості, етичної поведінки, командної взаємодії сприятимуть засвоєнню нових норм.

5-й етап. Оновлення управлінських процедур та процесів відповідно до по треб створення інклюзивного середовища, цифровізації. Внутрішні процедури, регламенти та робочі процеси мають бути переглянуті та оптимізовані відповідно до нових культурних цінностей, наприклад, спрощення бюрократичних процедур, впровадження клінічних протоколів, орієнтованих на доказову медицину, та оптимізація пацієнтських маршрутів.

6-й етап. Створення сприятливого робочого середовища. Формування атмосфери довіри, взаємоповаги та психологічної безпеки є ключовим для культурних змін. Це включає підтримку ініціатив, надання можливостей для автономії та професійного зростання, вирішення конфліктів конструктивним шляхом та розвиток культури зворотного зв'язку.

7-й етап. Моніторинг та оцінка внутріорганізаційного клімату. Процес трансформації організаційної культури є ітеративним та довготривалим. Необхідно впровадити систему регулярного моніторингу та оцінки ефективності впроваджених змін. Це може включати повторні дослідження організаційної культури, аналіз ключових показників ефективності (KPIs), таких як задоволеність пацієнтів, рівень залученості персоналу, динаміка медичних показників. Отримані дані дозволять своєчасно коригувати стратегію та тактику, забезпечуючи стійкість культурних трансформацій.

Таким чином, покращення організаційної культури медичного закладу в умовах реформи вимагає глибокого наукового підходу, що поєднує діагностику, стратегічне планування, цілеспрямоване впровадження змін на всіх рівнях та постійного моніторингу ефективності внутріорганізаційного

забезпечення медичного закладу, з метою формування гнучкої, клієнтоорієнтованої та інноваційної організації, здатної ефективно реагувати на виклики сучасної системи охорони здоров'я.

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження організації медичного обслуговування в закладі охорони здоров'я показало, що вона є базисом його успішного функціонування та досягнення стратегічних цілей, особливо в умовах системних трансформацій та підвищених вимог до якості та доступності медичних послуг.

Для поглиблення теоретичного базису дослідження організаційне забезпечення представлено як фундаментальну основу ефективного функціонування медичної сфери, яка є цілісною системою, яка об'єднує ресурси, процеси, людей, регламентаційні процедури для досягнення головної мети – забезпечення якісної, доступної та своєчасної медичної допомоги населенню.

Суть організації діяльності можна інтерпретувати в кількох аспектах.

1. З позицій гарантії якості та безпеки пацієнтів. Добре організоване медичне обслуговування є фундаментальною умовою для забезпечення високої якості медичних послуг та максимальної безпеки пацієнтів. Чітко визначені протоколи, стандарти, алгоритми дій, раціональний розподіл функціональних обов'язків та налагоджена координація між підрозділами мінімізують ризики помилок, покращують результати лікування та сприяють швидшому одужанню.

2. З точки зору оптимізації ресурсів та підвищення ефективності КНП. Це включає оптимальне планування робочого часу персоналу, ефективне управління запасами медикаментів та обладнання, скорочення часу очікування пацієнтів та зменшення нецільових витрат. В результаті зростає продуктивність праці та економічна ефективність ЗОЗ.

3. Підвищення доступності медичних послуг та створення інклюзивного середовища для працівників та пацієнтів в КНП. Правильна організація процесів забезпечує більш рівний доступ до медичної допомоги для різних категорій населення. Це стосується як фізичної доступності (оптимізація

маршрутизації пацієнтів, скорочення черг), так і інформаційної (зрозуміле інформування про послуги, графіки роботи).

4. Створення сприятливого середовища для професійного розвитку та функціональної діяльності персоналу. Чітко структурована система організації зменшує професійне вигорання медичного персоналу, оскільки усуває надмірну бюрократію, нечіткість повноважень та дублювання функцій. Вона сприяє створенню комфортного робочого середовища, підвищує мотивацію, задоволеність роботою та зміцнює командний дух, що безпосередньо впливає на якість надання послуг.

5. Адаптивності та стійкості до змін пов'язаних із медичною реформою, цифровізацією системи охорони здоров'я, забезпечення пацієнтоорієнтованих принципів та підходів інклюзивного середовища. Системність в організації дозволяє швидко перерозподіляти ресурси, впроваджувати інноваційні підходи та практики, ефективно реагувати на кризові ситуації, забезпечуючи безперервність надання медичної допомоги.

6. Формування позитивного іміджу та довіри. Ефективна організація діяльності ЗОЗ безпосередньо впливає на його репутацію. Пацієнти, які отримують якісну, своєчасну та злагоджену допомогу, формують високий рівень довіри до закладу та рекомендують його іншим. Це є важливим фактором у конкурентному середовищі та сприяє залученню та утриманню пацієнтів.

