

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені О.О.БОГОМОЛЬЦЯ
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ
ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ТА ПРОФІЛАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ
КАФЕДРА МЕНЕДЖМЕНТУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Кваліфікаційна робота магістра

на тему:

**«Імплементація принципів інклюзивності та безбар'єрності в
управлінську практику закладів охорони здоров'я України»**

Студентки групи 14401 БМН,
спеціальності 073 «Менеджмент»
ОПП «Менеджмент у сфері
охорони здоров'я»

Тетяна ІЛЬНИЦЬКА

Науковий керівник
науковий ступінь,
вчене звання

Віталій ЮНГЕР,
д.н.держ.упр., доцент

Гарант освітньо-
професійної програми
науковий ступінь,
вчене звання

Ганна МАТУКОВА,
д.пед.н., професор

Завідувач кафедри,
науковий ступінь,
вчене звання

Валентин ПАРІЙ,
д.мед.н, професор

Київ, 2025 рік

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені О.О.БОГОМОЛЬЦЯ
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ
ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ТА ПРОФІЛАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ
КАФЕДРА МЕНЕДЖМЕНТУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Освітній рівень магістр

Спеціальність 073 «Менеджмент»

ЗАТВЕРДЖУЮ:

Завідувач кафедри менеджменту
охорони здоров'я

_____ 20__ року

ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ МАГІСТРА
Ільницької Тетяни Володимирівни

(прізвище, ім'я, по батькові)

1. Тема роботи «Імплементация принципів інклюзивності та безбар'єрності в управлінську практику закладів охорони здоров'я України»

керівник роботи Віталій ЮНГЕР, д.н.держ.упр., доцент

(прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджені наказом вищого навчального закладу від «13» травня 2025 р. № 381

2. Строк подання студентом роботи

3. Вихідні дані до роботи отриманий матеріал за результатами проходження практики у Комунальному некомерційному підприємстві «Центр первинної медико-санітарної допомоги № 4» Деснянського району м. Києва

4. Цільова установка кваліфікаційної роботи

Мета кваліфікаційної роботи полягає у комплексному аналізі сучасного стану впровадження принципів інклюзивності та безбар'єрності в управлінську практику закладів охорони здоров'я України та розробці практичних управлінських рекомендацій і механізмів підвищення ефективності їх реалізації на рівні конкретного закладу охорони здоров'я.

Об'єкт дослідження – процес імплементції принципів інклюзивності та безбар'єрності в управлінську діяльність закладів охорони здоров'я України.

Предмет дослідження – організаційно-управлінські підходи, інструменти та механізми реалізації інклюзивного і безбар'єрного підходів у практиці управління закладами охорони здоров'я України.

5. Перелік графічного (ілюстративного) матеріалу

Табл. 11, рис. 35.

6. Дата видачі завдання: «01» вересня 2025 р

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Затвердження та надання теми роботи	травень 2025 р.	
2	Обґрунтування актуальності теми роботи	вересень 2025 р.	
3	Робота з бібліографічними джерелами, підготовка матеріалів для написання першого розділу роботи	вересень 2025 р.	
4	Надання матеріалів по першому розділу роботи	жовтень 2025 р.	
5	Збір інформації для написання другого розділу	жовтень 2025 р.	
6	Надання матеріалів по другому розділу роботи	листопад 2025 р.	
7	Підготовка матеріалів та написання третього розділу роботи	листопад 2025 р.	
8	Надання матеріалів по третьому розділу роботи	листопад 2025 р.	
9	Написання висновків, заключне оформлення роботи та демонстраційних матеріалів	листопад 2025 р.	
10	Антиплагіатна перевірка роботи	грудень 2025 р.	
11	Підготовка доповіді для захисту роботи	грудень 2025 р.	

Студентка

Тетяна ІЛЬНИЦЬКА

(підпис)

Керівник кваліфікаційної роботи

Віталій ЮНГЕР

(підпис)

ЗМІСТ

	Стор.
ВСТУП	8
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ІНКЛЮЗИВНОСТІ ТА БЕЗБАР'ЄРНОСТІ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	15
1.1. Поняття, сутність та еволюція принципів інклюзивності та безбар'єрності у сфері охорони здоров'я	15
1.2. Нормативно-правові засади реалізації принципів інклюзивності та безбар'єрності в системі охорони здоров'я України	28
1.3. Міжнародний досвід упровадження інклюзивного та безбар'єрного підходів в управління закладів охорони здоров'я	30
Висновки до розділу 1	42
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ СТАНУ ІМПЛЕМЕНТАЦІЇ ПРИНЦИПІВ ІНКЛЮЗИВНОСТІ ТА БЕЗБАР'ЄРНОСТІ В КОМУНАЛЬНОМУ НЕКОМЕРЦІЙНОМУ ПІДПРИЄМСТВІ «ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ № 4» ДЕСНЯНСЬКОГО РАЙОНУ М. КИЄВА	45
2.1. Загальна характеристика досліджуваного закладу охорони здоров'я, аналіз фінансових і кадрових показників його діяльності	45
2.2. Оцінка рівня впровадження принципів інклюзивності та безбар'єрності в управлінську практику досліджуваного закладу охорони здоров'я	64
2.3. Виявлення ключових бар'єрів та потреб пацієнтів і персоналу досліджуваного закладу охорони здоров'я в контексті створення інклюзивного та безбар'єрного середовища	70

Висновки до розділу 2	84
РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІНСЬКОЇ ПРАКТИКИ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА ЗАСАДАХ ІНКЛЮЗИВНОСТІ ТА БЕЗБАР'ЄРНОСТІ	87
3.1. Розробка управлінських рішень та рекомендацій для впровадження принципів інклюзивності та безбар'єрності в досліджуваному закладі охорони здоров'я	87
3.2. Система моніторингу, оцінки ефективності та контролю реалізації інклюзивних та безбар'єрних управлінських заходів у досліджуваному закладі охорони здоров'я	101
Висновки до розділу 3	111
ВИСНОВКИ	114
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	117
ДОДАТКИ	124

АНОТАЦІЯ

Текст стор. 134, табл. 11, рис. 35.

Алгоритм імплементації, безбар'єрність, доступність медичних послуг, заклад охорони здоров'я, інклюзивність, менеджмент у сфері охорони здоров'я, пацієнтоорієнтований підхід, права пацієнтів, система моніторингу, трансформація управління, універсальний дизайн, управлінські рішення, якість медичних послуг.

Зміст роботи: у кваліфікаційній роботі досліджено організаційно-управлінські аспекти імплементації принципів інклюзивності та безбар'єрності в діяльність закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) України. Дослідження ґрунтується на аналізі національної нормативно-правової бази та міжнародного досвіду впровадження інклюзивного і безбар'єрного підходів у системі управління ЗОЗ.

Проведено оцінку рівня реалізації принципів інклюзивності та безбар'єрності в управлінській практиці КНП «Центр первинної медико-санітарної допомоги № 4» Деснянського району м. Києва, що дало змогу виявити ключові управлінські, організаційні та ресурсні проблеми, а також визначити перспективні напрями трансформації діяльності ЗОЗ. У процесі дослідження застосовано методи порівняльного аналізу, системного підходу, аналізу статистичних даних, а також емпіричні методи опитування пацієнтів і персоналу.

За результатами дослідження розроблено прикладний алгоритм упровадження принципів інклюзивності та безбар'єрності в управлінську практику ЗОЗ, а також запропоновано систему моніторингу та оцінки ефективності управлінських заходів. Практичне значення роботи полягає у можливості використання запропонованих управлінських рішень у діяльності медичних закладів України з метою підвищення доступності та якості медичних послуг, розвитку пацієнтоорієнтованої організаційної культури та дотримання прав пацієнтів.

ABSTRACT

Text 134 p., tables 11, figures 35.

Accessibility of healthcare services, barrier-free approach, healthcare management, healthcare organization, implementation algorithm, inclusivity, management transformation, managerial decisions, monitoring system, patient-centered approach, patients' rights, quality of healthcare services, universal design.

Content of the work: This qualification thesis examines the organizational and managerial aspects of implementing the principles of inclusivity and barrier-free access in the activities of healthcare organizations in Ukraine. The study is based on an analysis of the national legal and regulatory framework and international experience in applying inclusive and barrier-free approaches within healthcare management systems.

An assessment of the level of implementation of inclusivity and barrier-free principles in the managerial practice of the Municipal Non-Profit Enterprise "Primary Healthcare Center No. 4" of the Desnianskyi District of Kyiv was conducted, which made it possible to identify key managerial, organizational, and resource-related challenges, as well as to determine strategic directions for transforming healthcare organizations' activities. The research employed comparative analysis, a systems approach, analysis of statistical data, and empirical methods, including surveys of patients and healthcare staff.

Based on the research findings, an applied algorithm for implementing inclusivity and barrier-free principles in the healthcare management practices was developed, along with a system for monitoring and evaluating the effectiveness of managerial interventions. The practical significance of the study lies in the applicability of the proposed managerial solutions to healthcare organizations in Ukraine in order to improve the accessibility and quality of healthcare services, foster a patient-centered organizational culture, and ensure the protection of patients' rights.

ВСТУП

У сучасних умовах трансформації системи охорони здоров'я (СОЗ) України особливої актуальності набуває питання забезпечення рівного та безперешкодного доступу до медичних послуг для всіх категорій населення. Реалізація принципів інклюзивності та безбар'єрності в практиці закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) є необхідною умовою не лише виконання соціальних зобов'язань держави, але й невід'ємною складовою імплементації міжнародних стандартів, що базуються на правах людини, соціальній справедливості та забезпеченні гідного ставлення до кожного пацієнта.

Указ Президента України №533/2020 від 3 грудня 2020 року «Про забезпечення створення безбар'єрного простору в Україні» та «Національна стратегія зі створення безбар'єрного простору до 2030 року» (2021) стали важливими етапами у формуванні державної політики безбар'єрності в різних сферах суспільного життя, включно з охороною здоров'я. Водночас практичне впровадження принципів інклюзивності та безбар'єрності на рівні управління ЗОЗ потребує комплексного підходу, включаючи адаптацію інфраструктури, перегляд управлінських стратегій, підвищення кваліфікації персоналу та модернізацію стандартів комунікації.

У цьому контексті особливої значущості набуває системне впровадження принципів інклюзивності та безбар'єрності в управлінську практику ЗОЗ. Формування медичного середовища, орієнтованого на потреби всіх категорій населення, є не лише етичним і соціально обґрунтованим завданням, але й стратегічною метою реформування СОЗ України. Впровадження інклюзивного та безбар'єрного підходу передбачає не лише фізичну доступність медичної інфраструктури, але й трансформацію управлінських процесів, кадрової політики, стандартів надання послуг, підходів до комунікації з пацієнтами та внутрішньої організаційної культури ЗОЗ.

Практика багатьох європейських країн засвідчує, що системний підхід до впровадження інклюзивності та безбар'єрності сприяє не лише

розширенню доступу до медичної допомоги, а й підвищенню ефективності управління, зростанню довіри до ЗОЗ та покращенню результатів лікування. Водночас попри наявність державних програм, значна частина ЗОЗ України все ще функціонує без чітких алгоритмів впровадження інклюзивного та безбар'єрного підходу. Проблеми ускладнюються фрагментарністю реалізації змін, обмеженістю ресурсного забезпечення, низьким рівнем залучення як персоналу, так і пацієнтів до процесів трансформації, а також відсутністю ефективних механізмів моніторингу та оцінки результатів.

Актуальність теми дослідження зумовлена необхідністю системного та практичного впровадження принципів інклюзивності та безбар'єрності в управлінську діяльність ЗОЗ України. Формування доступного, недискримінаційного медичного середовища є важливою умовою забезпечення права кожної людини на якісну медичну допомогу, реалізації засад соціальної справедливості, а також поступового наближення ЗОЗ України до міжнародних стандартів інклюзивності та безбар'єрності. Сучасні виклики, що постають перед ЗОЗ, зокрема децентралізація управління, автономізація ЗОЗ, впровадження пацієнтоорієнтованого підходу та адаптація до європейських норм, вимагають оновлення управлінських підходів із урахуванням принципів інклюзивності та безбар'єрності. Вивчення стану імплементації інклюзивності та безбар'єрності в практичну діяльність ЗОЗ України, аналіз існуючих бар'єрів, потреб пацієнтів і персоналу дозволять сформулювати ефективні управлінські рішення, адаптовані до українських реалій і водночас сумісні з міжнародними стандартами безбар'єрності.

Формулювання проблеми. Попри наявність державних документів і нормативно-правових актів щодо впровадження інклюзивного та безбар'єрного підходів у ЗОЗ, на сьогоднішній день у ЗОЗ України зберігається низка проблем, пов'язаних із фрагментарним характером реалізації таких змін. Відсутність комплексних управлінських стратегій, недостатня інтеграція принципів інклюзивності у внутрішню політику ЗОЗ,

низький рівень залучення персоналу та пацієнтів, а також обмеженість механізмів моніторингу результатів призводять лише до формальної імплементації безбар'єрності. Крім того, поточні трансформації у сфері управління охороною здоров'я вимагають від керівників нових управлінських підходів, які враховують не лише економічні, а й етичні, соціальні та правові аспекти доступності медичних послуг для всіх категорій населення.

Мета дослідження полягає у комплексному аналізі сучасного стану впровадження принципів інклюзивності та безбар'єрності в управлінську практику закладів охорони здоров'я України та розробці практичних управлінських рекомендацій і механізмів підвищення ефективності їх реалізації на рівні конкретного закладу охорони здоров'я.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати нормативно-правову базу, що регламентує впровадження принципів інклюзивності та безбар'єрності в діяльність медичних закладів України, з позицій управлінської відповідальності та організаційної спроможності ЗОЗ.
2. Дослідити міжнародний досвід імплементації інклюзивного та безбар'єрного підходів в управлінську практику ЗОЗ та оцінити можливості його адаптації до українських умов.
3. Провести аналіз фінансових, кадрових та організаційних характеристик Комунального некомерційного підприємства «Центр первинної медико-санітарної допомоги № 4» Деснянського району м. Києва як об'єкта реалізації інклюзивних і безбар'єрних управлінських рішень.
4. Оцінити рівень фактичної імплементації принципів інклюзивності та безбар'єрності в управлінську практику досліджуваного ЗОЗ та виявити ключові управлінські, організаційні й ресурсні бар'єри їх реалізації.

5. Визначити потреби пацієнтів і персоналу досліджуваного ЗОЗ у контексті створення інклюзивного та безбар'єрного середовища як основи для прийняття управлінських рішень.
6. Сформувати практичні управлінські рекомендації та інструменти щодо впровадження і вдосконалення механізмів реалізації принципів інклюзивності та безбар'єрності в діяльності ЗОЗ України.

Об'єкт дослідження – процес імплементації принципів інклюзивності та безбар'єрності в управлінську діяльність закладів охорони здоров'я України.

Предмет дослідження – організаційно-управлінські підходи, інструменти та механізми реалізації інклюзивного і безбар'єрного підходів у практиці управління закладами охорони здоров'я України.

Методи дослідження. У процесі виконання кваліфікаційної роботи застосовано комплекс загальнонаукових і спеціальних методів дослідження, що забезпечили досягнення поставленої мети та виконання визначених завдань. Базовим методом дослідження виступав порівняльно-аналітичний метод, за допомогою якого здійснено аналіз міжнародного досвіду імплементації принципів інклюзивності та безбар'єрності в управлінську практику ЗОЗ та проведено його зіставлення з умовами й особливостями функціонування медичних закладів України. З метою вивчення інституційних і регуляторних умов реалізації інклюзивного та безбар'єрного підходів використано аналіз нормативно-правових актів і програмних документів, що регламентують державну політику у сфері охорони здоров'я та безбар'єрності.

Системний підхід застосовано для комплексного аналізу управлінської діяльності ЗОЗ з урахуванням взаємозв'язку організаційних, кадрових, інфраструктурних та комунікаційних чинників, які впливають на рівень доступності та якості медичних послуг для різних груп пацієнтів.

У межах емпіричної частини дослідження використано методи анкетування та опитування медичного персоналу й пацієнтів досліджуваного

ЗОЗ з метою виявлення бар'єрів доступу до медичних і реабілітаційних послуг, оцінки рівня залученості персоналу до процесів управлінських змін та ідентифікації проблемних зон у системі менеджменту.

Для узагальнення отриманих результатів і формування обґрунтованих управлінських рішень застосовано методи аналізу й синтезу теоретичних та емпіричних даних, що забезпечило розробку практичних рекомендацій щодо вдосконалення управлінських підходів до реалізації принципів інклюзивності та безбар'єрності в діяльності ЗОЗ.

Елементи наукової новизни. Наукова новизна кваліфікаційної роботи полягає у формуванні комплексного управлінського підходу до імплементації принципів інклюзивності та безбар'єрності в діяльність ЗОЗ України, у межах якого зазначені принципи розглядаються не як виключно соціальні чи архітектурні ознаки, а як повноцінні елементи системи менеджменту медичного закладу.

У роботі вперше на рівні окремого ЗОЗ здійснено оцінку рівня впровадження принципів інклюзивності та безбар'єрності в управлінську практику Комунального некомерційного підприємства «Центр первинної медико-санітарної допомоги № 4» Деснянського району м. Києва із використанням емпіричних методів анкетування та опитування персоналу й пацієнтів, що дозволило ідентифікувати управлінські, організаційні та комунікаційні бар'єри в наданні медичних послуг.

Набуло подальшого розвитку методичне забезпечення управління інклюзивністю та безбар'єрністю, шляхом обґрунтування та розробки практичних управлінських інструментів, зокрема алгоритму впровадження інклюзивного та безбар'єрного підходів у діяльність ЗОЗ, а також системи моніторингу й оцінки ефективності відповідних управлінських змін.

Уточнено зміст та управлінську інтерпретацію понять «інклюзивність» і «безбар'єрність» у контексті менеджменту охорони здоров'я, що дозволяє трактувати їх як інтегровані управлінські категорії, безпосередньо пов'язані з

якістю медичних послуг, доступністю сервісів, організацією управлінських процесів та дотриманням прав пацієнтів.

Практична значущість отриманих результатів полягає у можливості їх безпосереднього використання в управлінській діяльності керівників медичних закладів з метою впровадження та розвитку інклюзивного і безбар'єрного підходів у системі менеджменту ЗОЗ. Запропоновані у роботі управлінські рекомендації та інструменти можуть бути інтегровані в процеси стратегічного й операційного управління, планування розвитку медичного закладу, управління персоналом і внутрішніх комунікацій.

Розроблений у роботі алгоритм імплементації принципів інклюзивності та безбар'єрності, а також система управлінських індикаторів моніторингу та оцінки ефективності змін, мають універсальний характер і можуть бути адаптовані та масштабовані для інших ЗОЗ, що створює передумови для їх використання у межах регіональних і національних програм з розвитку інклюзивного та безбар'єрного медичного середовища.

Крім того, результати дослідження можуть бути використані у системі підготовки та підвищення кваліфікації управлінських кадрів і медичного персоналу шляхом включення відповідних матеріалів до освітніх програм, тренінгів і курсів з менеджменту у сфері охорони здоров'я, інклюзивності та безбар'єрності.

Структура роботи. Ця робота складається з трьох розділів.

У першому розділі проаналізовано теоретико-методологічні основи впровадження принципів інклюзивності та безбар'єрності в ЗОЗ. Розкрито еволюцію відповідних понять, особливості нормативно-правового регулювання в Україні, а також представлено міжнародний досвід реалізації інклюзивного та безбар'єрного підходів в управлінні ЗОЗ.

Другий розділ присвячений аналізу діяльності Комунального некомерційного підприємства «Центр первинної медико-санітарної допомоги № 4» Деснянського району м. Києва. Представлено результати оцінки рівня впровадження принципів інклюзивності та безбар'єрності у досліджуваному

ЗОЗ, а також виявлено основні бар'єри та проблеми, що перешкоджають формуванню доступного медичного середовища.

У третьому розділі обґрунтовано практичні управлінські рішення та надано рекомендації щодо інтеграції інклюзивного та безбар'єрного підходів у діяльність ЗОЗ. Розроблено відповідні інструменти, а також запропоновано систему моніторингу, оцінки ефективності та контролю впроваджених заходів.

Кожен розділ завершується висновками, що підсумовують результати дослідження.

Проведене дослідження дозволяє глибше зрозуміти управлінські механізми формування інклюзивного та безбар'єрного середовища в ЗОЗ й сприятиме розробці ефективних рішень щодо їх впровадження.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ІНКЛЮЗИВНОСТІ ТА БЕЗБАР'ЄРНОСТІ В ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Поняття, сутність та еволюція принципів інклюзивності та безбар'єрності у сфері охорони здоров'я

У сучасній СОЗ інклюзивність розглядається не лише як етичний чи соціальний обов'язок, а як базовий управлінський принцип, який забезпечує кожній людині, незалежно від її соціально-економічного статусу, фізичних можливостей, віку, статі чи віросповідання, рівний доступ до медичних послуг [26; 67]. Поняття безбар'єрності доповнює інклюзивність, зосереджуючи увагу на усуненні перешкод, які можуть ускладнювати доступ до медичної допомоги: архітектурних (відсутність пандусів, ліфтів, безпорогових входів), організаційних (недоступні маршрути пацієнта, обмежений графік роботи, довготривалі черги), інформаційних (відсутність доступних вебсайтів, інформації шрифтом Брайля чи жестовою мовою), фінансових (висока вартість послуг), а також соціально-культурних (стереотипи та упередження). Таким чином, безбар'єрність, як компонент інклюзивності, створює умови для фізичного доступу, тоді як інклюзивність охоплює більш широкий контекст та враховує соціальні, культурні й психологічні аспекти взаємодії з різними категоріями пацієнтів [5].

В управлінні ЗОЗ принципи інклюзивності та безбар'єрності дедалі частіше розглядаються як критерії якості та безпеки медичної допомоги, що підлягають плануванню, ресурсному забезпеченню, моніторингу та регулярній оцінці результатів. Їх упровадження сприяє підвищенню якості медичних послуг, забезпеченню рівного доступу до медичної допомоги та формуванню довіри між пацієнтами та персоналом [3; 6].

За визначенням Центрів контролю та профілактики захворювань США (CDC), інвалідність – це фізичне або психічне порушення, що обмежує життєдіяльність людини та її взаємодію з оточенням. До категорії

інвалідності належать когнітивні, сенсорні, психосоціальні та інші порушення, які часто супроводжуються не лише фізичними, але й інформаційними та соціальними бар'єрами [20].

У міжнародній та національній практиці тривалий час домінувала медична модель інвалідності, що розглядала інвалідність переважно як індивідуальний фізичний дефект або патологію та зосереджувалася на її лікуванні й корекції. Такий підхід розглядав інвалідність як індивідуальну проблему пацієнта і практично ігнорував роль чинників оточуючого середовища. Законодавчі підходи також тривало відображали медичну модель інвалідності. Зокрема у положеннях британського Equality Act 2010 (Закон про рівність, 2010 р.) визначення статусу особи з інвалідністю базувалося переважно на її функціональних обмеженнях [71]. Однак, такий підхід формує вузьке бачення, у якому відповідальність за подолання бар'єрів покладається на саму людину, а не на управлінську систему.

Еволюція підходів до розуміння інвалідності демонструє перехід від медичної до соціальної моделі, яка зосереджує увагу на фізичних, інформаційних або соціально-культурних бар'єрах, що створює суспільство, та відповідальності системи за їх усунення. Вперше її було сформовано у 1970–1980-х роках британським рухом за права людей з інвалідністю (The Union of the Physically Impaired Against Segregation, UPIAS), а її офіційне визнання відбулося у 2014 році, коли Government Equalities Office (Управління з питань рівності, Велика Британія) рекомендував застосовувати соціальну модель у всіх сферах взаємодії з людьми з інвалідністю [49; 71].

На відміну від медичної, соціальна модель розрізняє поняття «порушення» (impairment) та «інвалідність» (disability). Перше описує особливості функціонування організму чи психіки людини, які можуть потребувати медичної допомоги. Натомість інвалідність розглядається як наслідок зовнішніх бар'єрів: фізичних, інформаційних, транспортних, комунікаційних, культурних або соціальних, які обмежують можливості людини брати участь у житті суспільства на рівних. До прикладу, у випадку

осіб із порушенням зору, обмеження зумовлені не самим станом здоров'я, а браком альтернативних форматів подання інформації (шрифт Брайля, аудіоформат, збільшений шрифт тощо). Так само, люди, які пересуваються на кріслах колісних, стикаються з бар'єрами не через фізичні обмеження, а через недоступність транспортної та архітектурної інфраструктури [49].

Ключовим у соціальній моделі є акцент на зміні середовища та управлінських підходів, а не на «адаптації індивіда». Це означає, що відповідальність за інтеграцію лежить на закладах, організаціях і державі. Для СОЗ впровадження соціальної моделі означає необхідність комплексних змін у кількох ключових напрямках: забезпечити фізичну доступність медичних закладів, розробити та впровадити стандарти інклюзивної комунікації та підготувати персонал до роботи з різними категоріями пацієнтів [71]. На сьогодні міжнародні нормативні документи, зокрема Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю (2006) та Глобальний план дій ВООЗ щодо інвалідності на 2014-2021 роки закріпили принципи доступності, недискримінації та рівності як складові якості послуг в охороні здоров'я [63; 65].

Міжнародна класифікація функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я (ICF), ухвалена ВООЗ у 2001 році, розглядається як інтегративна концепція, що поєднує елементи медичної та соціальної моделей інвалідності. Її структура базується на чотирьох взаємозв'язаних вимірах: тілесні функції та структури, активність, участь у житті суспільства та фактори середовища [40]. Такий підхід дозволяє трактувати інвалідність не лише як індивідуальну характеристику чи медичний діагноз, а як явище, що формується при взаємодії людини з соціальним та фізичним середовищем. Для СОЗ це означає зміну акцентів в організації допомоги: поряд із лікуванням важливим стає створення умов для належного функціонування та забезпечення якості життя пацієнта. ICF також сприяє стандартизації збору даних, розвитку програм реабілітації та дозволяє об'єктивно оцінювати

ефективність управлінських рішень у сфері інклюзивності та безбар'єрності [48].

У цьому контексті важливим інструментом виступає концепція універсального дизайну. Вона відмовляється від створення «спеціальних умов» лише для окремих груп і передбачає формування середовища та процесів, зручних від початку для найширшого кола користувачів (табл. 1.1) [22; 63].

Таблиця 1.1

**Принципи універсального дизайну та їх реалізація в закладах
охорони здоров'я**

Принцип універсального дизайну	Суть принципу	Приклади застосування у ЗОЗ
1. Рівноправне використання	Дизайн придатний для всіх користувачів, незалежно від їхніх можливостей	Безпорогові входи; автоматичні двері; реєстратури з низькою стійкою для людей на кріслах колісних
2. Гнучкість у використанні	Можливість вибору способу використання залежно від індивідуальних уподобань та можливостей	Онлайн- та офлайн-запис до лікаря; трансформоване медичне обладнання (наприклад, гінекологічне крісло з регулюванням висоти для пацієнток із різними потребами); адаптація робочого простору персоналу (регулювання висоти столів і стільців, куту монітора, яскравості екрана, освітлення)
3. Просте та інтуїтивне використання	Використання дизайну легко зрозуміти, незалежно від досвіду, знань чи мовних навичок	Чіткі та зрозумілі маршрути з простим позначенням; кольорове кодування функціональних зон і стрілок для навігації; контрастні кольори стін, підлоги, дверей та меблів для полегшення орієнтації людей із порушеннями зору; пиктограми для навігації; тактильні напрямні смуги
4. Сприйнятна інформація	Ефективне донесення інформації до всіх користувачів, незалежно від умов навколишнього середовища чи сенсорних здібностей користувача.	Таблички шрифтом Брайля; дублювання інформації аудіо-супроводом; візуальні сигнали для людей із порушенням слуху; сумісне обладнання з допоміжними пристроями чи програмами для людей з порушенням зору та слуху

5. Толерантність до помилок	Дизайн мінімізує небезпеки та негативні наслідки випадкових або ненавмисних дій	Системи автентифікації та авторизації (е-паси, коди доступу) для запобігання несанкціонованим діям; контрастні елементи на дверях (позначки «штовхати/тягнути»), яскраві мітки на скляних поверхнях); попереджувальні конуси на слизькій підлозі після прибирання; безпечні коридори без перешкод; системи евакуації з підказками
6. Низькі фізичні зусилля	Ефективне та комфортне використання без значних зусиль	Пандуси з безпечним нахилом; двері, що відчиняються без зусиль; сенсорні крани, дозатори мила та сушарки для рук у санвузлах; меблі, замки, шухляди й обладнання, доступні для працівників із різними фізичними можливостями; зручне розташування інструментів і мінімізація відстані між часто використовуваним обладнанням
7. Розмір та простір для доступу та використання	Відповідний розмір та простір для використання незалежно від антропометричних особливостей чи мобільності користувача	Широкі коридори з поручнями, сидіннями для очікування та екранами, що не заважають проходу; меблі різної висоти й розмірів для пацієнтів із різними потребами; санітарні кімнати з простором для крісел-колісних, пеленальними столиками, місцем для милиць; достатній простір у кабінетах навколо кушеток/крісел для пацієнтів із низькою мобільністю; зони очікування з правильним освітленням для комфорту осіб із вадами слуху чи зору, літніх людей та дітей; доступні паркомісця для авто, велосипедів та місця для візочків

Джерело: створено авторкою на основі [«Manual on universal design in healthcare», United Nations Development Programme (UNDP), 2020]

У ЗОЗ універсальний дизайн забезпечує рівний доступ для пацієнтів та їх родин, підвищує безпеку та якість послуг, визнає різноманітність людських потреб і ставить у центрі гідність та комфорт людини. Водночас він створює сприятливі умови для роботи персоналу, зменшуючи ризик професійного вигорання [43]. До його ширших соціально-економічних переваг належать зменшення дискримінації та стигматизації, підтримка

мобільності та незалежності, зниження витрат на спеціальні програми для окремих категорій населення, а також запобігання нераціональним майбутнім витратам держави та бізнесу [44]. Таким чином, універсальний дизайн виступає не лише інструментом доступності, а й чинником формування інклюзивного суспільства, що визнає різноманітність, забезпечує рівність і сприяє підвищенню якості життя всіх громадян.

