

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Центр професійної та післядипломної освіти
Кафедра управління імені Олега Балацького

Шифр _____

Наказ ректора про
затвердження теми

„До захисту допускається”
завідувачка кафедри
_____ Г.О.Швіндіна

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА
на тему
«Удосконалення організації роботи і адміністрування сфери
надання ургентної допомоги хірургічного відділення
Шосткинської ЦРЛ»

за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування»,
освітньо-професійна програма «Управління та адміністрування
в охороні здоров'я»

Студента гр. УЗ.-мз 91Ш

Кваліфікаційна робота магістра містить результати власних досліджень.
Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на
відповідне джерело _____ Базиль М.О.

Наукові керівники: _____ *ст. викладач* Бондар Т. В.
_____ *д.м.н, проф.* Сміянов В.А.

Суми 2021р.

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Центр професійної та післядипломної освіти
Кафедра управління імені Олега Балацького

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри _____

„_____” _____ 20____ р.

ЗАВДАННЯ ДЛЯ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ МАГІСТРА
за спеціальністю

281 «Публічне управління та адміністрування»
освітня програма «Управління та адміністрування в охороні здоров'я»
студенту групи гр. УЗ.-мз 91Ш
Базиль М.О.

1. Тема роботи Удосконалення організації роботи і адміністрування сфери надання ургентної допомоги хірургічного відділення Шосткинської ЦРЛ.
затверджена наказом по СумДУ № _____ від „_____” _____ 20____ р.
2. Термін подання студентом закінченої роботи _____
3. Мета кваліфікаційної роботи: полягає у визначенні основних шляхів вдосконалення менеджменту та організації діяльності ургентної допомоги хірургічного відділення Шосткинської центральної районної лікарні.
4. Об'єкт дослідження: шляхи вдосконалення управління та діяльності ургентної допомоги хірургічного відділення на базі Шосткинської центральної районної лікарні.
5. Предмет дослідження: теоретико-методичні засади вдосконалення управління та організації діяльності ургентної допомоги хірургічного відділення на базі Шосткинської центральної районної лікарні.
6. Кваліфікаційна робота виконується на матеріалах: Шосткинської центальної районної лікарні.
Інформаційна база дослідження: законодавча та нормативна база України, монографії, підручники, наукові статті, Інтернет-ресурси, внутрішня звітність організації, дані спостережень у організації.

7. Орієнтовний план кваліфікаційної роботи, терміни подання розділів керівникові та зміст завдань для виконання поставленої мети.

№ пор.	Назва розділу	Термін подання	Примітки
I	Теоретичні засади організації і адміністрування закладу охорони здоров'я	листопад, 2020	
II	Організація та адміністрування хірургічного відділення	листопад, 2020	
III	Шосткинська центральна районна лікарня	10 грудня, 2020	

Зміст завдань для виконання поставленої мети кваліфікаційної роботи магістра:

У розділі 1 студент має дослідити теоретико-методичні аспекти організації управління невідкладною хірургічною допомогою у інших країнах світу.

У розділі 2 студент має провести аналіз мети та задач організації надання ургентної допомоги хірургічного відділення.

У розділі 3 студент має запропонувати основні шляхи покращення надання хірургічної допомоги населенню.

8. Консультації, щодо виконання роботи:

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
1			
2			
3			

9. Дата видачі завдання _____

Керівник кваліфікаційної роботи

(підпис)

Бондар Т. В.

Завдання до виконання одержав

(підпис)

Базиль М.О.

АНОТАЦІЯ

У роботі здійснено огляд аспектів та здійснено аналіз механізмів формування та реалізації планів розвитку хірургічного відділення. Узагальнено сучасні моделі та системи підготовки управлінців галузі охорони здоров'я у зарубіжних країнах та запропоновано імплементацію їх досвіду в Україні. Проведено комплексний аналіз сучасної державної політики у сфері підготовки менеджерів у сфері охорони здоров'я. Визначено напрями вдосконалення механізмів формування та реалізації роботи менеджерів ургентної допомоги хірургічного відділення .

Ключові слова: підготовка менеджерів охорони здоров'я, менеджмент лікарні, управління, хірургічне відділення, ургентна допомога.

РЕФЕРАТ

Структура й обсяг роботи. Робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, що включає 53 найменувань. Загальний обсяг магістерської роботи становить 57 с., у тому числі 13 таблиць, 2 рисунка, список використаних джерел - 5 сторінок.

Актуальність. В даний час в усьому світі, спостерігається активний і динамічний розвиток медичної допомоги різного профілю. Це в повній мірі відноситься і до сучасної хірургії, у якому актуально впровадження нових методів діагностики і лікування, а також організаційних і управлінських технологій. Такий стан зумовлений розширенням клінічних можливостей медичної сфери, орієнтованої, в першу чергу, на зниження травматичності хірургічного втручання і, як наслідок, на підвищення його медико-соціальної ефективності.