7. Інтеграції та безперервності медичної допомоги. Добре організоване медичне обслуговування забезпечує плавну взаємодію між різними рівнями та спеціальностями медичної допомоги (між первинною та вторинною ланками). Це сприятиме безперервності лікування, уникненню дублювання обстежень та більш ефективному моніторингу стану пацієнта на всіх етапах його медичного маршруту.

Дослідження організаційного забезпечення діяльності КНП «Борщівський ЦПМСД» показало, що не дивлячись на скорочення фінансового забезпечення, чисельності медичного персоналу КНП надає

послуги 60128 особам, з них 209 осіб внутрішньо переміщених, підписано 12597 декларацій, з яких 999 стосуються осіб віком до 18 років. Ведеться активна інформаційно-роз'яснювальна робота серед мешканців закріплених сіл з метою збільшення охоплення населення, особливо старшого віку, деклараціями з сімейними лікарями.

Конкурентні позиції на ринку медичних послуг досліджуване КНП займає завдяки якісному наданні первинної медичної допомоги для хворих з інсультом та направлення їх для лікування в КНП „Борщівська міська лікарня», яка посідає 5 місце серед медичних закладів Тернопільської області.

Для забезпечення високого рівня організаційної культури пропонуємо проводити її діагностику з використанням методів Камерона за запропонованими в роботі критеріями, що включають: клінічні показники та показники стану здоров'я населення, показники профілактичної роботи, показники материнства та дитинства, показники раціонального використання ліків, доступність та своєчасність медичної допомоги, якість надання медичних послуг, задоволеність пацієнтів, ефективність використання ресурсів; та методи експертного опитування, формування фокус-груп, спостереження за поведінковими патернами, та спроможністю персоналу впроваджувати інновації, втілювати завдання медичної реформи.

Для підтримки організаційної культури пропонуємо наступний алгоритм: ініціювання організаційних змін, розвиток лідерських компетентностей, поглиблення комунікаційних навичок в персоналу, створення системи заохочень та винагород, навчання та розвиток персоналу, оновлення управлінських процедур та процесів відповідно до потреб створення інклюзивного середовища, цифровізації; створення сприятливого робочого середовища; моніторинг та оцінка внутріорганізаційного клімату та ефективності впроваджених змін за такими критеріями як: задоволеність пацієнтів, рівень залученості персоналу до інноваційних змін, динаміка медичних показників. Отримані дані дозволять своєчасно коригувати

стратегію та тактику, забезпечуючи послідовність організаційних трансформацій.

Для активнішого використання ІТ технологій в діяльності медичного закладу необхідне забезпечення надійної базової інфраструктури та посилення кібербезпеки через регулярні оновлення програмного забезпечення, використання двофакторної автентифікації, систематичне резервне копіювання даних на захищені віддалені сервери та постійне навчання персоналу основам кібергігієни та розпізнавання загроз. Для мобільних бригад та сімейних лікарів необхідно забезпечити портативні пристрої (ноутбуки/планшети) з доступом до ЕСОЗ та можливістю офлайн-роботи. Функціонал ЕСОЗ потребує розширення з урахуванням воєнних реалій, включаючи можливість швидкого доступу до медичної картки пацієнта при його евакуації чи переміщенні, інтеграцію з реєстрами внутрішньо переміщених осіб, а також функціонал для віддалених консультацій.

Для забезпечення системної, послідовної та ефективної зовнішньої і внутрішньої комунікації КНП «Борщівський ЦПМСД» з метою підвищення рівня поінформованості, довіри та задоволеності пацієнтів, а також підтримки іміджу закладу як доступного, сучасного та пацієнтоорієнтованого надавача медичних послуг в роботі запропоновано комунікаційну стратегію медичного закладу, основними завданнями якої є: формування єдиного комунікаційного простору закладу, забезпечення регулярного, зрозумілого та своєчасного інформування населення про: перелік і умови надання медичних послуг; графік роботи лікарів та структурних підрозділів; можливості запису на прийом, дистанційні сервіси; профілактичні програми, вакцинацію, скринінги; підвищення рівня медичної грамотності населення; підтримка позитивного іміджу закладу та бренду сімейного лікаря; удосконалення внутрішніх комунікацій між адміністрацією, медичним персоналом і технічними працівниками.

Структура стратегії представлена містить такі блоки: характеристика закладу, аналітико-діагностичний блок, цільовий блок, блок стейкхолдерів

ЗОЗ, канали та інструменти комунікацій, організаційно-управлінський блок, плановий блок, моніторинговий блок, блок кінцевих результатів.