Для СОЗ це означає необхідність інтеграції принципів інклюзивності та безбар'єрності на всіх рівнях організаційної діяльності: від стандартних операційних процедур (СОП) та алгоритмів маршруту пацієнта до принципів комунікації з різними групами пацієнтів та внутрішньої політики недискримінації. У такому підході доступність розглядається не як додаткова опція, а як обов'язковий критерій якості медичних послуг [22, 47].

Сучасна управлінська практика у СОЗ ґрунтується на циклі PDCA (Plan–Do–Check–Act), що передбачає чітке визначення пріоритетів (Plan), реалізацію управлінських рішень (Do), регулярний моніторинг результатів (Check) та їх корекція (Act) (рис. 1.1).

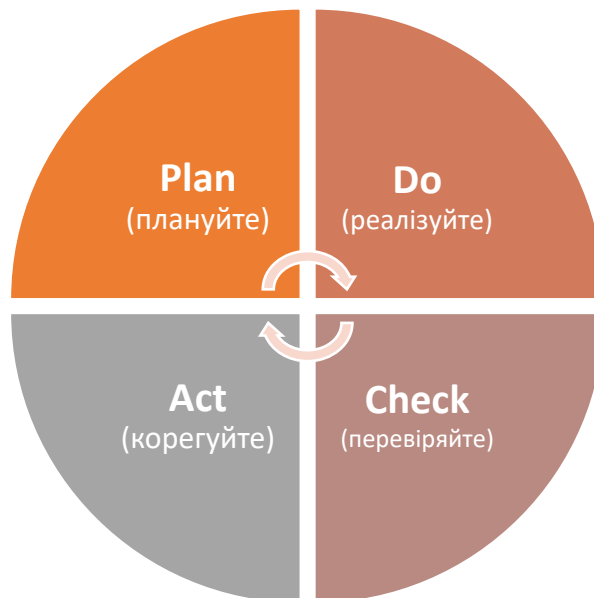


Рисунок 1.1. Цикл PDCA (Plan–Do–Check–Act).

Джерело: створено авторкою на основі [«PDCA – Plan-Do-Check-Act Cycle», BGMC Group, 2024].

Такий підхід забезпечує сталість і системність управлінських процесів, роблячи їх інституційними, а не ситуативними. У міжнародній практиці менеджменту якості PDCA дозволяє перетворити принципи інклюзивності та безбар'єрності на вимірювані показники ефективності, що прямо впливають на довіру пацієнтів і конкурентоспроможність ЗОЗ [38; 39].

Еволюція підходів до інклюзивності та безбар'єрності у СОЗ демонструє поступовий перехід від початкового фокусування виключно на архітектурних аспектах доступності до комплексного бачення, що включає організаційні, комунікаційні, інформаційні та культурні чинники. Наприклад, у дослідженні «Design for All A.U.D.I.T.» було доведено необхідність оцінювати не лише доступність ЗОЗ, а й загальну якість середовища у трьох вимірах: фізичному, сенсорно-когнітивному та соціальному [43].

У свою чергу, міжнародний огляд «Building disability-inclusive health systems» підкреслює, що понад мільярд людей у світі з інвалідністю стикаються з нерівним доступом до ЗОЗ, що негативно позначається на їхньому добробуті та посилює соціальну нерівність. Для подолання цієї проблеми пропонується інтегрувати інвалідність у політику та управління СОЗ, приділяючи особливу увагу чотирьом напрямам:

- 1) політичному лідерству та стратегічному управлінню;
- 2) підготовці та навчанню персоналу;
- 3) розширенню доступу до реабілітаційних послуг і допоміжних технологій;
- 4) фінансовому захисту пацієнтів і ресурсному забезпеченню ЗОЗ.

Автори також підкреслюють, що без урахування інвалідності неможливо досягти цілей загального охоплення медичними послугами та Цілей сталого розвитку, що робить інклюзивність і безбар'єрність ключовими критеріями якості та результативності сучасної СОЗ [39].

Отже, з огляду на ці тенденції, універсальний дизайн, принципи інклюзивності та безбар'єрності у сфері охорони здоров'я перестають

розглядатися виключно як етична чи соціальна норма, а набувають статусу обов'язкового стандарту в управлінні, що визначає ефективність, результативність і конкурентоспроможність ЗОЗ в існуючих умовах.

Управлінська практика потребує чіткого структурування інклюзивності та безбар'єрності за компонентами, які можуть бути інтегровані в систему планування, контролю та оцінки ефективності. Це дозволяє не лише визначати пріоритети розвитку, а й забезпечувати сталість досягнутих результатів. На основі аналізу сучасних міжнародних наукових джерел сформовано основні компоненти доступності в ЗОЗ: 1) фізичний; 2) організаційний; 3) інформаційно-цифровий та 4) соціально-культурний (рис. 1.2) [66; 68].

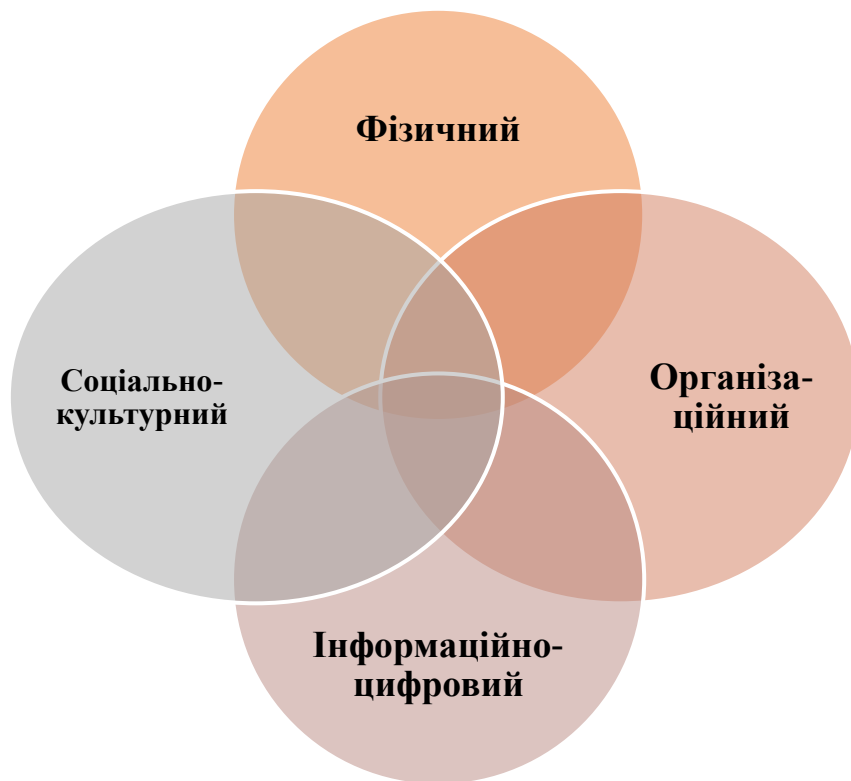


Рисунок 1.2. Основні компоненти доступності в закладах охорони здоров'я.

Джерело: створено авторкою на основі [WHO, Disability-inclusive health services toolkit, 2020; WHO, Leadership and governance to achieve disability-inclusive health systems: An assessment tool, 2024].

Фізична доступність передбачає не лише створення безбар'єрної архітектури, але й дотримання міжнародних стандартів доступності на всіх етапах – від проєктування до експлуатації. Він охоплює низку технічних і просторових рішень: безпорогові входи, пандуси з правильними кутами нахилу, ліфти й підйомники, розраховані на крісла колісні та лікарняні каталки, доступні санітарні приміщення, тактильні й контрастні елементи навігації, протиковзкі покриття, якісне та рівномірне освітлення, безпечні маршрути переміщення. Важливим елементом є організація паркувального простору зі спеціально виділеними місцями поблизу входів та зручними під'їздами для спеціалізованого транспорту [2].

У цьому контексті стандарт ДСТУ ISO 21542:2025 «Будинки і споруди. Доступність та зручність використання урбанізованого середовища» виступає універсальним нормативним документом, що визначає технічні параметри для створення фізично доступного середовища. Стандарт містить детальні вимоги до: просторової навігації (тактильні поверхні, контрастність кольорів, зрозумілі вказівники), вертикального та горизонтального пересування (коридори, сходи, ліфти, підйомники), санітарно-гігієнічних приміщень (розташування обладнання, поручні, зони маневру), освітлення і контрастності (мінімальні рівні освітленості, візуальні орієнтири), а також систем оповіщення та евакуації (евакуаційні ліфти, світлові й звукові сигнали, зони безпечного очікування) [37]. Особливої актуальності цей стандарт набуває у ЗОЗ, де щодня перебуває значна кількість пацієнтів із різними потребами.

В Україні, поряд із міжнародним стандартом ISO 21542:2025, діють національні норми, які деталізують вимоги до проєктування та експлуатації. Насамперед, це ДБН В.2.2-40:2018 «Інклюзивність будівель і споруд», що є обов'язковим для застосування в усіх новобудовах і при реконструкції існуючих об'єктів. Цей норматив визначає вимоги до входів, сходів, пандусів, ліфтів, санітарно-гігієнічних приміщень, елементів навігації, а також зон очікування й паркування. Важливо, що ДБН В.2.2-40:2018

гармонізовано з положеннями ISO 21542:2025, але адаптовано до українських умов [13].

Таким чином, фізична доступність є не лише одним із найбільш очевидних проявів інклюзивності та безбар'єрності, а й одним із ключових критеріїв, які враховуються під час зовнішніх аудитів та оцінювання відповідності міжнародним стандартам якості.

Організаційна складова доступності охоплює механізми побудови внутрішніх процесів у ЗОЗ. Йдеться не лише про режим роботи чи можливість потрапити на прийом, а й про оптимізацію черг, створення пріоритетних маршрутів для осіб з інвалідністю, вагітних жінок чи інших вразливих груп. Важливу роль відіграють координатори з питань доступності, які супроводжують пацієнтів і допомагають їм орієнтуватися у медичному закладі. Ключовим критерієм стає гнучкість послуг: адаптація графіку роботи, розташування пунктів надання послуг у зручних місцях, можливість мінімізувати час очікування [66].

В Україні є кілька досліджень, які підтверджують, що саме організаційні фактори стають бар'єрами для пацієнтів. Зокрема, аудит «Аналіз доступності медичних послуг для осіб з різними формами інвалідності в п'яти закладах охорони здоров'я Чернівецької області» показав, що попри частково облаштовану інфраструктуру, система запису залишалася обмеженою, а навігація та супровід пацієнтів були фактично недоступними [4]. Схожа ситуація спостерігалася й при оцінці закладів психічного здоров'я, які надають допомогу постраждалим від війни: ЗОЗ не змогли адаптувати графік роботи і маршрути обслуговування до потреб людей з психічними порушеннями, через що пацієнти змушені долати великі відстані чи очікувати у медичних закладах, які не мають чітких інструкцій чи супроводу [15]. З огляду на це Міністерство охорони здоров'я (МОЗ) України у Методичних рекомендаціях щодо запровадження принципів безбар'єрності під час надання медичних та реабілітаційних послуг (Наказ від 6 лютого 2024 року № 198) виділило основні вимоги до керівників ЗОЗ щодо організаційної

доступності: забезпечення доступних форм запису, належної організації режиму роботи, консультацій та супроводу пацієнтів з інвалідністю і маломобільних груп [11; 12].

Інформаційно-цифровий компонент охоплює багаторівневу систему комунікацій. Йдеться не лише про зрозумілі вказівники, таблички, дублювання ключових повідомлень великим шрифтом чи жестовою мовою, але й про використання піктограм та матеріалів, написаних «простою мовою». В умовах активної цифровізації охорони здоров'я особливого значення набуває доступність електронних сервісів: вебсайтів, електронних медичних карток, систем онлайн-запису на прийом, а також платформ телемедицини. Забезпечення їх відповідності міжнародним стандартам вебдоступності, зокрема Web Content Accessibility Guidelines (WCAG 2.1), стає показником не лише технічної, а й управлінської зрілості медичного закладу [69].

Разом із тим, цифрова інклюзія не обмежується лише технологічними параметрами. Вона охоплює питання соціальної рівності, рівня цифрової грамотності та подолання бар'єрів, що виникають через нестачу інтернет-доступу чи сучасних пристроїв серед вразливих груп. Наприклад, у статті «Towards an inclusive digital health ecosystem» (2024) зазначається, що пацієнти часто стикаються з обмеженнями у використанні мобільних технологій чи стабільного інтернету, а медичний персонал – із браком цифрових навичок для ефективного використання електронних медичних записів чи платформ телемедицини [70]. Додатковим викликом для ЗОЗ стає інтеграція нових цифрових інструментів у застарілі системи.

Проблеми цифрової доступності в Україні підтверджені у звіті з оцінки базової веб-доступності 100 державних сайтів України у 2024 році, де встановлено, що лише близько чверті офіційних сайтів відповідають базовим вимогам доступності для людей з інвалідністю, що вказує на суттєві прогалини у цій сфері [61]. Важливим підходом до вирішення цих проблем є концепція універсального дизайну в ухваленні рішень (Universal design for

decision-making). Її суть полягає у тому, що принцип інклюзивності має впроваджуватися не як «додаткова опція», а як основний ще на етапі розробки цифрових сервісів, формування політик та стратегій [43]. Такий підхід дозволяє забезпечити баланс між технічними та соціальними аспектами електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ), врахувати мовні, культурні та когнітивні особливості користувачів, а також сприяти підвищенню цифрових компетентностей населення [64].

Соціально-культурний компонент інклюзивності у СОЗ охоплює формування у персоналу компетентностей, необхідних для ефективної взаємодії з пацієнтами з різними потребами та особливостями. Йдеться про формування в працівників компетентностей інклюзивної комунікації, емоційного інтелекту та міжкультурної взаємодії. Важливим є розвиток навичок ефективного спілкування з людьми, які мають різні типи інвалідності (порушення слуху, зору, опорно-рухового апарату, когнітивні розлади тощо): уміння доносити інформацію зрозумілою мовою, використання жестової мови, піктограм чи матеріалів «простою мовою». Дослідження підтверджують, що навчання персоналу культурній компетентності та інклюзивному спілкуванню підвищує якість взаємодії та задоволеність пацієнтів медичними послугами [66].

Важливою складовою є закріплення політики «нульової дискримінації» у внутрішніх регламентах ЗОЗ відповідно до положень Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю (2006) та рекомендацій ВООЗ [62]. Вона створює чіткі рамки відповідальності та запобігає упередженій чи стереотипній комунікації на будь-якому етапі взаємодії з пацієнтами.

Додаткове значення має впровадження прозорості та зрозумілої процедури розгляду звернень і скарг. Пацієнти повинні мати зрозумілий і доступний механізм подання відгуків про отримані послуги, а керівництво ЗОЗ – гарантувати своєчасний і неупереджений розгляд цих звернень. Наявність такої системи не лише зміцнює довіру до медичного закладу, а й

дозволяє використовувати скарги та відгуки як базу для управлінських рішень і вдосконалення якості послуг [66].

Крім того, сучасні моделі управління якістю у сфері охорони здоров'я рекомендують спільне проектування (co-design), коли як і персонал, так і пацієнти залучаються до розробки сервісів, маршрутів чи інфраструктурних рішень. Такий підхід дозволяє забезпечити відповідність управлінських рішень реальним потребам користувачів і водночас підвищує рівень їхньої залученості й довіри [68].

В Україні розвиток соціально-культурного компоненту підтримується «Національною стратегією зі створення безбар'єрного простору в Україні до 2030 року» (2021), яка передбачає підготовку фахівців у сфері інклюзії, створення освітніх програм для медичних працівників та впровадження стандартів інклюзивної комунікації з пацієнтами [8].

Для того, щоб принципи інклюзивності та безбар'єрності не носили виключно формальний характер, вони мають бути закріплені у внутрішніх документах ЗОЗ (положеннях, інструкціях, політиках якості, СОПах, стратегічних планах розвитку). Важливим є чіткий розподіл завдань та відповідальності за їх реалізацію між керівниками структурних підрозділів, що забезпечує системність і підзвітність. У сучасній міжнародній практиці все частіше застосовується модель «координатора доступності» (accessibility officer), який здійснює моніторинг дотримання політик та звітує керівництву [66; 68].

Таким чином, інтеграція принципів інклюзивності та безбар'єрності в систему ключових показників ефективності (KPI) робить їх вимірюваними й підконтрольними. Наприклад, до таких індикаторів можуть належати: частка персоналу, що пройшли тренінги з інклюзивної комунікації; кількість адаптованих інформаційних матеріалів; відсоток скарг пацієнтів із інвалідністю, вирішених у встановлений термін; рівень фізичної доступності будівель за результатами зовнішнього аудиту. У практиці менеджменту якості, що ґрунтується на стандартах ISO 9001:2015, подібні механізми

моніторингу розглядаються як елемент безперервного вдосконалення послуг [68].

Крім того, закріплення цих підходів у внутрішніх документах створює правові й організаційні гарантії, що унеможливають їх довільну інтерпретацію. Чітке оформлення принципів інклюзивності та безбар'єрності корелює з підвищенням рівня довіри пацієнтів, їхньою задоволеністю послугами та зростанням конкурентоспроможності медичного закладу [67].

1.2. Нормативно-правові засади реалізації принципів інклюзивності та безбар'єрності в системі охорони здоров'я України

Нормативно-правове поле України поступово закріплює принципи інклюзивності як державний пріоритет, що поширюється й на СОЗ. Указ Президента України № 533/2020 від 03 грудня 2020 року «Про забезпечення створення безбар'єрного простору в Україні» заклад основу державної політики у сфері інклюзивності та безбар'єрності, позначивши її ключові принципи: людиноцентричність, універсальний дизайн, доступність інформації, міжвідомчу координацію та вимірність результатів [14]. На виконання цього Указу у 2021 році Кабінетом Міністрів України було схвалено «Національну стратегію із створення безбар'єрного простору до 2030 року» (Розпорядження КМУ № 366-р від 14 квітня 2021 року), що деталізує напрями забезпечення безбар'єрності – фізичну, інформаційну, цифрову, освітню та економічну [9].

У «Стратегії розвитку системи охорони здоров'я України до 2030 року», затвердженій Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 17 січня 2025 року №34-р, зроблено акцент на принципах рівності та справедливості, які безпосередньо стосуються інклюзивності та безбар'єрності. Зокрема, у документі наголошується, що СОЗ повинна «забезпечувати дотримання умов і можливостей рівного та справедливого доступу людини до якісних медичних послуг, незалежно від місця проживання, раси, етнічного та соціального походження, політичних,

релігійних та інших переконань, статі, віку, сексуальної орієнтації, гендерної ідентичності, сімейного чи майнового стану, фізичного та психічного стану» [10].

Важливу роль у закріпленні цих принципів відіграють і чинні закони України. Зокрема, «Основи законодавства України про охорону здоров'я» визначають право кожного громадянина на рівний доступ до медичних послуг, незалежно від стану здоров'я, віку чи соціального статусу та забороняють будь-які форми дискримінації у сфері надання медичної допомоги [1]. А також Закон України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні», що встановлює правові, організаційні та соціальні засади забезпечення комплексної реабілітації та соціальної інтеграції осіб з інвалідністю [2].

Окреме значення має впровадження положень Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю (2006), яка покладає на держави-учасниці зобов'язання щодо забезпечення розумного пристосування, доступу до інформації в альтернативних форматах, можливостей супроводу та ефективних процедур подання і розгляду скарг [62]. Її положення поступово інтегруються в українське законодавство й практику медичних закладів, зокрема в межах проєкту «Без бар'єрів» (2021 р.) за підтримки Першої леді Олени Зеленської, що координує міжсекторальні дії з підвищення доступності медичних і соціальних послуг [7].

Отже, аналізуючи актуальність імплементації принципів інклюзивності та безбар'єрності, можна зробити висновок, що вони є необхідною умовою якісного функціонування сучасних ЗОЗ. Ці принципи забезпечують рівний доступ до медичних послуг, підвищують довіру пацієнтів і формують нові стандарти управління, орієнтовані на людину. Інтеграція універсального дизайну та соціальної моделі інвалідності дозволяє не лише подолати фізичні й організаційні бар'єри, а й створити культуру поваги, партнерства та справедливості, що відповідає міжнародним стандартам і сучасним вимогам СОЗ.

1.3. Міжнародний досвід упровадження інклюзивного та безбар'єрного підходів в управління ЗОЗ

Міжнародний досвід у сфері впровадження інклюзивності та безбар'єрності в охороні здоров'я ґрунтується на універсальних принципах прав людини, закріплених у Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю (2006) та Глобальному плані дій ВООЗ щодо інвалідності на 2014–2021 роки [62; 65]. На основі цих положень формуються регіональні та національні політики. Так, у Європейському Союзі діє Європейська стратегія з питань інвалідності 2021–2030, яка визначає завдання щодо забезпечення універсального доступу до медичних послуг, розвитку ЕСОЗ та формування інклюзивних інституцій [26].

Велика Британія є одним із наочних прикладів упровадження принципів інклюзивності та безбар'єрності у СОЗ, де ключову роль відіграють госпітальні трасти (NHS Trusts). Це самостійні організаційно-правові структури в системі National Health Service (NHS), відповідальні за управління ЗОЗ. Трасти мають достатній рівень автономії у прийнятті рішень та несуть відповідальність за якість і доступність послуг для всіх категорій пацієнтів. Саме на їхньому рівні відбувається безпосередня реалізація законодавчих вимог, таких як Equality Act 2010 та Accessible Information Standard (AIS), а також міжнародних норм, зокрема стандарту ISO 21542:2025 (рисунок 1.3) [46].



Рисунок 1.3. Характеристика підходу Великої Британії до впровадження принципів інклюзивності та безбар'єрності в СОЗ.

Джерело: створено авторкою на основі [NHS England, «Accessible Information Standard: Requirements (DAPB1605)», 2025; NHS England, «Accessible Information Standard Programme. E-Learning for Healthcare», 2023].

На рівні фізичної інфраструктури значна увага приділяється модернізації приймальних відділень відповідно до вимог ISO 21542:2025 та національних будівельних норм, що передбачає облаштування безбар'єрних входів, тактильних доріжок, контрастних елементів в інтер'єрі, а також створення спеціалізованих зон очікування для пацієнтів із сенсорними порушеннями [37]. Наприклад, у Manchester University NHS Foundation Trust проведено масштабну реконструкцію приймальних зон, що забезпечило доступність для людей, які користуються кріслами колісними та осіб із порушенням зору, завдяки інтеграції принципів універсального дизайну [41].

Не менш важливою складовою є інформаційна доступність. З 2016 року в Сполученому Королівстві Великої Британії і Північної Ірландії діє обов'язковий Accessible Information Standard (AIS), який зобов'язує усі госпітальні трасти надавати пацієнтам інформацію в адаптованих форматах, зручних для сприйняття: великим шрифтом, шрифтом Брайля, жестовою мовою, аудіоверсіями чи у форматі Easy Read. Easy Read – спосіб подання

інформації, адаптований для людей із когнітивними порушеннями та труднощами читання, що поєднує просту мову та короткі речення із візуальними елементами (піктограми, фотографії, схематичні ілюстрації). Оновлена редакція стандарту 2022–2023 років ще більше акцентує увагу на персоналізованому підході, тобто наданні інформації у форматі, обраному конкретним пацієнтом [46].

У South Tyneside and Sunderland NHS Foundation Trust усі формати адаптованих матеріалів офіційно затверджені як опції підтримки для пацієнтів. Крім того, пацієнтам доступні послуги перекладачів та сурдоперекладачів, що особливо значуще для осіб із сенсорними порушеннями [51].

Важливою складовою AIS є підготовка персоналу. Так, NHS England впровадив електронний навчальний модуль Accessible Information Standard programme на платформі e-Learning for Healthcare (e-LfH), призначений для співробітників сфери охорони здоров'я та соціальних служб. Курс навчає ідентифікувати, реєструвати та задовольняти комунікаційні потреби пацієнтів із порушеннями сенсорного сприйняття чи мовлення [45].

Крім того, більшість трастів закріплюють політику недискримінації у внутрішніх документах відповідно до вимог Equality Act 2010. У кожному трасті призначається координатор з питань доступності (Accessibility Lead), який відповідає за реалізацію положень AIS, моніторинг рівня доступності та щорічне звітування про досягнуті результати. За даними Care Quality Commission, трасти, які системно впровадили політику доступності у внутрішнє управління, демонструють вищий рівень задоволеності пацієнтів і кращі результати зовнішніх аудитів [35].

Таким чином, британський досвід підтверджує багаторівневу інтеграцію принципів інклюзивності: від архітектурних рішень до інформаційно-цифрової підтримки та кадрової політики. Комплексність цих підходів дозволяє не лише формально відповідати вимогам законодавства, а

й реально підвищувати якість і безпеку медичних послуг, роблячи СОЗ більш чутливою до потреб різних груп населення.

У Швеції інклюзивність та безбар'єрність у сфері охорони здоров'я базуються на традиціях соціальної держави та концепції «рівності у доступі» (рисунок 1.4).



Рисунок 1.4. Характеристика підходу Швеції до впровадження принципів інклюзивності та безбар'єрності в СОЗ.

Джерело: створено авторкою на основі [Government Offices of Sweden, «Disability Policy», 2023; Arvidsson J., Granlund M., & Tideman M., 2022; Swedish Agency for Accessible Media, 2022; Boverket, «Building Regulations (BBR): Accessibility Requirements», 2020].

Ключовим нормативним актом є Health and Medical Services Act, що гарантує кожному резиденту доступ до якісної медичної допомоги незалежно від соціально-економічного статусу чи стану здоров'я. Доповнює його Law on Support and Service for Persons with Certain Functional Impairments (LSS), який забезпечує людям з інвалідністю право на індивідуальну підтримку, послуги з реабілітації та доступ до допоміжних технологій [21].

Прикладом інтеграції принципів універсального дизайну є Каролінська університетська лікарня, де поєднано безбар'єрні архітектурні рішення (пандуси, тактильна навігація, контрастні вказівники) з адаптованими

форматами інформації: матеріали доступні «простою мовою», великим шрифтом і з дублюванням жестовою мовою. Маршрути пацієнтів стандартизовано в електронних сервісах порталу 1177 Vårdguiden, що спрощує орієнтацію та отримання послуг [33; 52].

Шведська модель також відрізняється міжсекторальною співпрацею: медичні, соціальні та освітні служби формують єдині плани підтримки для різних категорій населення, що відображає скандинавську ідею «рівності у доступі». На рівні регіонів (наприклад, регіон Skane) діють обов'язкові вимоги до доступності вебсайтів та цифрових послуг згідно WCAG 2.1, а пацієнти можуть замовляти переклад, у тому числі шведською жестовою мовою, через контакт-центри [33]. Архітектурна доступність забезпечується за рахунок Boverket's Building Regulations (BBR) та довідників з універсального дизайну, що дозволяють контролювати виконання вимог на етапах проєктування, реконструкції та експлуатації [23]. У сукупності це формує систему, де фізичні, інформаційні та організаційні елементи доступності взаємопов'язані й підкріплені правовим регулюванням.

Іспанія послідовно інтегрує принципи інклюзивності та безбар'єрності в СОЗ, поєднуючи національні нормативно-правові акти з локальними ініціативами (рисунок 1.5).



Рисунок 1.5. Характеристика підходу Іспанії до впровадження принципів інклюзивності та безбар'єрності в СОЗ.

Джерело: створено авторкою на основі [Gobierno de España, Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, 2013; Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, Estrategia Española sobre Discapacidad 2022–2030, 2022; Ajuntament de Barcelona, Plan de Accesibilidad Universal de Barcelona 2018–2026, 2018].

Загальнонаціональним нормативним документом є «Загальний закон про права осіб з інвалідністю та їх соціальну інклюзію» («Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social», 2013), який гарантує людям з інвалідністю право на доступні послуги, зокрема медичні, та вимагає застосування універсального дизайну в архітектурі та цифрових технологіях [28].

Особливу роль відіграє «Іспанська стратегія щодо інвалідності на 2022–2030 роки» («Estrategia Española sobre Discapacidad 2022–2030»), що визначає основні напрями адаптації ЗОЗ: створення безбар'єрної інфраструктури, розвиток цифрової доступності, підготовка медичного персоналу з питань культурної компетентності та впровадження механізмів участі пацієнтів у прийнятті рішень [42]. Важливе значення має і Королівський декрет 1112/2018 («Real Decreto 1112/2018»), що імплементує європейські директиви щодо вебдоступності та зобов'язує державні портали й ЗОЗ дотримуватися стандартів WCAG 2.1 [29].

На локальному рівні Барселона стала прикладом системної реалізації цих принципів. Міська влада ухвалила «Національний план універсальної доступності на 2018–2026 роки» («Plan Nacional de Accesibilidad Universal 2018-2026»), спрямований на усунення архітектурних бар'єрів, розвиток доступного транспорту до ЗОЗ, адаптацію інформаційних матеріалів (включно з Easy Read-форматами та жестовою мовою), а також проведення регулярних аудитів доступності на рівні муніципалітету. Координацію цього процесу здійснює «Технічне управління з питань універсальної доступності» («Oficina Técnica para la Accesibilidad Universal»), що відповідає за

моніторинг і стратегічне планування інклюзивних рішень у міських сервісах, включно з медичними закладами [19].