Для масштабного вирішення зазначених проблем активно популяризуються малоінвазивні і малотравматичні операції, що дозволяють добиватися максимального клінічного результату, в тому числі в стаціонарних умовах. Планування обсягів і видів медичної допомоги традиційно базується на результатах аналізу хірургічної допомоги, наданої в попередні періоди діяльності лікувально-профілактичних установ. Саме тому аналіз ургентної хірургічної допомоги, що надається в містах при різних захворюваннях органів або травмах, являє закономірний науково-практичний інтерес.

Мета роботи полягає у визначенні основних шляхів вдосконалення менеджменту та організації діяльності ургентної допомоги хірургічного відділення на базі Шосткинської центральної районної лікарні. Відповідно до поставленої мети були вирішені такі *задачі*:

- аналіз теоретичних та методичних підходів щодо організації роботи ургентної допомоги у інших країнах;

- вивчення складу, структури, напрямків управління закладом охорони здоров'я;
- визначення основних показників успішної роботи менеджерів лікарні;
- дослідження показників роботи хірургічного відділення та стану організації і адміністрування, функціонування у сфері надання ургентної допомоги;
- удосконалення результативності хірургічного відділення Шосткинської центральної районної лікарні.

Об'єктом дослідження є система організації та адміністрування хірургічного відділення Шосткинської Центральної районної лікарні.

Методи дослідження. Методологічною основою роботи є діалектичний метод наукового пізнання, системний підхід. У роботі було використано ретроспективний аналіз, структурний аналіз, порівняльний аналіз.

Предметом дослідження є теоретико-методичні засади вдосконалення управління та організації діяльності ургентної допомоги хірургічного відділення на базі Шосткинської центральної районної лікарні.

Наукова новизна. Результати, що відображають наукову новизну, полягають у такому:

уперше: обґрунтовано актуальність змін в управлінні хірургічним відділенням;

удосконалено:

- систематизацію понять «менеджер у системі охорони здоров'я». Під яким запропоновано розуміти фахівця-професіонала, що поєднує в своїй роботі навички раціональної економічної поведінки, володіє технологією управління персоналом та структурними підрозділами системи охорони здоров'я. Зокрема різними рівнями в умовах перманентних змін відповідно до етичного кодексу лікаря і чинного законодавства, та «механізму формування компетентностей управлінського персоналу», який визначено як інтегровану систему знань,

навичок і здібностей управлінського персоналу. Які сформувалися у процесі навчання, накопиченого в практичній діяльності професійного досвіду;

- концепцію покращення умов надання хірургічної допомоги.

Набули подальшого розвитку:

- науково-методичні підходи до обґрунтування ролі та діяльності менеджера ургентної допомоги хірургічного відділення.

Ключові слова: ПІДГОТОВКА МЕНЕДЖЕРІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, МЕНЕДЖМЕНТ ЛІКАРНІ, УПРАВЛІННЯ, ХІРУРГІЧНЕ ВІДДІЛЕННЯ, УРГЕНТНА ДОПОМОГА.

ЗМІСТ

ВСТУП	10
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ОРГАНІЗАЦІЇ І АДМІНІСТРУВАННЯ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	12
1.1 Підготовка управлінців медичної сфери	12
1.2 Кваліфікаційні вимоги до менеджерів лікувального закладу.....	14
РОЗДІЛ 2 ОРГАНІЗАЦІЯ ТА АДМІНІСТРУВАННЯ ХІРУРГІЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ ШОСТКИНСЬКОЇ ЦРЛ У СФЕРІ НАДАННЯ УРГЕНТНОЇ ДОПОМОГИ	16
2.1 Реформування галузі охорони здоров'я Шосткинського району відповідно до сучасних тенденцій розвитку медичної сфери	16
2.2 Порядок адміністрування хірургічного відділення	30
2.3 Мета і завдання ургентної допомоги хірургічного відділення	32
РОЗДІЛ 3 ОСНОВНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ КНП «ШОСТКИНСЬКА ЦРЛ»	38
3.1 Основні показники роботи хірургічного відділення КНП «ШЦРЛ»	38
3.2 Аналіз ургентної допомоги в хірургічному відділенні ШЦРЛ.....	41
3.3 Удосконалення організації роботи і адміністрування хірургічного відділення ШЦРЛ.....	45
ВИСНОВКИ	50
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	52

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ

КНП – комунальне некомерційне підприємство

ШЦРЛ – Шосткинська центральна районна лікарня

ШМР – Шосткинська міська рада

СШД – станція швидкої допомоги

УЗД – ультразвукове дослідження

КТ – комп'ютерна томографія

ЛКК – лікарська консультативна комісія

НЦЗУ – національна служба здоров'я України

ВСТУП

Ефективність системи охорони здоров'я значною мірою визначається його ресурсним забезпеченням, насамперед, персоналом. Завдяки провідній ролі персоналу в медичній галузі, значна частина бюджету виділяється на сферу охорони здоров'я. Якість та доступність медичної допомоги залежить від кількості, рівня підготовки та розподілу фахівців та управління ними.