Організація медичного обслуговування є лише адміністративною функцією, а її чинником, що визначає ефективність, якість, доступність та безпеку медичної допомоги, впливає на задоволеність як пацієнтів, так і персоналу, і є ключовим фактором стійкого розвитку будь-якого закладу охорони здоров'я. Її постійне вдосконалення є безперервним процесом, що вимагає системного підходу та адаптації до мінливих умов зовнішнього середовища.

Список використаних джерел

1. Алькема В.Г., Сумець О.М., Кириченко О.С. Менеджмент закладу охорони здоров'я: навч. Посібник. – К.: ВНЗ «Університет економіки та право «Крок», 2023.244с.
2. Будзінська Г. Організація медичного обслуговування в закладі охорони здоров'я. Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах сучасних викликів. Матеріали наук-практ конф. з міжнарод. участю. Тернопіль 2025. С.301-303.
3. Будзінська Г. Формування організаційної культури як детермінанти інноваційних змін медичного закладу. Інноваційні технології в менеджменті та публічному управлінні/ Матеріали наук-практ конф. з міжнарод. участю. Тернопіль 2025. 3с.
4. Будзінська Ганна Організація медичного обслуговування в закладі охорони здоров'я. Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах сучасних викликів. Матеріали наук-практ конф. з міжнарод. участю. Тернопіль 2025. С.298-300.
5. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку : кол. моногр. за заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша. К. : НАДУ, 2013. 424 с.
6. Деякі питання електронної системи охорони здоров'я Постановою Кабінету Міністрів України від 04.02.2025, № - 112-2025-п.
URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411-2018-п#Text>
7. Єдиний термінологічний словник з питань управління якості медичної допомоги. Наказ МОЗ України від 20.07. 2011 року № 427
8. Желюк Т.Л. Стратегічне управління людськими ресурсами медичного закладу в контексті забезпечення стійкості системи охорони здоров'я України в умовах війни. Науковий вісник Ужгородського національного університету. 2025. Вип. 57. С. 224-228.

9. Желюк Т.Л. Фінансові аспекти функціонування ринку медичних послуг та закупівлі ліків. *Регіональні аспекти розвитку продуктивних сил України*. 2018. Вип. 23 С.108-112.
10. Законодавство України. Офіційний портал. URL: <https://www.rada.gov.ua/news/zak>
11. Знаменська М. А., Слабкий Г. О. Концептуальна модель комунікацій в охороні здоров'я. *Scientific Journal «ScienceRise»*. 2015. № 7/4(12). С. 59–62.
12. КНП «Борщівський ЦПМСД» URL: <https://micto.ua/borshchivskyi-komunalnyi-raionnyi-tsentri-pervynnoi-medyko-sanitarnoi-dopomohy-i155966/>
13. Комунікації в організаціях: процес, типи, зв'язки, бар'єри. URL: https://osvita.ua/vnz/reports/management/15040/#google_vignette
14. Комунікації в охороні здоров'я [монографія]/ М.А. Знаменська, Г.О. Слабкий, Т.К. Знаменська. Київ, 2019. 194 с.
15. Комунікаційна стратегія з реалізації Національної стратегії із створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року. Міністерство розвитку громад та територій України. URL: <http://surl.li/xjziaj>
16. Ліцензійні умови провадження господарської діяльності з медичної практики. Постанова Кабінету Міністрів України від 02.03.2016 № 285.
17. Литвин Н.А., Максимович М.І Актуальні проблеми доступу до медицини під час воєнного стану. URL: http://lsej.org.ua/9_2022/80.pdf
18. Медичний фронт: як бізнес спільно з волонтерами допомагає рятувати здоров'я українців URL: <https://tsn.ua/ukrayina/medichniy-front-yak-biznes-spilno-z-volonterami-dopomagaye-ryatuvati-zdorov-ya-ukrayinciv-2226712.html>
19. Міністерства охорони здоров'я України. URL: <https://moz.gov.ua/uk/e-stock>

20. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я / кол. монографія за ред. Шкільняка М.М., Желюк Т.Л., Тернопіль, Крок. 2020. 560с.
21. Національна служба охорони здоров'я. URL: <https://nszu.gov.ua>
22. Організація діяльності закладу охорони здоров'я / нав. посібник за ред. Шкільняка М.М., Желюк Т.Л., Тернопіль, Крок. 2022. 438 с.
23. Основи законодавства України про охорону здоров'я. URL: <https://zakon.help/law/2801-XII>
24. Основні показники стану здоров'я населення та ресурсів охорони здоров'я Тернопільської області. КНП "Тернопільський обласний інформаційно - аналітичний центр медичної статистики" Тернопільської обласної ради. 2025. 42с. URL: https://uozter.gov.ua/uploads/p_111_69112648.pdf
25. Офіційний ВЕБ-сайт МОЗ України. URL: <https://moz.gov.ua/>
26. Офіційний веб-сайт Національної служби здоров'я України. URL: nszu.gov.ua
27. Офіційний сайт ДП «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України». URL: <http://medstat.gov.ua>
28. Оцінка ресурсів закладів охорони здоров'я України, пов'язаних із наданням телемедичних послуг. Звіт / Проєкт USAID «Сталий розвиток національних систем охорони здоров'я». Київ, 2024. 76с. URL: <https://www.lhssproject.org/resource/ocinka-resursiv-zakladiv-okhoroni-zdorovya-ukraini-povyazanikh-iz-nadannyam-telemedichnikh>
29. Перелік актуальних грантових програм від міжнародних донорських та національних організацій. URL: <http://surl.li/bvocat>
30. Положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи/ Наказ МОЗ України від 29.07.2016 № 801. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1167-16#Text>

