

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Західноукраїнський національний університет
Навчально-науковий інститут новітніх освітніх технологій
Кафедра менеджменту, публічного управління та персоналу

ДАРМОРОСТ Ігор Володимирович

**Впровадження сучасних моделей управління
якістю в діяльність закладу охорони здоров'я. /**
**Implementation of modern quality management
models in the activities of a healthcare institution**

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

Кваліфікаційна робота

Виконав студент групи
МЗОЗзм-21
І. В. Дарморост

Науковий керівник:
к.е.н., доцент, О. П. Дудкіна

Кваліфікаційну роботу
допущено до захисту:

" ___ " _____ 20___ р.

Завідувач кафедри
_____ **Р. Р. Августин**

ТЕРНОПІЛЬ - 2025

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	5
1.1. Сутність поняття «якість медичних послуг» та еволюція систем управління якістю в охороні здоров'я.....	5
1.2. Сучасні моделі та концепції управління якістю.....	14
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ПРАКТИКИ ФУНКЦІОНУВАННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ В МЕДИЧНИХ УСТАНОВАХ.....	24
2.1. Загальна характеристика закладу охорони здоров'я.....	24
2.2. Оцінка рівня організації управління якістю в закладі охорони здоров'я.....	38
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	52
3.1. Запровадження інноваційних інструментів та технологій для підвищення якості медичних послуг.....	52
3.2. Рекомендації щодо адаптації та інтеграції сучасних моделей управління якістю в українських реаліях.....	59
ВИСНОВКИ.....	64
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	69

ВСТУП

У сучасних умовах трансформації системи охорони здоров'я України особливої ваги набуває забезпечення високої якості медичних послуг, що безпосередньо впливає на рівень довіри населення до медичних установ, ефективність лікування та конкурентоспроможність закладів охорони здоров'я. Світові тенденції свідчать, що якість медичної допомоги вже давно перестала бути вторинним елементом і перетворилася на один із ключових стратегічних пріоритетів розвитку галузі. Впровадження сучасних моделей управління якістю – таких як TQM, Lean, Six Sigma, модель EFQM, ISO 9001 – стає фундаментом для формування ефективної, орієнтованої на пацієнта системи медичного сервісу. Актуальність дослідження зумовлена підвищенням вимог до стандартів медичної допомоги, необхідністю оптимізації управлінських процесів, а також переходом закладів охорони здоров'я до нових принципів фінансування та контролю результатів діяльності.

Питання впровадження сучасних моделей управління якістю в закладах охорони здоров'я привертає значну увагу науковців, що підтверджується працями М. Шкільняка, О. Бачинська, С. Вовк, Д. Дячук, В. Ткаченко та інших дослідників. У своїх роботах вони аналізують можливості адаптації міжнародних стандартів ISO 9001, JCI, EFQM, моделей Total Quality Management (TQM), Lean та Six Sigma до українських реалій, підкреслюють важливість цифровізації процесів, розбудови системи моніторингу інцидентів, удосконалення клінічних маршрутів та розвитку культури безпеки пацієнтів. Узагальнення наукових підходів свідчить, що інтеграція міжнародних моделей якості є стратегічним напрямом розвитку української медицини.

Мета дослідження полягає у теоретичному обґрунтуванні та практичному аналізі можливостей упровадження сучасних моделей управління якістю в діяльність закладів охорони здоров'я та визначенні напрямів підвищення їх результативності.

Завдання дослідження:

- дослідити теоретичні основи та еволюцію концепцій управління якістю в охороні здоров'я;
- охарактеризувати провідні сучасні моделі управління якістю (TQM, ISO 9001, Lean, Six Sigma, EFQM) та їх застосування у медичних установах;
- проаналізувати стан функціонування системи управління якістю в українських закладах охорони здоров'я;
- виявити ключові бар'єри, проблеми та ризики впровадження сучасних моделей якості;
- запропонувати інноваційні інструменти та технології для підвищення якості медичних послуг;
- розробити рекомендації щодо удосконалення системи управління якістю у закладі охорони здоров'я.

Об'єкт дослідження - процес управління якістю в діяльності закладів охорони здоров'я.

Предмет дослідження - сучасні моделі, механізми, методи та інструменти управління якістю медичних послуг та їх практичне застосування.

Методи дослідження. У роботі застосовано: методи теоретичного узагальнення, системного та порівняльного аналізу, структурно-логічний підхід, методи експертних оцінок, елементи моделювання та аналізу практичних кейсів.

Практичне значення. Отримані результати можуть бути використані адміністраціями закладів охорони здоров'я для вдосконалення системи менеджменту якості, підвищення рівня пацієнт-орієнтованості, оптимізації внутрішніх процесів та покращення показників ефективності діяльності.

Апробація результатів дослідження. Основні положення та результати дослідження апробовані у збірниках тез доповідей студентських конференцій кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу та факультету економіки та управління.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Сутність поняття «якість медичних послуг» та еволюція систем управління якістю в охороні здоров'я

Поняття «якість медичних послуг» у сучасному світі виходить далеко за межі суто клінічних результатів лікування. Воно охоплює комплекс характеристик, які визначають здатність медичного закладу забезпечити пацієнтові належний рівень безпеки, ефективності, доступності, своєчасності та комфортності отримання медичної допомоги. Якість медичних послуг формується на перетині професійної компетентності фахівців, функціонування внутрішніх управлінських процесів, ресурсного забезпечення, комунікацій із пацієнтом та відповідності міжнародним і національним стандартам охорони здоров'я. У цьому контексті якість стає інтегральним показником, що відображає взаємодію усіх елементів системи медичного обслуговування.

Представлені у табл.1.1 підходи до визначення поняття «якість медичних послуг» демонструють еволюцію наукового бачення цього феномену — від вузького клініко-орієнтованого трактування до комплексного, багатокomпонентного та пацієнт-центричного розуміння. Ключовим є те, що кожен автор підкреслює різні аспекти якості, формуючи у сукупності багатовимірну картину сучасної медицини.

Підхід А. Донабедіана, який заклав фундамент теорії якості у сфері охорони здоров'я, акцентує увагу на взаємозв'язку структури, процесу та результатів медичної допомоги. Його концепція стала основою для розроблення більшості сучасних систем оцінювання якості. Водночас вона має певні обмеження, оскільки слабо враховує суб'єктивний компонент — досвід і задоволеність пацієнта.

Таблиця 1.1

Трактування сутності поняття «якість медичних послуг»*

Автор	Визначення поняття «якість медичних послуг»
А. Донабедіан	Якість медичної допомоги — це рівень відповідності структури, процесу та результатів медичного втручання встановленим стандартам і науковим доказам.
Д. Бервік	Якість у медицині — це безпечні, своєчасні, ефективні та орієнтовані на пацієнта послуги, що забезпечують максимальну користь за мінімальних ризиків.
Р. Брук	Якість медичних послуг — це ступінь, до якого надання медичної допомоги відповідає поточним знанням та сприяє досягненню бажаних клінічних результатів.
К. Спенсер	Якість медичної допомоги — інтегрована характеристика ефективності лікування, компетентності персоналу та рівня організаційного забезпечення процесу обслуговування пацієнта.
Л. Кузьміна	Якість медичних послуг — це стандартизований рівень надання медичної допомоги, що забезпечує оптимальні результати лікування та позитивний досвід пацієнта.
С. Гриньова	Якість медичних послуг — рівень відповідності медичного обслуговування встановленим протоколам, потребам пацієнта та очікуваним результатам лікування.
Всесвітня організація охорони здоров'я	Якість медичної допомоги — це ступінь, до якого медичні послуги для окремих осіб і населення підвищують ймовірність бажаних медичних результатів і відповідають сучасним професійним знанням.
Європейська комісія з якості медичної допомоги	Якість медичної допомоги — відповідність послуг встановленим стандартам, клінічним протоколам і вимогам пацієнтів, що забезпечує оптимальний клінічний результат.

* Складено автором за даними [2; 7; 13; 24]

Д. Бервік і Р. Брук розширили зміст поняття, приділяючи значну увагу безпеці, своєчасності, доказовості та ефективності. Зазначені визначення наближені до сучасних вимог систем управління якістю, проте все ще більше орієнтовані на клінічну складову, ніж на організаційно-управлінські аспекти.

Визначення К. Спенсера і Л. Кузьміної відображають комплексний управлінський підхід, у якому якість розглядається як результат професіоналізму персоналу, технологічного забезпечення, комунікацій та загальної організаційної ефективності. Такі трактування є ближчими до сучасної концепції "ціннісно-орієнтованої охорони здоров'я" (value-based healthcare).

Міжнародні інституції (ВООЗ, Європейська комісія з якості медичної допомоги) у своїх визначеннях відображають найбільш узагальнений і водночас найпрогресивніший підхід. Вони охоплюють доказовість, результативність, орієнтацію на пацієнта, відповідність стандартам і роль системного підходу. Однак такі визначення є нормативно-уніфікованими і не завжди враховують специфіку національних систем охорони здоров'я, що може обмежувати їх практичну застосовність [39].

Узагальнюючи, можна стверджувати, що якість медичних послуг — це багаторівневий феномен, який неможливо охарактеризувати однією універсальною дефініцією. Кожен автор доповнює загальне розуміння власним акцентом: одні — на доказовості та результативності, інші — на процесах і структурі, ще інші — на пацієнтському досвіді та організаційній ефективності. Саме інтеграція цих підходів дозволяє сформувати цілісну й сучасну модель управління якістю у закладі охорони здоров'я.



Рис. 1.2. Концептуальні підходи до управління якістю медичних послуг у закладах охорони здоров'я [26, с. 133]

Рис. 1.2 відображає основні концептуальні підходи до управління якістю медичних послуг у закладах охорони здоров'я. Кожен із підходів підкреслює окремий аспект формування якості, що дозволяє розглядати її як комплексне багатовимірне явище. Функціональний підхід акцентує на чіткому розподілі функцій та узгодженості діяльності медичного закладу. Структурний підхід характеризує якість умов, у яких надається медична допомога, включаючи кадрові та матеріальні ресурси. Процесуальний підхід визначає якість технологій і процедур лікування, стандартизацію та дотримання клінічних протоколів. Результативний підхід оцінює кінцеві результати лікування та рівень задоволеності пацієнтів. Ресурсний підхід зосереджується на раціональному використанні наявних ресурсів. Інституціональний підхід враховує вплив законодавства, регулювання та партнерських механізмів. Проектний підхід спрямований на розробку нових моделей та інновацій у системі охорони здоров'я. У сукупності ці підходи формують методологічну основу для комплексної системи управління якістю медичних послуг.

Із розвитком медичної науки, стрімким удосконаленням технологій лікування та появою інноваційних діагностичних методів розуміння сутності якості медичних послуг значно трансформувалося. Якщо на початку та в середині ХХ століття якість ототожнювали переважно з професійною майстерністю лікаря, його особистим досвідом, клінічним мисленням та технічними можливостями закладу, то з часом стало очевидно, що такий підхід є надто вузьким і не відображає складної системної природи медичної допомоги. Тодішня модель спиралася на переконання, що компетентність лікаря автоматично гарантує високу якість лікування, а успішність медичної допомоги визначається передусім наявністю спеціального обладнання та кваліфікованого персоналу.

Однак у 1970–1990-х роках ситуація почала змінюватися під впливом кількох глобальних чинників: підвищення рівня освіченості населення, зростання ролі пацієнта як активного учасника ухвалення рішень щодо власного

здоров'я, поширення концепції доказової медицини та процесів стандартизації. Пацієнти дедалі більше прагнули не лише отримати лікування, а й бути інформованими про методи, ризики, альтернативи та прогноз. У цих умовах виникла об'єктивна потреба в системному, науково обґрунтованому підході до управління якістю.

Одним із ключових етапів стало впровадження концепції Total Quality Management (TQM), яка змінила уявлення про якість як про відповідальність одного спеціаліста чи окремого підрозділу. TQM запропонувала розглядати якість як результат узгодженої роботи всієї команди — лікарів, середнього медичного персоналу, адміністрації, технічних служб і навіть пацієнтів. Фундаментально важливою стала ідея, що якість можлива лише за умови створення культури постійного вдосконалення, де кожен співробітник відчуває відповідальність за кінцевий результат.

Наступний етап розвитку пов'язаний із поширенням міжнародних стандартів ISO, зокрема стандарту ISO 9001, орієнтованого на якість менеджменту. У медичній сфері ці стандарти дозволили перейти від хаотичних або фрагментарних покращень до впорядкованих, задокументованих і вимірюваних процесів. ISO-орієнтовані моделі дали змогу закладам охорони здоров'я встановити чіткі алгоритми роботи, забезпечити регулярний аудит, мінімізувати помилки, підвищити прозорість управлінських процесів та сформуванню довіри з боку пацієнтів.

На початку XXI століття у практику охорони здоров'я активно інтегруються міжнародні системи акредитації — насамперед Joint Commission International (JCI). Ці системи додають якісно новий вимір: фокус на безпеку пацієнта, контроль ризиків, етичність взаємодії, інформовану згоду, забезпечення конфіденційності, оцінку задоволеності та відповідність найкращим світовим практикам. Акредитаційні моделі формують культуру відповідальності та нульової толерантності до помилок, визнаючи, що кожен інцидент може стати критично важливим для здоров'я або життя пацієнта.

Таблиця 1.2

Еволюція підходів до управління якістю медичних послуг [32, с. 107]

Етап розвитку	Характеристика підходу	Ключові риси та акценти
Технократичний підхід (сер. XX ст.)	Якість ототожнюється з кваліфікацією лікаря та технікою	Професійність лікаря; роль обладнання; мінімальна увага до процесів
Пацієнт як учасник процесу (1970–1990)	Зростає роль доказовості, інформування та протоколів	Доказова медицина; стандарти; роль пацієнта
TQM (кінець XX ст.)	Колективна відповідальність за якість	Постійне вдосконалення; командна робота; процесність
ISO-моделі (1990–2000)	Стандартизовані системи менеджменту якості	Документування; аудит; системність
Міжнародна акредитація (JCI)	Орієнтація на безпеку та етику	Безпека; контроль ризиків; задоволеність пацієнтів
Lean та Six Sigma	Оптимізація процесів та мінімізація помилок	Скорочення втрат; логістика; точність
Сучасний комплексний підхід	Багатовимірна система управління	Пацієнт-орієнтованість; інтегровані процеси; прозорість
Українська модель реформ	Автономізація, конкуренція, економічна ефективність	Фінансування за пацієнтом; підзвітність; підвищення стандартів

Паралельно з цим у заклади охорони здоров'я почали впроваджувати інструменти операційного менеджменту, такі як Lean та Six Sigma. Lean зосереджується на усуненні втрат — зайвих процедур, затримок, бюрократичних процесів, дублювання документів, неефективної логістики. Six Sigma орієнтована на зменшення кількості помилок і відхилень у медичних процесах шляхом статистичного контролю та вдосконалення процесів. Використання цих підходів дало можливість суттєво скоротити тривалість госпіталізації,

підвищити точність діагностики, покращити маршрути пацієнтів та зменшити навантаження на персонал.

Українська система охорони здоров'я також пережила суттєві зміни, але мала власну специфіку. До реформ медичні заклади здебільшого дотримувалися підходів, орієнтованих на жорсткі державні стандарти та нормативи, які часто були формальними й не враховували реальні потреби пацієнтів. Із початком масштабної реформи охорони здоров'я, упровадженням автономізації медичних закладів та конкурентного фінансування за принципом «гроші йдуть за пацієнтом» якість стала критично важливим показником ефективності. Заклади, що демонстрували кращі результати, отримували фінансові переваги, а пацієнти — можливість обирати того надавача послуг, який забезпечує більш комфортні, безпечні та результативні умови лікування.

Таким чином, еволюція систем управління якістю демонструє тривалий, але послідовний перехід від технократичного, вузько медичного розуміння якості до комплексної моделі, що охоплює медичні, управлінські, організаційні, соціальні та етичні компоненти. Сучасне трактування якості медичних послуг — це не тільки результат лікування, а й безпека, доступність, комфортність, задоволеність пацієнта, ефективність роботи персоналу, чіткість процесів і здатність закладу адаптуватися до змін.

Сьогодні якість виступає фундаментальною характеристикою, що визначає довіру населення до медичної системи та здатність закладу охорони здоров'я відповідати викликам часу — від інтеграції нових медичних технологій до підвищення стандартів безпеки й розвитку пацієнт-орієнтованих моделей обслуговування.

Система управління якістю медичних послуг у сучасних умовах формується як комплексний, багатоаспектний механізм, що об'єднує стратегічні, організаційні, професійні та методологічні складові в єдину цілісну модель. Її теоретичною та нормативною основою виступають стандарти ДСТУ ISO 9000:2015, ДСТУ ISO 9001:2015 та ДСТУ EN 15224:2019, які визначають

принципи, вимоги та критерії функціонування систем менеджменту якості, адаптовані до умов охорони здоров'я.