Реформування системи охорони здоров'я, формування здорового суспільства, що в свою чергу визначає перспективи соціально-економічного, наукового, культурного розвитку будь-якого суспільства. Саме тому стабільність системи управління та розвиток адміністрування є одним із пріоритетів нової європейської політики охорони здоров'я «2021». Це питання настільки актуальне і складне для вирішення, що має глобальний контекст, у 2010 р. 63-а Асамблея світової безпеки Здоров'я затвердило кодекс практики міжнародної діяльності сфери Охорони здоров'я [1,2-4].

Кваліфіковані спеціалісти є невід'ємною частиною забезпечення ефективності впровадження системних змін у галузі охорони здоров'я на сучасному етапі розвитку українського суспільства. Наявність високоефективного персоналу, його кваліфікація, мотивація, умови праці, заробітна плата, соціальний добробут, матеріально-технічне та технологічне забезпечення трудового процесу визначає відповідний рівень медичного обслуговування населення. Вони значною мірою відповідають за ефективні реформи в галузі Охорони здоров'я. Особливу роль у ефективності роботи відіграє управління медичними закладами. Тому обізнаність та розвиток освітнього рівня медичних кадрів є основою політики відносно сфери охорони здоров'я.

Процеси реформування системи охорони здоров'я зумовили зміни та висунули певні вимоги до сучасних управлінців медичної сфери. Працівники

повинні мати не тільки високий рівень медичних знань, але й добре розбирається в проблемах фінансового характеру, страхування, володіють методами стратегічного планування та управління, повинні вміти приймати конструктивні рішення та контролювати їх реалізацію, для забезпечення цілеспрямованої діяльності організацій в умовах кризи, повинні володіти мистецтвом регулювання відносин між людьми, вирішувати конфлікти, тобто бути ефективним менеджером змін. Наведені вимоги до сучасного управлінця сфери охорони здоров'я вимагають від нового покоління спеціалістів, відповідно, нової кадрової політики, нову концепцію навчання. Особливо це стосується регіонів України, тому що кожен регіон має свої особливості, пов'язані з диспропорцією кадрового забезпечення [5,6].

Таким чином, мета роботи полягає у визначенні основних шляхів вдосконалення менеджменту та організації діяльності ургентної допомоги хірургічного відділення на базі Шосткинської центральної районної лікарні. Відповідно до поставленої мети були вирішені такі задачі:

- аналіз теоретичних та методичних підходів щодо організації роботи ургентної допомоги у інших країнах;
- вивчення складу, структури, напрямків управління закладом охорони здоров'я;
- визначення основних показників успішної роботи менеджерів лікарні;
- дослідження показників роботи хірургічного відділення та стану організації і адміністрування, функціонування у сфері надання ургентної допомоги;
- удосконалення результативності хірургічного відділення Шосткинської центральної районної лікарні. Об'єктом дослідження є система організації та адміністрування хірургічного відділення Шосткинської Центральної районної лікарні. Предметом дослідження є теоретико-методичні засади вдосконалення

управління та організації діяльності ургентної допомоги хірургічного відділення на базі Шосткинської центральної районної лікарні.

РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ОРГАНІЗАЦІЇ І АДМІНІСТРУВАННЯ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1 Підготовка управлінців медичної сфери

Медична освіта, навчання та розвиток медичного персоналу орієнтується та контролюється на національному рівні через існуючу систему післядипломної освіти. Радянська система закладів післядипломної освіти залишились практично без змін, за винятком модернізації інфраструктури та обладнання. Існує також форма державних установ практично без змін, заснованих на застарілих радянських традиціях, ні відповідність завдань та цілей установи потребам громади [7,8-10].

Урядовці та керівники сектору охорони здоров'я медустанов в Україні готують спеціалістів різного профілю, пройшовши спеціалізований курс «Організація та управління здоров'ям» та інші додаткові короткострокові підготовчі заходи. Програма навчання була розроблена провідною кафедрою Національної медичної академії післядипломної освіти. П.Л. Шупика, затвердженого Міністерством охорони здоров'я України та затвердженого Міністерством освіти і науки України; медична академія (інститут, факультет) післядипломної освіти може змінити до 10% вмісту стандартної програми для визначення потреби та уподобань населення. Цей курс розрахований на два місяці або 312 аудиторних годин, у тому числі і на наступні теми:

1. «Соціальна медицина, як основа управління в охороні здоров'я»;
2. «Основи управління охороною здоров'я», у тому числі теоретичні основи управління охороною здоров'я та сучасний менеджмент», «Система підхід у

охорони здоров'я», Майбутні тенденції розвитку систем охорони здоров'я здоров'я», «Технологія управління процесами» та «Підтримка ІТ-процесів управління»;

3. «Культура управління»;
4. «Економіка охорони здоров'я»;
5. «Нормативно-правова база управління»;
6. «Управління людськими ресурсами»;
7. «Організація та управління медичною допомогою»;
8. «Організація та управління епідеміологічною службою».