Так, у Hospital del Mar створено нову реабілітаційну зону для пацієнтів із тяжкими формами інвалідності, що включає адаптоване обладнання та простір для людей з обмеженою мобільністю. На офіційному сайті лікарні функціонує спеціальний розділ «Доступність» («Accesibilidad»), де зазначено відповідність міжнародним стандартам вебдоступності (WAI/W3C, рівень AA). Окремий відділ обслуговування пацієнтів (Servicio de Atención al Ciudadano) відповідає за індивідуальний супровід пацієнтів, опрацювання скарг і пропозиції, а також адаптацію послуг до потреб людей з інвалідністю [27].

У Клінічній лікарні Барселони (Hospital Clinic de Barcelona) впроваджено інноваційну програму «Лікарня вдома» («Hospital at Home») для дітей і підлітків із психічними розладами. Її мета – надання медичної та психосоціальної допомоги безпосередньо вдома, уникаючи зайвої госпіталізації [36].

Таким чином, іспанська модель демонструє, що ефективне впровадження інклюзивності та безбар'єрності в СОЗ можливе лише за умови поєднання національного законодавства, муніципальних програм і конкретних практик лікарень, які включають як інфраструктурні зміни, так і цифрові, організаційні та комунікаційні рішення.

Водночас, якщо в Іспанії пріоритет надано муніципальному рівню, то Сполучені Штати Америки (США) пропонують іншу модель – чітко вибудовану багаторівневу нормативно-правову базу, яка закріплює принципи інклюзивності, як обов'язковий управлінський стандарт для всієї СОЗ (рисунок 1.6).



Рисунок 1.6. Характеристика підходу США до впровадження принципів інклюзивності та безбар'єрності в СОЗ.

Джерело: створено авторкою на основі [U.S. Department of Justice, 2010 ADA Standards for Accessible Design, 2010; ADA National Network, Health Care and the Americans With Disabilities Act, 2020; U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973, 2021; The Joint Commission, R3 Report: Health Care Equity Certification Program / Patient-Centered Communication Standards, 2023].

Ключовим нормативним актом у США є «Закон про американців з інвалідністю» («Americans with Disabilities Act», ADA), який забороняє дискримінацію за ознакою інвалідності та зобов'язує державні й приватні ЗОЗ впроваджувати «обґрунтовані зміни» («reasonable modifications») через політичні рішення і процедури [59]. Це охоплює адаптацію архітектурного середовища, зміну внутрішніх правил та процедур для забезпечення можливості пацієнтам з інвалідністю отримувати медичну допомогу на рівні з іншими, а також упровадження вимог фізичної доступності відповідно до «Стандартів доступного дизайну ADA» 2010 року (2010 ADA Standards for Accessible Design) [16; 60].

Прийняття «Закону про доступну медичну допомогу» («Affordable Care Act», ACA) посилило правові гарантії інклюзивності: розділ 1557 прямо забороняє дискримінацію в охороні здоров'я на підставі інвалідності, раси, статі, віку чи національності. Оновлена постанова HHS/OCR (the US

Department of Health and Human Services Office for Civil Rights, Управління з громадянських прав Міністерства охорони здоров'я і соціальних служб США) від 6 травня 2024 року деталізує обов'язки ЗОЗ щодо надання допоміжних засобів комунікації, мовної підтримки та адаптованих інформаційних матеріалів для осіб з обмеженим знанням англійської мови, а також встановлює процедури подання й розгляду скарг на дискримінацію [56]. Розділ 508 Закону про реабілітацію та оновлені стандарти у сфері інформаційно-комунікаційних технологій («ICT Refresh»), встановлені Радою з питань доступності США (U.S. Access Board), зобов'язують федеральні агентства та їх підрядників робити всі інформаційно-комунікаційні технології (ІКТ) доступними. Це включає вебсайти, онлайн-портали пацієнтів, інтерфейси програм, системи зчитування та диктування, а також використання альтернативних текстових описів для графічних матеріалів [54].

Окремим напрямом у США є забезпечення доступності медичного обладнання. У 2017 році Рада з питань доступності США (U.S. Access Board) ухвалила Стандарти доступного медичного діагностичного обладнання (Standards for Accessible Medical Diagnostic Equipment), які встановлюють технічні вимоги до діагностичного обладнання – ваг, гінекологічних крісел, мамографів, офтальмологічного обладнання тощо. Стандарти передбачають регулювання висоти, боковий доступ, наявність поручнів і безпечного положення пацієнта, що забезпечує використання обладнання людьми з обмеженою мобільністю [55].

У США питання інклюзивності та безбар'єрності в охороні здоров'я інтегруються на рівні акредитаційних вимог і щоденної організації роботи медичних закладів. Зокрема, Joint Commission ще з 2010-х років включила у стандарти акредитації вимоги щодо пацієнт-центричної комунікації, які охоплюють мовну, культурну та сенсорну доступність. У 2023 році організація запустила окрему програму «Сертифікація з питань рівності у сфері охорони здоров'я» («Health Care Equity Certification»), що зобов'язує

медичні заклади зменшувати нерівність у доступі та якості послуг, закріплюючи відповідальність керівництва та вводячи обов'язкові параметри моніторингу [53].

На організаційному рівні інклюзивність у США реалізується через стандартизовані політики. Під час первинної реєстрації пацієнтів проводиться скринінг їхніх потреб у допоміжних засобах комунікації, а у медичних інформаційних системах ведуться так звані communication flags (позначки про особливі потреби), залучаються перекладачі жестової мови та надаються адаптовані матеріали «простою мовою». Ці підходи підкріплюють національні стандарти CLAS (Культурно та мовно адаптовані послуги, Culturally and Linguistically Appropriate Services), розроблені Міністерством охорони здоров'я та соціальних служб США (HHS), які є практичним керівництвом для керівників ЗОЗ у сфері політики недискримінації, взаємодії з громадами та підготовки персоналу [58].

Медичні провайдери, що фінансуються державою, повинні забезпечити сумісність вебресурсів і порталів із допоміжними технологіями (екранні рідери, навігація з клавіатури, альтернативні текстові описи). Паралельно мають діяти альтернативні канали доступу – гарячі лінії, друковані матеріали великим шрифтом, відео з сурдоперекладом. Низка аналітичних звітів (ANRQ, ANIMA Foundation) підтверджують, що дотримання вебдоступності прямо корелює з кращим розумінням інформації пацієнтами, зниженням бар'єрів у пересуванні та кращими результатами лікування для вразливих груп [17; 18].

Кадрово-культурний компонент у США реалізується шляхом регулярних тренінгів з інклюзивної комунікації та культурної компетентності. Для цього використовуються ресурси ADA National Network та HHS Office for Civil Rights, які пропонують навчальні матеріали з ефективною комунікації, застосування допоміжних технологій та протидії упередженням. У низці штатів такі тренінги є частиною щорічної переатестації медичних працівників. Ключові індикатори ефективності (KPI)

включають частку персоналу, що пройшли навчання, середній час очікування перекладача жестової мови та кількість інформаційних матеріалів, доступних в альтернативних форматах [57].

Варто підкреслити, що принципи інклюзивності та безбар'єрності в охороні здоров'я США реалізуються не лише на рівні законодавчих і нормативних актів, але й на практичному рівні. Так, Kaiser Permanente, одна з найбільших систем медичного обслуговування у США, запровадила розширені опції комунікації для осіб із порушеннями слуху. Пацієнти можуть обирати зручний для них формат під час онлайн-консультацій чи групових занять: переклад жестовою мовою, автоматичне титрування чи професійне субтитрування. Вибір пацієнта зберігається у його профілі, що гарантує сталість доступних сервісів під час наступних візитів. Крім того, весь персонал проходить тренінги з використання цих інструментів, що підвищує якість комунікації [25].

Таким чином, американська модель поєднує жорстке нормативне регулювання з практичними механізмами персоналізації доступу, що дозволяє мінімізувати бар'єри та забезпечувати рівні можливості для всіх пацієнтів.

Канада демонструє значний прогрес у розвитку політик доступності та інклюзивності, що проявляється як на федеральному рівні, так і на рівні провінцій (рисунок 1.7).



Рисунок 1.7. Характеристика підходу Канади до впровадження принципів інклюзивності та безбар'єрності в СОЗ.

Джерело: створено авторкою на основі [Health Canada, Accessibility Plan 2022–2025, 2022; Government of Ontario, Accessibility for Ontarians with Disabilities Act, 2005; Government of Manitoba, Accessibility for Manitobans Act, 2013].

Основним законодавчим актом є «Закон Канади про доступність» («Accessible Canada Act», 2019), що передбачає усунення бар'єрів у сферах зайнятості, інформаційно-комунікаційних технологій (ІКТ), транспорту, державних закупівель та наданні послуг до 2040 року. Закон зобов'язує федеральні органи розробляти плани доступності, консультуватися з людьми з інвалідністю та створювати механізми збору зворотного зв'язку [30].

В сфері охорони здоров'я федеральні структури, зокрема Health Canada, розробили власні «плани доступності», що охоплюють модернізацію ІКТ-систем, адаптацію будівельних проєктів, забезпечення інформаційної доступності та створення інклюзивних робочих місць для співробітників з інвалідністю [34]. Водночас більшість лікарень і клінік у Канаді підпорядковуються законодавству провінції, що зумовлює регіональні відмінності у практичній реалізації політики інклюзивності. У провінції Онтаріо діє «Закон про доступність для жителів Онтаріо з інвалідністю» («Accessibility for Ontarians with Disabilities Act», AODA, 2005), що встановлює стандарти для публічних просторів, цифрової доступності і комунікації. ЗОЗ зобов'язані подавати звіти щодо виконання вимог і доступність своїх послуг для людей з інвалідністю [32]. У Манітобі ухвалено «Закон про доступність для жителів Манітоби» («Accessibility for Manitobans Act», 2013), що визначає стандарти у сфері обслуговування пацієнтів, працевлаштування, транспорту та інфраструктури. Для СОЗ це означає забезпечення адаптованих інформаційних матеріалів, доступних безбар'єрних маршрутів пацієнта та тренінгів персоналу [32].

Прикладом успішної реалізації принципів інклюзивності та безбар'єрності є Cambridge Memorial Hospital (Онтаріо), що розробив і

щорічно оновлює «План доступності» на період 2023-2028 років. План передбачає надання інформаційних матеріалів у доступних форматах, використання асистивних пристроїв та регулярні тренінги персоналу відповідно до стандартів AODA та IASR [24]. У SickKids Hospital (Торонто, Онтаріо) діє процедура інформування пацієнтів у зручному для них форматі (великий шрифт, шрифт Брайля, електронні файли). Створено керівну комісію з доступності («Accessibility Steering Committee»), яка консулює керівництво та відповідає за оновлення плану доступності й звітності. Також існує контактна особа (accessibility specialist), що забезпечує підтримку пацієнтів з інвалідністю та спілкування у зручному форматі. В окремих госпіталах (зокрема у Торонто та Оттаві) впроваджені консультаційні ради за участю пацієнтів з інвалідністю, що дозволяє інтегрувати принципи інклюзивності у щоденне управління [30; 50].

Отже, міжнародний досвід свідчить, що успішне впровадження принципів інклюзивності та безбар'єрності у СОЗ реалізується лише за умови поєднання нормативно-правових засад, управлінських інструментів і стандартів універсального дизайну. Такий підхід підвищує якість, безпеку й доступність медичних послуг, роблячи СОЗ більш адаптивною до потреб різних груп населення. Для України це означає необхідність інтеграції кращих практик у національні стратегії розвитку СОЗ, з урахуванням міжнародних стандартів і власних соціально-культурних особливостей.

Висновки до розділу 1

У результаті дослідження теоретико-методологічних засад інклюзивності та безбар'єрності в СОЗ:

1. Проаналізовано еволюцію підходів до розуміння інвалідності – від медичної, що зосереджувалась на індивідуальних функціональних порушеннях, до соціальної моделі, яка трактує інвалідність як результат взаємодії людини з бар'єрами середовища. Саме цей концептуальний зсув

сформував теоритичне підґрунтя для формування принципів інклюзивності та безбар'єрності як управлінських орієнтирів сучасної СОЗ.

2. Доведено, що впровадження принципів інклюзивності та безбар'єрності в діяльність ЗОЗ в сучасних умовах набули статусу управлінського стандарту, який безпосередньо впливає на якість медичних послуг, довіру пацієнтів, репутацію та конкурентоспроможність ЗОЗ.

3. Систематизовано ключові складові інклюзивності та безбар'єрності у сфері охорони здоров'я, до яких віднесено фізичний, організаційний, інформаційно-цифровий та соціально-культурний компоненти. Обґрунтовано, що їх комплексна імплементація та постійний моніторинг на рівні управління ЗОЗ забезпечують системний підхід до усунення бар'єрів і формування доступного та пацієнтоорієнтованого середовища.

4. Обґрунтовано значення кадрово-культурного компонента інклюзивності, зокрема розвиток інклюзивної комунікації, впровадження політики нульової дискримінації та ефективних процедур розгляду звернень і скарг пацієнтів, як чинника підвищення рівня задоволеності та довіри пацієнтів до медичного закладу.

5. Проаналізовано нормативно-правову базу реалізації принципів інклюзивності та безбар'єрності в Україні та узагальнено міжнародний досвід упровадження інклюзивних і безбар'єрних підходів управління ЗОЗ, зокрема практики Великої Британії, Швеції, Канади, США та Іспанії. Встановлено, що інтеграція міжнародних стандартів і рекомендацій з національними нормативними актами формує сучасне управлінсько-нормативне середовище для розвитку інклюзивних ЗОЗ.

Отже, у розділі 1 обґрунтовано, що інклюзивність та безбар'єрність у сфері охорони здоров'я є складовою сучасної управлінської парадигми, основаної на інтеграції міжнародних стандартів і національного нормативно-правового регулювання. Досвід провідних країн підтверджує, що застосування принципів універсального дизайну, персоналізованої комунікації та системного управлінського моніторингу є необхідною умовою

підвищення якості медичних послуг і забезпечення рівного доступу. Для України адаптація цих підходів формує підґрунтя для розвитку сучасної моделі управління ЗОЗ, орієнтованої на принципи інклюзивності та безбар'єрності.

РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ СТАНУ ІМПЛЕМЕНТАЦІЇ ПРИНЦИПІВ ІНКЛЮЗИВНОСТІ ТА БЕЗБАР'ЄРНОСТІ В КОМУНАЛЬНОМУ НЕКОМЕРЦІЙНОМУ ПІДПРИЄМСТВІ «ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ № 4» ДЕСНЯНСЬКОГО РАЙОНУ м. КИЄВА

2.1. Загальна характеристика досліджуваного закладу охорони здоров'я, аналіз фінансових і кадрових показників його діяльності

Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги № 4» Деснянського району м. Києва, скорочено КНП «ЦПМСД №4» Деснянського району м. Києва, є некомерційним комунальним медичним підприємством, заснованим на комунальній власності територіальної громади м. Києва, віднесенням до сфери управління Деснянської районної в місті Києві державної адміністрації, і функціонує на засадах некомерційності, самостійності та відкритості у відповідності до чинного законодавства України.

Головним напрямом діяльності є надання первинної медичної допомоги населенню відповідно до вимог чинного законодавства та нормативно-правових актів МОЗ України.

Управління досліджуваним ЗОЗ здійснюється на основі Статуту, затвердженого рішенням виконавчого органу Київської міської ради (Київської міської державної адміністрації) від 27 лютого 2024 року №173. Документ визначає організаційно-правові засади діяльності підприємства, систему управління, структуру підпорядкування та принципи взаємодії з місцевими органами влади.

Керівництво медичним закладом здійснює директор, який є основною посадовою особою підприємства, відповідає за стратегічне управління, ефективне використання ресурсів, реалізацію програм розвитку та дотримання фінансової дисципліни. Директор підпорядковується Київській міській раді та Департаменту охорони здоров'я, що здійснюють контроль за діяльністю ЗОЗ та керують комунальним майном. Також у процес управління

активно залучений трудовий колектив, що забезпечує високий рівень комунікації та колегіальності у прийнятті рішень.

Відповідно до установчих документів, основними завданнями досліджуваного підприємства є:

1. Організація надання задекларованому населенню первинної медичної допомоги.
2. Забезпечення належної доступності та якості такої допомоги населенню, що обслуговується медичним закладом.
3. Організація взаємодії із ЗОЗ, що надають спеціалізовану та екстрену медичну допомогу.
4. Реалізація права громадян вільно обирати лікаря, що надає первинну медичну допомогу.
5. Проведення санітарно-просвітницької роботи, навчання населення основам надання самодопомоги та взаємодопомоги і здоровому способу життя.

Мета підприємства полягає в забезпеченні населення комплексними та інтегрованими послугами зі всебічної, безперервної і орієнтованої на пацієнта первинної медичної допомоги, спрямованої на відновлення та збереження здоров'я, попередження розвитку захворювань, зменшення потреби у госпіталізації та покращення якості життя.

Організаційна структура ЗОЗ поєднує ієрархічний та матричний принципи управління. Ієрархічна структура забезпечує стратегічне керівництво на вищих рівнях, тоді як нижчі рівні відповідають за оперативне виконання завдань. Матрична структура створює умови для ефективної взаємодії між функціональними підрозділами. Така система сприяє ефективній роботі та підвищенню якості комунікацій.

КНП «ЦПМСД №4» Деснянського району м. Києва складається із 3-х структурних підрозділів, а саме: адміністративної, господарської частин та лікувально-профілактичної служби, до складу якої входять 7 амбулаторій загальної практики - сімейної медицини та черговий кабінет.

Директор є основною управлінською особою, яка координує діяльність медичного підприємства та відповідає за реалізацію медичної, економічної та соціальної політики ЗОЗ, забезпечує дотримання вимог законодавства, управління кадрами, розвиток матеріально-технічної бази та формування його довгострокових цілей.

Заступники директора здійснюють функціональне управління відповідно до своїх напрямів:

- Заступник директора з медичного обслуговування керує лікувально-діагностичними та профілактичними процесами, контролює якість надання медичних послуг, дотримання клінічних протоколів, забезпечує впровадження сучасних медичних технологій та налагоджує співпрацю з іншими ЗОЗ.
- Заступник директора з економічних питань здійснює фінансово-економічне планування, облік і аналіз діяльності підприємства, забезпечує підготовку фінансової звітності, контроль за використанням бюджету та розробляє заходи щодо підвищення економічної ефективності роботи ЗОЗ.
- Заступник директора з охорони дитинства та материнства організовує надання медичної допомоги дітям і вагітним, контролює виконання державних програм із вакцинації, профілактики дитячих захворювань, відповідає за дотримання стандартів перинатальної допомоги.
- Заступник директора з експертизи тимчасової непрацездатності координує роботу з оцінювання повсякденного функціонування, медико-соціальної експертизи, контролює правильність формування медичних висновків тимчасової непрацездатності (МВТН), аналізує захворюваність і тимчасову втрату працездатності серед населення, розробляє заходи щодо зниження показників непрацездатності та підвищення рівня профілактики.

Переваги організаційної структури КНП «ЦПМСД №4» Деснянського району м. Києва полягають у чіткому розподілі зон відповідальності, високому рівні взаємодії між структурними підрозділами, оперативності прийняття управлінських рішень та прозорості комунікацій. Такий підхід

сприяє ефективній роботі колективу, оптимізації ресурсів і забезпеченню якості медичного обслуговування населення.

Ефективність функціонування ЗОЗ значною мірою визначається рівнем кадрового потенціалу, що охоплює кількісний та якісний склад працівників, рівень їх кваліфікації, укомплектованість штатів і стабільність кадрового складу.

Згідно зі штатним розписом підприємства (таблиця 2.1), станом на 1 жовтня 2025 року передбачалося 222,25 штатних одиниць, з яких фактично зайнято 181,25, що становить 81,55% від загальної потреби.

Таблиця 2.1

**Кадровий потенціал КНП «ЦПМСД №4»
Деснянського району м. Києва**

Категорії персоналу	Штатні одиниці	Фактично зайнято	Фізичних осіб, абс.ч.	Фізичних осіб, %
Лікарі	72,75	57	56	78,35
Молодші спеціалісти з медичною освітою	71,5	60,75	60	84,97
Молодший медичний персонал	21,25	19,5	20	91,76
Господарсько-обслуговуючий персонал	29,5	19	18	64,41
Адміністративно-управлінський персонал	27,25	25	25	91,74
Всього	222,25	181,25	179	81,55

Джерело: створено авторкою на основі даних КНП «ЦПМСД №4» Деснянського району м. Києва.

Колектив КНП «ЦПМСД №4» Деснянського району м. Києва представлений фахівцями із значним професійним досвідом, серед яких переважають лікарі загальної практики – сімейної медицини та молодші спеціалісти з медичною освітою. Більшість працівників мають вищу або першу кваліфікаційну категорію, що свідчить про достатній рівень професійної компетентності.

На рисунку 2.1 представлено динаміку середньомісячної заробітної плати за категоріями працівників за період з 2022 по 2024 роки та станом на I півріччя 2025 року.

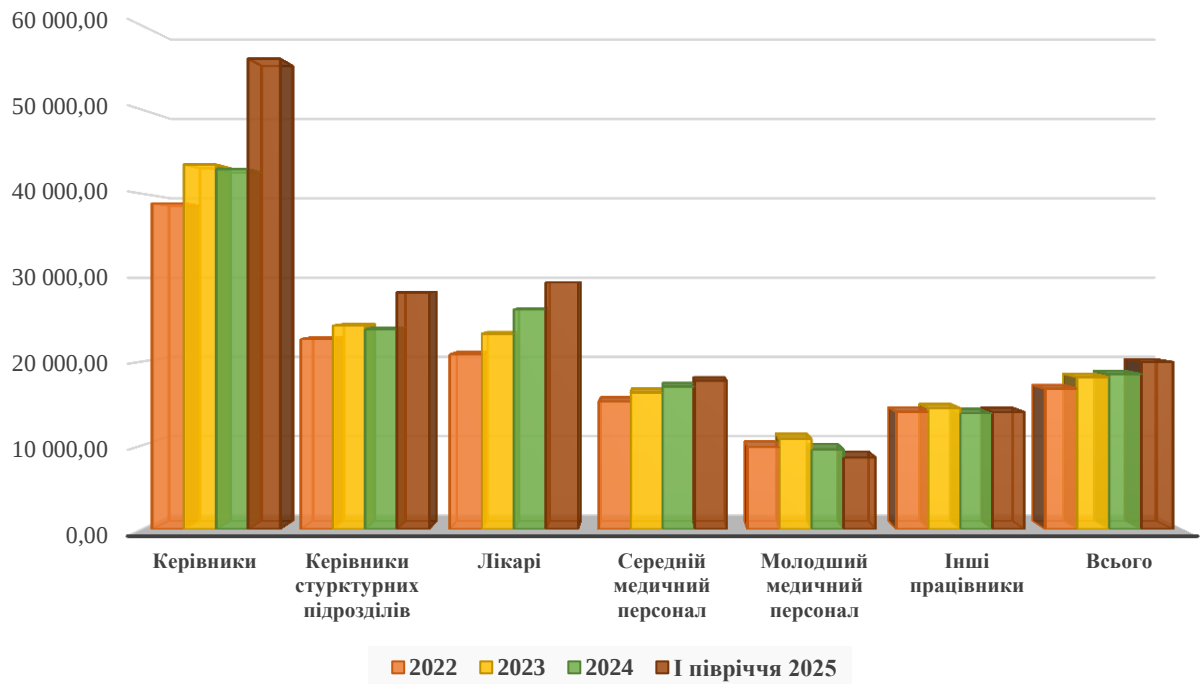


Рис. 2.1. Динаміка середньомісячної заробітної плати за категоріями працівників за 2022 – 2024 роки та I півріччя 2025 року.

Джерело: створено авторкою на основі фінансових звітів КНП «ЦПМСД №4» Деснянського району м. Києва.

Упродовж 2022 – першого півріччя 2025 року спостерігається поступове зростання середньомісячної заробітної плати всіх категорій працівників КНП «ЦПМСД №4» Деснянського району м. Києва. Це свідчить про успішну реалізацію державних заходів із підвищення оплати праці медиків та зміцнення фінансової спроможності підприємства.

Найвищий рівень оплати мають керівники, чия заробітна плата зросла з 38,8 тис. грн у 2022 році до 56,1 тис. грн у 2025 році, що становить 44,6%. Лікарі також демонструють стабільне підвищення доходів – з 20,8 тис. грн до 29,4 тис. грн відповідно (на 41,4%), що пов'язано із розширенням фінансування за договорами з Національною службою здоров'я України

(НСЗУ), підвищенням базових ставок та запровадженням додаткових стимулюючих виплат за якість і обсяг наданих послуг.

У молодших спеціалістів з медичною освітою має місце помірне зростання заробітної плати (з 15,3 тис. грн до 17,7 тис. грн., або 15,7%), тоді як у молодшого медичного персоналу зберігається стабільний, але нижчий рівень оплати праці – близько 9–10 тис. грн. Оплата праці інших працівників (адміністративно-господарський персонал) залишається майже незмінною, на рівні 14 тис. грн.

У середньому по ЗОЗ заробітна плата зросла на 18,9% (з 16,8 тис. грн у 2022 році до 19,9 тис. грн у I півріччі 2025 року), що демонструє поступове підвищення матеріальної мотивації персоналу та покращенню соціально-економічного становища колективу.

Отже, динаміка заробітної плати працівників КНП «ЦПМСД №4» демонструє позитивну тенденцію до зростання та свідчить про підвищення рівня фінансової мотивації персоналу. Разом із тим, різниця в оплаті між окремими категоріями працівників потребує подальшого врівноваження, щоб забезпечити стабільність кадрового складу та підвищити зацікавленість медичних фахівців у довгостроковій роботі в досліджуваному ЗОЗ.

З НСЗУ укладено договір про надання медичних послуг за програмою медичних гарантій (ПМГ) №0496-E125-E000 за пакетом «Первинна медична допомога», а також договір №2984-E425-E000 «Про медичне обслуговування щодо надання розширених послуг з первинної медичної допомоги окремим категоріям осіб, які захищали незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України».

У 2024 році загальна сума договору з НСЗУ становила 57 235 495 грн. Станом на жовтень 2025 року загальна сума оплати від НСЗУ за надання медичних послуг за ПМГ становить 42 100 671 грн. Попри це, варто відзначити, що в умовах обмеженого фінансування, ЗОЗ залучає додаткові кошти шляхом надання послуг з медичного обслуговування, які не

покриваються ПМГ з медичного обслуговування населення, які надаються на платній основі.

За період з 2022 по 2024 роки у фінансових поступленнях КНП «ЦПМСД №4» Деснянського району м. Києва спостерігаються певні коливання, що відображають адаптацію ЗОЗ до змін зовнішнього середовища та умов фінансування СОЗ (таблиця 2.2 та рисунок 2.2).

Таблиця 2.2

**Фінансові показники КНП «ЦПМСД №4»
Деснянського району м. Києва за 2022-2024 роки**

Рік	Дохід	Активи	Гроші та їх еквіваленти	Довго-строкові зобов'язання	Поточні зобов'язання	Власний капітал	Витрати
2022	57 296 тис. грн	1 083 230 тис. грн	17092 тис. грн	60968 тис. грн	49349 тис. грн	964910 тис. грн	75 817 тис. грн
2023	63 533 тис. грн	1 058 847 тис. грн	16784 тис. грн	48616 тис. грн	24032 тис. грн	944069 тис. грн	88 585 тис. грн
2024	59 125 тис. грн	1 023 730 тис. грн	17684 тис. грн	45427 тис. грн	28714 тис. грн	963589 тис. грн	91 214 тис. грн

Джерело: створено авторкою на основі фінансових звітів КНП «ЦПМСД №4» Деснянського району м. Києва.

У 2023 році дохід підприємства зріс на 10,9% порівняно з 2022 роком (із 57 296 тис. грн до 63 533 тис. грн), що свідчить про підвищення обсягів наданих медичних послуг, оптимізацію контрагування з НСЗУ та ефективніше використання ресурсів. Водночас у 2024 році дохід зменшився до 59 125 тис. грн (на 6,9%), що може бути наслідком скорочення фінансування за окремими пакетами послуг або зменшення кількості відвідувань пацієнтів.

Витрати медичного закладу протягом періоду зросли на 20% (з 75 817 тис. грн у 2022 р. до 91 214 тис. грн у 2024 р.). Така тенденція вказує на зростання собівартості медичних послуг, що може бути зумовлено підвищенням заробітних плат медичного персоналу, вартості енергоносіїв та медичних матеріалів.

Власний капітал ЗОЗ залишається домінуючим джерелом фінансування, хоча має незначну тенденцію до зниження (з 964 910 тис. грн у 2022 р. до 963 589 тис. грн у 2024 р.). Це свідчить про високий рівень фінансової автономії (понад 90%) і мінімальну залежність від зовнішніх кредиторів. У 2024 році показник власного капіталу становив 963 589 тис. грн, що лише на 0,1% менше, ніж у 2022 році, тобто фінансова стабільність підприємства зберігається.

Загальні зобов'язання протягом трьох років скоротилися на 32,8% (з 110 317 грн до 74 141 грн). Основну частину складають поточні зобов'язання, які у 2024 році становили 39% усіх боргових зобов'язань. Поточні зобов'язання зросли з 49 349 тис. грн до 28 714 тис. грн, що свідчить про стабільність у розрахунках із постачальниками та контроль за кредиторською заборгованістю. Водночас зменшення довгострокових зобов'язань майже на 25% (із 60 968 грн у 2022 р. до 45 427 грн у 2024 р.) свідчить про поступове погашення боргових зобов'язань та скорочення потреби у довгостроковому фінансуванні.