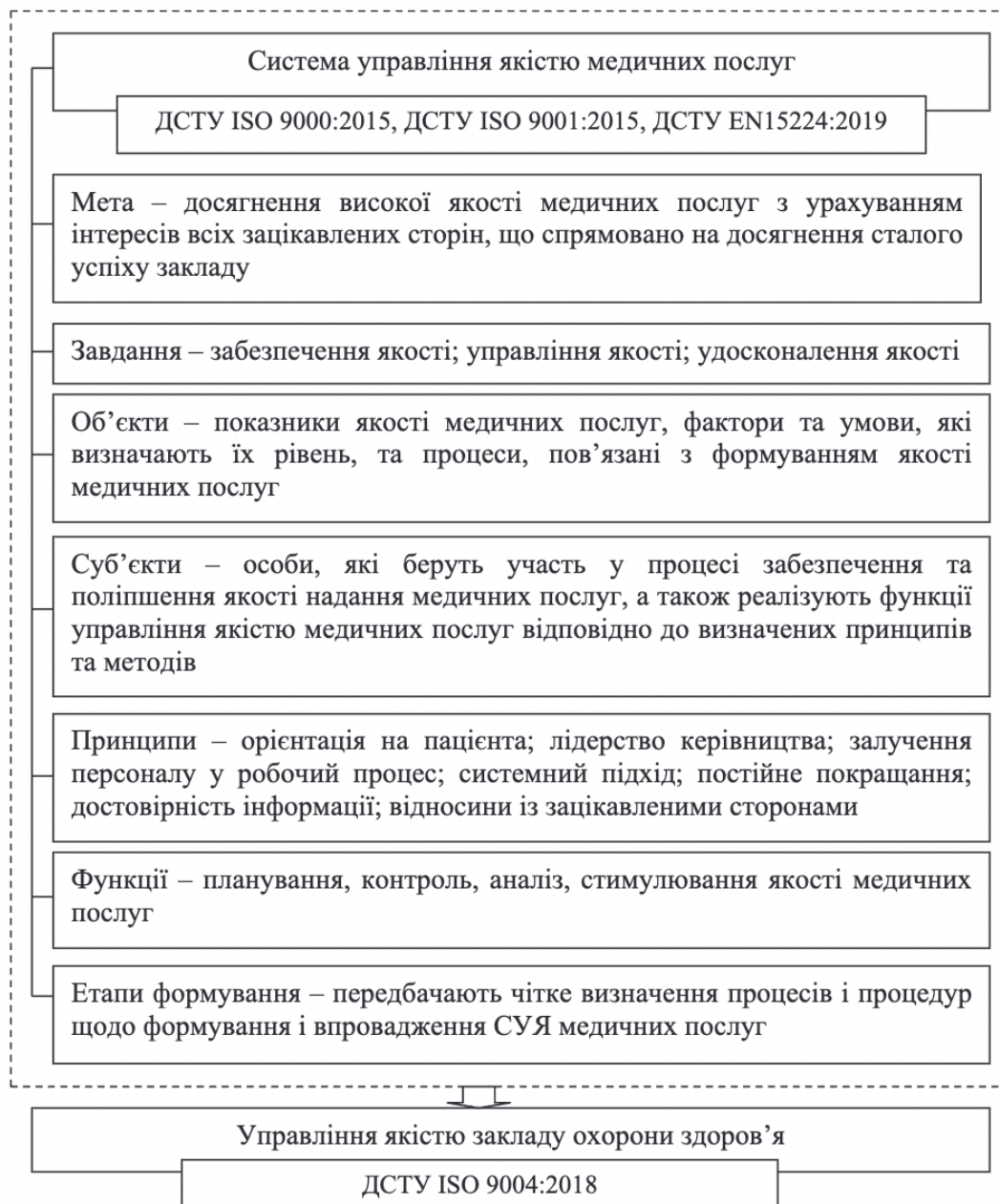


Рис. 1.1. Структурно-функціональна модель системи управління якістю медичних послуг [7, с. 67]

У центрі системи управління якістю медичних послуг перебуває її ключова мета — забезпечення високого рівня якості медичних послуг з урахуванням інтересів усіх зацікавлених сторін. До них належать пацієнти, медичний

персонал, адміністрація закладу, органи державного регулювання, страхові компанії та суспільство загалом. У своєму стратегічному значенні ця мета спрямована на досягнення не лише стабільного функціонування медичного закладу, але й його сталого довгострокового розвитку, що узгоджується з концепцією «стійкого успіху організації», визначеною стандартом ISO 9004.

Досягнення поставленої мети можливе лише за умови виконання низки конкретних завдань, серед яких провідними є забезпечення якості, ефективне управління якістю та її постійне вдосконалення. Кожне із завдань охоплює різні аспекти діяльності медичного закладу — від організації внутрішніх процесів і моніторингу показників до впровадження інновацій та підвищення компетентності персоналу. Сукупність цих завдань формує основу системного та стратегічного підходу до управління.

Структура системи визначається через об'єкти й суб'єкти управління якістю. Об'єктами у цій моделі виступають показники якості медичних послуг, фактори, умови та процеси, які впливають на рівень якості, а також результати, що характеризують кінцевий стан наданої допомоги. У свою чергу, суб'єктами є всі учасники процесу надання медичної допомоги: медичні працівники, керівники підрозділів, адміністрація, фахівці служби якості та інші працівники, які здійснюють контроль, оцінювання й удосконалення процесів. Саме вони формують управлінські рішення, реалізують функції якості й забезпечують практичну реалізацію стандартів.

Основою функціонування системи є її принципи — фундаментальні положення, які визначають підхід до роботи та поведінку всіх учасників. До ключових принципів належать орієнтація на пацієнта, лідерство керівництва, залучення персоналу, системність, процесність, постійне вдосконалення, достовірність інформації та конструктивні взаємовідносини із зацікавленими сторонами. Саме ці принципи відображають глобальні тенденції розвитку медицини, у яких якість розглядається як результат спільної роботи та постійного розвитку організації.

Функціонально система управління якістю реалізується через виконання основних управлінських функцій — планування, контролю, аналізу та стимулювання якості. Планування визначає напрям розвитку системи, контроль забезпечує дотримання вимог, аналіз дозволяє оцінити досягнуті результати й виявити проблемні зони, тоді як стимулювання мотивує персонал досягати більш високих показників.

Етапи формування системи передбачають чітке визначення процесів і процедур, які становлять основу СУЯ. Саме завдяки цьому система набуває структурованості, послідовності та здатності до саморозвитку. Управління якістю в закладі охорони здоров'я повинне відповідати вимогам ДСТУ ISO 9004:2018, який орієнтує організацію на довгостроковий розвиток, збалансоване використання ресурсів, стратегічне планування та підвищення цінності для пацієнтів і суспільства.

Таким чином, система управління якістю медичних послуг постає як інтегрована, багатокomпонентна структура, що поєднує стандартизацію, управлінські підходи та професійні практики. Вона створює підґрунтя для підвищення результативності медичної допомоги, посилення довіри пацієнтів, зростання конкурентоспроможності закладу та його адаптації до викликів сучасного середовища.

1.2. Сучасні моделі та концепції управління якістю

Управління якістю медичних послуг у сучасних умовах розглядають як комплексну, багатоплощинну управлінську діяльність, зорієнтовану на забезпечення відповідності медичної допомоги затвердженим клінічним стандартам, очікуванням пацієнтів та вимогам зовнішнього соціально-економічного середовища. У такому підході якість не зводиться лише до результату лікування чи окремої медичної маніпуляції — вона охоплює всю

систему процесів, що формують діяльність закладу охорони здоров'я від моменту звернення пацієнта до отримання кінцевого ефекту.

Концептуальним підґрунтям сучасних систем оцінювання якості залишається трикомпонентна модель, запропонована А. Донобедіаном. У її межах якість формують три ключові блоки. Перший блок — структурний, який охоплює кадровий потенціал, рівень професійних компетенцій медичного персоналу, матеріально-технічну базу, а також фінансові й організаційні ресурси закладу. Другий блок — процесуальний, що відображає зміст і якість надання допомоги: стандарти та клінічні протоколи, технології діагностики й лікування, особливості взаємодії медичного персоналу з пацієнтом, комунікативні та етичні аспекти. Третій — результативний, який вимірює досягнутий вплив медичної допомоги за низкою індикаторів: клінічних, економічних, організаційних і соціальних. До них належать рівень задоволеності пацієнтів, частота ускладнень, тривалість і повторність госпіталізацій, летальність та інші показники ефективності роботи закладу.

Узгоджене функціонування всіх трьох компонентів забезпечує можливість комплексно оцінювати діяльність медичного закладу, виявляти проблемні ділянки, здійснювати моніторинг процесів та впроваджувати коригувальні заходи відповідно до принципів доказової медицини, ефективного менеджменту та пацієнтоорієнтованості.

Поряд із моделлю Донобедіана, у світовій практиці активно застосовують й інші концепції управління якістю, які виявили свою результативність у медичній сфері. Серед них — модель загального управління якістю (TQM), що акцентує на тотальному залученні персоналу; модель Lean Six Sigma, орієнтована на мінімізацію помилок і нераціональних витрат; модель досконалості EFQM, яка оцінює організацію за системою критеріїв та факторів успішності; модель акредитації JCI, що визначає міжнародні вимоги до безпеки пацієнтів та якості клінічних процесів. Важливе місце займає й універсальна модель PDCA, призначена для циклічного вдосконалення процесів. Окрім цього,

у деяких країнах широко застосовують модель Балдріджа, яка дозволяє комплексно оцінювати ефективність управління та конкурентоспроможність організації.

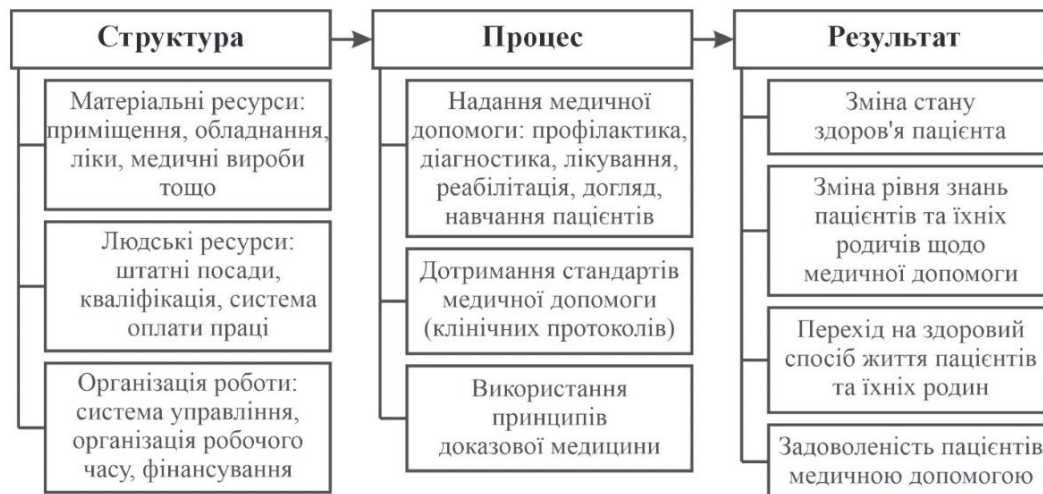


Рис. 1.2. Модель оцінювання якості медичних послуг А. Донабедіана [27, с. 9]

Модель загального управління якістю (Total Quality Management, TQM) сформувалася під впливом ідей провідних теоретиків менеджменту якості — Е. Демінга, Д. Джурана та Ф. Кросбі. В її основі лежить підхід, що передбачає комплексне й системне управління якістю на всіх рівнях діяльності медичної організації. TQM розглядає якість як результат сукупності взаємопов'язаних процесів, а не лише підсумкову клінічну ефективність. Ключовим елементом є філософія постійного вдосконалення, у межах якої кожен працівник виступає активним учасником управлінських рішень і формування доданої цінності для пацієнтів. Центральними принципами цієї моделі є лідерство, фокус на потребах пацієнтів, залученість персоналу, орієнтація на процеси, оцінювання результативності, ефективне управління змінами та стратегічна довгострокова спрямованість. У практиці медичних закладів TQM використовується для оптимізації внутрішніх процедур, стандартизації клінічних процесів, зменшення витрат, підвищення рівня безпеки пацієнтів і поліпшення їх задоволеності. Проте

висока результативність цього підходу можлива лише за умови підтримки з боку керівництва і сформованої культури якості.

Інша популярна сучасна модель — Lean Six Sigma — поєднує два підходи: Lean Management, що спрямований на усунення всіх видів втрат і нераціонального використання ресурсів, та Six Sigma, орієнтований на мінімізацію варіативності та стабілізацію результатів. У сфері охорони здоров'я ця модель отримала широке визнання завдяки здатності поєднати високу якість обслуговування з раціональним використанням ресурсів. Lean Six Sigma передбачає ґрунтовний аналіз процесів, виявлення «вузьких місць», усунення помилок, скорочення непотрібних етапів та прискорення проходження пацієнта всіма елементами маршруту. Методологія заснована на циклі DMAIC (define — measure — analyze — improve — control), що дозволяє будувати управлінські рішення на об'єктивних даних. У медичних установах цей підхід застосовується для вдосконалення логістичних операцій, оптимізації потоків пацієнтів, управління запасами, скорочення часу очікування та підвищення якості процедур. Хоча модель демонструє високу ефективність у багатьох країнах, її впровадження потребує значного аналітичного потенціалу, інвестицій у навчання та підготовку персоналу.

Модель досконалості EFQM (European Foundation for Quality Management Excellence Model) створена як комплексний інструмент для оцінювання та вдосконалення діяльності організацій різних галузей, у тому числі й медичних. Її теоретична основа ґрунтується на припущенні, що сталий успіх можливий лише за умови збалансованого розвитку «можливостей» та «результатів». До можливостей віднесено лідерство, стратегічне планування, управління персоналом, партнерства та процеси, а до результатів — показники, що характеризують задоволення пацієнтів, стан персоналу, соціальний вплив і економічні досягнення організації. У медичних закладах EFQM часто використовується як інструмент самооцінки, що дозволяє визначити сильні сторони установи, окреслити зони для вдосконалення та сформулювати стратегічні

напрями розвитку. Цінність моделі полягає у стимулюванні культури досконалості, орієнтації на інновації та відповідальному лідерстві, що передбачає активну участь менеджменту всіх рівнів у стратегічних і тактичних рішеннях.

Модель акредитації JCI (Joint Commission International) є однією з найавторитетніших міжнародних систем оцінювання якості та безпеки медичної допомоги. Вона встановлює комплексні вимоги до клінічної діяльності, системи управління медичним закладом, організації роботи з ризиками, дотримання етичних норм, забезпечення прав пацієнтів та підтримання відповідної інфраструктури. JCI виступає глобальним орієнтиром у побудові таких систем охорони здоров'я, де пріоритетом є максимальна безпека пацієнта та мінімізація ймовірності медичних помилок.

Стандарти JCI вирізняються чіткістю, структурованістю та високим рівнем деталізації. Вони передбачають ретельний контроль усіх процесів, що впливають на якість лікування, а також вимагають постійного професійного розвитку персоналу. Однією з ключових особливостей моделі є багаторівнева система оцінювання, яка включає аналіз документації, спостереження за реальними процесами, інтерв'ю з працівниками та пацієнтами. Обов'язковою умовою акредитації є функціонування внутрішньої системи моніторингу якості та безпеки, що забезпечує безперервне вдосконалення відповідно до міжнародних стандартів.

Прозорість процедур, доказовість управлінських рішень і вимога до суворого дотримання клінічних протоколів сприяють тому, що JCI вважається «золотим стандартом» у сфері медичної акредитації. Саме тому багато країн інтегрують її елементи у власні національні системи оцінювання якості медичних послуг. Запровадження JCI дозволяє не лише суттєво підвищити рівень медичного обслуговування та безпеки пацієнтів, але й зміцнити репутацію закладу, забезпечуючи йому міжнародне визнання.

Разом із тим, реалізація вимог JCI потребує високої організаційної спроможності, значних фінансових ресурсів та масштабних управлінських змін. Медичні установи, які прагнуть відповідати цим стандартам, повинні мати розвинену культуру безпеки, ефективні системи комунікації, зрілі управлінські структури та готовність до глибоких внутрішніх трансформацій.



Рис. 1.3. Місце стандартів якості JCI в міжнародній системі якості [5, с. 80]

Модель циклічного удосконалення процесів PDCA (Plan – Do – Check – Act), відома також як цикл Демінга, є універсальною методологією постійного поліпшення, яка широко застосовується у системах менеджменту якості, зокрема в медичних закладах. Її сутність полягає у послідовному виконанні чотирьох етапів, що утворюють замкнений цикл розвитку процесів. На першому етапі здійснюється планування — визначення потреби у змінах, формування цілей та розроблення заходів для оптимізації процесу. Другий етап охоплює реалізацію запланованих дій, під час якого нові алгоритми або рішення впроваджуються в практику. Третій елемент циклу передбачає оцінювання отриманих результатів та їх зіставлення з очікуваними показниками. Завершальним етапом є коригування, що включає внесення змін на основі отриманих даних та виявлених проблем.