Національна медична академія післядипломної освіти іх. П.Л. Шупика (Київ) пропонує 18-місячний курс зі спеціалізацією «Організація та управління охороною здоров'я», розроблена в рамках проекту ЄС «Сприяння реформам вторинна медична допомога в Україні». Однак вона залишається невирішеною щодо питання отримання сертифіката після навчання, бо він не відрізняється від сертифіката, отриманого студентами після двомісячного навчання [11,12].

Українські експерти часто наголошували на існуючий рівень навчання спеціалістів сфери охорони здоров'я як недостатній, пропонуючи вжити суттєві корективи, що стосуються, зокрема, кількості навчальних годин та змістовне планування. З метою підвищення ефективності таких програм, інвестиції у навчальні тренінги з надання медичних послуг слід збільшувати. Зокрема, сьогодні основний акцент концентрується виключно на управлінській ланці лікарів, які не мають мотивації набуття нових компетенцій при одночасному керуванні персоналом на початковій стадії кар'єри [13,14].

На основі аналізу літературних джерел, у світі не має єдиної кваліфікаційної таблиці вимог до управлінця медичним закладом. Меншість країн - (Болгарія, Фінляндія, Угорщина, Італія, Литва, Румунія, Словаччина), дотримуються підходу, заснованого на контролі якості людських ресурсів, шляхом визначення

обов'язкового професійного мінімуму (обов'язкова освіта за спеціальністю "Менеджмент охорони здоров'я") як умови призначення на посаду.

У більшості країн-членів ЄС у Західній Європі (Австрія, Бельгія, Данія, Німеччина, Греція, Ірландія, Люксембург, Нідерланди, Португалія, Іспанія, Швеція та Великобританія) навпаки - навчання за спеціальністю «Менеджмент охорона здоров'я»- це не формальна, а фактична вимога: однак, кандидати на посаду керівника медичного закладу добровільно та часто за власний рахунок, навчання за спеціальністю «Менеджмент охорони здоров'я» підвищити рівень професійного розвитку та, отже, зростання шанси бути призначеним керівником медичного закладу. Така ж сама ситуація в п'яти "нових" країнах-членах ЄС, а саме на Кіпрі та Чехії Республіка, Латвія, Мальта та Словенія. Право займти посаду управлінця закладом охорони здоров'я в цих країнах розглядаються як безпосередньо компетенції спеціаліста з "Управління охороною здоров'я" які необхідні для отримання посади керівника медичного закладу, і навчання за цією спеціальністю сприймається насамперед, як цінна особиста інвестиція [15,16-18].

1.2 Кваліфікаційні вимоги до менеджерів лікувального закладу

Процес надання медичної допомоги вимагає великої кількості фахівців. Основну увагу слід приділяти медичній підготовці. Персонал, зокрема у сфері менеджменту управління, особливо важливий, оскільки він визначає якість і ефективність медичної допомоги.

Всесвітня федерація медичної освіти розробила певні стандарти для лікарів управлінців, які називаються "Безперервний професійний розвиток", ще в 2003 році. У серії цих стандартів був такий девіз: "Освіту неможливо вважати підготовкою до життя, бо освіта - це життя». Безперервний професійний розвиток означає, що лікар несе професійну відповідальність за належний рівень власної

компетентності, хоча вже багато років ведуться дискусії щодо фінансування та підтримки досягнення належного рівня такої професійної компетентності.

Дані обговорення можна розділити на два типи, залежно від моделі надання медичних послуг. У випадку однієї моделі, для якої розглядаються, експерти підписати контракт (наприклад, США), що повна відповідальність покладається на самого лікаря, а це означає, що він чи вона повинні оплатити власну підготовку та, якщо потрібно, підготувати заміну. В системах, де відповідальність покладається на урядові організації (Великобританія, Іспанія чи Україна) гарантують відповідний рівень. Включається ефективна робота експертів та формується відповідність певним стандартам в зоні відповідальності самої системи, яка повинна надавати можливості навчання. В рамках сертифікаційних програм, підтримку кваліфікації спеціалістів, оскільки вони відповідають перед громадянами [19-23].