Загальна сума активів упродовж трьох років зменшилася на 5,5% (з 1 083 230 тис. грн у 2022 році до 1 023 730 грн у 2024 році), що пов'язано переважно зі зменшенням оборотних активів та накопиченням зносу основних засобів.

Необоротні активи становлять понад 95% у структурі активів, що є типовим для медичних закладів, орієнтованих на використання довгострокових ресурсів, таких як будівлі, обладнання, медична техніка.

Первісна вартість основних засобів протягом 2022–2024 років залишалася незмінною – 3 749 940 тис. грн, проте знос зріс на 1,5% (із 3 119 556 грн до 3 167 932 грн.), що свідчить про поступове старіння обладнання.

Оборотні активи у 2024 році становили 77 307 тис. грн, що на 26% більше, ніж у 2022 році. Збільшення цієї статті може свідчити про зростання запасів і грошових ресурсів для забезпечення поточної діяльності. Зокрема,

грошові кошти та їх еквіваленти у 2024 році досягли 17 684 тис. грн, що є позитивною тенденцією з точки зору ліквідності.

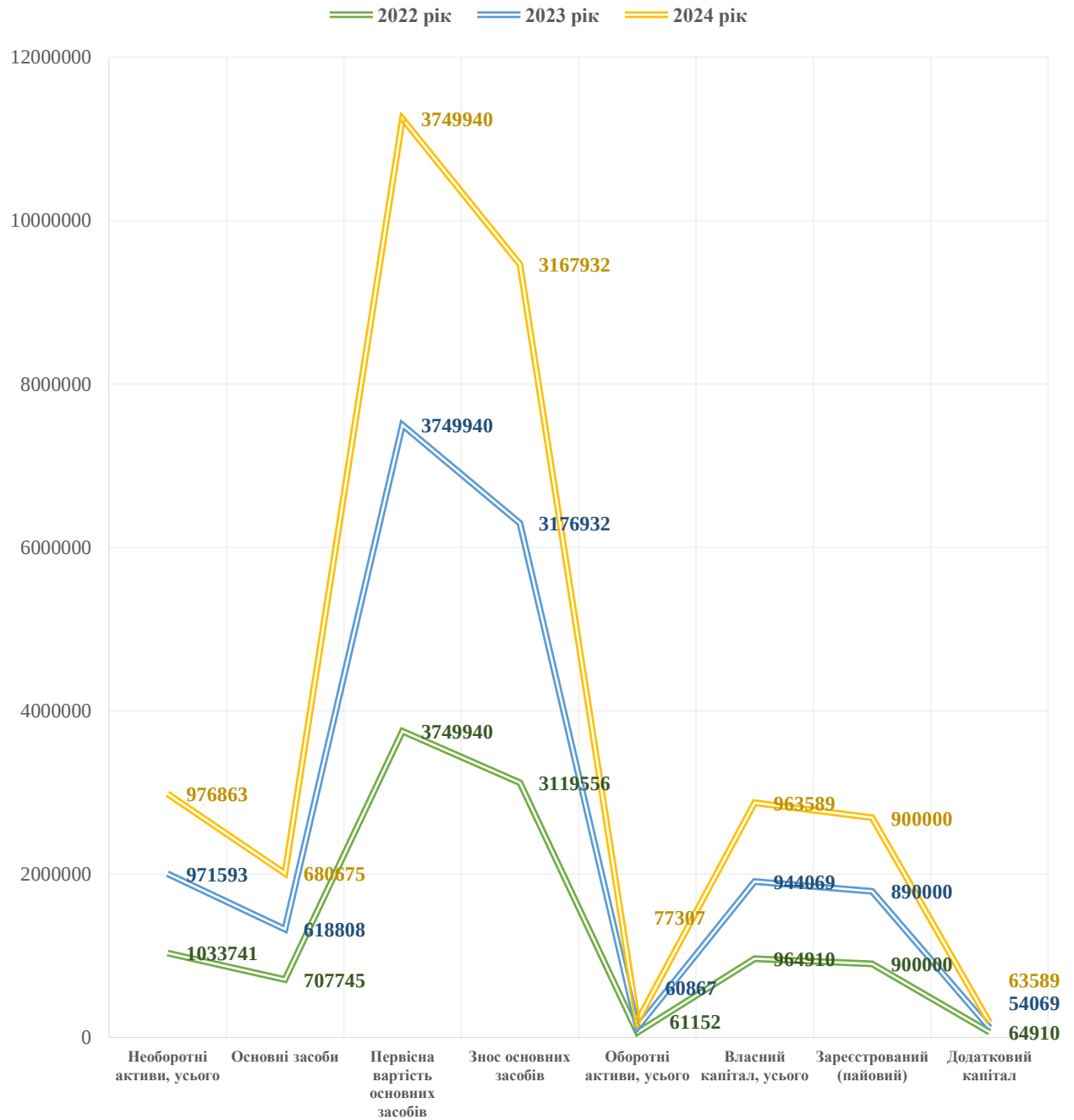


Рисунок 2.2. Динаміка структури активів, зобов'язань та капіталу КНП «ЦПМСД №4» Деснянського району м. Києва за 2022-2024 роки.

Джерело: створено авторкою на основі фінансових звітів КНП «ЦПМСД №4» Деснянського району м. Києва.

Аналіз фінансових коефіцієнтів КНП «ЦПМСД №4» Деснянського району м. Києва за 2022–2024 роки відображає як позитивні, так і проблемні аспекти фінансової діяльності ЗОЗ (таблиця 2.3).

Таблиця 2.3

**Фінансові коефіцієнти ліквідності та структури капіталу КНП
«ЦПМСД №4» Деснянського району м. Києва за 2022-2024 роки**

Показник	2022	2023	2024	Нормативне значення
Коефіцієнт автономії	0,89	0,89	0,94	> 0,5
Коефіцієнт фінансової залежності	0,10	0,08	0,08	< 0,5
Коефіцієнт поточної ліквідності	1,24	2,53	2,69	> 1,0
Коефіцієнт швидкої ліквідності	1,20	2,44	2,61	0,6–1,0
Коефіцієнт абсолютної ліквідності	0,35	0,70	0,62	≥ 0,2
Коефіцієнт зносу основних засобів	0,83	0,85	0,84	< 0,5
Коефіцієнт придатності основних засобів	0,17	0,15	0,16	> 0,5

Джерело: створено авторкою на основі фінансових звітів КНП «ЦПМСД №4» Деснянського району м. Києва.

Коефіцієнт автономії упродовж 2022 – 2024 років перебуває на стабільно високому рівні, що значно перевищує нормативне значення (>0,5). Це свідчить про високий рівень фінансової незалежності підприємства та його здатність функціонувати без залучення значних обсягів зовнішнього фінансування.

Коефіцієнт фінансової залежності, відповідно, залишається низьким (0,078), що характеризує підприємство як фінансово стійке та автономне. Це означає, що більша частина активів фінансується за рахунок власного капіталу, а не кредитів чи зобов'язань.

Загалом, ці показники свідчать про стійку фінансову незалежність ЗОЗ, яка забезпечує стабільність діяльності навіть у разі змін умов фінансування в СОЗ.

Коефіцієнт поточної ліквідності у 2022 році становив 1,24, а в 2024 році зріс до 2,69, що суттєво перевищує нормативне значення ($>1,0$). Показник демонструє позитивну тенденцію та свідчить про підвищення здатності підприємства покривати свої короткострокові зобов'язання оборотними активами та підтверджує зміцнення фінансової стійкості та платоспроможності.

Коефіцієнт швидкої ліквідності зріс із 1,20 до 2,61, що перевищує нормативні показники (0,6–1,0) більш, ніж удвічі. Така динаміка свідчить про високу оперативну ліквідність та здатність підприємства виконувати свої фінансові зобов'язання без залучення запасів, що є показником ефективного управління оборотними коштами.

Коефіцієнт абсолютної ліквідності у 2022 році становив 0,35, а у 2024 році – 0,62, що перевищує мінімальне нормативне значення ($\geq 0,2$). Це вказує на те, що підприємство має достатній рівень грошових ресурсів для забезпечення базової платоспроможності та своєчасних розрахунків із кредиторами.

Разом з цим, показники ліквідності демонструють позитивну тенденцію до зростання, що відображає ефективне управління грошовими потоками та поточними активами ЗОЗ.

Водночас коефіцієнт зносу основних засобів у 2022–2024 роках залишається високим (0,83 – 0,85 при цільовому значенні $< 0,5$), що свідчить про значний рівень зношення матеріально-технічної бази і потребу в його оновленні для підтримки ефективного функціонування ЗОЗ.

Коефіцієнт придатності основних засобів становить 0,15–0,17, що є значно нижчим за нормативні значення ($>0,5$) та вказує на обмеженість можливостей використання основних засобів у процесі діяльності та необхідність інвестицій у модернізацію обладнання.

Отже, проведений аналіз свідчить, що КНП «ЦПМСД №4» Деснянського району м. Києва має стабільну фінансову позицію, високий рівень автономії та позитивну динаміку ліквідності, що забезпечує його платоспроможність і самостійність у фінансуванні діяльності. Водночас високий рівень зносу основних засобів потребує оновлення матеріально-технічної бази для подальшого розвитку ЗОЗ та підвищення якості надання медичних послуг.

У сучасних умовах реформування СОЗ фінансова стабільність та ефективне управління ресурсами залишаються ключовими чинниками забезпечення сталого функціонування ЗОЗ.

Для оцінки тенденцій зміни фінансово-економічного стану КНП «ЦПМСД №4» Деснянського району м. Києва проведено аналіз динаміки основних показників діяльності підприємства у період 2022–2024 років (таблиця 2.4).

Таблиця 2.4

**Основні показники фінансової діяльності
КНП «ЦПМСД №4» Деснянського району м. Києва**

Показник	2022	2023	2024
Чистий дохід від реалізації продукції (млн грн)	57,3	63,5	59,1
Собівартість реалізації продукції (млн грн)	62,8	72,7	70,8
Валовий прибуток/збиток (млн грн)	-5,5	-9,2	-11,7
Адміністративні витрати (млн грн)	9,4	11,5	15,1
EBITDA, рентабельність (%)	0,2	0,33	0,26
Капітальні інвестиції (млн грн)	1996,8	18941,9	951,3
Середня кількість працівників	214	212	198
Витрати на оплату праці (млн грн)	43,5	48,6	44,6
Операційний прибуток/ збиток (млн грн)	-10,2	-16,8	-17,8

Власний капітал (млн грн)	315,3	299	282,7
Довгострокові зобов'язання	5,5	6,5	2,4
Коефіцієнт валової рентабельності	-9,60%	-14,49%	-19,80%
Коефіцієнт операційної рентабельності	-17,80%	-26,46%	-30,12%
Коефіцієнт фінансової стійкості	98,29%	97,87%	99,16%

Джерело: створено авторкою на основі фінансових звітів КНП «ЦПМСД №4» Деснянського району м. Києва.

Коефіцієнт валової рентабельності у 2022 році становив -9,6%, що свідчить про перевищення собівартості медичних послуг над отриманими доходами. У 2023 році ситуація погіршилася – показник знизився до -14,5%, що відображає зростання собівартості послуг і збільшення частки адміністративних витрат. У 2024 році рентабельність знизилася до -19,8%, що свідчить про подальше погіршення результатів основної діяльності. Така динаміка вказує на потребу у впровадженні додаткових заходів з оптимізації витрат і підвищення ефективності використання ресурсів.

Операційна рентабельність протягом аналізованого періоду також залишається від'ємною, що демонструє зростання впливу постійних і змінних витрат на фінансовий результат. Високий рівень операційних збитків свідчить про те, що навіть за умови зростання доходів підприємство не покриває витрат, що потребує удосконалення фінансового менеджменту, зокрема контролю за енерговитратами, оплатою праці та матеріальними ресурсами.

Натомість коефіцієнт фінансової стійкості демонструє позитивну динаміку – 98,3% у 2022 році, 97,9% у 2023 році та 99,2% у 2024 році. Це свідчить про високу частку власного капіталу у структурі фінансування та мінімальну залежність від позикових ресурсів. Такий рівень фінансової незалежності дозволяє закладу стабільно функціонувати навіть за умов дефіциту зовнішнього фінансування.

Щодо кадрових показників, середня кількість працівників протягом періоду зменшилася з 214 осіб у 2022 році до 198 осіб у 2024 році, що може бути наслідком оптимізації штату. Водночас витрати на оплату праці залишаються стабільно високими (43,5 – 48,6 млн грн), що вказує на збереження соціальної орієнтованості діяльності ЗОЗ, але водночас підвищує навантаження на собівартість послуг.

Отже, фінансовий аналіз свідчить, що КНП «ЦПМСД №4» Деснянського району м. Києва має високу фінансову незалежність та стійкість, однак його діяльність залишається збитковою через перевищення собівартості над доходами. Для підвищення рентабельності необхідно оптимізувати витрати, посилити контроль за ресурсами та підвищити ефективність використання трудового потенціалу, що сприятиме покращенню фінансових результатів у майбутніх періодах.

Ефективність роботи закладів первинної медичної допомоги значною мірою залежить від кількості підписаних декларацій з пацієнтами, адже саме цей показник визначає обсяг фінансування від НСЗУ. У таблиці 2.5 наведено динаміку кількості декларацій за період з 2022 року по I півріччя 2025 року, а на рисунку 2.3 їх розподіл за віковими групами пацієнтів.

Таблиця 2.5

Статистика поданих декларацій лікарями загальної практики – сімейної медицини КНП «ЦПМСД №4» Деснянського району м. Києва

Показник	I півріччя 2025 року	2024	2023	2022
Загальна кількість поданих декларацій	68909	70662	70572	73896
Структура декларацій за віковими групами:				
Діти до 5 років.	3159	4095	4665	5228
Пацієнти 6–17 років.	13823	15518	15827	15636
Дорослі 18–39 років.	15883	16179	16870	19104
Дорослі 40–64 років.	24114	23729	23145	24173
Пацієнти 65+ років.	11930	11141	10065	9755

Середнє навантаження на 1 лікаря	1253	1240	1238	1274
Максимальне навантаження на лікаря	2000	2000	2000	2000
Мінімальне навантаження на лікаря	400	400	400	400
Місячні надходження від НСЗУ (грн)	4760319	4755473	4781583	5041260
Частка надходжень від декларацій у загальному бюджеті (%)	80	84	87	86

Джерело: створено авторкою на основі даних КНП «ЦПМСД №4» Деснянського району м. Києва.

Упродовж 2022-2024 років загальна кількість поданих декларацій коливалася в межах 70-74 тис., демонструючи незначне зниження на 4,4% порівняно з 2022 роком (із 73 896 до 70 662 декларацій). Станом на I півріччя 2025 року зареєстровано 68 909 декларацій, що може свідчити про певне зменшення кількості задекларованих пацієнтів у зв'язку з міграційними процесами, переукладенням декларацій із лікарями інших ЗОЗ або демографічними змінами в районі обслуговування.

У структурі пацієнтів (рисунки 2.3) найбільшу частку традиційно становлять дорослі віком 40-64 років – близько 34–35% усіх декларацій, що відображає характерну вікову структуру населення міста. Другою за чисельністю групою є дорослі віком 18-39 років (приблизно 22-23%), а пацієнти старше 65 років становлять 16-17%. Частка дітей до 17 років залишається стабільною – близько 24-25%. Такий розподіл підтверджує збалансовану структуру пацієнтів ЗОЗ, що дозволяє рівномірно розподіляти навантаження між лікарями.



Рисунок 2.3. Розподіл поданих декларацій про вибір лікаря загальної практики – сімейної медицини КНП «ЦПМСД №4» Деснянського району м. Києва за віковими групами пацієнтів у 2022 – I півріччі 2025 року.

Джерело: створено авторкою на основі даних КНП «ЦПМСД №4» Деснянського району м. Києва.

Середнє навантаження на одного лікаря у 2022-2024 роках та I півріччі 2025 року коливалося від 1 238 до 1 274 декларацій, тобто близько 60-63% від нормативно допустимого рівня (2000 декларацій). Такий показник свідчить про оптимальне завантаження лікарів і наявність потенціалу для подальшого збільшення кількості задекларованих пацієнтів без ризику перевантаження персоналу.

Місячні надходження від НСЗУ протягом аналізованого періоду залишаються стабільними (у межах 4,7-5,0 млн грн), а частка надходжень від декларацій у загальному бюджеті закладу становить 80-87%, що підтверджує

високу залежність фінансової стабільності підприємства від кількості укладених декларацій.

Отже, КНП «ЦПМСД №4» Деснянського району м. Києва демонструє стабільну динаміку укладення декларацій, зберігаючи збалансовану вікову структуру пацієнтів. Збереження достатньої кількості декларацій та стабільного фінансування від НСЗУ свідчить про ефективну роботу ЗОЗ та високий рівень довіри пацієнтів. Незначне зниження кількості декларацій потребує посилення комунікаційної роботи з населенням для залучення нових пацієнтів. З огляду на достатній кадровий потенціал і помірне навантаження на лікарів, медичний заклад має ресурси для збільшення кількості декларацій та подальшого зміцнення фінансової спроможності.

З метою виявлення сильних та слабких сторін досліджуваного ЗОЗ, проведемо SWOT-аналіз КНП «ЦПМСД №4» Деснянського району м. Києва (таблиця 2.6).

Таблиця 2.6

SWOT-аналіз КНП «ЦПМСД №4» Деснянського району м. Києва

Сильні сторони	Можливості
• Кваліфікований персонал • Оптимізована мережа ПМСД • Комфортні умови роботи в ЦПМСД • Якісний менеджмент • Взаємодія в наданні послуг між ЦПМСД та спеціалізованою медичною допомогою • Розвинена транспортна інфраструктура • Впровадження МІС HELSI • Достатнє комплектування комп'ютерним оснащенням • Великий відсоток підписаних декларацій • Можливість проведення клінічних лабораторних аналізів силами ЦПМСД	• Розширення підписання декларацій з громадянами за рахунок активізації розповсюдження інформації серед населення • Активна позиція місцевої влади, зацікавленість та сприяння щодо розвитку медицини • Співпраця з приватними клініками, кафедрами НМУ імені О.О.Богомольця, НУОЗУ ім. П.Л. Шупика • Можливість для розширення платних медичних послуг • Залучення благодійних фондів, донорських коштів, грантової допомоги
Слабкі сторони	Загрози
• Низька мотивація лікарів старшого віку щодо набуття нових навичок та компетентностей • Потреба в покращенні матеріально-технічного забезпечення ЦПМСД	• Дороговартісність упровадження інноваційних методів діагностики та лікування • Погіршення демографічної ситуації • Висока плинність кадрів, особливо серед

• Потреба в ремонтні приміщень ЦПМСД • Прийом лікарів в одному кабінеті у дві зміни • Потреба у впровадженні інноваційних методів діагностики та лікування	• молодшого медичного персоналу, спеціалістів з немедичною освітою через низьку заробітну плату • Збільшення міграції лікарів на роботу за кордон
--	--

Джерело: створено авторкою на основі даних КНП «ЦПМСД №4» Деснянського району м. Києва.

Результати проведеного SWOT-аналізу КНП «ЦПМСД №4» Деснянського району м. Києва свідчать про необхідність реалізації низки стратегічних заходів, спрямованих на підвищення ефективності управління та конкурентоспроможності ЗОЗ. Насамперед це стосується розширення спектру медичних послуг, модернізації матеріально-технічної бази та впровадження інноваційних технологій у діагностику й лікування. Важливим напрямом розвитку є посилення взаємодії між первинною та спеціалізованою медичними ланками, удосконалення системи маркетингових комунікацій і налагодження співпраці з приватними структурами, закладами вищої медичної освіти та міжнародними фондами. Крім того, підприємство має зосередитися на мотивації персоналу, зокрема лікарів старшого віку та молодшого медичного персоналу, шляхом підвищення рівня оплати праці, забезпечення професійного розвитку та створення комфортних умов роботи. Реалізація зазначених заходів сприятиме зміцненню позицій КНП «ЦПМСД №4» у системі первинної медичної допомоги, покращенню якості медичних послуг і підвищенню рівня довіри населення до ЗОЗ.

Таблиця 2.7

PEST-аналіз зовнішнього середовища

КНП «ЦПМСД №4» Деснянського району м. Києва

P political	E economic	S social	T technological
• Реалізація державної політики у сфері охорони	• Залежність фінансування від кількості	• Збільшення частки населення похилого віку,	• Розвиток електронної системи охорони

здоров'я (ПМГ, контракти з НСЗУ). • Впровадження державної політики інклюзивності та безбар'єрності. • Законодавчі вимоги щодо архітектурної доступності (ДБН В.2.2-40:2018, ISO 21542:2021). • Вплив воєнного стану на стабільність фінансування та кадрову політику. • Підтримка місцевої влади у програмах оновлення інфраструктури ЗОЗ.	підписаних декларацій та обсягів послуг за програмами НСЗУ. • Зростання вартості комунальних послуг і енергоносіїв, що збільшує операційні витрати. • Обмежені можливості оновлення матеріально-технічної бази. • Можливість залучення додаткових джерел фінансування: грантів, місцевих програм, благодійних фондів. • Зростання середньої зарплати медичних працівників як фактор мотивації та утримання кадрів.	зростання потреб у ПМСД. • Запит суспільства на якісні та доступні послуги. • Соціальний запит на інклюзивне середовище та безбар'єрний доступ до ЗОЗ. • Партнерство з громадськими організаціями у сфері охорони здоров'я. • Міграційні процеси, що впливають на зміну контингенту пацієнтів.	здоров'я (eHealth) і MIC HELSI, що сприяє цифровізації процесів. • Розвиток телемедицини, електронних записів та онлайн-консультацій. • Необхідність модернізації обладнання та впровадження принципів універсального дизайну. • Розвиток кібербезпеки та захисту персональних даних пацієнтів.
---	--	--	--

Джерело: створено авторкою на основі даних КНП «ЦПМСД №4» Деснянського району м. Києва.

Таким чином, аналіз діяльності КНП «ЦПМСД №4» Деснянського району м. Києва засвідчив стабільну роботу ЗОЗ в умовах реформування СОЗ. Підприємство характеризується високим рівнем фінансової автономії, належною ліквідністю та ефективним управлінням ресурсами. Кадровий потенціал медичного закладу залишається достатнім для забезпечення якісного надання медичних послуг, хоча спостерігається певна потреба в оновленні матеріально-технічної бази та посиленні мотивації персоналу. Незважаючи на незначне зменшення кількості підписаних декларацій, зберігається стабільне фінансування від НСЗУ та достатній рівень довіри з боку пацієнтів. Загалом досліджуваний ЗОЗ демонструє стійку динаміку

розвитку, проте потребує подальшої оптимізації витрат, підвищення рентабельності діяльності та більш активного впровадження інновацій у медичну практику.

2.2. Оцінка рівня впровадження принципів інклюзивності та безбар'єрності в управлінську практику досліджуваного ЗОЗ

Відповідно до сучасних стандартів організації СОЗ, важливою умовою функціонування закладів первинної медичної допомоги є забезпечення доступності медичних послуг для всіх категорій населення, у тому числі для осіб з інвалідністю, людей похилого віку та інших маломобільних груп. Відповідно до положень Державних будівельних норм України ДБН В.2.2-40:2018 «Інклюзивність будівель і споруд» та Порядку проведення моніторингу безбар'єрності, затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України від 26 травня 2021 року № 537, у КНП «ЦПМСД №4» Деснянського району м. Києва здійснюється системна оцінка рівня безбар'єрності будівель і споруд для маломобільних груп населення.



Рисунок 2.4. Компоненти оцінки ступеня безбар'єрності будівель і споруд відповідно до ДБН В.2.2-40:2018 «Інклюзивність будівель і споруд» та Порядку проведення моніторингу безбар'єрності, затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України від 26 травня 2021 року № 537.

Джерело: створено авторкою на основі даних «Картки безбар'єрності об'єкта фізичного оточення за результатами проведення оцінки ступеня безбар'єрності будівель і споруд» від 07 серпня 2025 року.

Одним із об'єктів оцінювання стала амбулаторія загальної практики сімейної медицини №3, розташована за адресою: м. Київ, бульвар Вигурівський, 4. Результати перевірки оформлені у вигляді «Карток безбар'єрності об'єкта фізичного оточення» від 07 серпня 2025 року.

На основі даних цього документу було проведено аналіз рівня відповідності КНП «ЦПМСД №4» Деснянського району м. Києва вимогам фізичної доступності для маломобільних груп населення (Додаток А).

Шляхи руху до амбулаторії загальної практики сімейної медицини №3 КНП «ЦПМСД №4» Деснянського району м. Києва у цілому характеризуються високим рівнем фізичної доступності, однак мають певні недоліки щодо дотримання нормативів інклюзивності.

Згідно з даними карток безбар'єрності, на прилеглий території передбачено паркувальні місця для осіб з інвалідністю, завширшки не менше ніж 3,5 метра та завдовжки не менше ніж 5 метрів, які розташовані на відстані менше ніж 50 метрів від входу до будівлі, що відповідає вимогам ДБН В.2.2-40:2018. Водночас не дотримано норми щодо кількості спеціальних паркомісць – їхня частка менше 10% від загальної кількості, місця не позначені дорожніми знаками та горизонтальною розміткою із міжнародним символом доступності, що знижує рівень їх візуальної ідентифікації.

Пішохідні доріжки, тротуари та пандуси мають ширину не менше ніж 1,8 м та рівне тверде покриття без вибоїн і перепадів та ширину, що забезпечує комфортний рух осіб на кріслах колісних чи милицях. Перешкоди, бордюри чи інші антипаркувальні елементи відсутні, усі переходи розташовані на одному рівні.

Прилегла територія достатньо освітлена у темну пору доби за рахунок вуличного штучного освітлення, що підвищує рівень безпеки для пацієнтів із порушенням зору. Наявність пандуса забезпечує вільний доступ до ЗОЗ, а його ухил та ширина відповідають встановленим нормативам. Водночас не передбачено тактильного маркування або попереджувальних смуг перед потенційними перешкодами, а також відсутні вказівники із символом доступності до основного або альтернативного входу, що частково знижує рівень інформаційної доступності.

Вхідна група амбулаторії загальної практики сімейної медицини №3 КНП «ЦПМСД №4» Деснянського району м. Києва характеризується достатнім рівнем фізичної доступності для маломобільних груп населення, хоча потребує окремих організаційно-технічних удосконалень.

Основний вхід до будівлі розташований на рівні тротуару, обладнаний зручним пандусом із уклоном не більше ніж 8% та шириною менше, ніж 1,2 метра, рівним покриттям і поручнями з обох боків, що відповідає нормативним вимогам. Усі сходи однакові за формою, шириною і висотою підйому сходинок, а також мають контрастне маркування кольором першої та останньої сходинки. Ширина дверного прорізу становить не менше 0,9 метра у просвіті, що забезпечує безперешкодний доступ осіб на кріслах колісних.

Покриття перед входом має антиковзку поверхню, що сприяє безпечному пересуванню в різну пору року. До того ж, перед перешкодами, що становлять небезпеку для осіб з порушенням зору, а також паралельно до сходів, перед і після сходового маршу розташована попереджувальна тактильна смуга.

Разом із тим, біля входу відсутня кнопка виклику персоналу або система оповіщення, яка б дозволяла людям з інвалідністю звернутися по допомогу у разі потреби. Також не встановлено тактильне маркування перед дверима для осіб із порушенням зору.

Інформаційна навігація в зоні входу частково відповідає принципам інклюзивності: наявні таблички з назвою закладу та графіком роботи, проте вони не продубльовані шрифтом Брайля і не мають контрастного фону, що обмежує доступність для людей зі зниженим зором.

Коридори будівлі мають достатню ширину (понад 1,8 м), що дозволяє безперешкодний двосторонній рух пацієнтів, зокрема осіб, які користуються кріслами колісними. Покриття підлоги рівне, неслизьке, без порогів і перепадів висоти, що знижує ризик травматизму.

Внутрішня інфраструктура амбулаторії загальної практики сімейної медицини №3 КНП «ЦПМСД №4» Деснянського району м. Києва в основному відповідає вимогам ДБН В.2.2-40:2018 «Інклюзивність будівель і споруд». Дверні прорізи в основних приміщеннях (кабінетах прийому, процедурних, реєстратурі) відповідають вимогам інклюзивного доступу: ширина не менше 0,9 м, двері відкриваються назовні або у дві сторони. Відсутність високих порогів робить переміщення пацієнтів комфортним та безпечним.

На шляхах руху осіб з інвалідністю відсутні сходи або бар'єри, що унеможливають пересування осіб на кріслах колісних. У разі наявності перепадів висоти передбачено пандуси із нормативним кутом нахилу до 8%, а усі сходи в межах одного маршруту однакові за формою, мають однакову висоту сходинок та контрастне кольорове маркування. Перед сходами встановлено попереджувальну тактильну смугу, що відповідає вимогам для орієнтування для осіб з порушенням зору.

Внутрішні двері мають ширину не менше 0,9 м, пороги відсутні або не перевищують 2 см, а покриття підлоги – рівне, неслизьке, що мінімізує ризик травмування. Додатково забезпечено візуальний контраст дверей та потенційних перешкод, що сприяє орієнтації пацієнтів із порушеннями зору.

У ЗОЗ створено базові умови для орієнтування осіб з порушенням слуху – наявні візуальні засоби інформування, зокрема таблички та екрани з

текстовою інформацією, проте відсутні системи відеоперекладу жестовою мовою або звукові підсилювачі, що дещо обмежує комунікаційні можливості.