Такий підхід забезпечує регулярний моніторинг, налагоджує зворотний зв'язок та дозволяє адаптувати процеси до постійних змін як у зовнішньому середовищі, так і всередині медичного закладу. У практиці охорони здоров'я PDCA активно використовується для оптимізації клінічних маршрутів пацієнтів, підвищення рівня безпеки, зменшення кількості організаційних і клінічних помилок, раціоналізації використання ресурсів і впровадження нових стандартів. Серед сильних сторін моделі — її доступність, універсальність і можливість застосування на всіх рівнях управління. Водночас рівень її результативності залежить від сформованої культури якості, відповідальності персоналу та наявності механізмів об'єктивного вимірювання змін.

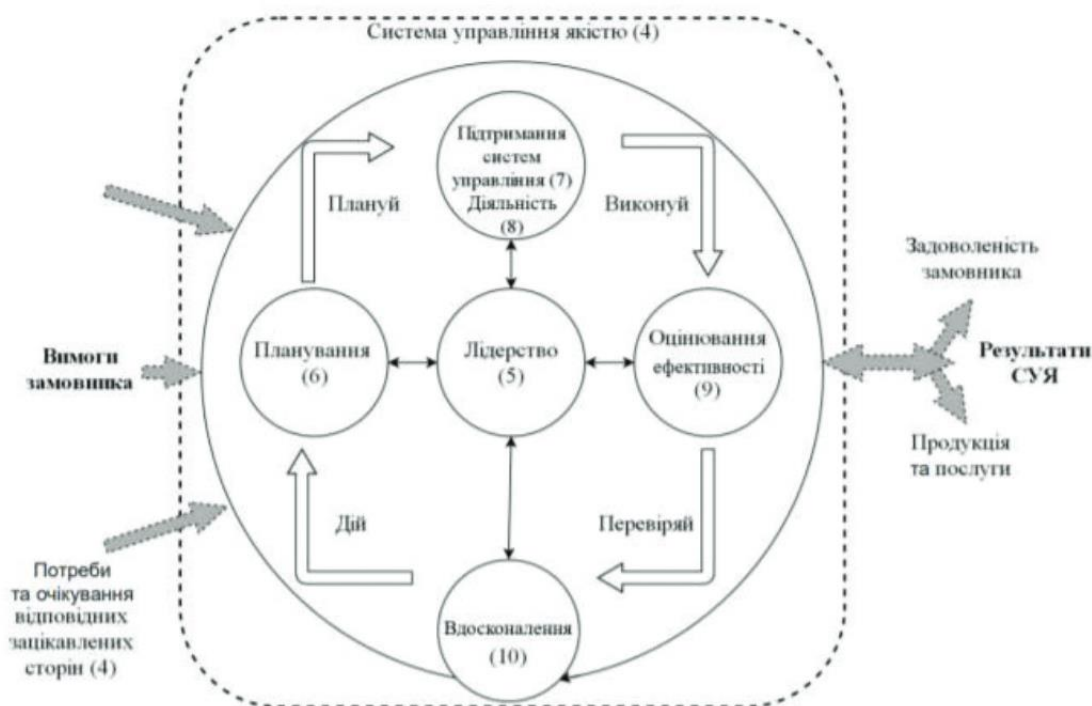


Рис. 1.4. Модель циклічного вдосконалення процесів (PDCA) [2, с. 95]

Ще одним комплексним інструментом управління якістю у сфері охорони здоров'я є модель досконалості Балдріджа (Baldrige Performance Excellence Framework), створена в межах Національної програми премії імені Малькольма Балдріджа. Цей підхід вважається одним із найбільш структурованих, оскільки

поєднує стратегічне бачення, орієнтацію на результати та постійне вдосконалення діяльності медичних організацій. Модель ґрунтується на семи критеріях, що охоплюють питання лідерства, стратегічного управління, орієнтації на пацієнтів, аналізу даних, знань і інформації, роботи з персоналом, операційної ефективності та кінцевих результатів.

Особливістю моделі Балдріджа є увага до взаємозв'язку між місією та цінностями закладу, його стратегічними цілями, взаєминами з ключовими стейкхолдерами та фактичними результатами діяльності. Її застосування у сфері охорони здоров'я дозволяє не лише підвищувати якість медичних послуг, а й будувати конкурентоспроможний заклад, здатний адаптуватися до змін та ефективно реалізовувати довгострокову стратегію розвитку. У США модель широко використовується для самооцінювання, акредитації та стратегічного аналізу, і завдяки своїй гнучкості може бути адаптована як для невеликих клінік, так і для великих медичних систем.

Порівняння найбільш поширених моделей управління якістю медичних послуг наведено у відповідній табл. 1.3.

Представлені у табл. 1.3 моделі відображають різні концептуальні підходи до організації системи управління якістю в закладах охорони здоров'я, що вирізняються своєю структурою, філософією та практичними результатами впровадження. Модель А. Донабедіана формує базову трикомпонентну рамку для оцінювання якості — структуру, процес і результат — що дозволяє використовувати її як початкову основу для комплексного аналізу клінічної діяльності. Водночас її описовий характер зумовлює потребу у доповненні іншими, більш інструментальними підходами.

Модель TQM лягає в основу побудови культури тотального залучення персоналу, акцентуючи на безперервному вдосконаленні та орієнтації на пацієнта. На відміну від TQM, Lean Six Sigma має виразно процесний характер і ґрунтується на точних методах скорочення втрат і мінімізації помилок. Обидві

моделі орієнтовані на підвищення ефективності, але Lean Six Sigma потребує значних технічних, аналітичних і кадрових ресурсів.

Таблиця 1.3

Порівняльна характеристика сучасних моделей управління якістю медичних послуг*

Назва моделі	Особливості використання у сфері охорони здоров'я	Переваги	Недоліки
Модель А. Донабедіана	Охоплює три компоненти якості: структуру, процес і результат; застосовується для комплексного аналізу клінічних та організаційних аспектів.	Системність аналізу якості; виявлення управлінських проблем.	Описовий характер; потребує поєднання з іншими методами.
Модель TQM	Спрямована на залучення всього персоналу, безперервне вдосконалення та орієнтацію на пацієнта.	Формує культуру якості; покращує взаємодію персоналу.	Потребує масштабних організаційних змін і часу.
Модель Lean Six Sigma	Поєднання Lean і Six Sigma для оптимізації процесів, зменшення втрат і помилок.	Підвищує ефективність і точність процесів; скорочує витрати.	Висока складність упровадження; потреба в підготовці персоналу.
Модель EFQM	Оцінювання менеджменту через дев'ять критеріїв: лідерство, стратегія, персонал, партнерства, результати.	Стимулює стратегічний розвиток; забезпечує структуроване оцінювання.	Складність застосування без зовнішньої підтримки; значні ресурси.
Модель JCI	Регламентация вимог щодо безпеки пацієнтів, управління ризиками та доказової медицини.	Підвищення довіри пацієнтів; відповідність міжнародним стандартам.	Висока вартість акредитації; складність адаптації до національних умов.
Модель PDCA	Безперервне вдосконалення через планування, виконання, перевірку та коригування.	Гнучкість і універсальність застосування; швидке вдосконалення процесів.	Ефективність залежить від аналізу даних; ризик формального виконання циклу.
Модель Балдріджа	Орієнтація на стратегічне лідерство, клієнтоорієнтованість та інноваційність.	Фокус на довгострокові результати та конкурентоспроможність.	Складність реалізації; потреба у значних ресурсах та аналітиці.

* Складено автором самостійно.

Модель EFQM пропонує більш стратегічне бачення, оцінюючи діяльність організації за комплексом критеріїв, що охоплюють і управлінські підходи, і результати діяльності, що робить її потужним інструментом для розвитку досконалості, проте складність самооцінювання значно зростає без зовнішньої експертної підтримки.

Модель JCI, на відміну від попередніх, зосереджена передусім на питаннях безпеки пацієнтів, управління ризиками та відповідності міжнародним стандартам клінічної практики. Отримання акредитації JCI забезпечує високу довіру пацієнтів і міжнародне визнання, проте вимагає серйозних фінансових та управлінських ресурсів.

Модель PDCA є універсальним інструментом циклічного вдосконалення, який легко інтегрується в операційну діяльність на будь-якому рівні. Попри її простоту й високу ефективність у щоденних процесах, результат значною мірою залежить від глибини аналізу даних та здатності персоналу забезпечити реальне, а не формальне виконання циклу.

Модель Балдріджа представляє найбільш масштабний і стратегічний підхід, спрямований на досягнення довгострокових результатів та інноваційності через інтеграцію управління якістю з розвитком організації. Її складність і ресурсомісткість роблять її найбільш вимогливою, проте й найбільш ефективною для великих медичних систем.

Узагальнюючи порівняння, можна стверджувати, що кожна модель має власну специфіку та рівень застосовності: від базових підходів до оцінювання (Донабедіан, PDCA) — до комплексних інструментів трансформації організації (EFQM, Балдрідж, JCI). Вибір моделі залежить від стратегічних цілей медичного закладу, його організаційної зрілості, ресурсів і вимог зовнішнього середовища.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ ПРАКТИКИ ФУНКЦІОНУВАННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ В МЕДИЧНИХ УСТАНОВАХ

2.1. Загальна характеристика закладу охорони здоров'я

Комунальне некомерційне підприємство «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги» є провідною багатoproфільною установою системи охорони здоров'я міста Тернополя та області, яка виконує ключові функції у сфері надання невідкладної, ургентної та інтенсивної медичної допомоги. Будучи структурним елементом міської мережі закладів охорони здоров'я, лікарня виступає центральним госпітальним закладом, що забезпечує цілодобове надання високоспеціалізованої медичної допомоги при гострих станах, травмах, раптових погіршеннях здоров'я та інших загрозливих для життя ситуаціях.

Історично лікарня сформувалася на базі медичного комплексу, головний корпус якого було споруджено наприкінці XIX століття (1894–1895 рр.), що зумовлює її значну роль у становленні медичної інфраструктури регіону. У новітній історії статус лікарні швидкої допомоги заклад отримав наприкінці 1990-х років, що стало відповіддю на необхідність структурної трансформації міської системи охорони здоров'я та адаптації до зростаючої потреби в ургентній допомозі.

З огляду на специфіку діяльності, КНП «ТМКЛШД» забезпечує виконання низки стратегічних функцій, серед яких домінують: стабілізація ургентних станів, надання спеціалізованої допомоги пацієнтам із політравмами, гострими хірургічними та терапевтичними патологіями, а також організація комплексної діагностики при критичних ситуаціях. У структурі закладу функціонують приймально-діагностичні підрозділи, хірургічні та травматологічні відділення, відділення інтенсивної терапії та реанімації, лабораторно-діагностичні служби, у тому числі підрозділи ультразвукової,

рентгенологічної та комп'ютерно-томографічної діагностики, що забезпечує можливість швидкого клінічного маршруту пацієнта — від первинного огляду до надання спеціалізованого лікування [21].

Суттєвою характеристикою діяльності закладу є інтеграція сучасних технологій діагностики та лікування. На базі лікарні впроваджуються сучасні хірургічні методики, малоінвазивні втручання, технології інтенсивної терапії та системи моніторингу життєво важливих функцій. Діагностична служба забезпечує проведення лабораторних, біохімічних, цитологічних досліджень, УЗД, КТ та інших інструментальних методів, що сприяє зменшенню часу до встановлення діагнозу та підвищує точність клінічних рішень.

Науковий інтерес становить також управлінський аспект діяльності закладу, зокрема:

- реалізація підходів до клінічного управління якістю (clinical governance);
- впровадження сучасних інструментів менеджменту, зокрема стандартизації процесів, оптимізації ресурсів та механізмів контролю якості;
- інтеграція інформаційних систем, що забезпечує швидкість обробки клінічних даних та підвищує точність діагностичних і лікувальних рішень;
- кадрова політика, орієнтована на збереження професійного потенціалу та постійне підвищення кваліфікації медичних працівників.

Як заклад, що працює в статусі комунального некомерційного підприємства, лікарня функціонує в умовах поєднання бюджетного фінансування, договорів із НСЗУ та, певною мірою, додаткових надходжень від платних послуг, що потребує високого рівня управлінської спроможності для забезпечення стійкості діяльності та модернізації матеріально-технічної бази.

Соціальна значущість лікарні виявляється в її ролі як опорного центру невідкладної допомоги для міста Тернополя та прилеглих територій, а також як інституції, що забезпечує оперативне реагування на надзвичайні ситуації та кризові виклики (травми, катастрофи, епідеміологічні загрози). Завдяки стратегічному розташуванню, наявності висококваліфікованих кадрів і

розвинутої діагностичної інфраструктури заклад відіграє ключову роль у підтриманні медико-санітарної безпеки регіону.

У науковому контексті діяльність лікарні може розглядатися як приклад адаптації закладу екстреної допомоги до сучасних вимог системи охорони здоров'я: від управлінських інновацій до впровадження моделей управління якістю медичних послуг, розвитку цифрових інструментів, посилення пацієнтоорієнтованості та підвищення ефективності використання ресурсів.

Таблиця 2.1

Організаційна структура КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги» [21]

№	Структурний підрозділ	Підрозділи
1	Адміністративно-управлінський персонал	Керівництво, адміністративні служби, управління якістю
2	Відділення екстреної медичної допомоги	ПШП на 4 ліжка; палата тимчасового перебування; травмпункт; КТ; рентген; консультанти; ЕКГ; УЗД; ендоскопія
3	Стационарне відділення на 50 ліжок	10 нейрохірургічних; 6 паліативних
4	Відділення реабілітації	20 ліжок для реабілітації після травм та операцій
5	ВАІТ	12 ліжок інтенсивної терапії (не входять до кошторису)
6	Травматологічне відділення	55 ліжок
7	Хірургічне відділення	45 ліжок
8	Інфекційне відділення	45 ліжок, включно 10 ПШП
9	Гемодіаліз	8 діалітичних місць
10	Операційний блок	Операційні, стерилізаційні, апаратні
11	Клініко-діагностична лабораторія	Лабораторія + бактеріологічні дослідження
12	Інформаційно-аналітичний відділ	Статистика, медичні дані, звітність НСЗУ
13	Відділення інфекційного контролю	Контроль ВЛІ, санепідрежим
14	Стерилізаційна	Централізована стерилізація інструментів
15	Загально-лікарняні підрозділи	Технічні та сервісні служби
16	Приміщення для тимчасового зберігання тіл	Відповідно до санітарних норм
17	Господарська служба	Матеріально-технічне забезпечення, транспорт, ремонт

Організаційна структура КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги» є комплексною, багаторівневою та зорієнтованою на забезпечення безперервного надання ургентної, екстреної, стаціонарної, реабілітаційної та спеціалізованої медичної допомоги. Її побудова відповідає сучасним вимогам функціонування закладів охорони здоров'я інтенсивного лікування та забезпечує ефективну взаємодію адміністративних, лікувально-діагностичних, ресурсних та допоміжних підрозділів. Структура лікарні дозволяє забезпечити високу доступність медичної допомоги та підтримувати цілодобовий режим роботи, що є критично важливим для закладів швидкої та невідкладної допомоги [21].

Адміністративно-управлінський персонал виконує ключову роль у забезпеченні стратегічного та оперативного управління лікарнею. Сюди входить керівництво закладу, включно з директором, медичним директором, їх заступниками, керівниками служб та відділів. Адміністративно-управлінський персонал визначає політику розвитку закладу, розробляє управлінські рішення, координує лікувальну, фінансову, кадрову та господарську діяльність. Важливою функцією є також організація системи внутрішнього контролю якості, впровадження стандартів надання медичної допомоги, управління ризиками та дотримання вимог НСЗУ.

З управлінської точки зору адміністративно-управлінський персонал забезпечує вертикаль управління, у межах якої формуються комунікаційні потоки, розподіляються повноваження та відповідальність між підрозділами, а також здійснюється контроль за виконанням нормативних вимог. Саме від ефективності цього рівня залежить здатність лікарні оперативно реагувати на зміну епідемічної ситуації, збільшення навантаження або потребу в мобілізації ресурсів.

Одним із ключових структурних елементів закладу є відділення екстреної медичної допомоги, у складі якого функціонують протишокова палата (ПШП), палата тимчасового перебування пацієнтів та низка спеціалізованих кабінетів,

що забезпечують швидку діагностику та стабілізацію пацієнтів різного профілю. Структура відділення включає: травматологічний пункт; кабінет комп'ютерної томографії; рентгенологічні кабінети; кабінети консультантів (кардіолог, ендокринолог, акушер-гінеколог, отоларинголог, невролог); кабінети функціональної діагностики (ЕКГ, УЗД, ендоскопічна та інша діагностика). Такий комплекс дозволяє здійснювати цілодобову експрес-діагностику та приймати клінічні рішення протягом перших хвилин або годин після надходження пацієнта. Наявність ПШП та палати короткотривалого перебування забезпечує надання інтенсивної терапії пацієнтам, які перебувають у критичному стані, до моменту їх переведення до профільного відділення. Значною перевагою є мультидисциплінарний підхід, що базується на залученні консультантів різних спеціальностей, що підвищує якість ургентної допомоги та знижує ризик клінічних помилок.