Українська система безперервного професійного розвитку для лікарів не відповідає світовим стандартам медичної освіти. Досі використовуються основні освітні форми, тематичні курси та цикли попередньої сертифікації без вибору лікаря, ефективна форма безперервної професійної освіти. Таким чином, для підвищення рівня безперервного професійного розвитку, який би відповідав стандартам необхідно запровадити нові форми: навчання та стажування на основі циклів вдосконалення (від одного до чотирьох тижнів), дистанційне навчання, стажування в українських клініках та за кордоном, участь у зустрічах, конгресах, семінарах та інших наукових форумах, набуття досвіду в сучасних клініках, власний досвід тощо.

Поки єдиним в Україні механізмом оцінки компетентності є "Сертифікація", яка, як правило, базується на концепціях стажу та здібностей продемонструвати процес навчання сучасних програм перепідготовки, знову ж таки з акцентом на кількість та якість забезпечення ресурсами, і без будь-якого посилання на

продемонстрований рівень здібностей [24,25]. Незважаючи на недоліки цього процесу, зміни професійного характеру, орієнтовані на результат: хоча б постійного професійного розвитку, який не пов'язаний з реальними професійними потребами.

РОЗДІЛ 2 ОРГАНІЗАЦІЯ ТА АДМІНІСТРУВАННЯ ХІРУРГІЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ ШОСТКИНСЬКОЇ ЦРЛ У СФЕРІ НАДАННЯ УРГЕНТНОЇ ДОПОМОГИ

2.1 Реформування галузі охорони здоров'я Шосткинського району відповідно до сучасних тенденцій розвитку медичної сфери

Пристосувати систему управління медичною галуззю до сучасних потреб, відповідність міжнародним стандартам та інтеграції до Європейського цивілізаційного простору у галузі медичної освіти та науки пропонуються такі рекомендації:

1. Вдосконалити та оновити програму спеціалізації з "Організації та управління охороною здоров'я "з урахуванням вимог часу (виконавча програма за сумісництвом для програми для нинішніх менеджерів);

2. Адаптувати навчання відповідно до європейських стандартів до запровадження магістратури зі спеціальності «Організація та Управління охороною здоров'я» тривалістю 1 рік (резидентська програма);

3. Розширити теми тематичних курсів вдосконалення з урахуванням сучасний стан та основні проблеми системи охорони здоров'я, поява нових напрямків і розвиток медичної науки, а також регіональні потреби надання ургентної допомоги.

4. Ввести після проходження курсів удосконалення самооцінки управлінців своїх знань та навичок з метою виявлення проблем у питаннях управління хірургічним відділенням;

5. Змінити медико - організаційні підходи до атестації лікарів на впровадження сучасних, вдосконалених показників, термінів та рейтингових критеріїв медичних працівників ургентної допомоги;

6. Посилити роль медичних асоціацій у плануванні та розподілі найпоширеніших медичних спеціальностей та нести відповідальність за атестацію лікарів хірургічного відділення;

7. Створити умови та мотивацію для постійної самоосвіти та самовдосконалення із забезпеченням доступу до професійних інформаційних ресурсів (профільні журнали, довідники, електронні посібники, Інтернет-ресурси тощо).

8. Сприяти привабливості професії та реалізовувати її матеріальні та нематеріальні стимули для підвищення професіоналізму лікарів ургентної допомоги.

Юридична адреса установи - 41100 ,Сумська обл., м.Шостка, вул. Щедрина, 1. Телефон (факс) +380 (5449) 7-22-67. Електронна адреса - shostka.crl@i.ua

Членство України у Всесвітній Організації Охорони Здоров'я (ВООЗ) зобов'язує до реалізації її міжнародних стратегій. В тому числі це стосується тих стратегій ВООЗ, які спрямовані на поліпшення медичної допомоги, яка на сьогодні в Україні характеризується недостатньою якістю [26,27-30].

Один з шляхів забезпечення належної якості медичної допомоги, яка надається населенню України, полягає у впровадженні положень міжнародних стратегій ВООЗ, спрямованих на підвищення якості медичної допомоги.

Як прояв процесу децентралізації влади у сфері охорони здоров'я є започаткування змін в організації медичної допомоги в місті:

- Згідно рішення 18 сесії Шосткинської міської ради 7 скликання від 16.06.2018 року утворено Комунальне некомерційне підприємство «Шосткинський міський центр первинної медико-санітарної допомоги» Шосткинської міської ради.

- 20.11.2018р.на 19 сесії Шосткинської міської ради 7 скликання було прийняте рішення про створення Комунального некомерційного підприємства «Шосткинська центральна районна лікарня» Шосткинської міської ради.