31. Полюлях Р. А., Комунікативна діяльність закладів охорони здоров'я в територіальних громадах. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права*. Випуск 3, 2022. С.56-60.
32. Практики комунікативної культури в медичному закладі. Пацієнт-центрований підхід, 2020. 72 с. URL: https://decentralization.gov.ua/uploads/library/file/596/%D0%97%D0%B1%D1%80%D0%BD%D0%B8%D0%BA_%D0%BD%D0%B0%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BD%D0%BE%D0%B2-web_final.pdf
33. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення надання медичної допомоги. Закон України № 2347-IX від 01.07.2022. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2347-20#Text>
34. Про волонтерську діяльність. Закон України №- 1909-IX від 01.01.2024. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3236-17#Text>
35. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення/ Закон України № 2168-VIII від 31.10.2025. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>
36. Про електронні документи та електронний документообіг Закон України від 31.12.2023, № 2801-IX. URL: [https:// rada.gov.ua/laws/show/851-15#o93](https://rada.gov.ua/laws/show/851-15#o93)
37. Про електронну ідентифікацію та електронні довірчі послуги Закон України від 18.12.2024, № 3911-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2155-19#Text>
38. Про затвердження індикаторів якості медичної допомоги. Наказ МОЗ України від 02.11.2011р. № 743. URL: http://moz.gov.ua/ua/portal/dn_20111102_743.html.
39. Про затвердження Концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року, наказ МОЗ України 01.08.2011 р. № 454. URL: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20110801_454.html.

40. Про затвердження переліку платних послуг, які надаються в державних і комунальних закладах охорони здоров'я та вищих медичних навчальних закладах. Постанова Кабінету Міністрів України від 17 вересня 1996 року № 1138.
41. Про захист персональних даних. Закону України. Відомості Верховної Ради України. 2010 р. № 34. С 481 із змінами, внесеними Законом України від 15 грудня 2021 року № 1962-IX) URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2297-17#n447>
42. Про захист персональних даних. Закон України від 14.06.2025, підстава № 4240-IX. URL: [https:// zakon.rada.gov.ua/laws/show/2297-17#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2297-17#Text)
43. Про наглядову раду закладу охорони здоров'я. Постанова КМУ від 21.11.2023 р. №1221. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1221-2023-%D0%BF#Text>
44. Про особливості діяльності медичних закладів. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/JF78Q00A?an=3>
45. Про публічні закупівлі. Закон України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/922-19#Text>
46. Про схвалення Концепції розвитку електронної охорони здоров'я. Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 28.12.2020 № 1671. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1671-2020-p#Text>
47. Рудниченко Є.М. Теоретичний базис інформаційно-комунікативного забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я. *Вісник Хмельницького національного університету*. 2020. № 5. С. 179–183.
48. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року. Указ Президента України від 18.08.2021 р. № 369/2021. URL: <https://bit.ly/3mTbzxF/>
49. Стратегія розвитку телемедицини в Україні. Розпорядження Кабінету Міністрів України № 625-р від 14 липня 2023 року. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-skhvalennia-stratehii-rozbudovy-telemedytsyny-v-ukraini-i140723-625>

50. Теорія та історія соціальних комунікацій: прогр. навч. дисципліни підготовки докторів філософії / Харк. держ. акад. культури; Уклад.: І.О.Давидова. Х., 2016. 12 с.
51. 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. DOI: 10.1109/ACIT58437.2023.10275435. URL: <https://ieeexplore.ieee.org/abstract/document/10275435>
52. Tetiana Zheliuk Dmytro Shushpanov, Alina Zhukovska, Oleksander Brechko, Victor Ostroverkhov, Volodymyr Matsyk. Digitalization as a tool for healthcare system resilience. 14th International Conference on Advanced Computer Information Technologies (ACIT) (19-21 September, 2024). Ceske Budejovice, Czech Republic, 2024. DOI:10.1109/ACIT62333.2024.10712616