Стаціонарне відділення включає нейрохірургічні ліжка та паліативні ліжка. Така комбінація відображає потреби регіону у високоспеціалізованій нейрохірургічній допомозі та у послугах паліативного догляду.

Відділення реабілітації відповідає за відновлення функціонального стану пацієнтів після травм, операцій, інфекційних та неврологічних захворювань. Реабілітаційний компонент є важливою складовою комплексного лікування, що відповідає сучасним принципам мультимодальної реабілітації.

Відділення анестезіології та інтенсивної терапії забезпечує лікування пацієнтів у критичних станах, на післяопераційному етапі або в ситуаціях, що потребують інтенсивного моніторингу. ВАІТ відіграє центральну роль у системі ургентної допомоги та значною мірою визначає ступінь виживаності пацієнтів зі складними патологіями.

Травматологічне відділення є одним із найбільших профільних підрозділів лікарні, що відповідає за лікування складних травм, полі-травм, переломів і пошкоджень опорно-рухового апарату. Висока місткість свідчить про актуальність травматологічної допомоги в регіоні.

Хірургічне відділення забезпечує надання ургентної та планової хірургічної допомоги, включаючи широкий спектр оперативних втручань. Операційний комплекс лікарні забезпечує повний цикл: передопераційну підготовку, оперативне втручання та післяопераційний нагляд.

Інфекційне відділення функціонує як заклад, що має підвищені вимоги до ізоляції, епідемічного контролю та надання допомоги пацієнтам з інфекційними хворобами. Структура відділення відповідає сучасним викликам, включно з пандемічними загрозами.

Підрозділи спеціалізованої допомоги та діагностики включають [21]:

- відділення гемодіалізу — забезпечує програмне лікування пацієнтів з хронічною нирковою недостатністю;
- операційний блок — виконує оперативні втручання різного рівня складності;
- клініко-діагностична лабораторія — здійснює повний спектр лабораторних досліджень, включно з бактеріологією.

Підрозділи контролю якості, інфекційної безпеки та інформаційного забезпечення включають:

- інформаційно-аналітичний відділ, що забезпечує збір, аналіз і передачу медичних даних;
- відділення інфекційного контролю, яке відповідає за профілактику внутрішньолікарняних інфекцій;
- стерилізаційна, що забезпечує асептичний режим у всіх відділеннях;
- загально-лікарняні служби, що підтримують інфраструктуру.

Господарська служба та приміщення для тимчасового зберігання тіл забезпечують логістичну, матеріальну та технічну підтримку лікарні. На цей блок покладено забезпечення безперебійної роботи всіх служб, технічне обслуговування будівель, ремонт обладнання та транспортне забезпечення.

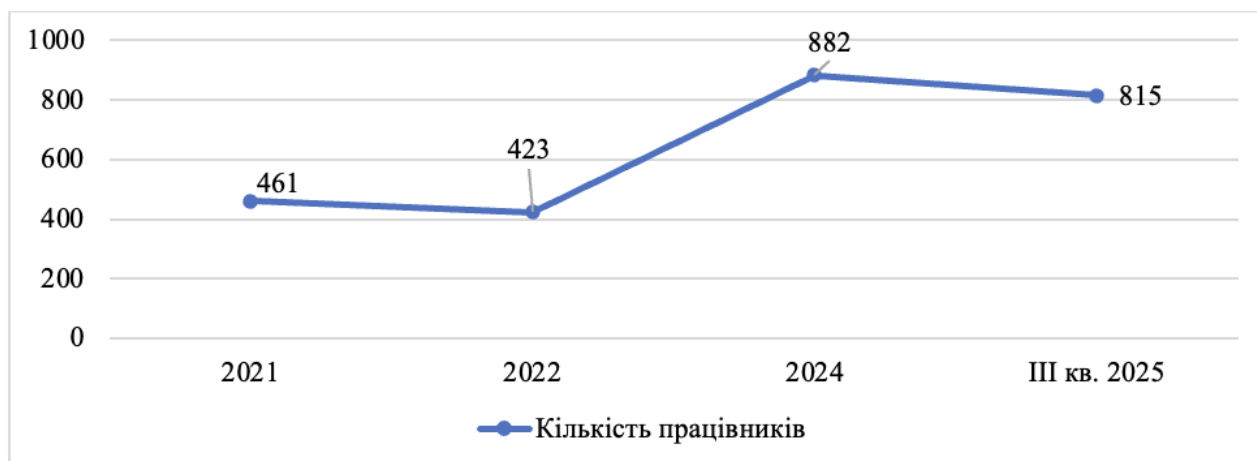


Рис. 2.1. Динаміка чисельності працівників КНП «ТМКЛШД» у 2021–III кв. 2025 рр.*

* Складено автором за даними [21].

На рис. 2.1 відображено суттєві зміни у чисельності персоналу закладу охорони здоров'я протягом 2021–III кварталу 2025 рр. У 2021 р. кількість працівників становила 461 особу, однак уже у 2022 р. спостерігалось зниження до 423 осіб (–8,2 %). Скорочення штату пов'язане з організаційними змінами, оптимізацією видатків, наслідками пандемії та переходом закладу на нову модель фінансування за договорами з НСЗУ.

У 2024 р. кількість персоналу різко зросла до 882 осіб, що фактично означає подвоєння штату порівняно з показником 2022 р. (+108,5 %). Така динаміка свідчить про суттєве розширення діяльності закладу, відкриття нових підрозділів, збільшення кількості ліжок, підсилення інфекційних та реанімаційних служб або додаткове фінансування, спрямоване на підвищення кадрової спроможності лікарні.

У III кварталі 2025 р. відбулося незначне зменшення персоналу до 815 працівників (–7,6 % відносно 2024 р.), що є наслідком завершення окремих проєктів, оптимізації навантаження, закриття тимчасових підрозділів або приведення штатного розпису у відповідність до реальних потреб закладу.

Загалом аналіз демонструє, що впродовж досліджуваного періоду заклад охорони здоров'я пережив істотні кадрові коливання. Найбільш показовим є зростання 2024 р., що відображає етап активної трансформації закладу, посилення його функціонального навантаження та адаптацію до викликів системи охорони здоров'я. Незначне зниження у 2025 р. свідчить про стабілізаційні процеси та пошук оптимального співвідношення між потребами пацієнтів, можливостями фінансування та кадровим ресурсом.

Таблиця 2.2

Фінансові показники КНП «ТМКЛШД» у 2021–2024 рр.*

Показник	2020	2021	2022	2023	2024
Дохід, тис. грн	149514,7	113374,3	146187,4	159532,8	255124,8
Чистий прибуток, тис. грн	26285,0	36679,4	16564,6	4788,6	-2098,6
Активи, тис. грн	74737,5	88446,4	129832,7	129370,5	274446,1
Зобов'язання, тис. грн	45397,0	34100,4	37125,3	41440,5	41025,4

* Складено автором за даними [21].

Аналіз динаміки фінансових показників КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги» за 2020–2024 рр. демонструє суттєві структурні зрушення у діяльності закладу, що відображають як вплив зовнішніх умов, так і внутрішні управлінські рішення. Загалом показники свідчать про інтенсивне масштабування діяльності, зростання активів та доходів, однак водночас — про погіршення фінансового результату у 2024 р.

Дохід лікарні протягом аналізованого періоду зазнав значних коливань. У 2020–2021 рр. спостерігається спад обсягу надходжень (з 149,5 млн. грн. до 113,4 млн. грн.), що може бути зумовлено пандемічними обмеженнями, зміною структури медичної допомоги та перерозподілом фінансування. Починаючи з 2022 р., лікарня демонструє стале зростання доходів — до 146,2 млн. грн. у 2022

р. та 159,5 млн. грн. у 2023 р., що свідчить про стабілізацію діяльності та розширення обсягів надання послуг. У 2024 р. дохід різко підвищується до 255,1 млн. грн., тобто майже у 1,6 раза порівняно з попереднім роком. Таке стрімке зростання свідчить про підсилення ролі лікарні в системі екстреної медичної допомоги, збільшення кількості договорів з НСЗУ та модернізацію матеріально-технічної бази.

Фінансовий результат у вигляді чистого прибутку протягом більшості років є позитивним. Найвищого значення він досягає у 2021 р. — 36,7 млн. грн., що свідчить про ефективне управління витратами та високу завантаженість закладу. У 2022–2023 рр. спостерігається різке зниження прибутковості: до 16,6 млн грн у 2022 р. та до 4,8 млн. грн. у 2023 р. Вплив чинників воєнного стану, підвищення витрат на матеріали та енергоресурси, збільшення витрат на персонал та логістику негативно відобразилися на фінансовому результаті. У 2024 р. лікарня вперше демонструє від’ємне значення — збиток у розмірі 2,1 млн. грн., що може бути пов’язано зі значними інвестиційними витратами, розширенням штату, збільшенням амортизаційних відрахувань або коригуванням тарифів НСЗУ.

Активи лікарні демонструють стале зростання упродовж періоду — від 74,7 млн. грн. у 2020 р. до 274,4 млн. грн. у 2024 р. Зростання активів більш ніж утричі свідчить про модернізацію інфраструктури, придбання нового обладнання, оновлення основних засобів та, ймовірно, реалізацію інвестиційних проєктів. Суттєве збільшення активів у 2024 р. (+145 млн. грн.) вказує на масштабні капітальні вкладення, що у перспективі мають підвищити якість медичних послуг, але водночас у короткостроковій перспективі збільшують фінансове навантаження.

Динаміка зобов’язань є відносно стабільною: їх обсяг коливається в межах 34–45 млн грн. Найнижче значення зафіксовано у 2021 р. (34,1 млн. грн.), що свідчить про збалансовану фінансову політику. У подальші роки зобов’язання зростають і досягають 41,4 млн. грн. у 2023 р., після чого у 2024 р.

дещо зменшуються до 41,0 млн грн. Порівняно з активами, зобов'язання зростають більш повільно, що свідчить про підвищення фінансової стійкості та достатній рівень власного капіталу.

У цілому фінансова динаміка КНП «ТМКЛШД» у 2020–2024 рр. характеризується активним розвитком, модернізацією та підвищенням операційних масштабів. Водночас зростання активів і доходів не призвело до відповідного збільшення фінансового результату, що сигналізує про погіршення рентабельності та необхідність удосконалення управління витратами. Негативний чистий результат 2024 р. може бути тимчасовим ефектом інвестиційної активності, однак потребує детального аналізу структури витрат, тарифної політики та ефективності використання ресурсів. Загалом лікарня демонструє значний потенціал розвитку та стійкість до зовнішніх викликів, проте для забезпечення стабільної фінансової рівноваги необхідним є перегляд підходів до фінансового планування та управління витратами.

Таблиця 2.3

Структура використання бюджету КНП «ТМКЛШД» у 2025 р.*

Стаття	Сума, грн	Частка, %
Поточні трансферти	16 316 438	40.5
Комунальні платежі	9 759 381	24.2
Капітальні трансферти	9 200 505	22.8
Заробітна плата та компенсації	3 119 359	7.7
Єдиний соціальний внесок	611 889	1.5
Податок на доходи фізичних осіб	489 395	1.2
Пенсії та соціальне забезпечення	385 759	1.0
Оплата за природний газ	246 155	0.6
Військовий збір	136 257	0.3
Інше	37 744	0.1

* Складено автором за даними [21].

Оцінка фінансового потенціалу КНП «ТМКЛШД» у контексті забезпечення якості медичної допомоги є критично важливою для розуміння

спроможності закладу впроваджувати сучасні стандарти, підтримувати інфраструктуру та забезпечувати сталість ключових клінічних процесів. Структура витрат лікарні свідчить, що значна частина фінансових ресурсів спрямовується на покриття операційних потреб, зокрема комунальних платежів, енергоносіїв, поточних трансфертів та заробітної плати. У бюджеті 2025 р. поточні трансферти становлять 40,5 %, комунальні витрати — 24,2 %, капітальні трансферти — 22,8 %, а витрати на оплату праці та компенсації — менш ніж 8 % від загального обсягу використаних коштів. Така структура свідчить про високий рівень фінансового навантаження на заклад у частині базового забезпечення функціонування.

Витрати, безпосередньо пов'язані з якістю — закупівля обладнання, модернізація інфраструктури, ремонтні роботи, професійне навчання персоналу — мають обмежену частку в загальній структурі фінансування, що характерно для більшості українських комунальних лікарень, проте створює ризики недостатньої інвестиційної активності у сфері управління якістю. Обмеженість ресурсів унеможливорює системне оновлення технологічної бази, що підтверджується наявністю технологічно зношеного обладнання та потребою в модернізації інженерної інфраструктури. Недостатній обсяг коштів, спрямованих на підвищення кваліфікації персоналу, також впливає на здатність закладу підтримувати сучасні практики клінічного менеджменту та відповідати вимогам міжнародних стандартів (JCI, ISO 9001:2015, WHO).

З позиції фінансової стійкості важливо відзначити співвідношення поточних та капітальних трансфертів. Висока частка поточних трансфертів (понад 40 %) вказує на значну залежність від бюджетного фінансування та слабкий рівень фінансової автономії. Капітальні трансферти складають приблизно 23 %, що є позитивним індикатором інвестиційної спроможності, проте їх недостатньо для реалізації масштабних технологічних оновлень або проєктів цифрової трансформації. Суттєвим обмеженням залишається невелика

частка внутрішніх доходів, а також ризики нестабільності тарифів НСЗУ, які формують основне джерело фінансування клінічних послуг.

Фінансові ризики, пов'язані із забезпеченням якості, охоплюють: можливе зростання вартості енергоносіїв, збільшення навантаження на фонд заробітної плати внаслідок дефіциту кадрів, потребу в терміновій заміні критичного обладнання, а також нестійкість зовнішнього фінансування в умовах економічної турбулентності. Важливим ризиком для лікарні є відсутність сформованого фонду розвитку, що обмежує можливість здійснення довгострокових капітальних інвестицій.

Узагальнюючи, фінансові можливості КНП «ТМКЛШД» дозволяють забезпечувати базові стандарти надання медичної допомоги та підтримувати ключові процеси лікування, однак є недостатніми для повномасштабного впровадження високих вимог сучасних систем управління якістю. Перспективними напрямками підвищення фінансової спроможності є: активізація участі в міжнародних грантових програмах; розвиток партнерських моделей із місцевою владою та бізнесом; впровадження енергоефективних проєктів; удосконалення управління витратами; цифровізація аналітики та фінансового контролю.

Проведений SWOT-аналіз свідчить, що КНП «ТМКЛШД» характеризується розвиненою організаційною структурою та високим рівнем спеціалізації, що формує його ключову конкурентну перевагу в регіональній системі надання екстреної та спеціалізованої медичної допомоги. Сильні сторони закладу — насамперед розгалуженість підрозділів, наявність сучасного діагностичного обладнання та досвід роботи в умовах високого навантаження — забезпечують здатність лікарні виконувати функцію багатопрофільного центру медичної допомоги. Висока довіра населення та стабільність фінансових процесів формують додатковий управлінський капітал, необхідний для стратегічного розвитку.

Таблиця 2.4

SWOT-аналіз КНП «ТМКЛШД»*

S – Сильні сторони	W – Слабкі сторони
<p>Розгалужена структура підрозділів (травматологія, хірургія, реабілітація, інфекційне, гемодіаліз, КТ, лабораторії). Наявність сучасного діагностичного обладнання (КТ, УЗД, ендоскопія). Значний досвід роботи у сфері екстреної медичної допомоги. Стабільна фінансова дисципліна та прозора структура витрат. Позитивний імідж і довіра населення міста.</p>	<p>Низька частка витрат на персонал, ризик кадрового дефіциту та вигорання. Висока залежність від бюджетних трансфертів. Висока частка комунальних витрат. Недостатня цифровізація управлінських і клінічних процесів. Обмеженість можливостей фізичного розширення.</p>
О – Можливості	Т – Загрози
<p>Розширення пакетів НСЗУ, збільшення фінансування. Енергоефективна модернізація (гранти, ДПП, міжнародні проекти). Впровадження моделей якості (ISO, TQM, Lean, JCI). Розвиток реабілітаційних та високоспеціалізованих напрямів. Підвищення кадрової привабливості завдяки модернізації та новим програмам навчання.</p>	<p>Зростання вартості енергоносіїв і комунальних послуг. Конкуренція з приватним сектором за кадри та пацієнтів. Демографічні та епідеміологічні навантаження. Можливі зміни законодавства й тарифів НСЗУ. Фізичне та моральне старіння обладнання без системних інвестицій.</p>

* Складено автором самостійно.