В процесі реформування галузі охорони здоров'я Шосткинського району, мережа лікувально-профілактичних закладів з 01.01.2016 р. дещо змінилась:

Мережа лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я Шосткинського району на кінець 2019 р. складає:

Центральна районна лікарня – 336 ліжок

Дитяча лікарня – 60 ліжок

КУСОР « Шосткинський обласний протитуберкульозний диспансер»-60 ліжок

Всього в районі 456 ліжок, які розташовані в 3-х вищевказаних закладах

Стоматологічна поліклініка – 1

Районний центр первинної медичної
(медико-санітарної) допомоги – 1

в т.ч.: - Воронізька АЗПСМ

- Чапліївська АЗПСМ

- Собицька АЗПСМ

- Миронівська АЗПСМ

- Богданівська АЗПСМ

- Ображіївська АЗПСМ

- Клишківська АЗПСМ

- Івотська АЗПСМ

- Фельдшерсько-акушерські пункти – 3

- Фельдшерські пункти – 15

КНП « Шосткинський міський центр первинної медико-санітарної допомоги» -1

Міськрайонне управління Державної установи «Головне управління Держсанепідслужби у Сумській області» – 1

Міськрайонний відділ Державної установи «Сумський обласний лабораторний центр Державної служби України» – 1

Здоров пункт – 1

У порівнянні з 2018 роком чисельність населення зменшилась.

Таблиця 2.1 - Зміна чисельності населення

Постійного населення:

	2018 р.	2019 р.	Зміна показника	
			Абс.число	%
Всього населення	96414	95159	-1255	-1,30
місто (Шостка+Вороніж)	83074	82084	-990	-1,19
м.Шостка	76006	75121	-885	-1,16
сmt Вороніж	7068	6963	-105	-1,48
села району	13340	13075	-265	-1,99

Наявного населення:

	2018 р.	2019 р.	Зміна показника	
			Абс.число	%
Всього населення	96080	94825	-1255	-1,31
місто (Шостка+Вороніж)	82874	81884	-990	-1,19
м.Шостка	75909	75024	-885	-1,17
сmt Вороніж	6965	6860	-105	-1,51
села району	13206	12941	-265	-2,0

Як видно з вищевказаних таблиць, по відношенню до 2018 року у цілому постійного населення зменшилось в цілому на 1,30% та наявного на 1,31%.

Треба відмітити, що на фоні зменшення чисельності населення в цілому на 1,30%, зменшення мешканців смт Вороніж на 1,48%.

Мешканців сіл району зменшилось на 1,99%, тобто в 1,7 рази більше, ніж мешканців міста.

Таблиця 2.2 - Основні демографічні показники району (на 1000 населення)

Народжуваність

Роки	Серед міських жителів району	Серед сільських жителів району	Серед усього населення району	Показник Сумської області серед всього населення
2017	5,69	1,41	5,10	7,30
2018	5,20	0,91	4,61	6,50
2019	5,19	0,15	4,50	

Смертність

Роки	Серед міських жителів району	Серед сільських жителів району	Серед усього населення району	Показник Сумської області серед всього населення
2017	13,37	22,19	14,59	15,90
2018	13,47	24,16	14,94	16,34
2019	14,19	20,55	15,06	

Природній приріст

Роки	Серед міських жителів району	Серед сільських жителів району	Серед усього населення району	Показник Сумської області серед всього населення
2017	-7,68	-20,78	-9,49	-8,60
2018	-8,27	-23,25	-10,33	-9,84
2019	-9,00	-20,4	-10,56	

Як видно з таблиць, в цілому в поточному році народжуваність в порівнянні з 2018 роком зменшилася, смертність незначно збільшилась.

Природний приріст став більш негативним = -10,56 при обласному показнику за 2018 рік = -9,84.

Таблиця 2.3 - Характеристика населення району за статевою структурою

		2018 р.	2019 р.	Зміна показника	
				абс.число	%
Чоловіки	абс. число	43056	42508	-548	-1,27
	питома вага від усього населення	44,66	44,67		
Жінки	абс. число	53358	52651	-707	-1,32
	питома вага від усього населення	55,34	55,33		

Як видно з наведеної таблиці, відбулося зменшення чоловічого та жіночого населення (відповідно на 1,27% та 1,32%), але питома вага за статевою структурою залишилася на попередньому рівні.

Використання пропускнуої здатності за 2019 рік у цілому по ЛПЗ району склало 91,7% (2018 р. – 92,1%).

Таблиця 2.4 - У розрізі ЛПЗ району ліжкова мережа використана у %

Найменування ЛПЗ	2018 рік	2019 рік	Зміна показника + -
ЦРЛ	94,1	93,2	-0,9
Дитяча лікарня	81,1	83,9	+2,8

Всього по району (без тубдиспансеру)	92,1	91,7	-0,4
Протитуберкульозний диспансер	58,8	42,0	-16,8
Всього по ЛПЗ на території району	88,2	85,5	-2,7

Як видно з наведеної таблиці, відсоток використання ліжкового фонду зменшився по усім ЛПЗ району, окрема дитячої лікарні.