Особлива увага приділяється санітарно-гігієнічним приміщенням, однак тут рівень інклюзивності залишається частковим. У туалетах загального користування облаштовано універсальну кабінку, однак її фактична ширина (1,1 метра) менша за нормативні показники (не менше ніж 1,5 метра).

Недоліком є нестача інформаційних елементів доступності: у будівлі немає план-схеми маршруту руху, мнемосхеми приміщення та шляхів руху із дублюванням інформації шрифтом Брайля. Санітарні кімнати, шляхи і напрямки руху, доступні та безпечні для осіб з інвалідністю, не позначені міжнародним символом доступності, а рецепція не має пониженої секції для обслуговування осіб на кріслах колісних.

Попри це, рівень освітлення в коридорах і приміщеннях відповідає вимогам, забезпечуючи безпечний рух, вільне орієнтування, можливість зорового контакту під час спілкування та розрізняти рухи рук людини, яка використовує мову жестів.

Вертикальні шляхи руху в амбулаторії загальної практики сімейної медицини №3 КНП «ЦПМСД №4» Деснянського району м. Києва частково відповідають вимогам ДБН В.2.2-40:2018 «Інклюзивність будівель і споруд», забезпечуючи доступність приміщень для більшості пацієнтів, але потребують додаткових технічних удосконалень для повної адаптації до потреб осіб з інвалідністю.

Сходи у приміщенні виконані відповідно до нормативів – однакові за висотою і шириною, із контрастним маркуванням першої та останньої сходинки, що підвищує безпеку пересування. Водночас тактильні смуги попередження перед сходами відсутні, що ускладнює орієнтування для людей із порушенням зору.

Будівля обладнана пасажирським ліфтом, який частково відповідає вимогам безбар'єрності: ширина дверей становить 0,8 м (за норми не менше

0,9 м), що обмежує зручність використання для осіб на кріслах колісних. Глибина кабіни також є недостатньою для вільного маневрування. Однак, висота розташування кнопок керування відповідає стандарту (0,85–1,1 м), що дозволяє комфортно користуватися ліфтом особам із різним рівнем мобільності. Рівень підлоги ліфта збігається з рівнем підлоги поверху, що забезпечує безпечний заїзд і виїзд крісел колісних.

Процес відкриття та закриття дверей супроводжується звуковим сигналом, в той же час голосове повідомлення про номер поверху відсутнє, що обмежує орієнтування осіб із порушенням зору. Нумери поверхів, зазначені на кнопках ліфта, не подані збільшеним шрифтом та не продубльовані шрифтом Брайля.

У разі необхідності надання послуг пацієнтам із порушенням мобільності, ЗОЗ організовує прийом на першому поверсі, що дозволяє компенсувати обмеження у вертикальній доступності.

Забезпечення безбар'єрного середовища є одним із ключових напрямів підвищення якості медичних послуг та дотримання принципів рівності доступу в охороні здоров'я. У зв'язку з цим важливим етапом аналізу діяльності КНП «ЦПМСД №4» Деснянського району м. Києва є оцінка рівня впровадження принципів інклюзивності та безбар'єрності в управлінську практику та архітектурне середовище ЗОЗ.

Проведена оцінка рівня безбар'єрності амбулаторії загальної практики сімейної медицини №3 КНП «ЦПМСД №4» Деснянського району м. Києва засвідчила, що ЗОЗ має достатньо високий рівень фізичної доступності для маломобільних груп населення. Основні елементи інфраструктури – шляхи руху до будівлі, вхідна група, пандуси, внутрішні коридори – відповідають ключовим вимогам ДБН В.2.2-40:2018 «Інклюзивність будівель і споруд». Це забезпечує можливість безпечного, відносно зручного та автономного пересування пацієнтів з інвалідністю та інших маломобільних груп.

Відповідно до положень Державних будівельних норм України ДБН В.2.2-40:2018 «Інклюзивність будівель і споруд» та Порядку проведення

моніторингу безбар'єрності, затвердженого Постановою Кабінету Міністрів України від 26 травня 2021 року № 537, у КНП «ЦПМСД №4» Деснянського району м. Києва здійснюється системна оцінка рівня безбар'єрності будівель і споруд для маломобільних груп населення, за результатами якої досліджуваний ЗОЗ, а саме: амбулаторія загальної практики сімейної медицини №3 КНП «ЦПМСД №4» Деснянського району м. Києва класифікована як частково безбар'єрний об'єкт, тобто забезпечено відповідність лише критеріям безбар'єрності із високою критичністю. Така оцінка зумовлена низкою важливих недоліків, які потребують усунення для досягнення відповідності всіх критеріїв безбар'єрності. Серед основних невідповідностей: відсутність тактильних смуг перед сходами та небезпечними зонами, недостатня кількість спеціально позначених паркувальних місць, відсутність систем тактильної та візуальної навігації всередині ЗОЗ (плани-схеми, мнемосхеми, дублювання табличок шрифтом Брайля), а також невідповідність окремих елементів обладнання ліфтів та універсальних санітарних кабін.

Отже, з урахуванням виявлених недоліків можна стверджувати, що амбулаторія загальної практики сімейної медицини №3 КНП «ЦПМСД №4» Деснянського району м. Києва вже має базовий рівень безбар'єрності та значну кількість елементів, які відповідають нормативним вимогам. Однак для отримання статусу повністю безбар'єрного об'єкта необхідно впровадити додаткові організаційні та технічні заходи. Усунення виявлених недоліків суттєво підвищить комфорт пацієнтів, покращить доступність послуг та забезпечить відповідність сучасним стандартам безбар'єрності, визначеним державними нормативами та принципами універсального дизайну.

2.3. Виявлення ключових бар'єрів та потреб пацієнтів і персоналу досліджуваного ЗОЗ в контексті створення інклюзивного та безбар'єрного середовища

Для оцінки рівня інклюзивності та безбар'єрності в КНП «ЦПМСД №4» Деснянського району м. Києва проведено анонімне опитування двох цільових груп – медичних працівників амбулаторії загальної практики сімейної медицини №3 та пацієнтів з інвалідністю, які отримують медичні послуги в амбулаторії загальної практики сімейної медицини №3 КНП «ЦПМСД №4» Деснянського району м. Києва. Опитування проводилось з жовтня по листопад 2025 року за допомогою структурованих Google-форм із 10 закритих питань.

Опитано 32 співробітники (17,9% від загальної кількості працівників) загальної практики сімейної медицини №3, з яких 15 (46,9%) – особи з інвалідністю. Анкета включала запитання щодо професійної підготовки, наявності ресурсів для роботи з пацієнтами з інвалідністю, суб'єктивної оцінки доступності середовища та організаційних процесів у ЗОЗ.

Опитано 39 пацієнтів із різними формами інвалідності. Анкета містила блоки питань щодо фізичної, інформаційної, комунікативної доступності, зручності користування послугами та досвіду взаємодії з працівниками ЗОЗ.

Результати опитування медичних працівників, проведеного з метою оцінки рівня інклюзивності та безбар'єрності у КНП «ЦПМСД № 4» Деснянського району м. Києва, демонструють достатньо сформоване розуміння інклюзивності та безбар'єрності як складової сучасної СОЗ.

Насамперед, більшість працівників уже мають досвід спеціалізованого навчання щодо роботи з пацієнтами з інвалідністю (37,5%) або зацікавлені в його проходженні (25,0%), що підтверджує високу мотивацію до професійного розвитку в цьому напрямі (рис. 2.5). Запровадження регулярних освітніх програм та практичних тренінгів дозволить підвищити рівень підготовки колективу до взаємодії з пацієнтами з інвалідністю.

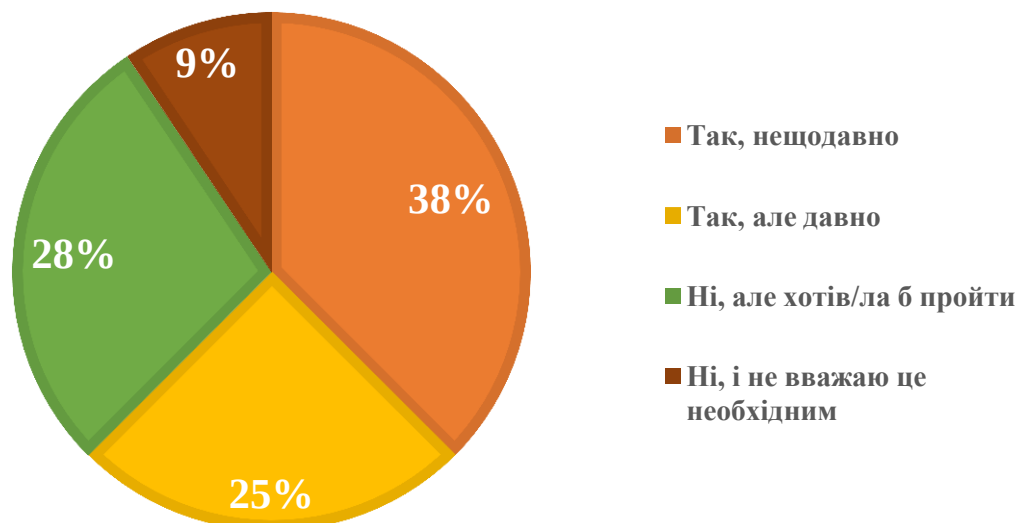


Рисунок 2.5. Розподіл відповідей медичних працівників щодо проходження спеціалізованого навчання з обслуговування пацієнтів з інвалідністю.

Джерело: створено авторкою.

Поряд із аналізом рівня підготовленості персоналу додатково оцінено їхнє бачення доступності внутрішнього середовища для пацієнтів з інвалідністю (рисунок 2.6). Отримані результати свідчать, що більшість працівників оцінюють орієнтування в ЗОЗ як достатньо зручне та легке для пацієнтів з інвалідністю (82,2%). Водночас чверть опитаних (25,0%) зазначають наявність певних труднощів, що вказує на окремі недоліки інфраструктури або інформаційного середовища, які потребують вдосконалення з метою підвищення загального рівня інклюзивності та безбар'єрності середовища.

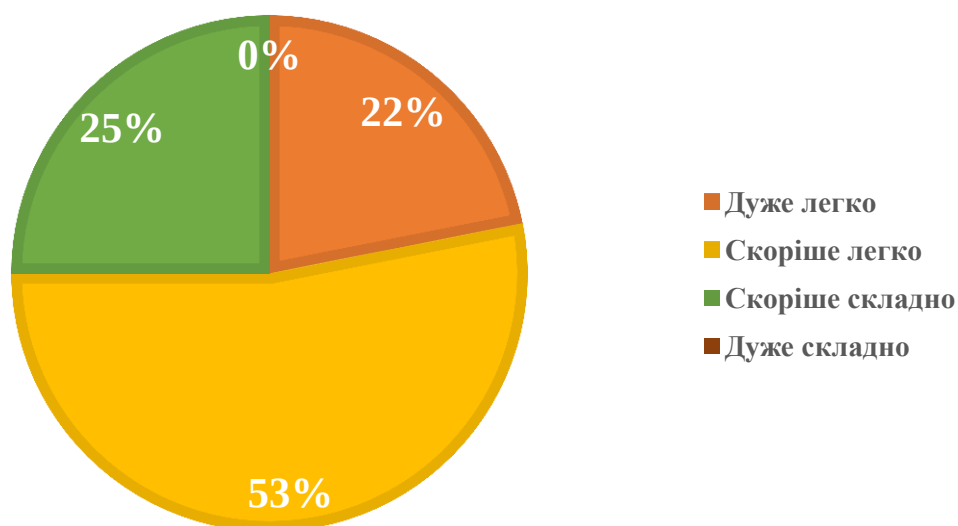


Рисунок 2.6. Розподіл відповідей медичних працівників щодо легкості орієнтування пацієнтів з інвалідністю у ЗОЗ.

Джерело: створено авторкою.

Також, проаналізовано рівень обізнаності персоналу щодо алгоритму дій та механізмів підтримки пацієнтів з інвалідністю (рисунок 2.7). Отримані результати демонструють достатній, хоча й нерівномірний рівень поінформованості працівників: 43,8% респондентів зазначили, що чітко знають, до кого слід звертатися у разі потреби, тоді як 31,3% частково ознайомлені в цьому питанні. Для 25,0% опитаних алгоритм залишається невідомим, що потенційно може ускладнювати своєчасне надання допомоги пацієнтам з інвалідністю.

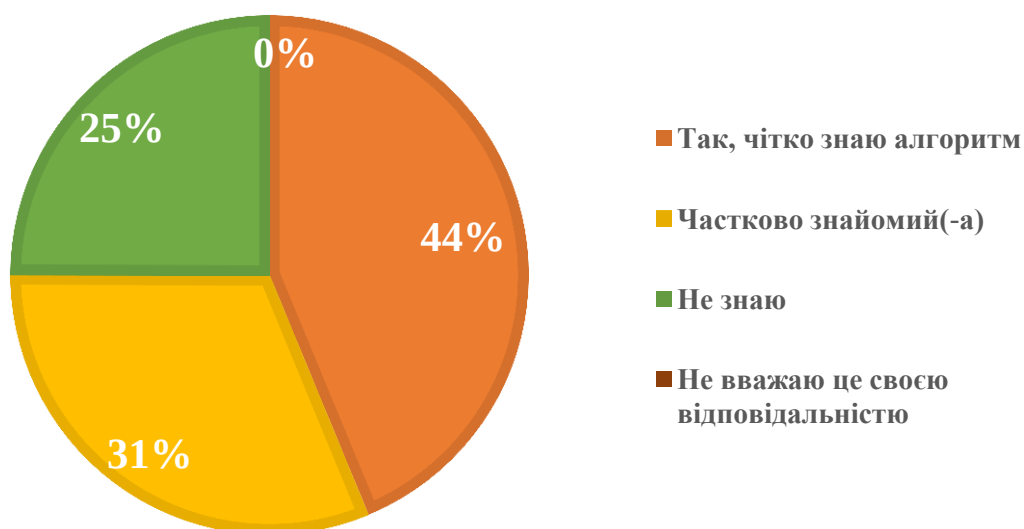


Рисунок 2.7. Розподіл відповідей медичних працівників щодо їхньої обізнаності про те, до кого саме слід звертатися у разі потреби в підтримці пацієнта з інвалідністю.

Джерело: створено авторкою.

Працівники також зазначили, що теми інклюзивності та безбар'єрності загалом присутні у професійних дискусіях ЗОЗ: вони обговорюються на нарадах, тренінгах та семінарах (рисунок 2.8). 62,5% респондентів зазначили, що обговорення відбувається періодично, а 28,1% – що воно є регулярним і постійним. Водночас 6,3% респондентів повідомили про поодинокі випадки такого обговорення, а 3,1% – про його відсутність. Такий розподіл відповідей свідчить про необхідність запровадження більш системного підходу до внутрішньої комунікації та інтеграції питань інклюзивності та безбар'єрності у формат робочих нарад, тренінгів і навчальних заходів для формування єдиного розуміння цих понять усіма членами команди.

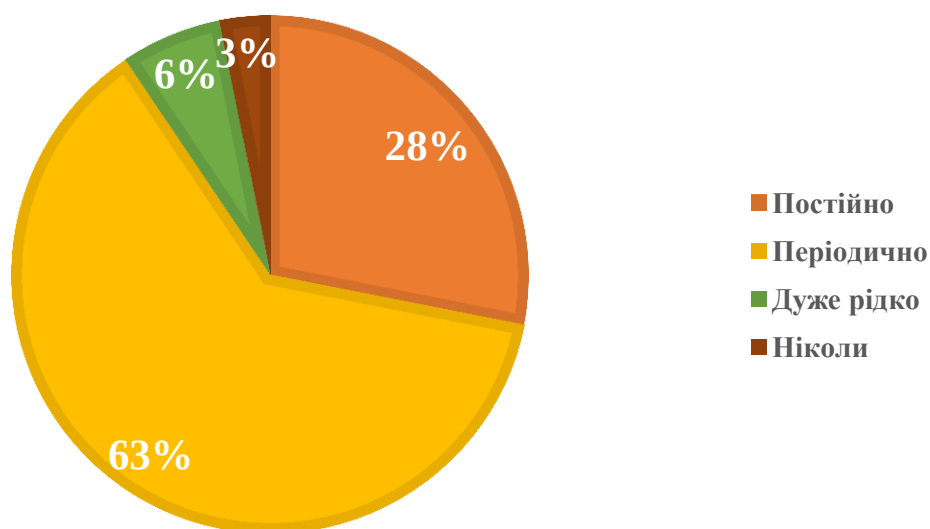


Рисунок 2.8. Розподіл відповідей медичних працівників щодо частоти обговорення у відділенні питань інклюзивності та безбар'єрності (під час нарад, тренінгів, семінарів).

Джерело: створено авторкою.

У процесі анкетування було з'ясовано, що більшість працівників (87,5%) мають доступ до ресурсів та рекомендацій з ефективної комунікації з пацієнтами, які мають різні форми інвалідності (рисунок 2.9). Водночас майже половина респондентів (46,9%) зазначили, що ці матеріали потребують оновлення, що може свідчити про їхню застарілість або недостатню відповідність сучасним міжнародним стандартам. Лише 12,5% опитаних повідомили, що таких матеріалів майже немає. Отримані дані вказують на наявність загальної інформаційної бази в ЗОЗ, однак підкреслюють потребу в її актуалізації.

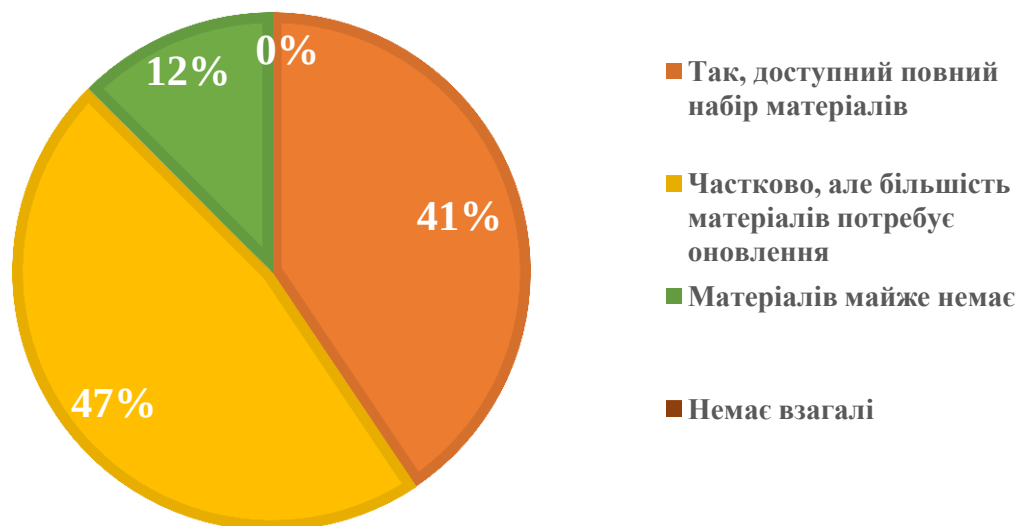


Рисунок 2.9. Розподіл відповідей медичних працівників щодо наявності у них доступу до ресурсів або рекомендацій з ефективної комунікації з пацієнтами, які мають різні форми інвалідності.

Джерело: створено авторкою.

Питання участі персоналу в ухваленні рішень характеризується певною нерівномірністю. Понад половина (56,3%) працівників відзначає свою активну залученість до розробки заходів щодо підвищення інклюзивності та безбар'єрності в ЗОЗ, ще третина (28,1%) вказує на епізодичне врахування їхньої думки (рисунок 2.10). Водночас 15,6% респондентів повідомляють, що відповідні управлінські рішення приймаються без участі персоналу. Отримані дані вказують на необхідність підвищення системності та прозорості механізмів залучення працівників до процесу ухвалення рішень у сфері інклюзивності та безбар'єрності.

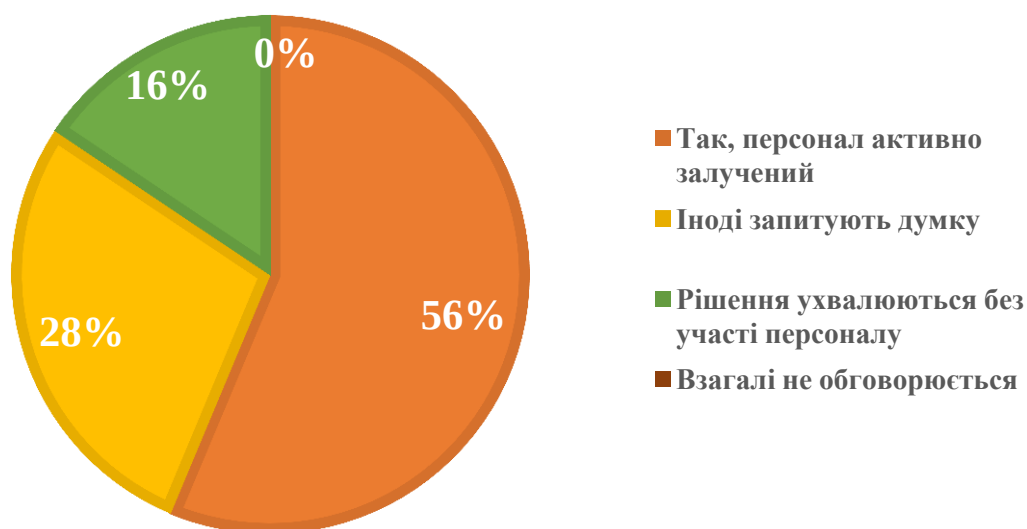


Рисунок 2.10. Розподіл відповідей медичних працівників щодо врахування їхньої думки під час розробки заходів з підвищення інклюзивності та безбар'єрності в ЗОЗ.

Джерело: створено авторкою.

Важливо, що у межах оцінки ключових напрямів, які найперше потребують покращення для забезпечення інклюзивності та безбар'єрності в ЗОЗ, працівники визначили потребу в технічному забезпеченні та спеціалізованому обладнанні як найбільш пріоритетний аспект (37,5%), що свідчить про відчутну необхідність у модернізації матеріально-технічної бази ЗОЗ (рисунок 2.11). Другим за значущістю напрямом обрано фізичну доступність (34,4%). Питання розвитку інформаційної доступності та ефективної комунікації (15,6%), а також підвищення професійної підготовки персоналу (12,5%) отримали нижчі оцінки, але залишаються важливими складовими системи впровадження принципів інклюзивності та безбар'єрності. Результати свідчать про узгодженість між пріоритетами працівників і раніше виявленими бар'єрами та акцентування уваги на тих аспектах, які найчастіше створюють труднощі у взаємодії з пацієнтами з інвалідністю.

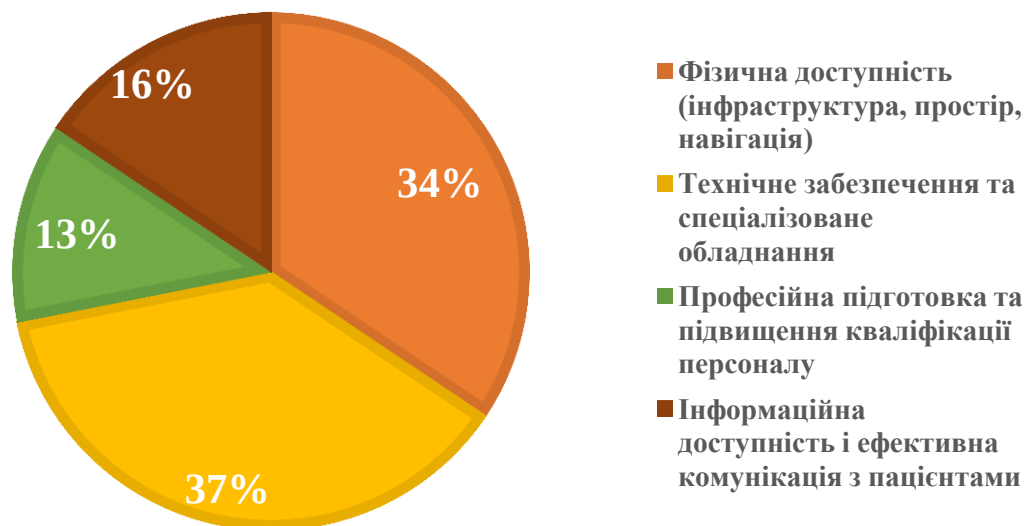


Рисунок 2.11. Розподіл відповідей медичних працівників щодо аспектів, які, на їхню думку, найперше потребують покращення для забезпечення інклюзивності та безбар'єрності в ЗОЗ.

Джерело: створено авторкою.

Оцінювання рівня інклюзивності та безбар'єрності в ЗОЗ неможливе без урахування досвіду пацієнтів, особливо осіб з інвалідністю, які отримують медичні послуги в КНП «ЦПМСД №4» Деснянського району м. Києва, та більш точно відображають ефективність організації роботи ЗОЗ з упровадження принципів інклюзивності та безбар'єрності. Порівняння управлінського бачення персоналу з реальним досвідом користувачів послуг дозволяє сформулювати цілісне уявлення про рівень інклюзивності та безбар'єрності, виявити наявні недоліки, а також визначити пріоритетні напрями, що потребують подальшого вдосконалення. Результати проведеного опитування пацієнтів представлено у додатку 3.

Отримані результати опитування пацієнтів демонструють загалом високий рівень доступності медичних послуг в амбулаторії загальної практики сімейної медицини №3 КНП «ЦПМСД №4» Деснянського району м. Києва. Переважна більшість респондентів (69,2%) зазначили, що їм було зручно дістатися до ЗОЗ, а 76,9% опитаних потрапили до будівлі без жодних перешкод (рисунок 2.12 та 2.13).

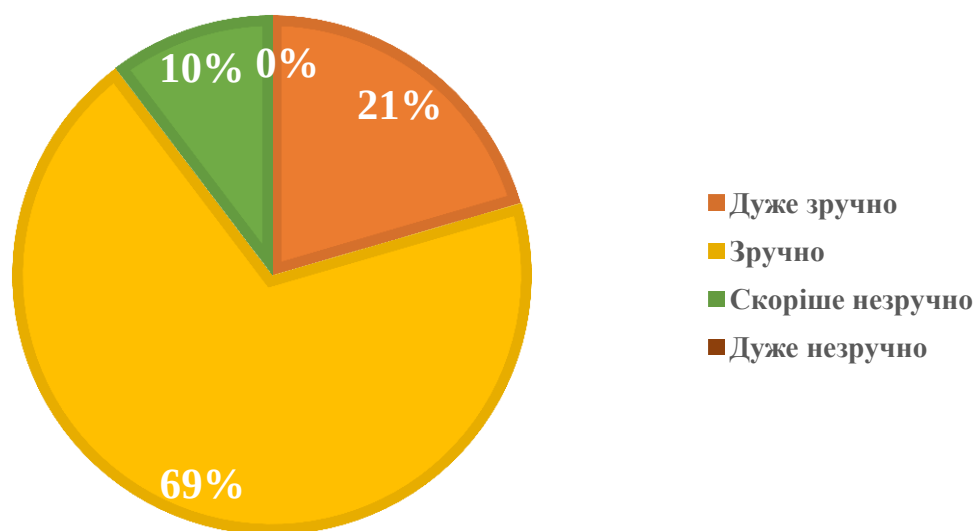


Рисунок 2.12. Розподіл відповідей пацієнтів з інвалідністю щодо зручності маршруту до 303.

Джерело: створено авторкою.

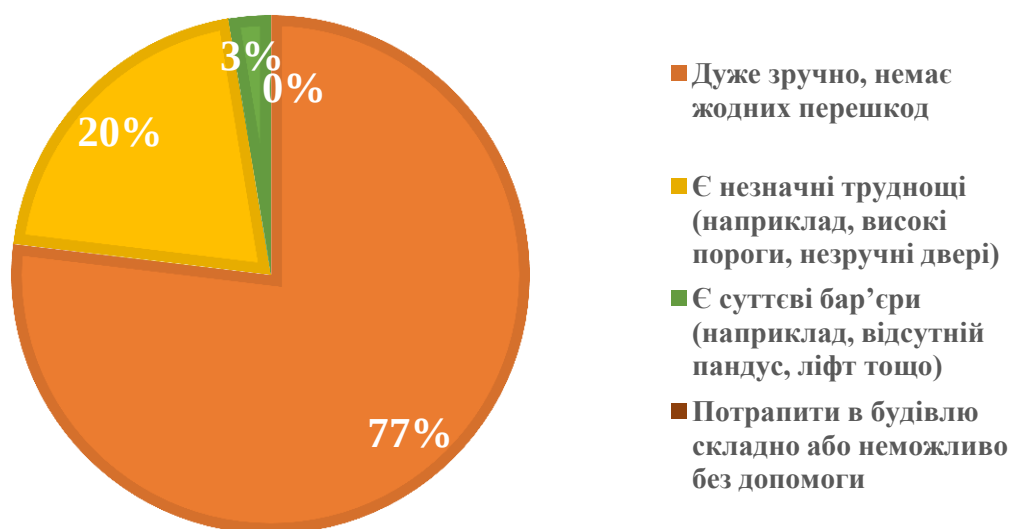


Рисунок 2.13. Розподіл відповідей пацієнтів з інвалідністю щодо зручності доступу до будівлі 303.

Джерело: створено авторкою.

Особливо високі показники отримала внутрішня навігація в 303. Більшість (74,4%) респондентів зазначили, що інформаційні таблички та вказівники повністю зрозумілі, забезпечуючи легке переміщення між

кабінетами (рисунок 2.14). Такі показники свідчать про відповідність ключових елементів фізичної доступності потребам пацієнтів, зокрема особам з інвалідністю та підтверджують ефективність організаційних рішень, спрямованих на забезпечення простоти пересування в амбулаторії загальної практики сімейної медицини №3 КНП «ЦПМСД №4» Деснянського району м. Києва.