Разом із тим в діяльності закладу простежуються суттєві внутрішні обмеження, що потребують системного втручання. Найбільш критичною слабкою стороною є низька частка витрат на персонал, що в умовах високої інтенсивності праці, кадрової міграції та загальнонаціонального дефіциту медичних спеціалістів створює ризики зниження якості послуг і підвищення плинності кадрів. Додатковим тиском на фінансову стабільність виступає значна частка комунальних витрат, яка перевищує загальносистемні орієнтири та обмежує можливості інвестицій у технологічне оновлення й кадровий розвиток. Недостатня цифровізація процесів управління та клінічних маршрутів створює ризики інформаційної фрагментації та зниження ефективності організаційних рішень.

У зовнішньому середовищі лікарні сформовано значний потенціал розвитку. Передусім це можливості, пов'язані з отриманням додаткових пакетів НСЗУ, залученням грантових ресурсів, реалізацією проєктів енергоефективності та впровадженням сучасних моделей управління якістю — ISO, TQM, Lean, JCI. Успішне використання цих можливостей дозволить не лише підвищити якість медичних послуг, а й забезпечити довгострокову конкурентоспроможність закладу. Особливо перспективними є напрями реабілітаційної медицини та високоспеціалізованих втручань, які після завершення війни матимуть пріоритетне значення для державної політики у сфері охорони здоров'я.

Водночас зовнішні загрози формують складне контекстуальне поле, що потребує стратегічної адаптивності закладу. Зростання тарифів на енергоносії у поєднанні з високою залежністю від трансфертів підвищує ймовірність фінансової нестабільності. Конкуренція з приватним сектором посилює необхідність підвищення мотивації та утримання кадрів. Додаткові ризики становлять демографічні та епідеміологічні навантаження, які можуть призвести до перевантаження системи та зниження результативності лікування. Зміна тарифної політики НСЗУ та ймовірність перегляду механізмів фінансування потребуватимуть гнучких управлінських рішень і диверсифікації джерел доходів.

Таким чином, SWOT-аналіз демонструє, що для досягнення стратегічної стійкості КНП «ТМКЛШД» має використати власні сильні сторони як основу для нарощування потенціалу, одночасно мінімізуючи внутрішні слабкі сторони через кадрову, енергетичну та цифрову модернізацію. Поєднання управлінської гнучкості, впровадження доказових моделей якості та активна участь у зовнішніх інвестиційних програмах здатні забезпечити закладу новий рівень функціональної ефективності та конкурентоспроможності в умовах динамічних змін системи охорони здоров'я України.

2.2. Оцінка рівня організації управління якістю в закладі охорони здоров'я

У КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги» система управління якістю спирається на чітко сформовану нормативну й організаційну базу. Правовою основою діяльності закладу є Конституція України, Основи законодавства України про охорону здоров'я, підзаконні акти МОЗ, постанови КМУ, рішення органів місцевого самоврядування та договори з НСЗУ в межах Програми медичних гарантій. У самому закладі функціонують Статут, положення про структурні підрозділи, посадові інструкції працівників, локальні накази керівника, що регламентують порядок надання медичної допомоги, розподіл відповідальності, організацію внутрішнього контролю, ведення медичної документації тощо. Аналіз цих регламентів засвідчує, що вони достатньо повно відображають вимоги чинного законодавства та етичні принципи медичної практики.

Нормативна база управління якістю доповнюється клінічними протоколами, стандартами і локальними маршрутами пацієнтів. Заклад охорони здоров'я декларує дотримання встановлених медичних стандартів і клінічних протоколів, підтримує актуальність ліцензії на медичну практику, переходить на електронний документообіг (система АСКОД) і ведення електронних медичних записів, що є важливими елементами сучасної системи управління якістю та безпеки медичної допомоги.

Внутрішня система контролю якості та безпеки реалізується через комплекс управлінських процедур, закріплених у політиці закладу щодо якості медичних послуг. До ключових завдань належать: дотримання законодавчих і акредитаційних вимог; забезпечення необхідними ресурсами для функціонування орієнтованої на пацієнта системи управління; постійний контроль за якістю, термінами й умовами надання медичної допомоги; регулярне підвищення кваліфікації персоналу; щорічне визначення цілей у сфері якості та

аналіз ефективності функціонування системи; прозорість і відкритість через інформування населення про перелік послуг.

api.dspace.wunu.edu.ua

Відповідальність за організацію та результативність управління якістю розподілена на кількох рівнях. Стратегічне керівництво здійснює адміністрація лікарні (директор, його заступники, головний лікар/медичний директор), яка затверджує внутрішні положення, накази й цільові програми щодо якості. На мезорівні важливу роль відіграють завідувачі відділень і керівники служб (у тому числі відділення інфекційного контролю, клініко-діагностичних підрозділів), які відповідають за виконання стандартів, дотримання клінічних протоколів, організацію внутрішнього аудиту в підпорядкованих підрозділах.

Інформаційно-аналітичне забезпечення та регламенти роботи структурних підрозділів формують основу для побудови системного внутрішнього контролю якості й етичних взаємовідносин між медичними працівниками та пацієнтами, що є важливим елементом загальної системи управління якістю в даному закладі.

Кадрове забезпечення системи управління якістю в КНП «ТМКЛШД» характеризується високим рівнем організованості, структурності та відповідності сучасним вимогам медичного менеджменту. Аналіз наявної інформації дає підстави стверджувати, що заклад сформував цілісну кадрову модель, яка охоплює як клінічний, так і управлінський сегмент, забезпечуючи комплексну реалізацію принципів якості, безпеки та пацієнтоорієнтованості.

Кадрова основа лікарні становлять фахівці з високим рівнем професійної підготовки, що підтверджується їхньою участю в систематичних програмах підвищення кваліфікації, тренінгах, сертифікаційних курсах та фахових конференціях. У закладі функціонує внутрішня програма безперервного професійного розвитку, орієнтована на оновлення клінічних компетентностей відповідно до принципів доказової медицини та сучасних протоколів НСЗУ.

Окрему увагу приділено розвитку компетенцій саме у сфері управління якістю. Частина персоналу пройшла тематичні цикли з внутрішнього аудиту, інфекційного контролю, Lean-підходів, оцінювання клінічних ризиків та стандартизації процесів відповідно до вимог моделей ISO 9001 та JCI. У закладі поширена практика сертифікації медичних сестер у галузі безпеки пацієнтів, що відповідає європейським підходам до формування культури якості на всіх рівнях персоналу.

У КНП «ТМКЛШД» функціонує системно організована мережа внутрішніх аудитів, у яких беруть участь представники всіх ключових професійних груп. Аудити проводяться за затвердженими графіками, відповідно до стандартизованих чек-листів, охоплюють як клінічні процеси (маршрути пацієнтів, дотримання протоколів), так і адміністративні (документування, індикатори результативності, управління ризиками).

Робочі групи, відповідальні за аудит, включають лікарів, медичних сестер, фахівців із інфекційного контролю, IT-персонал та керівників підрозділів, що забезпечує мультидисциплінарність аналізу. Виявлені відхилення документуються в електронній системі, а коригувальні дії затверджуються на рівні медичного директора. Така модель відповідає найкращим практикам європейських закладів, у яких розвиток якості передбачає активне залучення персоналу до аналізу помилок, обміну знаннями та вдосконалення процесів.

У лікарні поступово сформувалася стійка культура якості, яка включає такі базові елементи, як:

- відповідальність кожного співробітника за результат і безпеку пацієнта;
- відкритість до інноваційних клінічних і управлінських практик;
- систематичний аналіз клінічних випадків і обговорення складних пацієнтів мультидисциплінарними командами;
- дотримання стандартів інфекційного контролю;

- регулярні тренінги з комунікації, безпеки пацієнтів, деескалації, оцінювання ризиків;
- обмін досвідом між підрозділами в рамках внутрішньої системи навчання.

Участь у програмах з розвитку реабілітаційної допомоги за міжнародними стандартами також сприяє підвищенню загального рівня культури якості, оскільки реабілітаційні служби традиційно вимагають чіткої міждисциплінарної взаємодії та високого рівня стандартизації.

Характерною ознакою кадрової моделі КНП «ТМКЛШД» є її збалансованість і здатність мінімізувати ризики, пов'язані з кадровим дефіцитом або вигоранням персоналу, що досягається через [21]:

- чітке розмежування функціональних обов'язків;
- рівномірний розподіл навантаження;
- застосування підходів до мотивації персоналу (преміювання, внутрішні досягнення, професійна підтримка);
- інтеграцію молодих спеціалістів у мультидисциплінарні команди;
- адаптаційні програми для нових працівників;
- розвиток внутрішнього кадрового резерву.

Залучення персоналу до стратегічних змін (розвиток реабілітаційних центрів, оновлення інфраструктури, цифровізація) створює внутрішній ресурс для утримання фахівців та формування довгострокової кадрової стабільності.

Процесне управління є фундаментальною складовою системи управління якістю в КНП «ТМКЛШД», оскільки забезпечує цілісність клінічних і адміністративних процесів, стандартизацію процедур та передбачуваність результатів лікування. Аналіз організації процесів у лікарні свідчить, що у закладі сформовано комплексну модель маршрутів пацієнтів, яка відповідає сучасним вимогам безпеки, доказової медицини й операційної ефективності.

У КНП «ТМКЛШД» функціонує система клінічних маршрутів, яка охоплює весь цикл медичної допомоги — від первинного контакту пацієнта до

його виписки. Для основних нозологій (травми, гострі хірургічні стани, інфекційні захворювання, порушення серцево-судинної системи, гострі отруєння, гостра дихальна недостатність тощо) розроблено стандартизовані маршрути, що визначають:

- послідовність діагностичних та лікувальних заходів;
- тимчасові нормативи надання допомоги;
- відповідальних осіб і структурні підрозділи;
- критерії госпіталізації, переведення та виписки;
- індикатори очікуваних результатів.

Маршрути інтегровані в діяльність приймального відділення, операційного блоку, відділення інтенсивної терапії, інфекційного та хірургічних підрозділів, що забезпечує безперервність клінічного процесу та мінімізує ризики затримок у лікуванні. Взаємодія між підрозділами лікарні побудована за принципом процесної інтеграції. Мультидисциплінарний підхід реалізується через:

- спільні консилиуми для складних клінічних випадків;
- міжвідділові маршрути (приймальне → діагностика → профільне відділення → реабілітація);
- електронну передачу даних через медичну інформаційну систему;
- чітко встановлені канали комунікації між черговими лікарями різних спеціальностей;
- координацію дій між лабораторією, КТ/рентген-діагностикою, хірургією та анестезіологічними службами.

Усі ключові процеси мають визначені точки входу, відповідальних осіб та часові нормативи, що знижує ймовірність клінічних затримок і дублювання функцій. Така модель відповідає вимогам ISO 9001 щодо процесного підходу та європейським стандартам безперервності медичної допомоги.

У КНП «ТМКЛШД» діє система реєстрації та аналізу небажаних подій, побудована на принципах «no blame» та орієнтації на покращення, а не покарання. Вона включає:

- фіксацію інцидентів (клінічних, адміністративних, інфекційних);
- первинний аналіз відповідальним лікарем;
- розширений аналіз мультидисциплінарною групою;
- визначення «кореневої причини» (root-cause analysis);
- розроблення коригувальних і запобіжних заходів;
- повторну перевірку ефективності створених змін.

Особлива увага приділена інфекційному контролю та запобіганню внутрішньолікарняним інфекціям: у цьому напрямі функціонує спеціалізоване відділення з чітко визначеною відповідальністю, стандартами та регулярними аудитами. Такий підхід узгоджується з рекомендаціями Joint Commission International щодо безпеки пацієнтів і є ознакою зрілості СУЯ.

Представлені у табл. 2.5 ключові елементи процесного управління в КНП «ТМКЛШД» демонструють високий рівень стандартизації клінічних процесів, що відповідає сучасним підходам до управління якістю у закладах охорони здоров'я. Зокрема, алгоритми тріажу структуровані відповідно до міжнародних шкал Manchester Triage System (MTS) та Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS), що свідчить про інтеграцію доказових підходів до первинного сортування пацієнтів. Застосування таких систем забезпечує об'єктивність оцінювання тяжкості стану пацієнтів, мінімізує вплив суб'єктивного чинника та сприяє оптимізації потоків у приймальному відділенні.

Алгоритми невідкладної допомоги, що базуються на міжнародних протоколах ACLS/BLS, рекомендаціях Європейської ради з реанімації (ERC) та стандартах WHO Emergency Care Systems, формують основу системного підходу до ведення гострих станів. Стандартизація невідкладних втручань знижує ризик медичних помилок, уніфікує дії медичного персоналу у критичних ситуаціях та підвищує виживаність пацієнтів із загрозливими для життя порушеннями

функцій організму. Важливо підкреслити, що наявність інтегрованих клінічних маршрутів («інфаркт – катетеризаційна лабораторія», «інсульт – КТ – інсультне відділення») свідчить про налагоджену міжвіддільну координацію та здатність закладу працювати відповідно до принципів time-dependent medicine.

Таблиця 2.5

Ключові елементи процесного управління у КНП «ТМКЛШД»*

Елемент системи	Зміст алгоритму	Відповідність міжнародним стандартам
Алгоритми тріажу	<ul style="list-style-type: none"> Первинний огляд медичною сестрою тріажу. Класифікація стану пацієнта (критичний, терміновий, відкладений). Визначення маршруту: реанімаційна зала, діагностика, амбулаторне ведення або госпіталізація. 	Manchester Triage System (MTS); Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS).
Алгоритми невідкладної допомоги	<ul style="list-style-type: none"> ABCDE-оцінка. Реанімаційні заходи ACLS/BLS. Стабілізація у шоквих станах. Інтегровані маршрути: «інфаркт — катетеризаційна лабораторія», «інсульт — КТ — інсультне відділення». 	ACLS/BLS (AHA); ERC; WHO Emergency Care Systems.
Операційні процеси	<ul style="list-style-type: none"> WHO Surgical Safety Checklist (sign-in, time-out, sign-out). Маркування операційного поля. Контроль інфекцій та стерилізації. Координація хірурга, анестезіолога та операційної медсестри. 	WHO Surgical Checklist; JCI Standards; AORN Guidelines.

* Складено автором за даними [21].

Операційні процеси, організовані згідно з чек-листами Всесвітньої організації охорони здоров'я та стандартами акредитації JCI, підтверджують відповідність хірургічного блоку принципам міжнародної хірургічної безпеки. Виконання протоколу «sign-in / time-out / sign-out» забезпечує перевірку критичних параметрів перед, під час і після хірургічного втручання, що значно зменшує ймовірність технічних, організаційних та комунікаційних помилок, що є показником зрілості системи управління ризиками та внутрішнього контролю

якості. Крім того, узгоджена робота мультидисциплінарної команди — хірурга, анестезіолога та операційної медсестри — є важливою ознакою процесної орієнтації закладу, що суттєво впливає на результативність операцій та рівень післяопераційних ускладнень.

Матеріально-технічна база КНП «ТМКЛШД» є одним із ключових чинників, що визначає рівень організації медичної допомоги, її доступність, результативність та безпеку. Аналіз стану обладнання та технологічної інфраструктури свідчить, що заклад сформував багатoproфільне технологічне середовище, яке включає сучасні діагностичні комплекси, обладнання для інтенсивної терапії та реанімації, а також інструменти для проведення високоспеціалізованих втручань. Наявність комп'ютерного томографа, ендоскопічної апаратури, УЗД-систем нового покоління та функціональної діагностики створює технологічні передумови для швидкої верифікації діагнозів у пацієнтів з гострими станами [21].

Разом із тим, комплексна оцінка матеріально-технічних ресурсів демонструє наявність окремих сегментів з підвищеним рівнем технологічного зношення. Частина обладнання експлуатується понад нормативні терміни, що підвищує ризики відмов, збільшує витрати на технічне обслуговування та впливає на стабільність клінічних процесів. Особливо це стосується апаратів для анестезії, деяких лабораторних систем та елементів інженерної інфраструктури. Для лікарень такого профілю характерною є потреба в постійному оновленні парку обладнання – відповідно, процес модернізації вимагає системного підходу, поєднання бюджетного фінансування, грантових програм та потенційних механізмів державно-приватного партнерства.

Окремим аспектом оцінки є рівень цифровізації закладу. У КНП «ТМКЛШД» впроваджена інформаційна система керування медичними процесами (HIS), що дозволяє формувати електронні медичні записи, вести електронні направлення, інтегруватися з центральною системою eHealth та системами НСЗУ. Наявність цифрової інфраструктури значно підвищує

прозорість клінічних процесів, забезпечує відстеження маршруту пацієнта, оптимізує документообіг і зменшує ризики дублювання процедур. Однак рівень автоматизації поки що не є комплексним: у лікарні частково відсутня система PACS для зберігання та передачі медичних зображень, що обмежує можливості централізованого доступу до діагностичних даних і взаємодії між підрозділами в режимі реального часу.

Цифровізація управління якістю перебуває на стадії активного розвитку. У закладі функціонує система внутрішнього контролю, яка частково автоматизована та охоплює аналіз небажаних подій, моніторинг клінічних показників та аудит медичних записів. Водночас потенціал цифрової аналітики (ВІ-системи, дашборди для моніторингу показників якості, автоматизований контроль маршрутизації) поки що реалізовано частково, що відкриває перспективу для подальшої модернізації.