Ліжковий фонд в повному обсязі не використаний жодним ЛПЗ. Серед відділень ЦРЛ недостатньо освоєні ліжка по:

наркологічному	- 97,4%
хірургічному	- 96,5%
терапевтичному №2	- 96,3%
травматологічному	- 95,7%
терапевтичному №1	- 93,7%
інфекційному	- 84,6%
кардіологічному	- 82,4%
пологовому	- 41,5%

Таблиця 2.5 - Середня тривалість перебування хворого на ліжку у порівнянні з 2018 роком

Найменування ЛПЗ	2018 рік	2019 рік	Зміна показника +/-	Обл.пок. 9 міс.2019 р.
ЦРЛ	9,3	8,7	-0,6	9,4
Дитяча лікарня	8,3	8,9	+0,6	8,3
Всього по району (без тубдиспансеру)	9,1	8,7	-0,4	11,2
Протитуберкульозний диспансер	95,9	85,9	-10,0	74,4
Всього по ЛПЗ на території району	9,9	9,2	-0,7	11,2

Як видно з наведеної таблиці, середня тривалість перебування хворого на ліжку в порівнянні з 2018 роком збільшилась лише по дитячій лікарні.

В порівнянні з обласними показниками у районі перевищує середня тривалість перебування хворого на ліжку по дитячій лікарні та протитуберкульозному диспансеру.

В цілому по ЛПЗ району середня тривалість перебування хворого на ліжку нижче обласного показника (р-н 9,2 ліжко/днів; обл. пок. 9 міс. 2019 р.- 11,2 ліжко/днів).

Таблиця 2.6 - У розрізі структурних відділень ЦРЛ та ЛПЗ району середня тривалість перебування хворого на ліжку

Найменування відділення, профілю ліжок	2018 р.	2019 р.	Зміна показника, + -
дитячі хірургічні ліжка	7,4	7,8	+0,4
ліжка для вагітних та роділь	3,4	4,9	+1,5
інфекційне відділення ДЛ	8,6	10,3	+1,7
педіатр.-сомат. відділення	8,1	8,2	+0,1

ХІРУРГІЧНА АКТИВНІСТЬ

Хірургічна активність у стаціонарах хірургічного профілю по ЦРЛ незначно зменшилась і склала 54,8% (2018 р.- 56,26%) та залишилась нижче обласного показника. Обл. показник 9 міс.2019 р. – 57,4%).

У розрізі структурних відділень та профілю ліжок в порівнянні з 2018 роком хірургічна активність зменшилася по:

хірургічним дорослим ліжкам	з 61,2% до 56,4%
травматологічному відділенню	з 85,9% до 82,8%
ЛОР відділенню	з 72,9% до 65,4%
очному відділенню	з 32,7% до 30,0%

Загальнолікарняна летальність по ЦРЛ незначно зменшилась та склала 1,81% (2018 р. – 1,87%), але залишилась вище обласного показника (обл. пок. серед ЦРЛ за 9 міс. 2019 р. – 1,71%).

У розрізі структурних відділень та профілю ліжок в порівнянні з 2018 роком загально- лікарняна летальність збільшилась по:

ендокринологічним ліжкам	з 0,34% до 1,00%
кардіологічному відділенню	з 5,13% до 5,84%
інфекційному відділенню	з 0,94% до 1,60%
неврологічному відділенню	з 5,40% до 6,38%
терапевтичному відділенню №2	з 0,00% до 0,40%

В цілому по ЛПЗ району загальнолікарняна летальність незначно зменшилась та склала 1,55% (2018 р. – 1,60%), але залишилася вище обласного показника (обл.пок. 9 міс.2019 р. – 1,29%).

Післяопераційна летальність по ЦРЛ в порівнянні з 2018 роком незначно зменшилась та склала 0,38% (2018 р. – 0,44%), але залишилась вище обласного показника (обл.пок. 9 міс.2019 р. – 0,30%).

Ліжка, виділені для ВВ по ЦРЛ освоєні на 32,5% (2018 р. – 37,7%).

Недостатньо освоєні ліжка для ВВ по усім відділенням.

Украй недостатньо освоєні ліжка для ВВ по:

очному відділенню	- 21,8%
хірургічному відділенню	- 17,3%
протитуберкульозному диспансеру	- 6,6%

Зовсім не використовувалися ліжка для ВВ по терапевтичному відділенню №2.

Ліжка виділені для чорнобильців використані по ЦРЛ на 38,6% (2018 р. – 34,8%), в цілому по району освоєні на 29,4% (2018 р. – 26,7%).

Недостатньо освоєні ліжка для чорнобильців по усім відділенням.

Украї недостатньо освоєні ліжка по відділенням ЦРЛ:

очному - 17,9%

хірургічному - 5,9%

ЛОР - 5,0%

Зовсім не використовувалися ліжка для чорнобильців по протитуберкульозному відділенню.