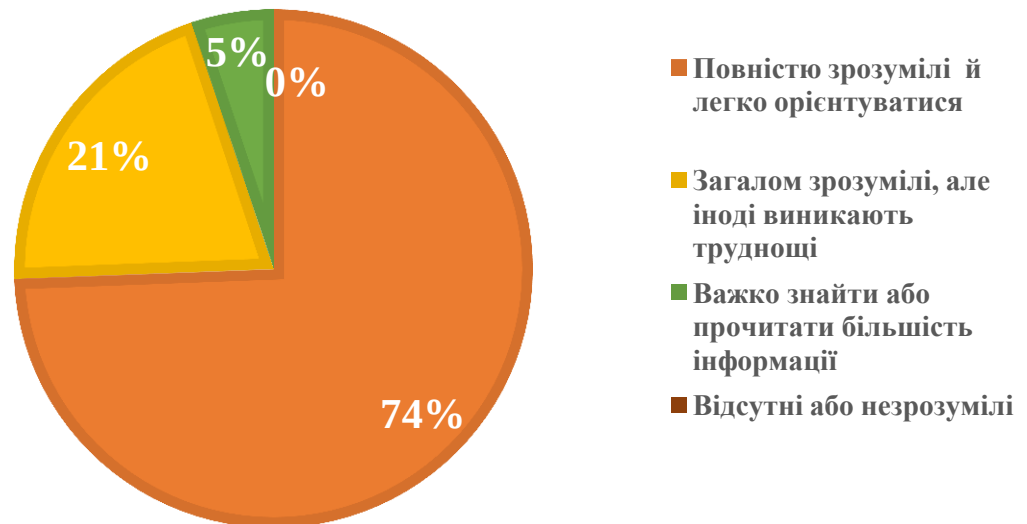


Рисунок 2.14. Розподіл відповідей пацієнтів з інвалідністю щодо зрозумілості вказівників, інформаційних табличок та розташування кабінетів у ЗОЗ.

Джерело: створено авторкою.

Більш неоднорідні результати пов'язані з оцінкою доступності паркувальних місць для осіб з інвалідністю (рисунок 2.15). Лише третина респондентів (33,3%) зазначили повну доступність спеціалізованих паркувальних місць, тоді як найбільша частка опитаних (35,9%) оцінила її як часткову. Ще 17,9% повідомили про недостатність таких місць, а 12,8% – про їх повну відсутність. Це свідчить про необхідність подальшого вдосконалення компонентів інфраструктури, що забезпечують комфортні умови пересування та зручність користування послугами ЗОЗ пацієнтами з інвалідністю.

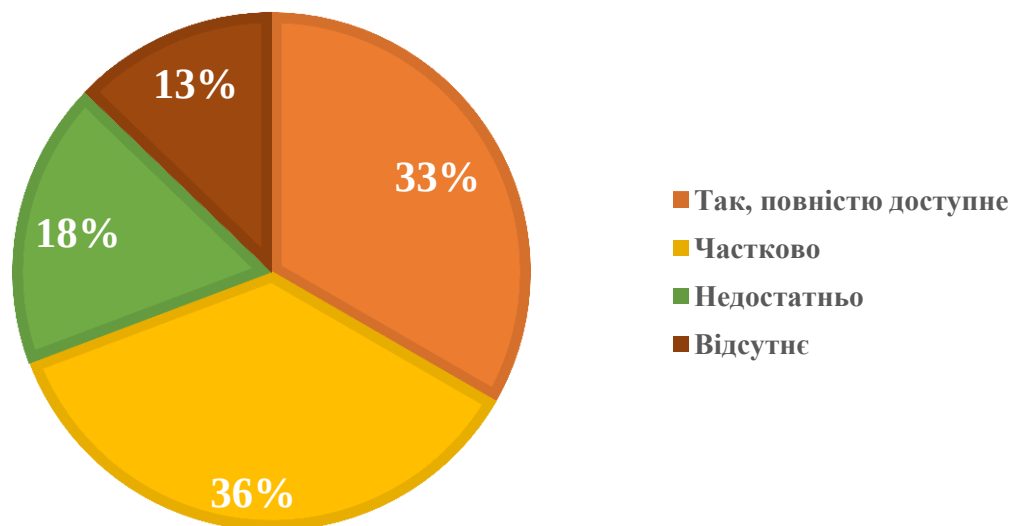


Рисунок 2.15. Розподіл відповідей пацієнтів з інвалідністю щодо доступності паркувальних місць в ЗОЗ.

Джерело: створено авторкою.

Пацієнти з інвалідністю високо оцінили доступність інформації щодо медичних послуг, плану обстеження та призначень. Переважна більшість респондентів (74,4%) отримала всю необхідну медичну інформацію у повністю зручному та зрозумілому для них форматі (рисунок 2.16). Важливо, що не було зафіксовано випадків повної відсутності пояснень або незручності формату їх подання, що підтверджує належний рівень інформаційної доступності та комунікації медичних працівників із пацієнтами, включно з особами, які можуть потребувати адаптованих способів інформування.

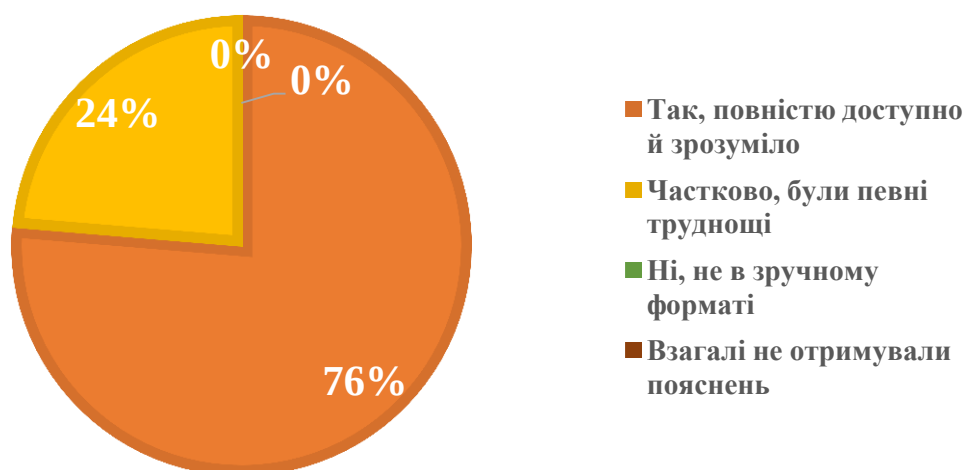


Рисунок 2.16. Розподіл відповідей пацієнтів з інвалідністю щодо доступності медичної інформації в ЗОЗ.

Джерело: створено авторкою.

Переважає більшість пацієнтів відмітили дуже поважне та підтримуюче ставлення медичних працівників (69,2%) та врахування їхніх індивідуальних потреб у процесі надання медичної допомоги (74,4%) (рисунок 2.17 та 2.18). Жоден із опитаних не повідомив про байдужість, неповагу чи прояви дискримінації з боку представників медичної команди. Подібна оцінка відображає сформовану інклюзивну та етичну комунікацію між пацієнтами та працівниками ЗОЗ.

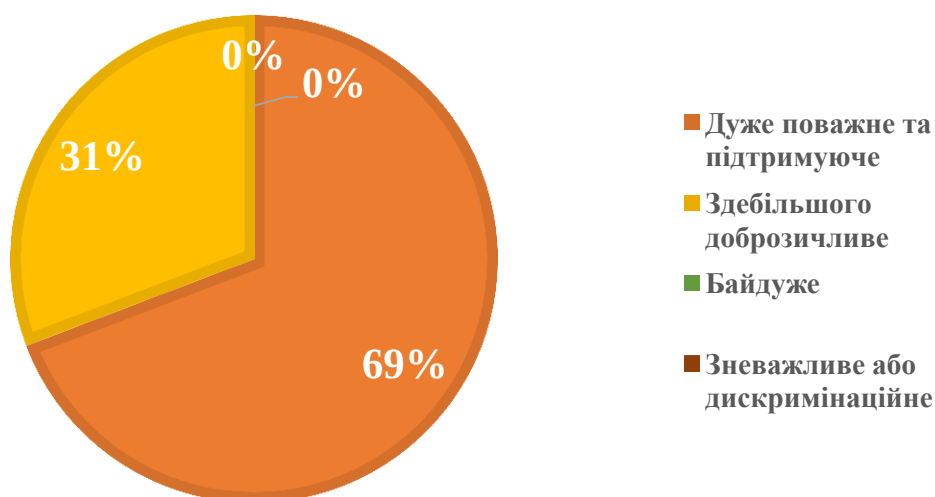


Рисунок 2.17. Розподіл відповідей пацієнтів з інвалідністю щодо оцінки рівня поваги та доброзичливості медичного персоналу в ЗОЗ.

Джерело: створено авторкою.

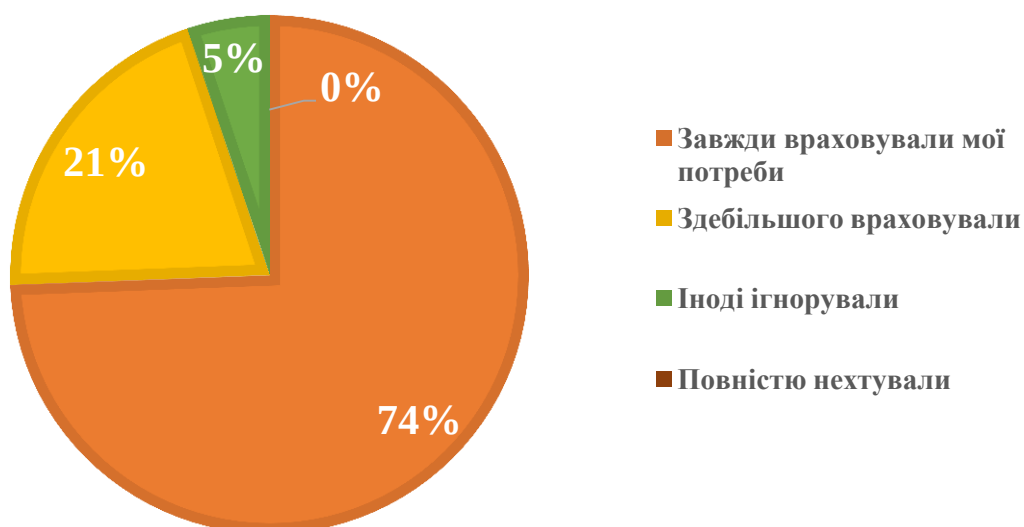


Рисунок 2.18. Розподіл відповідей пацієнтів з інвалідністю щодо уважності працівників ЗОЗ до їхніх індивідуальних потреб.

Джерело: створено авторкою.

Аналіз результатів опитування пацієнтів з інвалідністю підтверджує, що КНП «ЦПМСД №4» Деснянського району м. Києва демонструє загалом високий рівень інклюзивності та безбар'єрності медичних послуг. Найвищі оцінки отримали фізична доступність ЗОЗ, зрозумілість внутрішньої навігації, доступність медичної інформації, комунікація з медичними працівниками та врахування індивідуальних потреб у процесі надання допомоги.

Водночас виявлено окремі обмеження інфраструктури, насамперед пов'язані з доступністю паркувальних місць для осіб з інвалідністю. Цей компонент залишився найбільш неоднорідним за оцінками респондентів. Також варто врахувати окремі випадки труднощів із записом на прийом, що може вимагати вдосконалення механізмів альтернативних каналів комунікації.

Отже, отримані дані формують важливу основу для вдосконалення управлінських підходів до впровадження принципів інклюзивності та безбар'єрності в КНП «ЦПМСД №4» Деснянського району м. Києва. Вони

підтверджують вже сформовані компоненти доступності та одночасно окреслюють напрями подальшого розвитку, передусім удосконалення зовнішньої інфраструктури та посилення доступності сервісів для осіб із різними формами інвалідності. У сукупності це сприятиме формуванню більш системного та орієнтованого на пацієнта підходу до імплементації принципів інклюзивності та безбар'єрності в управління ЗОЗ.

Висновки до розділу 2

Результати аналізу стану імплементації принципів інклюзивності та безбар'єрності в КНП «ЦПМСД № 4» Деснянського району м. Києва, наведені у розділі 2, дали змогу комплексно оцінити фінансово-кадрові, організаційні та управлінські передумови впровадження інклюзивних і безбар'єрних рішень, а також визначити ключові обмеження і потреби подальшого розвитку ЗОЗ:

1. Встановлено, що ЗОЗ є стабільно функціонуючим надавачем первинної медичної допомоги, орієнтованим на комплексне, безперервне та пацієнтоорієнтоване обслуговування населення. Наявність розгалуженої мережі амбулаторій, кваліфікованого кадрового складу та сформованих управлінських процесів створює базові організаційні умови для реалізації управлінських змін, зокрема у сфері інклюзивності та безбар'єрності.

2. Визначено, що фінансово-економічний стан КНП «ЦПМСД № 4» Деснянського району м. Києва характеризується достатнім рівнем стабільності та фінансової самодостатності в межах виконання договору з НСЗУ. Показники ліквідності, автономії та структури витрат свідчать про раціональне управління фінансовими ресурсами. Водночас виявлено суттєвий рівень зносу основних засобів, що формує об'єктивну потребу в цільових інвестиціях у модернізацію інфраструктури та матеріально-технічної бази як передумови підвищення рівня безбар'єрності.

3. Оцінка кадрового потенціалу засвідчила, що чисельність і структура персоналу загалом відповідають функціональним завданням закладу

первинної медичної допомоги. Разом із цим визначено необхідність розвитку управлінських і професійних компетентностей персоналу, зокрема у сфері інклюзивної комунікації та роботи з уразливими групами пацієнтів, що має безпосередній вплив на якість та доступність медичних послуг.

4. Проаналізовано, що структура укладених декларацій із пацієнтами є стабільною та забезпечує прогнозованість фінансування за програмою медичних гарантій. Рівномірний розподіл навантаження між лікарями формує організаційні передумови для планування управлінських заходів, спрямованих на підвищення сервісної складової та впровадження інклюзивних практик без ризику перевантаження персоналу.

5. Результати SWOT- та PEST-аналізу дозволили ідентифікувати ключові сильні сторони ЗОЗ, серед яких: розвинена мережа амбулаторій, кваліфікований персонал, функціонування ЕКОЗ (зокрема МІС HELSI), налагоджена міжрівнева взаємодія в СОЗ. Водночас встановлено наявність зовнішніх і внутрішніх викликів, зокрема зношеність інфраструктури, потребу в оновленні обладнання, кадрові ризики та вплив загальноекономічних і безпекових факторів, що обмежують темпи впровадження інклюзивних рішень.

6. За результатами оцінки рівня інклюзивності та безбар'єрності встановлено, що КНП «ЦПМСД № 4» Деснянського району м. Києва має базовий рівень архітектурної доступності та відповідає ключовим вимогам ДБН В.2.2-40:2018. Разом з тим, окремі елементи внутрішньої інфраструктури, навігації та інформаційного забезпечення лише частково відповідають сучасним стандартам ISO 21542:2021 і принципам універсального дизайну, що дає підстави класифікувати ЗОЗ як частково безбар'єрний та визначити напрями подальшої модернізації.

7. Аналіз результатів опитування персоналу та пацієнтів засвідчив, що інклюзивність і безбар'єрність сприймаються як важливі складові діяльності ЗОЗ. При цьому персонал демонструє готовність до підвищення рівня компетентностей, але зазначає потребу у чітких управлінських алгоритмах,

навчальних матеріалах і практичних інструментах. Пацієнти ж вказують на труднощі, пов'язані з навігацією, доступністю інформації та пересуванням усередині приміщень, що впливає на загальний досвід отримання медичної допомоги.

Отже, КНП «ЦПМСД № 4» Деснянського району м. Києва є стабільним закладом первинної медичної допомоги з достатнім кадровим і фінансовим потенціалом та налагодженими управлінськими процесами. Водночас подальший розвиток ЗОЗ потребує системної модернізації матеріально-технічної бази та цілеспрямованої імплементації принципів інклюзивності й безбар'єрності як складової управлінських рішень. Отримані результати створюють аналітичне підґрунтя для розроблення управлінських рекомендацій і механізмів удосконалення діяльності ЗОЗ, що становить зміст Розділу 3.

РОЗДІЛ 3. УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІНСЬКОЇ ПРАКТИКИ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА ЗАСАДАХ ІНКЛЮЗИВНОСТІ ТА БЕЗБАР'ЄРНОСТІ

3.1. Розробка управлінських рішень та рекомендацій для впровадження принципів інклюзивності та безбар'єрності в досліджуваному ЗОЗ

Результати проведеного аналізу продемонстрували, що КНП «ЦПМСД №4» Деснянського району м. Києва має досить високий рівень доступності та комфортності медичного обслуговування, проте потребує подальшого вдосконалення управлінських підходів у сфері інклюзивності та безбар'єрності. Для підвищення рівня інклюзивності та безбар'єрності важливо сформувати комплексну політику управління, що охоплює організаційні, кадрові, інформаційно-комунікаційні, технічні та соціальні напрями (рисунок 3.1).



Рисунок 3.1. Модель комплексної політики управління КНП «ЦПМСД №4» Деснянського району м. Києва щодо впровадження заходів з підвищення рівня інклюзивності та безбар'єрності.

Джерело: створено авторкою.

Організаційні рішення. Для забезпечення системного підходу до імплементації принципів інклюзивності та безбар'єрності у діяльність ЗОЗ доцільним є створення окремої посади координатора з питань інклюзивності та безбар'єрності. Основними функціональними завданнями координатора мають бути:

- систематичний моніторинг стану архітектурної, інформаційної та цифрової доступності структурних підрозділів ЗОЗ;
- координація діяльності служб і відділень під час проведення ремонтних чи модернізаційних робіт для забезпечення відповідності нормам ДБН В.2.2-40:2018;
- організація навчальних заходів для адміністрації та медичного персоналу щодо принципів інклюзивного обслуговування пацієнтів;
- взаємодія із громадськими організаціями осіб з інвалідністю та представниками маломобільних груп з метою врахування їхніх потреб у процесі управлінських рішень.

Створення такої посади дозволить інтегрувати принципи інклюзивності у всі управлінські процеси – від стратегічного планування розвитку ЗОЗ до щоденної організації медичної діяльності. Це забезпечить не лише контроль за дотриманням норм інклюзивності та безбар'єрності, але й формування у колективі стійкої інклюзивної організаційної культури.

Важливим елементом реалізації принципів інклюзивності та безбар'єрності має стати створення та впровадження «Паспорта інклюзивності закладу охорони здоров'я» (рисунок 3.2).



Рисунок 3.2. Пропозиція макету та компонентів «Паспорта інклюзивності закладу охорони здоров'я».

Джерело: створено авторкою.

Цей документ доцільно розглядати як систематизований інструмент управлінського обліку, моніторингу та планування заходів, спрямованих на забезпечення доступності медичних послуг для всіх категорій населення, зокрема осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп.

Паспорт інклюзивності ЗОЗ повинен містити структуровану інформацію про:

- стан архітектурної доступності будівель і приміщень (наявність пандусів, ліфтів, тактильних елементів, ширину дверних прорізів тощо);
- рівень інформаційної доступності (наявність контрастного маркування, табличок шрифтом Брайля, навігаційних схем, засобів для осіб з порушеннями слуху чи зору);
- кадрові та комунікаційні складові інклюзивності (наявність підготовленого персоналу, координатора, проведення тренінгів тощо);

- стан цифрової доступності (адаптація вебресурсів, онлайн-запис, дистанційні консультації, інклюзивність комунікацій).

Вказаний документ дозволить комплексно оцінити поточний стан інклюзивності ЗОЗ, визначити пріоритетні напрями модернізації, здійснювати щорічний аудит змін і формувати довгострокову програму розвитку безбар'єрного середовища.

Ще одним управлінським інструментом, який забезпечить системність і сталість процесу впровадження принципів інклюзивності та безбар'єрності, є створення «Положення про інклюзивну політику закладу охорони здоров'я». Цей документ має визначати стратегічні орієнтири, організаційні механізми, відповідальність структурних підрозділів і посадових осіб за реалізацію заходів із забезпечення доступності для всіх категорій населення.

Зазначене положення доцільно розробити як частину внутрішньої системи управління якістю та інтегрувати до нормативно-правової бази ЗОЗ. У ньому слід передбачити:

- принципи та цілі інклюзивної політики (забезпечення рівного доступу, універсального дизайну, поваги до гідності пацієнта тощо);
- розподіл повноважень між керівництвом, координатором із питань інклюзивності та медичним персоналом;
- порядок планування, затвердження та реалізації інклюзивних заходів;
- систему звітності та моніторингу стану безбар'єрності;
- процедури реагування на звернення та пропозиції від пацієнтів з інклюзивністю;
- механізми оцінки ефективності реалізації політики (шляхом проведення аудитів, опитування або оцінки індикаторів доступності).

Впровадження цього нормативного документу забезпечить відповідність управлінських практик європейським стандартам соціальної відповідальності та принципам управління ESG (Environmental, Social, Governance) та стане основою для оцінки ефективності реалізації безбар'єрних ініціатив у довгостроковій перспективі.

Цифрові та інформаційно-комунікаційні рішення. З метою підвищення рівня доступності та зручності взаємодії пацієнтів із ЗОЗ доцільним є впровадження цифрових інструментів підтримки інклюзивності, які не лише розширюють можливості комунікації для осіб із різними потребами, але й формують сучасне інформаційне середовище, яке відповідає принципам цифрової трансформації СОЗ (рисунок 3.3).

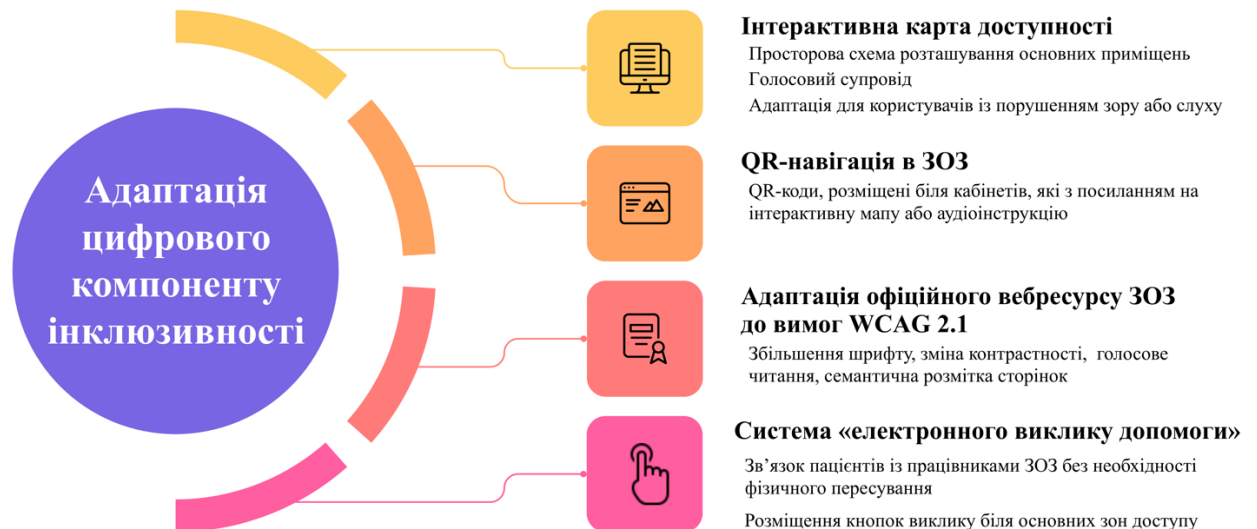


Рисунок 3.3. Компоненти адаптації цифрового компоненту інклюзивності в ЗОЗ.

Джерело: створено авторкою.

Одним із ключових напрямів є створення інтерактивної карти доступності на офіційному вебсайті медичного закладу. Такий ресурс має відображати просторову схему розташування основних приміщень: реєстратури, кабінетів лікарів, санітарних кімнат, пандусів, ліфтів та евакуаційних виходів. Доцільно передбачити можливість голосового супроводу маршруту та адаптації для користувачів із порушенням зору або слуху (шляхом дублювання тексту, контрастні кольори, відео з перекладом жестовою мовою). Це дозволить особам із обмеженою мобільністю або сенсорними порушеннями самостійно орієнтуватися в просторі ЗОЗ.

Додатково доцільно запровадити QR-навігацію всередині ЗОЗ – спеціальні QR-коди, розміщені біля кабінетів і в ключових зонах маршруту,

які відкриватимуть на смартфоні інтерактивну мапу або аудіоінструкцію. Такий підхід значно полегшує орієнтування для осіб з порушенням зору та забезпечує зручний доступ до інформації для всіх пацієнтів.

Важливою складовою також є адаптація офіційного вебресурсу медичного закладу до вимог інклюзивності: забезпечення можливості збільшення шрифту, зміни контрастності, активації голосового читання, а також використання семантичної розмітки сторінок відповідно до міжнародного стандарту WCAG 2.1.

Встановлення системи «електронного виклику допомоги», що забезпечує можливість оперативного зв'язку пацієнтів із працівниками ЗОЗ без необхідності фізичного пересування. Така система передбачає розміщення кнопок виклику біля основних зон доступу: біля головного входу, у коридорах, санітарно-гігієнічних приміщеннях, процедурних кабінетах. При натисканні кнопки сигнал надходить до поста чергового або адміністратора, який може миттєво зреагувати та забезпечити необхідну допомогу. З управлінської точки зору, система «електронного виклику допомоги» може бути інтегрована до внутрішньої мережі ЗОЗ або пов'язана з мобільним застосунком, що дозволить фіксувати частоту звернень, час реагування та якість обслуговування, що стане частиною моніторингу показників безбар'єрності та доступності медичних послуг.

Кадровий та освітній напрям. Важливою складовою впровадження принципів інклюзивності та безбар'єрності є формування компетентностей інклюзивності персоналу. Підготовлений, свідомий і соціально відповідальний медичний колектив є необхідною складовою ефективної реалізації управлінських рішень у сфері доступності.

Пропонується впровадження щорічного «Дня інклюзивності» – освітньо-комунікаційного заходу, спрямованого на підвищення рівня обізнаності медичного персоналу щодо потреб маломобільних груп населення, осіб із інвалідністю та пацієнтів із когнітивними порушеннями (рисунок 3.4).



Рисунок 3.4. Запропоновані компоненти для вдосконалення кадрового та освітнього компонентів інклюзивності та безбар'єрності в КНП «ЦПМСД №4» Деснянського району м. Києва.

Джерело: створено авторкою.

Формат проведення такого заходу може включати:

- тренінги та практичні симуляції, що моделюють пересування осіб на кріслах колісних, орієнтування із зав'язаними очима, користування пандусами, інформаційними табличками, викликами допомоги тощо;
- дискусійні панелі та воркшопи за участі представників громадських організацій осіб з інвалідністю, експертів із безбар'єрності;
- інформаційні лекції з актуальних питань реалізації державної політики у сфері інклюзивності та адаптації будівельних стандартів до потреб населення;
- аналіз реальних кейсів комунікації з пацієнтами, спрямований на формування навичок емпатійного, толерантного та коректного спілкування.

Результатом проведення «Дня інклюзивності» стане не лише підвищення професійної обізнаності персоналу, але й формування культури інклюзивності, тобто розуміння, що інклюзивність це не лише фізична

доступність, а й формування психологічно комфортного, толерантного та дружнього середовища. Доцільно, щоб за підсумками заходу здійснювався внутрішній моніторинг рівня компетентностей інклюзивності персоналу із подальшим оновленням навчальних програм та адаптацією внутрішніх нормативно-правових документів.

Додатковим елементом підвищення компетентностей інклюзивності працівників КНП «ЦПМСД №4» Деснянського району м. Києва є організація короткого онлайн-курсу «Інклюзивна медицина», спрямованого на формування системного розуміння принципів інклюзивності у практичній діяльності медичних працівників.

Метою курсу є розвиток навичок ефективної комунікації з пацієнтами різних категорій, а також підвищення рівня готовності персоналу діяти у ситуаціях, що потребують особливої уваги до потреб осіб з інвалідністю.

Програма курсу включатиме такі тематичні модулі:

- основи універсального дизайну у ЗОЗ – принципи облаштування доступного середовища відповідно до сучасних стандартів безбар'єрності;
- етичні стандарти спілкування з людьми з інвалідністю – формування навичок толерантної, емпатичної та професійної комунікації;
- дії медичного персоналу у надзвичайних ситуаціях – маршрути евакуації та алгоритм допомоги пацієнтам із інвалідністю;
- взаємодія з перекладачами жестової мови — забезпечення ефективного обслуговування пацієнтів із порушеннями слуху, зокрема під час прийому, консультацій чи діагностичних процедур.

Онлайн-формат дозволить задіяти всіх працівників закладу незалежно від їхнього графіка роботи, забезпечити доступність навчання та інтегрувати матеріали курсу до системи внутрішнього підвищення кваліфікації.

Розроблення комплексної системи стимулювання персоналу, що включатиме як матеріальні, так і нематеріальні інструменти заохочення за ініціативи, спрямовані на покращення доступності медичних послуг,

сприятиме залученню працівників до процесів впровадження принципів інклюзивності та безбар'єрності у діяльність ЗОЗ.