Комплексна оцінка системи безпеки пацієнтів у КНП «ТМКЛШД» показує, що заклад сформував багаторівневу модель контролю ризиків, яка охоплює як клінічні, так і організаційні аспекти. Особливу увагу приділено реєстрації інцидентів та небажаних подій, що є ключовою вимогою сучасних концепцій patient safety. Хоча нинішня система поєднує паперові та електронні форми звітності, її функціональність дозволяє проводити первинну класифікацію інцидентів, аналіз кореневих причин та впровадження коригувальних заходів. За своїм змістом це відповідає рекомендаціям ВООЗ та практикам акредитації JCI, однак подальший розвиток потребує цифрової автоматизації, що дозволить поглибити аналітику й оперативно виявляти системні ризики.

Протиепідемічний та інфекційний контроль функціонують на достатньо високому рівні. Наявність спеціалізованої служби, регулярний моніторинг внутрішньолікарняної інфекційності, аудит гігієни рук, контроль за інвазивними процедурами та впровадження принципів antibiotic stewardship формують важливий бар'єр у попередженні поширення інфекцій. Ця діяльність відповідає

компонентам WHO IPC Core Framework. Проте, як показує аналіз, окремі ризикові зони — такі як хірургічні та реанімаційні відділення — потребують посилення сучасними системами епідеміологічного нагляду, включно з автоматизованим збором і обробкою даних.

Таблиця 2.6

Комплексна оцінка системи безпеки пацієнтів у КНП «ТМКЛШД»*

Елемент системи безпеки	Фактичний стан у КНП «ТМКЛШД»	Відповідність стандартам
Реєстрація та аналіз інцидентів	Діє система повідомлень про інциденти; проводиться класифікація інцидентів та аналіз кореневих причин.	Часткова відповідність WHO Patient Safety, JCI.
Протиепідемічний контроль	Функціонує служба протиепідемічного контролю; регулярний моніторинг інфекційних ризиків.	Відповідність Наказам МОЗ, рекомендаціям WHO IPC.
Інфекційний контроль	Аудит гігієни рук, контроль інвазивних процедур, антибіотик-stewardship.	Відповідність WHO IPC Core Components.
Стерилізація та СНІД-заходи	Централізована стерилізація; контроль біологічних та хімічних індикаторів; чітке маркування.	Відповідність ДСП, Наказам МОЗ, WHO Clean Care.
Санітарно-епідеміологічні заходи	Регулярні та генеральні прибирання; зонування; контроль дезрежиму.	Відповідність ДСанПіН та вимогам МОЗ.
Доступність протоколів безпеки	Протоколи, листки ризиків, чек-листи — у паперовій та електронній формах.	Відповідність ISO 9001:2015, JCI.
Маркування препаратів та виробів	Маркуються високоризикові препарати, стерильні набори та небезпечні матеріали.	Відповідає вимогам МОЗ і JCI Medication Management.

* Складено автором за даними [21].

Важливим елементом системи безпеки є організація стерилізаційних і санітарно-епідеміологічних заходів. У КНП «ТМКЛШД» централізована стерилізаційна служба працює згідно з вимогами санітарного законодавства та міжнародних гайдлайнів. Однак технологічне зношення частини обладнання створює потенційні ризики порушення стерильності або збоїв у циклах стерилізації, що вимагає системної модернізації технічної бази та кадрового

зміцнення підрозділу. Разом із тим наявність маркування стерильних комплектів, контроль індикаторів стерилізації та зонування приміщень свідчать про дотримання стандартів WHO Clean Care.

Окремої уваги заслуговує доступність клінічних протоколів, чек-листів, листків оцінки ризиків та маркування високоризикових препаратів. Забезпечення доступу до цих документів у кожному відділенні та їх дублювання в електронній формі сприяють уніфікації клінічних процесів і знижують ризики помилок. Водночас ручне маркування медикаментів і медичних виробів становить певний ризик, що може бути усунений шляхом впровадження систем автоматизованого маркування або медикаційних кабінетів закритого типу.

Оцінювання діяльності КНП «ТМКЛШД» через призму міжнародних моделей управління якістю дозволяє визначити рівень зрілості організаційних процесів, ступінь їх стандартизації та відповідність світовим практикам забезпечення безпеки і результативності медичної допомоги. Порівняння із такими моделями, як ISO 9001, TQM, Lean/Six Sigma, JCI та EFQM, дає змогу сформулювати комплексне уявлення про сильні сторони та наявні прогалини, а також окреслити стратегічні напрямки розвитку системи якості в закладі.

Оцінювання рівня відповідності КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги» провідним міжнародним моделям менеджменту якості дозволяє визначити ступінь зрілості внутрішньої системи управління, її сильні сторони та структурні обмеження. Як засвідчено у таблиці 2.7, заклад охорони здоров'я демонструє неоднорідний, але загалом позитивний рівень інтеграції ключових елементів сучасних систем якості у власну практику.

Відповідність вимогам ISO 9001:2015 проявляється у наявності документованих процедур, усталених маршрутів пацієнтів, локальних клінічних протоколів та частковому використанні циклу PDCA. Механізми управління ризиками найбільш чітко реалізовані у сфері інфекційного контролю та стерилізаційної безпеки. Однак повноцінне розгортання ISO-підходу вимагає

подальшої систематизації процесів, цифровізації процедур моніторингу та поглиблення циклічності управлінських рішень.

Елементи TQM простежуються у зростаючій залученості персоналу до системи внутрішніх аудитів, участі у зборі та аналізі інцидентів, розвитку механізмів пацієнтоорієнтованості та реагування на зворотний зв'язок пацієнтів. Формування культури безперервного покращення перебуває на етапі становлення: є окремі приклади командних ініціатив, однак системної TQM-архітектури поки немає.

Комплекс Lean та Six Sigma у КНП «ТМКЛШД» реалізований фрагментарно. Lean-елементи виявляються у впорядкуванні пацієнтських потоків, оптимізації діагностичних процедур, скороченні часу очікування в екстремому відділенні. Натомість Six Sigma як модель статистичного управління варіативністю процесів практично не використовується: відсутні DMAIC-проекти, спеціально підготовлені фахівці та аналітичні панелі, що створює потенціал для модернізації, особливо у сферах, що пов'язані з хірургічними втручаннями, менеджментом інфекцій та лабораторною діагностикою.

Найвищий рівень відповідності демонструється у напрямі вимог JCI, що пов'язані з безпекою пацієнтів. У лікарні впроваджено чек-листи операційної безпеки, системи реєстрації інцидентів, протиепідемічні заходи, контроль медикаментозної безпеки, регулярно працюють профільні комісії. Незважаючи на це, лікарні ще не вистачає повної цифровізації процесів incident reporting, а також інтеграції клінічної документації у формат, наближений до JCI National Standards.

Відповідність критеріям EFQM проявляється у наявності стратегічних документів, певній моделі лідерства, партнерстві з НСЗУ, органами місцевого самоврядування, а також у стабільності функціональних процесів. Проте для переходу на рівень досконалості, що відповідає моделям EFQM Excellence, закладу потрібно розвивати систему вимірювання результативності,

поглиблювати HR-стратегію, стимулювати інноваційну культуру та інституційну гнучкість.

Загалом аналіз демонструє, що КНП «ТМКЛШД» знаходиться на етапі становлення комплексної системи управління якістю, яка успішно інтегрує окремі елементи ISO, TQM, JCI та EFQM. Основні прогалини стосуються недостатньої цифровізації, відсутності системи Six Sigma, обмеженого Lean-менеджменту та не повністю сформованої інституційної культури стратегічного покращення.

Таблиця 2.7

**Оцінка відповідності КНП «ТМКЛШД»
міжнародним моделям управління якістю**

Модель	Ключові вимоги моделі	Стан відповідності у КНП «ТМКЛШД»
ISO 9001:2015	Процесний підхід; документовані процедури; PDCA; ризик-орієнтоване мислення.	Є документовані процедури, маршрути пацієнтів, локальні протоколи; частковий PDCA; аналіз ризиків у системі інфекційного контролю.
TQM (Total Quality Management)	Участь персоналу; культура безперервного покращення; пацієнтоорієнтованість.	Персонал бере участь в аудитах, є реагування на скарги; функціонує аналіз інцидентів; культура якості формується.
Lean Management	Усунення втрат; оптимізація потоків; стандартизація процесів.	Оптимізовані маршрути пацієнтів у приймальному відділенні; регламентовані діагностичні процеси; часткова оптимізація логістики.
Six Sigma	Зниження варіативності; система DMAIC; статистичний контроль процесів.	Часткове використання аналітики (інфекційний контроль, стерилізація); відсутні DMAIC-проекти.
JCI (Joint Commission International)	Patient safety; governance; medication safety; infection control; quality improvement.	Є система інцидентів, чек-листи операційної безпеки, інфекційний контроль; комісія з якості; управлінські регламенти.
EFQM	Лідерство; стратегія; персонал; партнерства; процеси; результати.	Наявні стратегічні документи; робота комісій; партнерства з НСЗУ та місцевою владою; стабільність процесів.

* Складено автором за даними [21].

Аналіз динаміки рівня задоволеності пацієнтів КНП «ТМКЛШД» за 2021–2024 рр. демонструє стабільне та послідовне покращення всіх оцінюваних компонентів якості взаємодії з пацієнтами. Загальна інтегральна оцінка зросла з 82,4 % у 2021 р. до 89,6 % у 2024 р., що свідчить про суттєве зміцнення пацієнтоорієнтованості та підвищення стандартів сервісу в медичному закладі.

Найбільше зростання спостерігається за критерієм умов перебування, який підвищився з 76,4 % до 84,9 %, що є наслідком оновлення матеріально-технічної бази, модернізації палат, удосконалення санітарно-гігієнічних умов та покращення інфраструктури лікарні. Значне та рівномірне зростання показників доступності інформації (з 78,7 % до 86,7 %) свідчить про покращення комунікаційних процесів, упровадження стандартизованих інформаційних матеріалів та посилення ролі медичних сестер і лікарів як ключових носіїв інформації для пацієнта.

Таблиця 2.8

Динаміка рівня задоволеності пацієнтів КНП «ТМКЛШД» у 2021–2024 рр.*

Рік	Загальна оцінка	Комунікація персоналу	Доступність інформації	Умови перебування
2021	82,4 %	80,1 %	78,7 %	76,4 %
2022	84,2 %	82,5 %	80,3 %	78,1 %
2023	87,9 %	85,4 %	84,0 %	82,3 %
2024	89,6 %	87,2 %	86,7 %	84,9 %

* Складено автором за даними [21].

Критерій комунікації персоналу також демонструє стабільне підвищення (з 80,1 % до 87,2 %), що вказує на системну роботу із підвищення культури спілкування, управління конфліктами, етичних норм та емпатії у взаємодії з пацієнтами. Результати свідчать про впровадження навчальних програм, внутрішніх аудитів і механізмів зворотного зв'язку.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ В ЗАКЛАДІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Запровадження інноваційних інструментів та технологій для підвищення якості медичних послуг

У міжнародній практиці вимірювання якості медичної допомоги тривалий час основний акцент робився на оцінюванні результатів лікування та діяльності постачальників медичних послуг. Такий підхід зумовлений тим, що клінічні результати є найбільш зрозумілими та порівнюваними показниками для різних груп стейкхолдерів — пацієнтів, страхових компаній, роботодавців, регуляторів. Однак у сучасних умовах дедалі більшої уваги потребує вимірювання процесу надання медичної допомоги, що передбачає оцінку того, яким чином здійснюється лікування, чи відповідають дії персоналу клінічним протоколам, стандартам і моделям найкращої практики.

Разом із тим у багатьох країнах, включно зі США та державами ЄС, впровадження повноцінних процесних показників стикається з низкою труднощів. До ключових бар'єрів належать висока вартість розробки, оновлення та моніторингу клінічних протоколів, складність створення валідних індикаторів процесу, а також нерозвиненість інформаційних систем, які здатні забезпечувати їх постійний автоматизований збір. Навіть у країнах із високим рівнем медичного страхування, як-от США, де роботодавці виступають важливими покупцями медичних послуг, включення процесних показників у систему оцінювання постачальників є порівняно новим та поступовим явищем. Усе частіше консорціями роботодавців та страхові компанії починають використовувати структурні та процесні індикатори, але їх обсяг усе ще обмежений [33, с. 311].

Науково доведено, що ефективні показники якості повинні бути науково обґрунтованими, інтерпретованими, узагальнюючими та валідними, тобто такими, що справді відображають реальну якість медичної допомоги. Вони мають базуватися на доказовій медицині та сучасних клінічних рекомендаціях, а їхня розробка повинна включати систематичний аналіз даних, експертний консенсус і тестування на надійність та чутливість до змін.

Водночас на якість медичних послуг істотно впливає конкуренція у сфері охорони здоров'я, яка в багатьох країнах, включно з Україною, набуває дедалі більшого значення. З одного боку, конкуренція стимулює інновації, підвищення ефективності та орієнтацію на пацієнта. З іншого боку, надмірна комерціалізація медичних послуг призводить до ризиків зниження якості лікування на користь прибутковості, що було відзначено у дослідженнях зарубіжних науковців. В умовах ринкових механізмів держава змушена зберігати баланс між конкуренцією та гарантіями доступності медичної допомоги.

У країнах із високими соціальними стандартами саме держава визначає правила доступу до професії, механізми ліцензування та обсяги підготовки лікарів, щоб запобігти надмірній конкуренції, яка може підірвати санітарно-епідеміологічну стабільність суспільства. Так, Американська медична асоціація фактично регулює кількість фахівців на ринку шляхом контролю набору студентів до медичних шкіл, обмеження допуску лікарів-емігрантів та впровадження жорстких вимог до ліцензування і акредитації. Подібні підходи — інструмент захисту населення від зниження якості медичних послуг та індикатор того, що якість — не лише медична, а й економічна категорія.

Таким чином, сучасні виклики у сфері вимірювання та забезпечення якості медичної допомоги полягають у необхідності поєднання трьох взаємозалежних компонентів [31, с. 124]:

- науково обґрунтованих показників якості, здатних відображати реальні процеси та результати лікування;

- цифрової інфраструктури, яка забезпечує повноцінний моніторинг цих показників;

- регуляторної політики, що підтримує баланс між конкуренцією та гарантіями доступності та безпеки медичної допомоги.

У європейських країнах із сильною ринковою економікою — Німеччині, Франції, Нідерландах — основним інструментом державного впливу на якість та доступність послуг є регулювання діяльності комерційних страхових компаній. Держава встановлює мінімальні стандарти страхових пакетів, контролює тарифи, визначає вимоги до медичних постачальників і проводить аудит їхньої діяльності. Через це страхові компанії виконують не лише функцію фінансового посередника, а й роль контролера якості: вони стимулюють медичні заклади дотримуватися протоколів, впроваджувати інновації та брати участь у програмах покращення результативності.

Інша модель характерна для Швеції, Японії та Австралії, де контроль якості здійснюється переважно через державні системи медичного страхування. У цих країнах держава виступає ключовим гарантом справедливого розподілу ресурсів і доступності медичних послуг. Системи фінансування побудовані на принципах солідарності, а якість забезпечується через єдині стандартизовані клінічні протоколи, широку цифровізацію, централізований моніторинг показників та регулярні національні аудити.

У Канаді та Великобританії реалізується модель прямого державного забезпечення медичних послуг. Фінансування здійснюється з державного бюджету, а надання послуг — переважно комунальними лікарнями та сімейними лікарями, що працюють за контрактом із державою. Такий підхід забезпечує високий рівень доступності, проте створює навантаження на бюджет і потребує високоефективної системи управління якістю, що ґрунтується на строгих національних індикаторах результативності, прозорій звітності та застосуванні доказових клінічних рекомендацій [25, с. 6].

За даними Numbeo (2024), глобальні тенденції в якості медичного обслуговування демонструють, що найвищі індекси якості охорони здоров'я мають країни, які: інтенсивно застосовують цифрові технології (EHR, eHealth, телемедицина); мають високий рівень стандартизації процесів (національні протоколи, обов'язкові індикатори якості); забезпечують конкурентний, але регульований ринок медичних послуг; поєднують державне фінансування з приватними інвестиціями.

Згідно з рейтингом Numbeo, у 2024 році Тайвань, Південна Корея та Японія очолили перелік країн із найвищою якістю медичної допомоги. Водночас Великобританія, Португалія та Швейцарія входять до топ-20, демонструючи збалансоване поєднання системної модернізації, фінансової стабільності та високого рівня пацієнтоорієнтованості.

Сьогодні у світовій практиці функціонує велика кількість підходів до управління якістю медичних послуг, серед яких частина має універсальний характер, а інші — більш специфічні та прив'язані до особливостей національних систем охорони здоров'я.

Однією з найбільш відомих і широко застосовуваних моделей є концепція Total Quality Management (TQM), що передбачає інтегроване залучення всіх підрозділів та працівників до безперервних зусиль із підвищення якості, оптимізації витрат і покращення сервісу [10, с.16]. Дослідження та мета-аналізи підтверджують, що успіх TQM у медичній сфері визначають такі ключові чинники, як: ефективне лідерство; залучення та мотивація персоналу; систематичне навчання; чітке управління процесами; підтримка керівництва; стратегічне планування [12, с. 99].

Водночас у медичній практиці існують і чинники, які можуть нівелювати ефективність впровадження TQM: обмежена участь персоналу (особливо лікарів), брак управлінської підтримки, відсутність культури якості, недостатнє навчання, нестача ресурсів. Найбільшого поширення модель набула у США, Франції, Туреччині, Йорданії, Саудівській Аравії, ОАЕ, Ірані, Індії та Тайвані.

Метод постійного вдосконалення якості, що виник у промисловості після Другої світової війни, останні десятиліття активно інтегрується в охорону здоров'я [19]. Його сутність полягає у: систематичному виявленні проблем, тестуванні змін у малих циклах, аналізі результатів, масштабуванні ефективних практик.

CQI дозволяє поєднувати сучасні клінічні докази з реальною практикою, оптимізуючи результати лікування [6, с. 91]. Успішні приклади його впровадження зафіксовані в Німеччині, Японії, Канаді та низці африканських країн.

Однак у медичній практиці виявлено і бар'єри CQI: брак знань серед персоналу, недостатня залученість медичних сестер, низький рівень менеджерської підтримки, складність зміни поведінкових моделей [3, с. 52].

Акредитація є одним із найпопулярніших та найефективніших інструментів зовнішньої оцінки якості. Найбільш відомою є Joint Commission (ЖСАНО) — найбільша у світі акредитаційна організація, що оцінює понад 20 000 медичних установ.

Стандарти ЖСІ включають три великі групи: питання, пов'язані з пацієнтом (догляд, освіта, етика); функціональні аспекти медичних процесів (безпека, лідерство, інфекційний контроль); організаційна структура (управління, медичний персонал) [27, с. 9].

Акредитація забезпечує: підвищення довіри пацієнтів; покращення результатів лікування; прозорість управління; зовнішню валідність для керівництва закладу.

У сучасних умовах трансформації системи охорони здоров'я інноваційні інструменти та технології стають ключовим фактором підвищення якості медичних послуг, адже забезпечують не лише технічне удосконалення процесів, а й формують нову модель організації медичної допомоги — більш ефективну, прозору та орієнтовану на потреби пацієнта. Впровадження таких рішень дозволяє медичним закладам переходити від традиційних підходів до управління

до сучасних систем, що ґрунтуються на доказовості, цифровізації та мультидисциплінарній координації.

Таблиця 3.1

Інноваційні інструменти та технології підвищення якості медичних послуг у КНП «ТМКЛШД»*

Напря́м інновацій	Сутність інструменту	Вплив на якість медичних послуг
Цифровізація клінічних процесів	<ul style="list-style-type: none"> Електронна медична картка (ЕМК) Медична інформаційна система (HIS) Архів медичних зображень (PACS) 	<ul style="list-style-type: none"> Зменшення ризику помилок Швидкий доступ до даних Підвищення точності діагностики Безперервність клінічного маршруту
Стандартизація клінічних протоколів	<ul style="list-style-type: none"> Уніфіковані алгоритми тріажу (MTS/CTAS) Протоколи ACLS/BLS, ABCDE Інтегровані маршрути для інсульту й інфаркту 	<ul style="list-style-type: none"> Зниження варіативності лікування Підвищення передбачуваності результатів Зменшення кількості ускладнень
Безпека пацієнтів	<ul style="list-style-type: none"> WHO Surgical Safety Checklist Система реєстрації інцидентів Протоколи інфекційного контролю 	<ul style="list-style-type: none"> Менша частота помилок і небажаних подій Підвищення операційної безпеки Контроль внутрішньолікарняних інфекцій
Управління процесами (Lean / TQM)	<ul style="list-style-type: none"> Оптимізація логістики пацієнтів Усунення втрат у процесах Системи візуального контролю 	<ul style="list-style-type: none"> Скорочення часу очікування Підвищення ефективності роботи персоналу Раціональне використання ресурсів
Аналітика та моніторинг якості	<ul style="list-style-type: none"> Dashboard-системи Аналіз повторних госпіталізацій Контроль індикаторів безпеки 	<ul style="list-style-type: none"> Швидке виявлення відхилень Прийняття управлінських рішень на основі даних Прогнозування ризиків
Телемедицина і цифрові сервіси	<ul style="list-style-type: none"> Онлайн-консультації Дистанційний моніторинг Мобільні застосунки для пацієнтів 	<ul style="list-style-type: none"> Підвищення доступності допомоги Зменшення навантаження на стаціонар Підвищення задоволеності пацієнтів
Підготовка та розвиток персоналу	<ul style="list-style-type: none"> Симуляційні тренінги Онлайн-курси (ACLS, BLS, комунікація) Оцінка компетентностей 	<ul style="list-style-type: none"> Зростання професійного рівня Зменшення кількості помилок Формування культури якості

* Складено автором самостійно.

Важливе значення для сучасної системи управління якістю має використання інструментів аналізу даних. Запровадження систем моніторингу інцидентів, цифрових реєстрів інфекційного контролю та аналітичних панелей

управління (dashboard-систем) забезпечує можливість регулярного аналізу тенденцій, своєчасного виявлення відхилень та прийняття рішень на основі достовірних статистичних даних. Такий підхід дозволяє зробити систему безпеки пацієнтів більш проактивною, а управління якістю — більш адаптивним до змін внутрішнього та зовнішнього середовища.

Не менш важливою складовою інноваційних технологій є розвиток телемедицини, дистанційного моніторингу стану пацієнтів, використання мобільних додатків та електронних сервісів для взаємодії пацієнта з лікарем. Це сприяє підвищенню доступності медичної допомоги, забезпечує безперервність спостереження та створює підґрунтя для підвищення задоволеності пацієнтів.

Одним із провідних напрямів є цифрова трансформація клінічних і управлінських процесів. Використання електронних медичних записів, інтегрованих інформаційних систем (HIS) та архівів медичних зображень (PACS) забезпечує підвищення точності діагностики, пришвидшує передачу інформації між підрозділами та мінімізує ризики втрати або дублювання даних. Наявність уніфікованого цифрового контуру створює підґрунтя для формування повного клінічного маршруту пацієнта, а також для впровадження алгоритмів моніторингу ключових показників якості та безпеки.

Іншим важливим інноваційним компонентом є застосування технологій доказової медицини та стандартизованих клінічних протоколів. Використання оновлених алгоритмів діагностики та лікування, міжнародних чек-листів безпеки (зокрема WHO Surgical Safety Checklist), систем тріажу та протоколів невідкладної допомоги сприяє зниженню варіативності клінічної практики, підвищенню прогнозованості результатів і мінімізації ризику лікарських помилок. Інноваційні моделі, такі як TQM, Lean або Six Sigma, дозволяють оптимізувати процеси, ідентифікувати «вузькі місця», зменшувати кількість непотрібних процедур та підвищувати операційну ефективність.

3.2. Рекомендації щодо адаптації та інтеграції сучасних моделей управління якістю в українських реаліях

Адаптація сучасних моделей управління якістю (ISO 9001, TQM, Lean/Six Sigma, JCI, EFQM) до умов української системи охорони здоров'я потребує комплексного, поетапного і гнучкого підходу. Враховуючи специфіку фінансування, кадрові обмеження, рівень цифровізації та нормативно-правове поле, інтеграція таких моделей має відбуватися з урахуванням національних викликів і реальних ресурсних можливостей медичних закладів.

Одним із першочергових кроків є створення уніфікованої нормативно-методичної основи, яка б гармонізувала національні вимоги з міжнародними стандартами у сфері якості. Українські лікарні потребують зрозумілих і стандартизованих правил внутрішнього аудиту, оцінювання клінічних маршрутів, ведення електронних медичних записів та моніторингу індикаторів результативності. Держава та НСЗУ повинні забезпечити чіткі вимоги до індикаторів якості, які були б валідними, об'єктивними й такими, що реально відображають клінічні процеси. Лише за умови такої регуляторної підтримки можливе системне впровадження підходів ISO чи JCI у повному обсязі, а не у вигляді фрагментарних ініціатив.

Не менш важливим напрямом є цифрова трансформація. Рівень автоматизації в українських лікарнях істотно різниться, тому розбудова єдиного цифрового контуру — від HIS та PACS до електронних систем інфекційного контролю і моніторингу інцидентів — стає ключовою умовою переходу до сучасних моделей управління якістю. Саме цифрові рішення створюють підґрунтя для безперервного збору даних, аналізу клінічних процесів, виявлення ризиків і прийняття рішень на основі доказів. У цьому контексті впровадження dashboard-систем, автоматизованих реєстрів та телемедичних сервісів не лише підвищує ефективність роботи лікарні, а й стимулює розвиток пацієнтоорієнтованості.

Фінансовий аспект також відіграє ключову роль. В умовах обмеженого державного фінансування лікарні мають активніше залучати грантові програми ЄС, USAID, GIZ, а також розбудовувати партнерства з місцевою владою та бізнесом для модернізації обладнання та цифрової інфраструктури. Перехід до принципу «оплата за якість» (pay-for-quality) у фінансуванні може стати стимулом для лікарень впроваджувати ефективні інструменти управління якістю.

Зрештою, сучасні моделі якості неможливо реалізувати без розвитку пацієнтоорієнтованості. Регулярні опитування пацієнтів, аналіз їхнього досвіду, забезпечення прозорості інформації, створення сервісних стандартів — усе це є невід’ємними компонентами систем, що функціонують у провідних європейських країнах. Українські лікарні мають можливість адаптувати ці підходи, поєднуючи їх із цифровими сервісами, мобільними застосунками та програмами підтримки пацієнтів.

Адаптація моделей TQM, Lean і Six Sigma вимагає поступовості й орієнтації на невеликі, але стійкі покращення. Українські медичні заклади можуть розпочинати з оптимізації окремих процесів — маршруту пацієнта в приймальному відділенні, часу очікування діагностики, роботи лабораторії або операційного блоку. Навіть часткове впровадження Lean-підходів дозволяє усунути дублювання функцій, зменшувати операційні затримки та формувати культуру відповідальності. У той час як Six Sigma може стати основою для управління складними, високо ризикованими процесами, зокрема хірургічними або реанімаційними втручаннями. Важливо, що такі зміни повинні супроводжуватися розвитком компетентностей персоналу — адже без системного навчання жодна модель якості не працюватиме ефективно.

Кадровий потенціал є центральною складовою успіху будь-якої системи управління якістю. Українські лікарні потребують підготовки внутрішніх аудиторів, фахівців із ризик-менеджменту, координаторів Lean-проектів, менеджерів із безпеки пацієнтів. При цьому навчання має бути постійним і

доступним — що можливо за рахунок дистанційних курсів ВООЗ, ECRI, JCI або сертифікованих програм з управління якістю. Формування культури безперервного навчання сприятиме тому, що якість стане не формальною вимогою, а частиною щоденної професійної практики.

Адаптація до стандартів JCI також є перспективним напрямом, проте потребує реалістичного, поетапного підходу. Спочатку лікарням варто впровадити базові елементи безпеки: чек-листи WHO, комунікаційні моделі SBAR, системи реєстрації інцидентів, протоколи медикаційної та інфекційної безпеки. Лише після цього можна переходити до повномасштабного розгортання стандартів JCI, що вимагають високого рівня технологічної підтримки та інституційної зрілості.

Подані в табл. 3.2 рекомендації відображають ключові стратегічні напрями, за якими КНП «ТМКЛШД» може адаптувати елементи провідних міжнародних моделей управління якістю відповідно до власних потреб і ресурсних можливостей. Основний акцент зроблено на підсиленні цифрової інфраструктури, оскільки саме вона є фундаментом для побудови сучасної системи моніторингу, аналізу та управління клінічними процесами. Впровадження PACS, автоматизованої системи реєстрації інцидентів та аналітичних панелей для моніторингу індикаторів якості дозволить лікарні перейти від фрагментарного збору даних до комплексної та проактивної моделі управління. Такий підхід є характерним для систем ISO 9001, JCI та EFQM.

Окреме місце займає розвиток системи моніторингу інцидентів та впровадження методологій root-cause analysis. Автоматизація цього напрямку сприятиме швидшому виявленню помилок, зниженню ризиків та формуванню культури безпеки, що відповідає принципам JCI, Lean і концепції CQI. Кадрова підготовка також визначена як одна з ключових умов успішної інтеграції міжнародних моделей. Розвиток компетенцій персоналу в Lean, Six Sigma, ризик-менеджменті та внутрішньому аудиті підвищить організаційну зрілість лікарні та забезпечить сталість системи якості.

Таблиця 3.2

**Рекомендації щодо адаптації міжнародних моделей управління якістю у
КНП «ТМКЛШД»***

Напрямок	Потреби та рекомендації	Модель якості, якій відповідає
Цифровізація процесів	Впровадити PACS; створити dashboard для моніторингу індикаторів якості; автоматизувати incident reporting	ISO 9001, JCI, EFQM
Система моніторингу інцидентів	Повна автоматизація реєстрації інцидентів; аналіз root-cause через цифрові шаблони; регулярні звіти	JCI, Lean, CQI
Кадрова підготовка	Підготовка Lean-координаторів, менеджерів зі Six Sigma, фахівців із ризик-менеджменту; розширення внутрішніх тренінгів	TQM, Six Sigma, ISO
Інфекційний контроль	Автоматизовані реєстри ВЛІ; електронний моніторинг гігієни рук; модернізація стерилізаційного обладнання	JCI, WHO IPC Framework
Клінічні маршрути	Розширити маршрути на додаткові нозології; інтегрувати маршрути в повністю цифрову модель	ISO, Lean
Операційна безпека	Впровадження time-out/ sign-out у електронній формі; відеофіксація ключових етапів (за потреби)	JCI, WHO
Процесне управління	Повноцінне впровадження PDCA; регулярне картування процесів (process mapping)	ISO 9001, TQM
Матеріально-технічна база	Пріоритетна модернізація стерилізаційних систем, апаратів анестезії, лабораторних автоматів; залучення грантових коштів	EFQM, JCI
Пацієнтоорієнтованість	Впровадити цифрові анкети; мобільні сервіси для пацієнтів; створити сервісні стандарти	TQM, JCI
Lean / Six Sigma інструменти	Пілотні Lean-проекти у приймальному відділенні, діагностиці, хірургії; DMAIC-проекти для зниження варіативності	Lean, Six Sigma

* Складено автором самостійно.

Важливим напрямом удосконалення є підсилення інфекційного контролю за рахунок автоматизованих реєстрів, цифрового моніторингу гігієни рук і модернізації стерилізаційного обладнання, що відповідає вимогам JCI та WHO IPC Framework і дозволяє значно зменшити ризик внутрішньолікарняних інфекцій. У сфері клінічних маршрутів рекомендовано їх подальше розширення та цифрову інтеграцію, що забезпечить безперервність медичної допомоги та

зменшить варіативність результатів. Підсилення операційної безпеки через електронні чек-листи, time-out/sign-out процедури та за потреби відеофіксацію сприятиме наближенню операційного блоку до міжнародних стандартів.

Розвиток процесного управління передбачає повноцінне впровадження циклу PDCA, регулярне картування процесів та аналіз «вузьких місць», що відповідає моделям ISO та TQM. Удосконалення матеріально-технічної бази, зокрема в частині обладнання для стерилізації, анестезії та лабораторних досліджень, є необхідною умовою для мінімізації клінічних ризиків та забезпечення довгострокової стабільності. Пацієнтоорієнтованість представлена через впровадження цифрових анкет, сервісних стандартів та мобільних сервісів для пацієнтів, що відповідає практикам TQM і JCI та підсилює довіру пацієнтів до медичного закладу.

Завершальним напрямом є інтеграція Lean і Six Sigma як інструментів оптимізації процесів. Пілотні проєкти у приймальному відділенні, діагностиці чи операційному блоці дозволять лікарні поступово зменшувати варіативність у роботі, покращувати швидкість обслуговування та раціонально використовувати ресурси. Таким чином, рекомендації, представлені у табл. 3.2, пропонують покрокову та збалансовану траєкторію інтеграції міжнародних моделей управління якістю в діяльність КНП «ТМКЛШД», враховуючи як наявні переваги лікарні, так і виявлені зони розвитку.

ВИСНОВКИ

Еволюція підходів до управління якістю демонструє перехід від класичних моделей, орієнтованих на структуру та процес (модель А. Донабедіана), до сучасних систем менеджменту якості — TQM, ISO, Lean, Six Sigma, JCI — які інтегрують управлінські, клінічні, інформаційні та культурні складові. Сучасні тенденції, відображені у стандартах BOOЗ, ISO та JCI, вказують на необхідність переходу до пацієнт-центричної моделі, де ключову роль відіграють не лише медичні результати, а й досвід пацієнта, безпека, прозорість процесів та готовність закладу до інновацій.