Зокрема, матеріальне стимулювання може передбачати:

- преміювання працівників, які беруть участь у реалізації проєктів із розвитку безбар'єрної інфраструктури ЗОЗ;
- надання одноразових доплат за підготовку або впровадження пропозицій, спрямованих на підвищення доступності інфраструктури ЗОЗ;
- врахування участі у таких заходах під час розподілу фонду матеріального заохочення та преміювання;
- залучення працівників до участі у грантових та спонсорських програмах, орієнтованих на розвиток безбар'єрного середовища та підвищення якості медичних послуг.

Нематеріальне стимулювання, у свою чергу, має забезпечувати моральне визнання професійних досягнень працівників. Його основними складовими можуть бути:

- надання почесних відзнак і сертифікатів працівникам, які проявили ініціативу у сфері впровадження інклюзивності;
- створення внутрішнього рейтингу «Посол інклюзивності» для працівників, які систематично долучаються до реалізації інклюзивних ініціатив;
- відображення здобутків у щорічній оцінці результативності.

Запровадження такої комплексної системи стимулювання сприятиме підвищенню мотивації персоналу, зміцненню корпоративних цінностей, формуванню системної підтримки інклюзивності та розвитку командної взаємодії. У довгостроковій перспективі це дозволить інтегрувати принципи інклюзивності та безбар'єрності в усі рівні управлінської діяльності закладу, забезпечивши розвиток КНП «ЦПМСД №4» Деснянського району м. Києва, як соціально відповідального та сучасного медичного закладу.

Матеріально-технічні рішення. Для підвищення рівня фізичної та інформаційної доступності доцільним є удосконалення матеріально-технічної бази закладу відповідно до принципів універсального дизайну (рисунок 3.5).



Рисунок 3.5. Елементи вдосконалення матеріально-технічної бази ЗОЗ відповідно до принципів універсального дизайну.

Джерело: створено авторкою.

Одним із ключових напрямів є облаштування мнемосхем і тактильних елементів у зонах входу, коридорах та основних приміщеннях. Такі елементи полегшать орієнтацію осіб із порушенням зору, забезпечуючи можливість самостійного пересування в межах будівлі. Мнемосхеми повинні містити контрастні позначення приміщень, маршрутів руху, розташування пандусів, санітарних кімнат, евакуаційних виходів, а також дублювати інформацію шрифтом Брайля.

Крім того, доцільно забезпечити:

- встановлення тактильних покажчиків і табличок із контрастним маркуванням, що позначатимуть номери кабінетів, функціональні приміщення та санвузли;
- покращення освітлення у зонах пересування, сходових маршах і вестибюлях для підвищення рівня безпеки;

- заміна вхідних дверей на автоматичні або обладнані кнопкою безконтактного відкривання для осіб з обмеженими фізичними можливостями;
- облаштування пониженої секції рецепції висотою 0,75–0,8 м, що забезпечить комфортне спілкування з пацієнтами, які пересуваються на кріслах колісних.

Важливим елементом удосконалення інфраструктури КНП «ЦПМСД №4» Деснянського району м. Києва є модернізація зони очікування, спрямована на створення комфортного, безпечного та психологічно сприятливого простору для пацієнтів різних вікових і соціальних груп.

Передусім доцільно облаштувати дитячий куточок із м'якими меблями, інтерактивними елементами та навчально-ігровими матеріалами, що буде зручною для батьків із малими дітьми та знизить їх рівень тривожності під час очікування прийому.

Слід також передбачити встановлення сидінь різного типу (із підлокітниками та без них, різної висоти й конструкції), що дасть змогу комфортно розміститися пацієнтам із різним рівнем мобільності, у тому числі людям старшого віку та особам із фізичними обмеженнями.

Важливо забезпечити достатній рівень природного та штучного освітлення без ефекту засліплення, використати звукопоглинальні матеріали для зменшення шумового навантаження, що особливо важливо для осіб із сенсорними розладами чи підвищеною чутливістю до звуків.

Модернізація зони очікування сприятиме не лише підвищенню рівня інклюзивності ЗОЗ, але й формуванню позитивного психологічного клімату в закладі, що є складовою пацієнтоорієнтованої моделі управління ЗОЗ.

Переобладнання санітарно-гігієнічних приміщень відповідно до стандартів універсального дизайну та положень ДБН В.2.2-40:2018 «Інклюзивність будівель і споруд». Зокрема, передбачається збільшення площі санітарних кабін для вільного маневрування осіб, які користуються

кріслами колісними, а також монтаж горизонтальних і вертикальних поручнів для підтримки під час пересування або пересаджування.

Крім того, доцільним є встановлення системи тривожного виклику персоналу, розташованої на висоті 0,8–1,1 метра від підлоги, з дублюванням звукового й світлового сигналу. Дані оновлення забезпечать оперативне реагування у разі виникнення надзвичайних ситуацій та підвищать рівень безпеки для пацієнтів.

Соціальний напрям. З метою сприяння імплементації принципів інклюзивності та безбар'єрності в управлінську практику ЗОЗ важливим є налагодження партнерської взаємодії із представниками громадянських організацій, що об'єднують осіб з інвалідністю та маломобільних груп населення (рисунок 3.6).

**Меморандум про співпрацю
з місцевими громадськими
організаціями осіб з
інвалідністю**



**Партнерство з навчальними
медичними закладами
(коледжами та
університетами)**



**Участь у грантових програмах,
ініціативах благодійних фондів
та міжнародних проєктах**

Рисунок 3.6. Компоненти вдосконалення соціального напрямку інклюзивності та безбар'єрності в КНП «ЦПМСД №4» Деснянського району м. Києва.

Джерело: створено авторкою.

Доцільним кроком є укладання Меморандуму про співпрацю з місцевими громадськими організаціями осіб з інвалідністю, які мають експертний досвід у впровадженні доступності та універсального дизайну. Оскільки КНП «ЦПМСД №4» Деснянського району м. Києва є некомерційним комунальним медичним підприємством, заснованим на комунальній власності територіальної громади міста Києва, фінансова незалежність ЗОЗ має обмежений характер. Саме тому одним із дієвих інструментів підвищення фінансової спроможності у реалізації ініціатив з впровадження інклюзивності є залучення зовнішніх фінансових ресурсів, спрямованих на підтримку інклюзивного розвитку ЗОЗ.

З цією метою доцільно залучити КНП «ЦПМСД №4» Деснянського району м. Києва до участі у грантових програмах, ініціативах благодійних фондів та міжнародних проєктах, таких як громадська організація «Безбар'єрність», «Всеукраїнська асоціація перекладачів жестової мови та людей з інвалідністю», «Безбар'єрна Україна», благодійний фонд «АІК», «UNDP Ukraine», «EU4Health» тощо.

Фінансова підтримка даних організацій допоможе у модернізації та переобладнанні інфраструктури відповідно до стандартів універсального дизайну, створенню цифрових інструментів доступності та організації навчальних програм для персоналу.

Співпраця з міжнародними організаціями та благодійними фондами, не лише сприятиме залученню додаткових фінансових ресурсів, але й сформує імідж соціально відповідального ЗОЗ.

Ще одним важливим напрямом є розвиток соціального партнерства з профільними навчальними медичними закладами (коледжами та університетами), що здійснюють підготовку фахівців у галузі охорони здоров'я.

У межах такої співпраці передбачається залучення студентів до волонтерських ініціатив, спрямованих на допомогу пацієнтам з інвалідністю, супровід під час візитів до лікаря, участь у просвітницьких заходах щодо

інклюзивності та здорового способу життя. Це дозволить не лише підвищити рівень соціальної взаємодії між ЗОЗ і громадою, а й сприятиме формуванню у майбутніх фахівців емпатії, професійної етики та практичних навичок роботи з різними категоріями пацієнтів.

Дана ініціатива може бути реалізована шляхом спільних освітньо-волонтерських програм, практичних тренінгів, а також включення тем інклюзивності до програм виробничої практики студентів.

Реалізація комплексу управлінських, організаційних та технічних рішень, спрямованих на імплементацію принципів інклюзивності та безбар'єрності в управлінську діяльність КНП «ЦПМСД №4» Деснянського району м. Києва, сприятиме:

- формуванню інклюзивного та безбар'єрного середовища у ЗОЗ, орієнтованого на потреби всіх груп населення;
- зниженню рівня фізичних, інформаційних та комунікаційних бар'єрів, що обмежують доступ до медичних послуг;
- підвищенню якості надання медичних послуг та, відповідно, рівню задоволеності та довіри пацієнтів до системи первинної медичної допомоги;
- формуванню іміджу КНП «ЦПМСД №4» Деснянського району м. Києва як соціально відповідального, сучасного та пацієнтоорієнтованого ЗОЗ;
- оптимізації управлінських процесів у впровадженні принципів інклюзивності та безбар'єрності.

Отже, імплементація запропонованих управлінських рішень дозволить КНП «ЦПМСД №4» Деснянського району м. Києва перейти від етапу часткової адаптації до комплексного впровадження принципів інклюзивності та безбар'єрності в управлінську діяльність, що підвищить ефективність управління ресурсами й сприятиме довгостроковому соціальному розвитку ЗОЗ.

3.2. Система моніторингу, оцінки ефективності та контролю реалізації інклюзивних та безбар'єрних управлінських заходів у досліджуваному закладі охорони здоров'я

Ефективність імплементації принципів інклюзивності та безбар'єрності в управлінську діяльність ЗОЗ значною мірою залежить від того, наскільки системно організовано моніторинг, оцінку результатів та подальший управлінський контроль. У сучасній управлінській практиці ці процеси розглядаються як інтегрований компонент циклу постійного вдосконалення Plan–Do–Check–Act (PDCA), що забезпечує не лише виявлення бар'єрів, а й формування доказової бази для ухвалення управлінських рішень. Для ЗОЗ, зокрема для КНП «ЦПМСД №4» Деснянського району м. Києва, така система є ключовим інструментом досягнення відповідності державним та міжнародним вимогам у сфері інклюзивності та безбар'єрності.

Моніторинг управлінських заходів, спрямованих на розвиток інклюзивності та безбар'єрності у ЗОЗ, розглядається як системний та безперервний процес, спрямований на контроль стану доступності за всіма її ключовими складовими: фізичною, організаційною, інформаційно-цифровою та соціально-культурною. Він має забезпечувати своєчасне виявлення відхилень або порушень, що можуть впливати на рівність доступу до послуг, а також формувати аналітичну основу для коригування управлінських рішень.

Основна мета моніторингу полягає у виявленні невідповідностей між фактичним станом доступності та вимогами державних нормативних документів (ДБН В.2.2-40:2018 «Інклюзивність будівель і споруд. Основні положення», ДСТУ ISO 21542:2021 «Будинки та споруди. Доступність і зручність використання урбанізованого середовища», Національна стратегія створення безбар'єрного простору до 2030 року), а також внутрішніх стандартів ЗОЗ. Системний підхід до моніторингу дозволяє не лише фіксувати наявні проблеми, але й забезпечувати активне управління змінами, формувати культуру відповідальності та безперервного вдосконалення.

У системі моніторингу КНП «ЦПМСД №4» Деснянського району м. Києва доцільно виділити такі ключові принципи:

1. Регулярність – моніторинг здійснюється відповідно до затвердженого плану (щомісячно, щоквартально, раз на півроку або щорічно, у залежності від показника).

2. Комплексність – охоплення всіх компонентів доступності: фізичної, організаційної, інформаційно-цифрової та соціально-культурної. Комплексний підхід гарантує цілісне, а не фрагментарне, бачення стану інклюзивності та безбар'єрності.

3. Об'єктивність та доказовість – використання стандартизованих інструментів (чек-листів, опитувальників, аудиторських форм тощо), що унеможливає суб'єктивні оцінки.

4. Участь пацієнтів та персоналу, оскільки вони розглядаються як ключові джерела інформації для системи моніторингу. Інформація, отримана через опитування, інтерв'ю, скарги та пропозиції, дає змогу оцінювати доступність не лише формально, але й з точки зору реального досвіду користувачів.

5. Підзвітність – формування системи внутрішніх звітів, що подаються керівнику медичного закладу та структурним підрозділам і забезпечують прозорість процесу, дисциплінує виконавців і сприяє управлінському контролю.

Враховуючи сучасні підходи до управління якістю в охороні здоров'я (ISO 9001:2015, WHO quality of care standards), моніторинг інклюзивності та безбар'єрності має здійснюватися на трьох рівнях: операційному, тактичному та стратегічному (рисунок 3.7).



Рисунок 3.7. Рівні моніторингу впровадження принципів інклюзивності та безбар'єрності в ЗОЗ.

Джерело: створено авторкою.

1. *Операційний рівень* (поточний контроль процесів): передбачає щоденний та щотижневий контроль за дотриманням вимог інклюзивності та безбар'єрності у практичній діяльності ЗОЗ. Виконується на рівні підрозділів і спрямований на своєчасне виявлення проблем, що можуть безпосередньо вплинути на доступність та якість надання медичних послуг.

Основні напрями моніторингу на операційному рівні: перевірка технічного стану пандусів, поручнів, тактильних елементів, ліфтів, доступності санітарних приміщень, оцінка роботи реєстратури, аналіз якості взаємодії персоналу з пацієнтами, наявність адаптованих інформаційних матеріалів тощо.

Методи операційного моніторингу:

- чек-листи відповідності ДБН В.2.2-40:2018 та ISO 21542:2021;
- оперативні журнали огляду інфраструктури;

- внутрішній аудит дотримання СОПів;
- короткі щомісячні опитування персоналу стосовно бар'єрів.

Операційний рівень дозволяє швидко виявляти та своєчасно вирішувати проблеми, запобігаючи формуванню стійких бар'єрів доступності.

2. *Тактичний рівень* (оцінка результатів та динаміки змін): є проміжною ланкою між поточним контролем і стратегічним управлінням. Він спрямований на аналіз ефективності та результативності впроваджених заходів.

Основні напрями моніторингу на тактичному рівні:

- оцінка виконання затверджених ключових показників ефективності (KPI) інклюзивності та безбар'єрності (таблиця 3.1);
- аналіз результатів періодичних опитувань пацієнтів (у тому числі осіб з інвалідністю);
- вивчення звернень щодо порушень доступності (якість опрацювання скарг, частота повторних звернень);
- оцінка рівня підготовки персоналу у сфері інклюзивності;
- аналіз доступності цифрових сервісів відповідно до міжнародних критеріїв (WCAG 2.1).

Тактичний рівень формує глибше розуміння ефективності управлінських рішень та дозволяє планувати подальші кроки на основі об'єктивних даних.

Таблиця 3.1

Ключові KPI для тактичного рівня моніторингу інклюзивності та безбар'єрності у КНП «ЦПМСД №4» Деснянського району м. Києва

№	Показник KPI	Цільове значення	Періодичність
1	Частка персоналу, що пройшли навчання з інклюзивної комунікації	≥ 80% працівників протягом року	1 раз на півроку
2	Відповідність структурних підрозділів вимогам ДБН та ISO	≥ 70% структурних підрозділів у 1-й рік ≥ 90% протягом 3 років	1 раз на рік
3	Рівень задоволеності пацієнтів доступністю послуг	не нижче 4,0 із 5	Щоквартально
4	Опрацювання скарг, пов'язаних із доступністю, у встановлений термін	≥ 95%	Щомісяця
5	Доступність цифрових сервісів відповідно до WCAG 2.1	100%	1 раз на рік
6	Наявність доступних форматів інформаційних матеріалів	100%	Щоквартально

Джерело: створено авторкою.

3. *Стратегічний рівень* (оцінка впливу введених змін і прийняття управлінських рішень): забезпечує аналіз системних змін та довгострокового впливу впроваджених заходів на доступність і якість медичних послуг. На цьому рівні приймаються ключові рішення, що визначають стратегічний напрям розвитку ЗОЗ: визначення пріоритетних напрямів розвитку в сфері інклюзивності та безбар'єрності; ухвалення планів фінансування заходів з впровадження інклюзивності та безбар'єрності в ЗОЗ; оновлення СОПів, внутрішніх положень; планування тренінгів персоналу на наступний період; посилення зовнішньої комунікації та партнерств із громадськими організаціями.

Стратегічний рівень забезпечує системність моніторингу та його інтеграцію в управління, перетворюючи інклюзивність та безбар'єрність на складову корпоративної політики та управлінської культури ЗОЗ.

Методичні інструменти системи моніторингу. Для забезпечення системності, доказовості та прозорості процесу оцінювання імплементації принципів інклюзивності та безбар'єрності в управлінську діяльність ЗОЗ доцільним є використання стандартизованих методичних інструментів. Їх застосування у КНП «ЦПМСД №4» Деснянського району м. Києва дозволить проводити об'єктивний аналіз стану фізичної, організаційної, інформаційно-цифрової та соціально-культурної доступності, а також сформувані базу для управлінських рішень (таблиця 3.2).

Таблиця 3.2

Методичні інструменти системи моніторингу інклюзивності та безбар'єрності у КНП «ЦПМСД №4» Деснянського району м. Києва

№	Інструмент	Призначення
1	Чек-листи відповідності фізичної доступності	Адаптовані на основі ДБН В.2.2-40:2018, ISO 21542:2021 та методичних рекомендацій UNDP «Manual on universal design in healthcare». Дозволяють кількісно оцінити доступність елементів інфраструктури, ідентифікувати порушення та визначати пріоритети для вдосконалення.
2	Карта оцінки організаційної доступності	Охоплює такі компоненти, як маршрутизація пацієнтів, доступність запису, пріоритетність обслуговування, функціонування реєстратури та супровід пацієнтів з інвалідністю. Дозволяє сформувані цілісну картину того, наскільки організація процесів у ЗОЗ відповідає принципам інклюзивності та безбар'єрності.
3	Чек-лист цифрової доступності	Використовується для оцінки вебресурсів, онлайн-запису, телемедицини та інших цифрових сервісів за критеріями WCAG 2.1.
4	Опитувальники задоволеності пацієнтів	Забезпечують якісні дані про реальний досвід взаємодії з ЗОЗ та дозволяють виявити труднощі, які не завжди можна зафіксувати технічним аудитом.

5	Профіль інклюзивних компетентностей персоналу	Використовуються для оцінки рівня компетентностей медичних працівників у сфері інклюзивної комунікації та етичної взаємодії з різними категоріями пацієнтів.
6	Реєстр управління ризиками доступності	Ідентифікація ризиків, оцінка їх імовірності та впливу, а також визначення заходів реагування. Дозволяє передбачати потенційні порушення доступності та формувати проактивну політику управління.

Джерело: створено авторкою.

Для забезпечення системності та стійкості процесу моніторингу інклюзивності та безбар'єрності в КНП «ЦПМСД №4» Деснянського району м. Києва доцільним є формування внутрішньої організаційної моделі контролю, що передбачає чіткий розподіл функцій, відповідальності та механізмів підзвітності. Ключовими елементами такої моделі є запровадження посади координатора з питань інклюзивності та безбар'єрності та створення Комісії з інклюзивності та безбар'єрності (рисунок 3.8 та 3.9).



Рисунок 3.8. Межі відповідальності координатора з питань інклюзивності та безбар'єрності.

Джерело: створено авторкою.



Рисунок 3.9. Склад та основні функції комісії з інклюзивності та безбар'єрності.

Джерело: створено авторкою.

Для забезпечення ефективності, прозорості та підзвітності у сфері доступності в ЗОЗ має функціонувати чітко структурована система внутрішньої звітності. Вона повинна бути інтегрованою в загальну модель управління якістю та відповідати принципам доказовості, регулярності та документованості.

Після визначення цих управлінських елементів наступним кроком є організація ефективної внутрішньої системи звітності (таблиця 3.3). Саме вона дозволяє регулярно фіксувати результати моніторингу, оцінювати динаміку змін і своєчасно враховувати отримані дані у процесі прийняття управлінських рішень.

Таблиця 3.3

Основні елементи внутрішньої системи звітності з питань інклюзивності та безбар'єрності КНП «ЦПМСД №4» Деснянського району м. Києва

Вид звіту	Зміст звіту
Щомісячний звіт координатора з питань з інклюзивності та безбар'єрності	• Інформація про виявлені порушення доступності • Аналіз звернень, скарг і критичних інцидентів • Підсумки огляду інфраструктури • Рекомендації щодо заходів оновлення • Оцінка виконання завдань попереднього місяця
Щоквартальний звіт Комісії з інклюзивності та безбар'єрності	• Аналіз виконання КРІ доступності • Оцінка динаміки змін порівняно з попереднім кварталом • Результати опитувань пацієнтів і персоналу • Висновки зовнішніх та внутрішніх аудитів • Рекомендації щодо управлінських рішень
Річний звіт про стан інклюзивності та безбар'єрності	• Узагальнений аналіз рівня доступності ЗОЗ • Основні тенденції та проблемні зони • Пріоритетні напрями на наступний рік • Оцінка ефективності заходів, профінансованих із бюджету • Документ для публічного представлення ЗОЗ або подання до ДОЗ

Джерело: створено авторкою.

Моніторинг впровадження принципів інклюзивності та безбар'єрності в управлінську діяльність ЗОЗ буде ефективним лише у випадку, якщо його результати безпосередньо впливають на управлінські рішення та використовуються для вдосконалення діяльності ЗОЗ. Включення даних моніторингу до ключових управлінських документів забезпечує системність змін, дозволяє планувати розвиток на основі об'єктивної інформації та перетворює інклюзивність на стандарт в управлінні. Результати моніторингу мають бути враховані під час формування низки нормативних документів ЗОЗ (рисунок 3.10) для підвищення ефективності впровадження принципів інклюзивності та безбар'єрності в управління КНП «ЦПМСД №4» Деснянського району м. Києва.

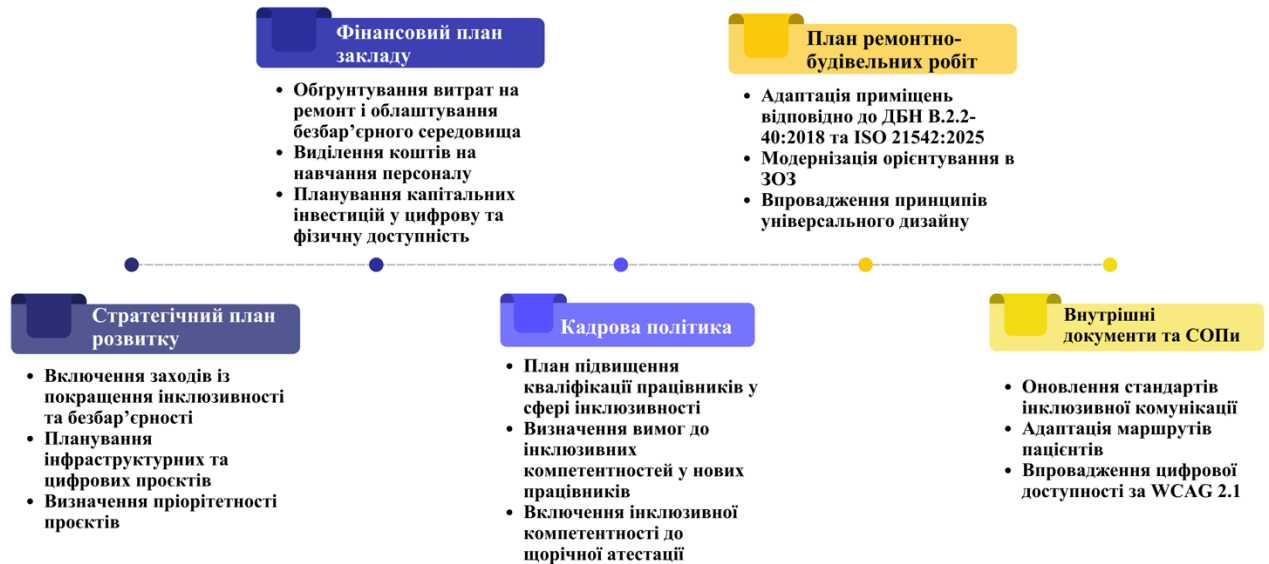


Рисунок 3.10. Нормативні документи для обліку результатів моніторингу впровадження принципів інклюзивності та безбар'єрності в управлінську діяльність ЗОЗ.

Джерело: створено авторкою.

Запропонована система моніторингу, оцінки ефективності та контролю заходів з імплементації принципів інклюзивності та безбар'єрності формує цілісну модель управління, що відповідає сучасним державним і міжнародним стандартам у сфері доступності. Її побудова на принципах системності, комплексності та об'єктивності дозволить забезпечити безперервний контроль ключових компонентів доступності – фізичної, організаційної, інформаційно-цифрової та соціально-культурної.

Чітке розмежування трьох рівнів моніторингу (операційного, тактичного та стратегічного) створює багаторівневу систему оцінювання, яка охоплює як щоденні операційні процеси, так і довгострокові управлінські рішення. Використання стандартизованих методичних інструментів, таких як чек-листи доступності, профілі компетентностей персоналу та опитувальники пацієнтів, забезпечують об'єктивність оцінювання. Водночас внутрішня організаційна модель контролю, що включає координатора та комісію з питань інклюзивності та безбар'єрності, гарантує узгодженість дій

підрозділів, підвищує прозорість процесів та сприяє формуванню відповідальності за дотримання принципів інклюзивності та безбар'єрності.

Інтеграція результатів моніторингу у стратегічне, фінансове, кадрове та операційне планування перетворює отримані дані на дієвий інструмент управління. Такий підхід забезпечить реальний вплив заходів з інклюзивності та безбар'єрності на розвиток ЗОЗ, сприятиме підвищенню якості послуг, формуватиме довіру пацієнтів і зміцнить конкурентоспроможність КНП «ЦПМСД №4» Деснянського району м. Києва.

У цілому, ефективно вибудована система моніторингу та контролю стає не лише механізмом оцінювання, а й інструментом сталого розвитку, який сприятиме імплементації принципів інклюзивності та безбар'єрності на всіх рівнях управління та забезпечить їхнє практичне втілення у діяльність ЗОЗ.

Висновки до розділу 3

Результати дослідження та запропоновані управлінські рішення засвідчують, що ефективна імплементація принципів інклюзивності та безбар'єрності в діяльність ЗОЗ потребує системного, цілісного та поетапного підходу, а не фрагментарних заходів:

1. Запропонована модель удосконалення управлінської практики ґрунтується на взаємодії організаційних, кадрових, інфраструктурних, інформаційно-комунікаційних і соціальних компонентів, які у сукупності формують інклюзивне та пацієнтоорієнтоване середовище.

2. Обґрунтовано, що ключовим управлінським інструментом впровадження інклюзивності та безбар'єрності є інституціоналізація відповідальності в системі управління ЗОЗ шляхом запровадження посади координатора з питань інклюзивності та створення профільної комісії. Це забезпечує узгодженість рішень, міжфункціональну взаємодію підрозділів і

безперервність реалізації управлінських змін, інтегруючи принципи інклюзивності у корпоративну культуру медичного закладу.

3. Встановлено доцільність впровадження системи моніторингу та оцінки ефективності інклюзивних і безбар'єрних управлінських заходів, побудованої за багаторівневою логікою (операційний, тактичний і стратегічний рівні). Застосування стандартизованих інструментів – чек-листів відповідності, показників цифрової доступності, реєстру управлінських ризиків – забезпечує доказовість прийняття рішень та зменшує суб'єктивність оцінювання.

4. Доведено, що розвиток інклюзивності неможливий без цілеспрямованого управління кадровим потенціалом. Запропоновані форми навчання персоналу (дні інклюзивності, короткі професійні курси, тренінги з інклюзивної комунікації) у поєднанні з матеріальними та нематеріальними мотиваторами сприяють формуванню стійких управлінських і професійних компетентностей та розвитку інклюзивної організаційної культури.

5. Обґрунтовано необхідність поєднання управлінських змін із планомірною модернізацією матеріально-технічної та інформаційної інфраструктури ЗОЗ, зокрема впровадження елементів універсального дизайну, тактильних та навігаційних рішень, цифрових сервісів доступності та систем електронної допомоги. Реалізація цих заходів спрямована на практичне усунення фізичних і інформаційних бар'єрів та підвищення автономності пацієнтів з інвалідністю.

6. Визначено, що важливим чинником сталості впровадження інклюзивних рішень є розвиток соціального та міжсекторального партнерства із громадськими організаціями, освітніми установами та міжнародними фондами, що розширює ресурсну базу ЗОЗ та сприяє впровадженню інноваційних управлінських практик.

Отже, удосконалення управлінської практики впровадження принципів інклюзивності та безбар'єрності в КНП «ЦПМСД № 4» Деснянського району м. Києва є реалістичним і досяжним за умови послідовної реалізації

запропонованих управлінських інструментів. Запропоновані рішення забезпечують підвищення доступності та якості медичних послуг, посилення соціальної відповідальності ЗОЗ і його відповідність сучасним національним та міжнародним стандартам у сфері охорони здоров'я.

ВИСНОВКИ

1. Проаналізовано нормативно-правову базу України щодо впровадження принципів інклюзивності та безбар'єрності у сфері охорони здоров'я з позицій управлінської відповідальності та організаційної спроможності ЗОЗ. Встановлено, що чинні стратегічні та нормативні документи (Національна стратегія зі створення безбар'єрного простору в Україні до 2030 року, Стратегія розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року, ДБН В.2.2-40:2018, ISO 21542:2021) формують достатнє регуляторне підґрунтя для забезпечення доступності медичних послуг. Водночас визначено, що ключовим управлінським викликом залишається недостатня інтеграція цих вимог у внутрішні управлінські процеси та стандарти діяльності ЗОЗ, що зумовлює потребу у формуванні дієвих внутрішніх механізмів реалізації нормативних положень.