Сучасні моделі та концепції управління якістю в охороні здоров'я еволюціонували від описового трикомпонентного підходу А. Донабедіана (структура – процес – результат) до багаторівневих інтегрованих систем, які поєднують клінічні, організаційні, управлінські та культурні аспекти функціонування медичних закладів. Моделі TQM, Lean Six Sigma, EFQM, PDCA, JCI, Балдріджа не заперечують одна одну, а радше доповнюють базову донабедіанівську рамку, переводячи її з площини теоретичної оцінки у площину практичних управлінських інструментів. Вони поєднують філософію безперервного вдосконалення, процесний підхід, орієнтацію на пацієнта, доказовість та ризик-орієнтоване мислення, що дозволяє формувати якість як системну характеристику всієї організації, а не окремих її підрозділів або процедур.

Разом із тим проведений аналіз засвідчує відсутність універсальної моделі, придатної для автоматичного перенесення в будь-який медичний заклад. Кожен із підходів має власні сильні сторони та обмеження: TQM і PDCA є відносно простими у впровадженні, але потребують зрілої культури якості; Lean Six Sigma, EFQM і Балдрідж створюють потужні можливості для глибокої трансформації, проте є ресурсомісткими; JCI забезпечує високий рівень безпеки та міжнародне визнання, однак вимагає значних організаційних і фінансових зусиль. Відтак оптимальна система управління якістю в закладі охорони здоров'я

має вибудовуватися як адаптивна комбінована модель, що враховує стратегічні цілі, рівень організаційної зрілості, національне нормативне поле та доступні ресурси, інтегруючи елементи різних концепцій у єдину логічну та дієву СУЯ.

Узагальнюючи проведений аналіз діяльності КНП «Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги», слід відзначити, що заклад посідає ключове місце в системі охорони здоров'я міста Тернополя та прилеглих територій як багатопрофільний центр невідкладної, ургентної та інтенсивної медичної допомоги. Історичний шлях розвитку, розгалужена організаційна структура, наявність підрозділів екстреної допомоги, реанімації, інтенсивної терапії, реабілітації, спеціалізованих діагностичних служб забезпечують можливість комплексного клінічного маршруту пацієнта – від первинного огляду до високоспеціалізованого лікування та відновлення. Високий рівень організаційної взаємодії між адміністративними, лікувально-діагностичними та допоміжними підрозділами формує основу для підтримання безперервності та доступності медичної допомоги.

Кадрова динаміка у 2021–III кв. 2025 рр. засвідчує суттєве розширення діяльності закладу, зростання навантаження та спроможності лікарні надавати допомогу більшій кількості пацієнтів. Водночас незначне скорочення чисельності персоналу у 2025 р. та низька частка витрат на оплату праці у структурі бюджету вказують на наявність ризиків кадрового виснаження, міграції фахівців і потребу посилення мотиваційної політики. Отже, саме управління людськими ресурсами виступає одним із критичних чинників забезпечення якості медичних послуг.

Фінансові показники закладу охорони здоров'я характеризуються поєднанням інтенсивного масштабування діяльності та зростання доходів із погіршенням фінансового результату в останній період. Збільшення обсягів активів та реалізація інвестиційних проєктів свідчать про модернізацію матеріально-технічної бази, однак водночас зумовлюють зростання витрат та тимчасове зниження рентабельності. Структура використання бюджету

демонструє високу частку поточних трансфертів, комунальних витрат та обмежені можливості спрямування ресурсів на розвиток персоналу, оновлення обладнання й упровадження комплексних програм управління якістю.

Узагальнюючи результати оцінки рівня організації управління якістю в КНП «ТМКЛШД», можна стверджувати, що заклад перебуває на етапі формування зрілої системи якості, яка вже інтегрує ключові елементи сучасних міжнародних моделей менеджменту. Сформовано потужну нормативну базу, чітко прописані повноваження та відповідальність, впроваджено клінічні маршрути, алгоритми тріажу, протоколи невідкладної допомоги, систему внутрішніх аудитів, реєстрації небажаних подій та інфекційного контролю. Кадрова модель відповідає вимогам доказової медицини й patient safety: персонал систематично навчається, бере участь у внутрішніх аудитах, працює в мультидисциплінарних командах, що формує стійку культуру якості. Часткова цифровізація (HIS, електронні медичні записи, інтеграція з eHealth) та впровадження елементів ISO 9001, TQM, JCI, Lean сприяють підвищенню прозорості процесів, стандартизації клінічних рішень і зростанню задоволеності пацієнтів, що підтверджується позитивною динамікою показників за 2021–2024 рр.

Водночас аналіз виявив низку обмежень, що стримують подальший розвиток системи управління якістю. Серед ключових проблем – неповна цифрова автоматизація контролю інцидентів та показників якості, відсутність статистично орієнтованих інструментів типу Six Sigma, фрагментарність Lean-підходів, технологічне зношення частини обладнання (зокрема, стерилізаційного, анестезіологічного та лабораторного), а також обмежені фінансові можливості для його оновлення. Потребують посилення електронні системи епідеміологічного нагляду, PACS-система, автоматизоване маркування медикаментів і медвиробів, розширення ВІ-аналітики для моніторингу показників якості. Отже, пріоритетними напрямками удосконалення є комплексна цифровізація СУЯ, модернізація матеріально-технічної бази, розгортання

повноцінних програм Lean/Six Sigma та поглиблення культури безперервного вдосконалення, що дозволить підняти систему управління якістю в КНП «ТМКЛШД» до рівня найкращих європейських практик.

Узагальнюючи результати оцінки рівня організації управління якістю в КНП «ТМКЛШД», можна стверджувати, що заклад перебуває на етапі формування зрілої системи якості, яка вже інтегрує ключові елементи сучасних міжнародних моделей менеджменту. Сформовано потужну нормативну базу, чітко прописані повноваження та відповідальність, впроваджено клінічні маршрути, алгоритми тріажу, протоколи невідкладної допомоги, систему внутрішніх аудитів, реєстрації небажаних подій та інфекційного контролю. Кадрова модель відповідає вимогам доказової медицини й patient safety: персонал систематично навчається, бере участь у внутрішніх аудитах, працює в мультидисциплінарних командах, що формує стійку культуру якості. Часткова цифровізація (HIS, електронні медичні записи, інтеграція з eHealth) та впровадження елементів ISO 9001, TQM, JCI, Lean сприяють підвищенню прозорості процесів, стандартизації клінічних рішень і зростанню задоволеності пацієнтів, що підтверджується позитивною динамікою показників за 2021–2024 рр.

Водночас аналіз виявив низку обмежень, що стримують подальший розвиток системи управління якістю. Серед ключових проблем – неповна цифрова автоматизація контролю інцидентів та показників якості, відсутність статистично орієнтованих інструментів типу Six Sigma, фрагментарність Lean-підходів, технологічне зношення частини обладнання (зокрема, стерилізаційного, анестезіологічного та лабораторного), а також обмежені фінансові можливості для його оновлення. Потребують посилення електронні системи епідеміологічного нагляду, PACS-система, автоматизоване маркування медикаментів і медвиробів, розширення ВІ-аналітики для моніторингу показників якості. Отже, пріоритетними напрямками удосконалення є комплексна цифровізація СУЯ, модернізація матеріально-технічної бази, розгортання

повноцінних програм Lean/Six Sigma та поглиблення культури безперервного вдосконалення, що дозволить підняти систему управління якістю в КНП «ТМКЛШД» до рівня найкращих європейських практик.

Комплексний аналіз засвідчує, що адаптація сучасних міжнародних моделей управління якістю в українських умовах потребує не лише технологічних змін, а й структурної трансформації організації роботи медичних закладів. Для КНП «ТМКЛШД» ключовим є поєднання цифровізації (впровадження PACS, електронних чек-листів безпеки, автоматизованої реєстрації інцидентів) із розвитком кадрового потенціалу — підготовкою внутрішніх аудиторів, Lean-команд, фахівців з управління ризиками та менеджерів з якості. Необхідним є посилення нормативної бази закладу, розроблення внутрішніх стандартів обслуговування, структуризація клінічних маршрутів та інтеграція сучасних інструментів доказової медицини у щоденну практику. Важливо також забезпечити модернізацію стерилізаційного та діагностичного обладнання, розширення систем інфекційного контролю, впровадження сервісних стандартів для пацієнтів та застосування моделей TQM, Lean і Six Sigma для зменшення затримок, дублювання функцій і варіативності клінічних процесів. Поетапне впровадження цих інструментів дозволить лікарні досягти стабільних результатів у підвищенні якості медичної допомоги, сформувати проактивну культуру безпеки та наблизити рівень послуг до міжнародних стандартів JCI, EFQM та ISO 9001.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бачинська О.М., Винниченко-Куликова Л.О. Формування системи управління якістю медичної допомоги в Україні в реаліях сьогодення. *Інклюзивна економіка*. 2024. № 2 (04). С. 10–15.
2. Валах В., Рудінська О., Бусел С., Князькова В. Управління якістю медичних послуг в Україні в контексті міжнародного досвіду. *Економічний аналіз*. 2024. Том 34. № 2. С. 94–105.
3. Вовк С.М., Вовк Т.В., Чумаріна Т.В. Питання контролю якості в управлінській політиці лікувально-діагностичного процесу. *Держава та регіони. Сер. Державне управління*. 2019. № 2. С. 50-54.
4. Вовк С.М., Половян Н.С., Вовк Т.В. Особливості трансформації механізмів управління якістю надання медичних послуг. *Публічне управління та митне адміністрування*. 2020. № 3(26). С. 33–37.
5. Довгань В.І., Арзянцева Д.А., Захаркевич Н.П. Аудит якості медичних послуг закладу охорони здоров'я. *Наукові перспективи*. 2022. № 7 (25). С. 79-90.
6. Дячук Д.Д., Ліщишина О.М., Зюков О.Л., Гандзюк В.А. Індикатори якості в системах охорони здоров'я: в фокусі національних ресурсів результати, процеси та продуктивність. *Клінічна та профілактична медицина*. 2022. № 1(19). С. 90-101.
7. *Економіка охорони здоров'я: підручник; за заг. ред. д.муд. н., проф. Парія В.Д.; Національний медичний університет імені О.О Богомольця*. Житомир: ТОВ «Видавничий дім «Бук-Друк», 2021. 288 с. URL: <http://ir.librarynmu.com/bitstream/123456789/7397/1.pdf>
8. Желюк Т. Сучасні підходи до реалізації публічної політики у сфері охорони здоров'я. *Вісник Тернопільського національного економічного університету*. 2019. № 1. С. 37-50.
9. Жуковська А.Ю., Чигур, О.В. Інноваційні технології надання медичних послуг. *Інноваційна економіка*. 2022. № 1 (90). С. 60-66. URL: <https://doi.org/10.37332/2309-1533.2022.1.8>

10. Касянчук В.В., Бергілевич О.М., Сміянова О.І. Впровадження системи управління якістю у лікувально-профілактичних організаціях ISO 9001:2015 : навчальний посібник; за ред. проф. В. А. Сміянова. Суми : Сумський державний університет, 2019. 246 с.
11. Мельник А.Ф., Мельник Ю.В. Трансформація регіональних ринків медичних послуг в умовах інституційних реформ в Україні. Регіональна економіка. 2019. Вип. II (74). С. 28-52.
12. Миронов А. Державний контроль як засіб забезпечення якості медичної допомоги. Публічне право. 2019. № 4 (36). С. 98-110.
13. Миронов А.Г. Державний та громадський контроль у сфері охорони здоров'я: спільні риси, відмінності та пріоритети в сучасній Україні. Публічне право. 2018. № 1. С. 165-170.
14. Модернізація менеджменту та публічного управління в системі охорони здоров'я : колективна монографія / за наук. ред. М.М. Шкільняка, Т.Л. Желюк. Тернопіль : Крок, 2020. 560 с.
15. Національний стандарт України ДСТУ EN 15224:2019 «Системи управління якістю у сфері охорони здоров'я». Київ : ДП «УкрНДНЦ». 2020. URL: https://online.budstandart.com/ua/catalog/doc-page.html?id_doc=82162.
16. Національний стандарт України ДСТУ ISO 9001:2015 «Системи управління якістю. Вимоги». Київ : ДП «УкрНДНЦ». 2016. 30 с.
17. Національний стандарт України ДСТУ ISO 9004:2018 «Управління якістю. Якість організації. Наставови щодо досягнення сталого успіху». Київ : ДП «УкрНДНЦ». 2019. URL: https://online.budstandart.com/ua/catalog/doc-page.html?id_doc=81206
18. Організація діяльності в сфері охорони здоров'я : навчальний посібник / за ред. М.М. Шкільняка, Т.Л. Желюк. Тернопіль : Крок, 2021. 438 с.
19. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19 листопада 1992 року № 2801-ХІІ. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>

- 20.Офіційний сайт Міжнародної організації зі стандартизації. URL: <https://www.iso.org/home.html>
- 21.Офіційний сайт Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої медичної допомоги. URL: <https://www.likarnia.te.ua/>.
- 22.Про моніторинг клінічних індикаторів якості медичної допомоги: наказ Міністерства охорони здоров'я від 11 вересня 2013 року № 795. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1669-13#Text>
- 23.Про порядок контролю якості медичної допомоги: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 752. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1996-12#Text>.
- 24.Рогачевський О.П. Теоретичні аспекти стратегічного управління якістю медичних послуг. Український журнал прикладної економіки. 2020. Том 5. № 4. С. 282-291.
- 25.Сміянов В.А. Проблеми забезпечення якості медичної допомоги в системі охорони здоров'я України. Актуальні проблеми клінічної та профілактичної медицини. 2018. Т. 2, № 1. С. 5-10.
- 26.Ткаченко В.І. Європейський досвід управління якістю медичних послуг та його ефективність у первинній медичній допомозі. Інвестиції: практика та досвід. 2022. № 19-20. С. 132-140.
- 27.Ткаченко В.І. Система управління якістю: якість освіти, науки та клінічної практики в первинній медичній допомозі, законодавчо-нормативна база. Сімейна медицина. 2020. №1-2 (87-88). С. 8-14.
- 28.Толстанов О.К., Круть А.Г., Дмитренко І.А., Горачук В.В. Проблеми регулювання якості медичної допомоги в Україні та основні напрямки її вирішення. Медичні перспективи. 2022. № 27 (1). С. 166-173.
- 29.Чабан О., Бойко О. Формулювання засад для розроблення методики оцінювання якості медичних послуг. Вимірювана техніка та методологія. 2014. № 75. URL:

<https://science.lpnu.ua/sites/default/files/journalpaper/2017/jun/3684/vtm75st10.pdf>

30. Черниш К.Ю., Білошицька О.К. Системи управління якістю в закладах охорони здоров'я, приклади країн західного світу. Збірник наукових праць ЛОГОС. 2021. С. 213-217.
31. Шалько М.Н. Державне регулювання якості надання медичних послуг. Економіка, управління та адміністрування. 2023. № 4 (106). С. 123–128.
32. Шалько М.Н. Особливості державного управління розвитком системи управління якістю медичних послуг. Таврійський науковий вісник. Серія «Публічне управління та адміністрування». 2023. № 6. С. 105–110.
33. Шелеміна Н., Рекун Є., Чванкін Є. Якість медичних послуг у забезпеченні розвитку національної економіки. Modeling the development of the economic systems. 2025. № (1). С. 310–321.
34. Шкільняк М. М., Овсянюк-Бердадіна О. Ф., Крисько Ж. Л., Демків І. О. Менеджмент: підручник. Тернопіль: ЗУНУ, 2022 р. 258 с.
35. Шкільняк М., Желюк Т., Дудкіна О., Жуковська А., Попович Т. Управління закладами охорони здоров'я: виклики та перспективи (аналітичні рекомендації за результатами круглого столу (Тернопіль – Збараж, Збараський замок, 9 вересня 2021 року.) Вісник економіки. 2021. № 4. С. 225-233.
36. Шкільняк М.М., Дерпак К.Ю., Дерпак Ю.Ю. Теоретико-методологічні основи досліджень державної політики щодо модернізації системи надання первинної медичної допомоги. Сімейна медицина, європейські практики. 2023. № 2 (104). С. 24-29.
37. Шкільняк М.М., Кривокульська Н.М. Розвиток концептуальних підходів до управління якістю медичних послуг закладів охорони здоров'я. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2020. № 2. С. 22–30.

38. Шушпанов Д. Г. Доступність та якість медичної допомоги як детермінанти здоров'я населення. Регіональні аспекти розвитку продуктивних сил України. 2018. Вип. 23. С. 118-125.
39. About EFQM, the official site of The European Foundation for Quality Management. URL: <https://efqm.org/>
40. Al Shawan D. The effectiveness of the joint commission international accreditation in improving quality at King Fahd University Hospital, Saudi Arabia: a mixed methods approach. *J. Healthc. Leadersh.* 2021; 13: 47–61. <https://doi.org/10.2147/JHL.S288682>.