2. Досліджено міжнародний досвід імплементації принципів інклюзивності та безбар'єрності в управлінську практику ЗОЗ країн із розвиненими моделями функціонування СОЗ (Велика Британія, Швеція, Канада, США, Іспанія). Визначено ефективні управлінські інструменти, зокрема запровадження відповідальних осіб з питань інклюзивності, діяльність міждисциплінарних комісій, регулярні аудити доступності, стандарти цифрової доступності та активне залучення пацієнтських спільнот до управлінських рішень. Обґрунтовано, що зазначені підходи є адаптивними до українських умов і можуть бути інтегровані у практику ЗОЗ первинного рівня без істотного додаткового ресурсного навантаження.

3. Проведено аналіз фінансових, кадрових та організаційних характеристик КНП «ЦПМСД № 4» Деснянського району м. Києва як об'єкта реалізації інклюзивних і безбар'єрних управлінських рішень. Встановлено, що ЗОЗ характеризується стабільним фінансуванням у межах договору з НСЗУ, достатнім кадровим потенціалом та сформованою організаційною структурою, які створюють базові передумови для впровадження

управлінських змін. Водночас виявлено обмеження, пов'язані зі зношеністю інфраструктури та потребою в модернізації матеріально-технічної бази.

4. Оцінено рівень фактичної імплементації принципів інклюзивності та безбар'єрності в управлінську практику досліджуваного ЗОЗ та ідентифіковано ключові управлінські, організаційні й ресурсні бар'єри їх реалізації. Встановлено наявність базового рівня архітектурної доступності відповідно до вимог ДБН, однак зафіксовано часткову невідповідність сучасним стандартам універсального дизайну (ISO 21542:2021), зокрема у сфері внутрішньої навігації, доступності інформації та цифрових сервісів.

5. Визначено потреби пацієнтів і персоналу КНП «ЦПМСД № 4» Деснянського району м. Києва у контексті створення інклюзивного та безбар'єрного середовища. За результатами опитування встановлено, що пацієнти, зокрема особи з інвалідністю, стикаються з труднощами орієнтації в ЗОЗ, обмеженою доступністю інформаційних матеріалів і незручністю пересування. Персонал, у свою чергу, демонструє готовність до розвитку інклюзивних компетентностей, але потребує чітких управлінських алгоритмів, практичних інструментів взаємодії з маломобільними групами та системного навчання.

6. Сформовано комплекс практичних управлінських рекомендацій та інструментів щодо впровадження і вдосконалення механізмів реалізації принципів інклюзивності та безбар'єрності в діяльності ЗОЗ. Запропоновано модель системних управлінських змін, яка охоплює: запровадження координатора з інклюзивності та безбар'єрності, створення постійно діючої комісії з інклюзивності, оновлення внутрішніх СОПів, модернізацію інфраструктури, оптимізацію маршрутів пацієнтів і розвиток цифрової доступності.

7. Розроблено триступеневу систему моніторингу, оцінки ефективності та управлінського контролю процесів імплементації інклюзивності та безбар'єрності (операційний, тактичний і стратегічний рівні). Визначено

відповідні інструменти (КРІ, чек-листи, карти оцінювання доступності, внутрішні звіти), що забезпечує регулярність контролю, об'єктивність управлінських рішень і можливість своєчасного коригування управлінських процесів.

8. Обґрунтовано практичну значущість і масштабованість запропонованих управлінських рішень, які можуть бути застосовані не лише в КНП «ЦПМСД № 4» Деснянського району м. Києва, а й в інших закладах первинної медичної допомоги України. Їх упровадження сприятиме підвищенню доступності та якості медичних послуг, розвитку інклюзивних компетентностей персоналу та гармонізації управлінської практики ЗОЗ із національними та міжнародними стандартами.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Верховна Рада України. (1992). *Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» № 2801-XII від 19 листопада 1992 р. (зі змінами)*.
2. Верховна Рада України. (2005). *Закон України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» № 2961-IV від 6 жовтня 2005 р. (зі змінами)*.
3. Вишнівецький, І. І., Гур'янов, В. Г., Жила, А. В., Журавель, В. І., Кожемякіна, Т. В., Короткий, О. В., Парій, В. Д., Матукова, Г. І., Матукова-Ярига, Д. Г., & Юнгер, В. І. (2023). *Менеджмент у системі медичної допомоги населенню [Електронний посібник]*. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця.
4. ГО «Чернівецька обласна організація людей з інвалідністю “Лідер”». (2020). *Аналіз доступності медичних послуг для осіб з різними формами інвалідності в п'яти закладах охорони здоров'я Чернівецької області. Чернівці*.
5. Зубченко, С. О., Каплан, Ю. Б., & Тищенко, Ю. А. (2020). *Створення безбар'єрного середовища та соціальна інклюзія: світовий досвід для України: аналітична доповідь*. Київ: НІСД.
6. Ільницька, Т., Юнгер, В. (2025). Імплементация принципів інклюзивності і безбар'єрності в закладах охорони здоров'я: міжнародний досвід та український контекст. *Інноваційні підходи у наукових дослідженнях у сфері громадського здоров'я та профілактичної медицини: досягнення та перспективи*. Збірка матеріалів студентської науково-практичної конференції (с. 228–230). Київ: НМУ імені О. О. Богомольця.
7. Кабінет Міністрів України. (2021). *Національна соціальна ініціатива «Без бар'єрів»*. Київ: Кабінет Міністрів України.
8. Кабінет Міністрів України. (2021). *Національна стратегія зі створення безбар'єрного простору в Україні до 2030 року*. Київ: Кабінет Міністрів України.

9. Кабінет Міністрів України. (2021). *Розпорядження № 366-р від 14 квітня 2021 р. «Про схвалення Національної стратегії із створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року»*. Київ: Кабінет Міністрів України.
10. Міністерство охорони здоров'я України. (2022). *Стратегія розвитку системи охорони здоров'я України до 2030 року*. Київ: МОЗ України.
11. Міністерство охорони здоров'я України. (2024). *Методичні рекомендації щодо запровадження принципів безбар'єрності під час надання медичних та реабілітаційних послуг у закладах охорони здоров'я: Наказ МОЗ України від 6 лютого 2024 р. № 198*. Київ: МОЗ України.
12. Міністерство охорони здоров'я України. (2024). Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 06.02.2024 р. № 198 «Про затвердження Методичних рекомендацій щодо запровадження принципів безбар'єрності під час надання медичних та реабілітаційних послуг в закладах охорони здоров'я». <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0144-24#Text>
13. Міністерство регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України. (2018). *ДБН В.2.2-40:2018. Інклюзивність будівель і споруд: Основні положення*. Київ.
14. Президент України. (2020). *Указ Президента України № 533/2020 від 3 грудня 2020 р. «Про забезпечення створення безбар'єрного простору в Україні»*. Київ: Офіс Президента України.
15. Червинський, І. С., & Кондратюк, Н. Ю. (2025). *Доступність закладів охорони психічного здоров'я в Україні, які надають допомогу пацієнтам у сфері ментального здоров'я, що постраждали внаслідок війни. Клінічна та профілактична медицина*, 4, 162–169.
16. ADA National Network. (2020). *Health Care and the Americans With Disabilities Act*.
17. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). (2021). *Improving Patient Engagement Through Health IT*.

18. AHIMA Foundation. (2022). *The critical role of web accessibility in health information access*.
19. Ajuntament de Barcelona. (2018). *Plan de Accesibilidad Universal de Barcelona 2018–2026*.
20. Altman, B. M. (2016). *International measurement of disability*. Switzerland: Springer.
21. Arvidsson, J., Granlund, M., & Tideman, M. (2022). Health care for people with intellectual disabilities in Sweden. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 19(1), 45–56. <https://doi.org/10.1111/jppi.12489>
22. Baida, L., & Ivanova, O. (2019). *Universal design in healthcare: manual*. Kyiv: United Nations Development Programme (UNDP).
23. Boverket (Swedish National Board of Housing, Building and Planning). (2020). *Boverket's Building Regulations (BBR): Accessibility requirements*.
24. Cambridge Memorial Hospital. (2023). 2023-2028 Accessibility Plan. Cambridge, ON: Cambridge Memorial Hospital.
25. Disability Rights Education and Defense Fund. (2025). *Kaiser Permanente extends communications options for deaf members*.
26. European Commission. *Union of Equality: Strategy for the Rights of Persons with Disabilities 2021–2030*. Brussels: EC, 2021.
27. Geriatricarea. (2018). *El Hospital del Mar en Barcelona abre su nueva area de rehabilitacion para pacientes con discapacidad*.
28. Gobierno de Espana. (2013). Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusion social. *Boletin Oficial del Estado*.
29. Gobierno de Espana. (2018). Real Decreto 1112/2018 sobre accesibilidad de los sitios web y aplicaciones para dispositivos moviles del sector publico. *Boletin Oficial del Estado*.
30. Government of Canada. (2019). *Accessible Canada Act (An Act to Ensure a Barrier-Free Canada)*. Ottawa: Government of Canada.
31. Government of Manitoba. (2013). *Accessibility for Manitobans Act*.

32. Government of Ontario. (2005). *Accessibility for Ontarians with Disabilities Act*.
33. Government Offices of Sweden. (2023). *Disability policy*.
34. Health Canada. (2022). *Accessibility Plan 2022–2025*.
35. Healthcare Safety Investigation Branch (HSIB). (2020). *Caring for adults with a learning disability in acute hospitals: Investigation report*.
36. Hospital Clinic Barcelona. (2022). *The Hospital Clinic consolidates the first hospital at home care programme in Spain for minors with mental health disorders*.
37. International Organization for Standardization. (2021). *ISO 21542:2021 – Building construction: Accessibility and usability of the built environment*. Geneva, Switzerland: ISO.
38. Isniah, S., Purba, H. H., & Debora, F. (2020). Plan do check action (PDCA) method: literature review and research issues. *Jurnal Sistem dan Manajemen Industri*, 4(1), 72-81
39. Kuper, H., Azizatunnisa, L., Gatta, D. R., Rotenberg, S., Banks, L. M., Smythe, T., & Heydt, P. (2024). *Building disability-inclusive health systems*. *The Lancet Public Health*, 9(5), e316–e325.
40. Madden, R. H., & Bundy, A. (2019). *The ICF has made a difference to functioning and disability measurement and statistics*. *Disability and rehabilitation*, 41(12), 1450-1462.
41. Manchester University NHS Foundation Trust. (2023). *Accessibility statement*.
42. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. (2022). *Estrategia Española sobre Discapacidad 2022–2030*.
43. Mosca, E. I., & Capolongo, S. (2023). Design for all AUDIT (Assessment Universal Design & Inclusion Tool). *A tool to evaluate physical, sensory-cognitive and social quality in healthcare facilities*. *Acta Biomed*, 94(13), e2023124.

44. Mosca, E. I., Steinfeld, E., & Capolongo, S. (2020). *Universal Design assessment tool to promote well-being and inclusion in healthcare environment*. *European Journal of Public Health*, 30(5), p. 165-189.
45. NHS England. (2023). *Accessible Information Standard programme*. E-Learning for Healthcare.
46. NHS England. (2025). *Accessible Information Standard: Requirements (DAPB1605)*.
47. Petryk S., Andrieiev I., Tishko D., Kurbanov A., Yunger V. (2023) *The effectiveness of quality management strategies in health care organizations: an analysis of quality standards implementation and clinical performance improvement*. *Amazonia Investiga*, 12(68), 333-345.
48. Rauch, A., Cieza, A., & Stucki, G. (2019). *How to apply the ICF for rehabilitation management in clinical practice*. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 55(3), 384–393. <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.19.05807-9>
49. Retief, M., & Letsosa, R. (2018). Models of disability: A brief overview. *HTS Teologiese Studies / Theological Studies*, 74(1).
50. SickKids Hospital. (2024). *Access and Accommodation of Individuals with Disabilities*. Toronto, ON: SickKids Hospital.
51. South Tyneside and Sunderland NHS Foundation Trust. (2022). *NHS Accessible Information Standard*.
52. Swedish Agency for Accessible Media. (2022). *Plain language and accessible health information in Sweden*.
53. The Joint Commission. (2023). *R3 Report: Health Care Equity Certification Program / Patient-Centered Communication Standards*.
54. U.S. Access Board. (2017). *Information and Communication Technology (ICT) Standards and Guidelines (Section 508 Refresh)*.
55. U.S. Access Board. (2017). *Standards for Accessible Medical Diagnostic Equipment*.

56. U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights. (2021). *Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973*.
57. U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights (OCR). (2023). *Guidance on Effective Communication in Health Care*.
58. U.S. Department of Health and Human Services, Office of Minority Health. (2013). *National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services (CLAS) in Health and Health Care*.
59. U.S. Department of Justice. (1990). *Americans with Disabilities Act of 1990 (as amended 2008)*. Washington, DC: U.S. Department of Justice.
60. U.S. Department of Justice. (2010). *2010 ADA Standards for Accessible Design*.
61. United Nations Development Programme in Ukraine (UNDP-UA). (2024). *Web accessibility of government authorities' websites: Report on monitoring results*. Kyiv: UNDP Ukraine.
62. United Nations. (2006). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. New York: United Nations.
63. White, J., & Mosca, E. I. (2022). Developing innovative solutions for universal design in healthcare and other sectors. In *Transforming our World through Universal Design for Human Development* (pp. 340-347). IOS Press.
64. World Health Organization (WHO). (2021). *Global strategy on digital health 2020–2025*. Geneva: World Health Organization.
65. World Health Organization. (2014). *Global disability action plan 2014–2021: Better health for all people with disability*. Geneva: World Health Organization.
66. World Health Organization. (2020). *Disability-inclusive health services toolkit*. WHO Regional Office for the Western Pacific.
67. World Health Organization. (2022). *Global report on health equity for persons with disabilities*. Geneva: World Health Organization.

68. World Health Organization. (2024). *Leadership and governance to achieve disability-inclusive health systems: An assessment tool*. WHO Regional Office for Europe.
69. World Wide Web Consortium (W3C). (2023). *Web content accessibility guidelines (WCAG) 2.2*. <https://www.w3.org/TR/WCAG22/>
70. Xie, Y., Fadahunsi, K. P., Kelleher, C., Tarn, D. M., Grace, A., & O'Donoghue, J. (2024). Towards an inclusive digital health ecosystem. *Bulletin of the World Health Organization*, 103(2), 170.
71. Zaks, Z. (2024). Changing the medical model of disability to the normalization model of disability: Clarifying the past to create a new future direction. *Disability & Society*, 39(12), 3233-3260.

**Картка безбар'єрності амбулаторії загальної практики сімейної
медицини №3 КНП «ЦПМСД №4» Деснянського району м. Києва**

Критерії безбар'єрності для маломобільних груп населення	Відповідність критеріям	Коментар /зауваження
1. Шляхи руху до будівлі або споруди		
Паркувальні місця для осіб з інвалідністю $\geq 3,5$ м x ≥ 5 м, розташовані на відстані ≤ 50 м від входу	Так	
Паркувальних місць для осіб з інвалідністю ≥ 10 % загальної кількості (але не менше 1), місця позначені дорожніми знаками та горизонтальною розміткою із міжнародним символом доступності	Ні	Недостатня кількість; відсутні знак і розмітка.
Ширина пішохідних доріжок із зустрічним рухом $\geq 1,8$ м	Так	
Покриття пішохідних доріжок, тротуарів і пандусів рівне та тверде	Так	
Пішохідні доріжки, що перетинаються, поєднані на одному спільному рівні, відсутні перешкоди (антипаркувальні елементи, клумби, бордюри тощо)	Так	
У темну пору доби наявне вуличне штучне освітлення шляхів руху	Так	
На прилеглій території та шляхах руху відсутні сходи та/або наявні сходи і пандус	Так	Наявні сходи і пандус
Уклон пандуса $\leq 8\%$, ширина пандуса $\geq 1,2$ м, уздовж обох боків усіх сходів і пандусів встановлено огорожу із поручнями, що розташовані на висоті 0,7 і 0,9 м	Так	
Усі сходи в межах одного маршруту однакові за формою, шириною і висотою підйому сходинок, мають контрастне маркування кольором першої та останньої сходинки	Ні	Відсутні контрастні смуги на першій і останній сходинці
Перед перешкодами, що становлять небезпеку для осіб з порушенням зору, а також паралельно до сходів, перед і після	Ні	

сходового маршу розташована попереджувальна тактильна смуга		
2. Вхідна група будівлі або споруди		
Наявна зовнішня тактильна табличка, що містить основну інформацію про будівлю або споруду, найменування, години роботи, розміщена праворуч від входу на висоті 1,2–1,5 м на стіні	Так	Розміщена на необхідній висоті; проте відсутнє дублювання шрифтом Брайля.
На вході відсутні сходи або наявні сходи і пандус	Так	Наявні сходи і пандус
Уклон пандуса $\leq 8\%$, ширина пандуса $\geq 1,2$ м, уздовж обох боків усіх сходів і пандусів встановлено огорожу із поручнями, що розташовані на висоті 0,7 і 0,9 м	Так	
Усі сходи в межах одного маршу однакові за формою, шириною і висотою підйому сходинок, мають контрастне маркування кольором першої та останньої сходинки	Так	
Перед перешкодами, що становлять небезпеку для осіб з порушенням зору, а також паралельно до сходів, перед і після сходового маршу розташована попереджувальна тактильна смуга	Ні	
Візуальний контраст дверей, контрастне маркування кольором прозорих дверних конструкцій	Так	
Ширина дверних отворів $\geq 0,9$ м	Так	
Відсутні пороги або їх висота ≤ 2 см, між горизонтальними ділянками підлоги влаштовані скоси або пандус	Так	
Візуальний контраст порогів, колон, інших об'єктів і перешкод, що становлять небезпеку для осіб з порушенням зору	Так	
3. Шляхи руху всередині будівлі або споруди, приміщення, де надається послуга, допоміжні приміщення		
На шляхах руху осіб з інвалідністю відсутні сходи або наявні сходи і пандус	Так	Наявні сходи і пандус.
Уклон пандуса $\leq 8\%$, ширина пандуса $\geq$	Так	

1,2 м, уздовж обох боків усіх сходів і пандусів встановлено огорожу із поручнями, що розташовані на висоті 0,7 і 0,9 м		
Усі сходи в межах одного маршруту однакові за формою, шириною і висотою підйому сходинок, мають контрастне маркування кольором першої та останньої сходинки	Так	
Перед перешкодами, що становлять небезпеку для осіб з порушенням зору, а також паралельно до сходів, перед і після сходового маршруту розташована попереджувальна тактильна смуга	Так	
Візуальний контраст дверей, на прозорі дверні конструкції нанесено контрастне маркування кольором	Так	
Ширина дверних отворів $\geq 0,9$ м	Так	
Відсутні пороги або їх висота ≤ 2 см, між горизонтальними ділянками підлоги влаштовані скоси або пандус	Так	
Візуальний контраст порогів, колон, інших об'єктів і перешкод, що становлять небезпеку для осіб з порушенням зору, а за відсутності – на них нанесено контрастне маркування кольором	Так	
Шляхи руху оснащені засобами орієнтування та інформування для осіб з порушенням слуху (інформаційні термінали, екрани, табло із рухомим рядком, пристрої для інформування в текстовому або відеоформаті, перекладу на жестову мову, персональні прилади для підсилення звуку), що відповідають вимогам державних стандартів	Ні	Наявні лише таблички; відсутні інтерактивні або адаптивні засоби
На шляхах руху осіб з інвалідністю немає предметів або горизонтальних перешкод і таких, що виступають над поверхнею підлоги (конструкції, бордюри, пороги тощо)	Так	
У туалетах облаштовано універсальну кабінку, де забезпечено вільний простір для	Ні	Приміщення замале, складно

маневрування крісла колісного завдовжки та завширшки $\geq 1,5$ метра		маневрувати кріслом колісним.
Санітарно-гігієнічні приміщення, які є доступними для маломобільних груп населення, позначено інформаційними табличками з міжнародним символом доступності і написом, що продубльовано шрифтом Брайля	Ні	У процесі виготовлення.
Шляхи і напрямки руху, доступні та безпечні для осіб з інвалідністю, позначено міжнародним символом доступності	Ні	Маркування відсутнє.
Місце розташування пандуса позначено міжнародним символом доступності	Ні	У процесі виготовлення.
На вході/виході встановлено план-схему будівлі з інформацією про розташування приміщень, де надаються послуги, на висоті 1,2–1,6 м від підлоги	Ні	
Наявна мнемосхема приміщення та шляхів руху із дублюванням інформації шрифтом Брайля	Ні	У процесі розробки.
Рівень освітлення забезпечує безпечний прохід у коридорах і приміщеннях, зокрема на сходах, сприяє орієнтуванню	Так	
В кабінетах освітленість дає змогу побачити обличчя людини, що розмовляє, і прочитати по губах сказане нею та/або побачити і розрізнити рухи рук людини, яка використовує мову жестів	Так	
На шляхах руху осіб з інвалідністю немає предметів або горизонтальних перешкод і таких, що виступають над поверхнею підлоги (конструкції, бордюри, пороги тощо)	Так	
Ширина вільного від перешкод шляху руху в коридорах, приміщеннях $\geq 1,8$ м	Так	
Ширина проходу у приміщенні із обладнанням і меблями $\geq 1,2$ м	Так	
Висота столів, стійок, пониженої секції рецепції –0,74–0,8 м	Ні	В процесі розробки проекту.

4. Вертикальні шляхи руху всередині будівлі або споруди (заввишки 2 поверхи і більше)		
Усі сходи в межах одного маршруту однакові за формою, шириною і висотою підйому сходинок, а також мають контрастне маркування кольором першої та останньої сходинки	Так	
Паралельно до сходів, перед і після сходового маршруту розташована попереджувальна тактильна смуга	Ні	
Наявність ліфта, ескалатора тощо, доступних для користування осіб з інвалідністю, що відповідають вимогам державних стандартів	Так	Ліфт доступний, але має технічні обмеження.
Ширина дверей ліфта $\geq 0,9$ м, ширина кабіни – 1,1 м, глибина кабіни – 1,4 м	Ні	Ширина дверей ліфту – 0,8 м, , кабіна замала для повноцінного розвороту візка
Висота розташування зовнішніх і внутрішніх кнопок керування ліфтом 0,85–1,1 м від підлоги	Так	
Процес відкриття/закриття дверей ліфта супроводжується звуковим сигналом і голосовим повідомленням про номер поверху	Так	Є звукові сигнали, однак відсутнє голосового оголошення поверхів.
Під час зупинки ліфта рівень його підлоги залишається урівень із підлогою поверху	Так	
Номери поверхів на кнопках ліфта, подані збільшеним шрифтом та в контрастному співвідношенні кольорів, продубльовані в тактильному вигляді і шрифтом Брайля	Ні	
Навпроти дверей ліфта наявна інформація про номер поверху	Так	
У разі відсутності ліфта забезпечено можливість для надання послуги маломобільним групам населення на 1-му поверсі	Так	Компенсує недоліки технічних обмежень ліфта

**Зведені дані опитування медичних працівників КНП «ЦПМСД № 4»
Деснянського району м. Києва з метою оцінки рівня інклюзивності та
безбар'єрності ЗОЗ (n = 32)**

№ запитання	Варіант відповіді		Загальна кількість відповідей	%
1. Чи проходили Ви спеціалізоване навчання з теми обслуговування пацієнтів з інвалідністю?	А	а) Так, нещодавно	12	37,5
	Б	б) Так, але давно	8	25,0
	В	в) Ні, але хотів/ла б пройти	9	28,1
	Г	г) Ні, і не вважаю це необхідним	3	9,4
2. Наскільки легко, на Вашу думку, пацієнтам з інвалідністю орієнтуватися в закладі?	А	а) Дуже легко	7	21,9
	Б	б) Скоріше легко	17	53,1
	В	в) Скоріше складно	8	25,0
	Г	г) Дуже складно	-	0
3. Наскільки забезпечений заклад необхідними засобами та обладнанням для надання медичних послуг пацієнтам з різними формами інвалідності (порушеннями зору, слуху, опорно-рухового апарату тощо)?	А	а) Повністю забезпечений	12	37,5
	Б	б) Частково забезпечений	17	53,1
	В	в) Мінімально забезпечений	3	9,4
	Г	г) Не забезпечений зовсім	-	0
4. Чи враховуються потреби пацієнтів з інвалідністю під час планування та організації медичних послуг?	А	а) Завжди	18	56,3
	Б	б) Іноді	12	37,5
	В	в) Рідко	2	6,2
	Г	г) Не враховуються зовсім	-	0

5. Чи знаєте Ви, до кого звертатися у разі потреби в підтримці для пацієнта з інвалідністю?	А	а) Так, чітко знаю алгоритм	14	43,8
	Б	б) Частково знайомий(-а)	10	31,3
	В	в) Не знаю	8	25,0
	Г	г) Не вважаю це своєю відповідальністю	-	0
6. Як часто у Вашому відділенні обговорюються питання інклюзивності та безбар'єрності (на нарадах, тренінгах, семінарах)?	А	а) Постійно	9	28,1
	Б	б) Періодично	20	62,5
	В	в) Дуже рідко	2	6,3
	Г	г) Ніколи	1	3,1
7. Чи є у Вас доступ до ресурсів або рекомендацій щодо ефективної комунікації з пацієнтами, які мають різні форми інвалідності?	А	а) Так, доступний повний набір матеріалів	13	40,6
	Б	б) Частково, але більшість матеріалів потребує оновлення	15	46,9
	В	в) Матеріалів майже немає	4	12,5
	Г	г) Немає взагалі	-	0
8. Наскільки Ви відчуваєте себе підготовленим(-ою) до надання якісної медичної допомоги пацієнтам з інвалідністю?	А	а) Повністю підготовлений(а)	12	37,5
	Б	б) Частково підготовлений(а)	18	56,3
	В	в) Відчуваю недостатність знань і навичок	1	3,1
	Г	г) Не відчуваю себе підготовленим(ою) зовсім	1	3,1
9. Чи враховується думка персоналу під час розробки заходів щодо поліпшення інклюзивності та безбар'єрності в	А	а) Так, персонал активно залучений	18	56,3
	Б	б) Іноді запитують думку	9	28,1
	В	в) Рішення ухвалюються без участі персоналу	5	15,6

закладі?	Г	г) Взагалі не обговорюється	-	0
10. На Вашу думку, який аспект найперше потребує покращення для забезпечення інклюзивності та безбар'єрності в закладі?	А	а) Фізична доступність (інфраструктура, простір, навігація)	11	34,4
	Б	б) Технічне забезпечення та спеціалізоване обладнання	12	37,5
	В	в) Професійна підготовка та підвищення кваліфікації персоналу	4	12,5
	Г	г) Інформаційна доступність і ефективна комунікація з пацієнтами	5	15,6

**Зведені дані опитування пацієнтів з інвалідністю КНП «ЦПМСД № 4»
Деснянського району м. Києва з метою оцінки рівня інклюзивності та
безбар'єрності ЗОЗ (n = 39)**

№ запитання	Варіант відповіді		Загальна сума	%
1. Чи було для Вас зручним дістатися до закладу (транспорт, паркування, розташування)?	А	Дуже зручно	8	20,5
	Б	Зручно	27	69,2
	В	Скоріше незручно	4	10,3
	Г	Дуже незручно	-	0
2. Наскільки зручно Вам потрапляти до будівлі закладу охорони здоров'я?	А	Дуже зручно, немає жодних перешкод	30	76,9
	Б	Є незначні труднощі (наприклад, високі пороги, незручні двері)	8	20,5
	В	Є суттєві бар'єри (наприклад, відсутній пандус, ліфт тощо)	1	2,6
	Г	Потрапити в будівлю складно або неможливо без допомоги	-	0
3. Наскільки зрозумілими для Вас є вказівники, інформаційні таблички та розташування кабінетів у закладі?	А	Повністю зрозумілі й легко орієнтуватися	29	74,4
	Б	Загалом зрозумілі, але іноді виникають труднощі	7	20,5
	В	Важко знайти або прочитати більшість інформації	2	5,1
	Г	Відсутні або незрозумілі	-	0
4. Чи отримували Ви медичну інформацію у зручному для вас	А	Так, повністю доступно й зрозуміло	29	74,4
	Б	Частково, були певні	10	25,6

форматі (усно, письмово, за потреби – жестова мова тощо)?		труднощі		
	В	Ні, не в зручному форматі	-	0
	Г	Взагалі не отримували пояснень	-	0
5. Чи були працівники уважні до Ваших індивідуальних потреб або обмежень?	А	Завжди враховували мої потреби	29	74,4
	Б	Здебільшого враховували	8	20,5
	В	Іноді ігнорували	2	5,1
	Г	Повністю нехтували	-	0
6. Чи зручно Вам було записатися на прийом чи отримати консультацію?	А	Зручний	32	82,1
	Б	Складний	4	10,3
	В	Неможливо без допомоги	3	7,6
7. Наскільки поважним було ставлення персоналу до Вас?	А	Дуже поважне та підтримуюче	27	69,2
	Б	Здебільшого доброзичливе	12	30,8
	В	Байдуже	-	0
	Г	Зневажливе або дискримінаційне	-	0
8. Чи доступне у закладі паркування для осіб з інвалідністю?	А	Так, повністю доступне	13	33,3
	Б	Частково	14	35,9
	В	Недостатньо	7	17,9
	Г	Відсутнє	5	12,8
9. Чи знаєте Ви, до кого звернутись у разі виникнення труднощів, пов'язаних із бар'єрами в закладі?	А	Так, мені надали таку інформацію	23	59,0
	Б	Знаю частково	13	33,3
	В	Не знаю, але хотіла б	3	7,7
	Г	Не знаю і не отримувала інформації	-	0

10. Наскільки комфортним для Вас був візит до КНП «ЦПСМД № 4» Деснянського району м. Києва в цілому?	А	Дуже комфортний	19	48,7
	Б	Скоріше комфортний	19	48,7
	В	Некомфортний	1	2,6
	Г	Зовсім некомфортний	-	0