Ліжка виділені для інвалідів працездатного віку в цілому по району освоєні на 86,4% (2018 р. – 96,4%), по ЦРЛ освоєні на 111,8% (2018 р. – 107,9%).

Недостатньо використані ліжка для інвалідів працездатного віку по:

очному відділенню - 57,3%

травматологічному відділенню - 46,3%

протитуберкульозному диспансеру - 46,3%

кардіологічному диспансеру - 44,3%

Хосписні ліжка за 2019 рік в цілому використані на 96,4% (2018 р. – 81,6%).

Недостатньо освоєні ліжка по:

інфекційному відділенню - 79,0%

гінекологічному відділенню - 52,6%

Таблиця 2.7 - Середня тривалість перебування хворого на ліжку для спец. контингенту в розрізі ЛПЗ району склала (в ліжко/днях)

Найменування контингенту хворих та ЛПЗ	Середня тривалість перебування хворого на ліжку		Зміна показника + -
	2018 р.	2019 р.	
ВВ			
ЦРЛ	10,1	10,1	-
Протитуберкульозний диспансер	-	41,0	+41,0
Чорнобильці			
ЦРЛ	9,7	11,3	+1,6
Протитуберкульозний дисп.	-	-	-

Інваліди працездатного віку			
ЦРЛ	10,2	10,3	+0,1
Протитуберкульозний диспансер	119,1	110,3	-8,8

Середня тривалість перебування хворого на ліжку серед спец. контингенту збільшилась: на ліжках для ВВ: по протитуберкульозному диспансеру

на ліжках для чорнобильців: по ЦРЛ

на ліжках для інвалідів працездатного віку: по ЦРЛ

По протитуберкульозному диспансеру ліжка для ВВ та чорнобильців зовсім не використовувались.

Таблиця 2.8 - Число пролікованих хворих з інших районів у розрізі структурних відділень склало

Найменування відділення	2018 р.	2019 р.	Зміна показника + -
гінекологічне	162	224	+62
очне	184	160	-24
інфекційне	34	37	+10
кардіологічне	27	32	+5
ЛОР	112	104	-43
неврологічне	41	63	+22
пологове	151	140	+11
терапевтичне №1	94	58	+36
травматологічне	126	155	+29
хірургічне	175	242	+67
шкіро-венерологічне	34	29	+5
наркологічне	95	93	-2
ВСЬОГО по ЦРЛ	1235	1337	+102
соматично-педіатричне	100	91	-9

інфекційно-дитяче	150	137	-13
Всього по ДЛ	250	228	-22
Всього по району	1485	1565	+80

Число пролікованих хворих з інших районів за 2019 рік у порівнянні з 2018 роком збільшилося на 80 хворих, чи на 5,4%.

Число пролікованих хворих з інших районів по ЦРЛ збільшилось на 102 хворих, чи на 8,3%.

Таблиця 2.9 - В цілому по ЦРЛ цей показник за 2019 рік склав 8,7 ліжко/днів

Найменування відділення	Проліковано хворих всього	Проліковано хворих з інших районів	
		абс. число	% від усіх пролікованих хворих
гінекологічне	1218	224	18,4
очне	898	160	17,8
інфекційне	686	37	5,4
кардіологічне	668	32	4,8
ЛОР	985	104	10,6
неврологічне	1003	63	6,3
пологове	589	140	23,8
терапевтичне	1407	58	4,1
травматологічне	763	155	20,3
хірургічне	1925	242	12,6
шкіро-венерологічне	336	29	8,6
наркологічне	1056	93	8,8
Всього по ЦРЛ	11785	1337	11,3

Сомат.-педіатричне	1259	91	7,2
Інфекційне дитяче	691	137	19,8
Всього по дитячій лікарні	1950	228	11,7
Всього по району (ЦРЛ+ДЛ)	13735	1565	11,4

Число пролікованих хворих з інших районів по дитячій лікарні зменшилось на 22 хворих, чи на 8,8%.

Пролікованих хворих з інших районів збільшилося по 9-ти відділенням:

Зменшилося по 5-ти:

- очному,
- ЛОР,
- наркологічному,
- сомато-педіатричному,
- інфекційному дитячому.

Середня тривалість перебування хворого з міжрайону по ЦРЛ склала 7,8 л/днів (2018 р. - 8,0 л/днів).

Питома вага пролікованих хворих з інших районів від загального числа пролікованих хворих у розрізі структурних відділень за 2019 рік склала:

В цілому питома вага пролікованих хворих з міжрайону в порівнянні з 2018 роком незначно збільшилася і склала 11,4% (2018 р. – 10,8%), по ЦРЛ склала 11,3% (2018 р. – 10,6%).

Середня тривалість перебування хворого на ліжку хворих з міжрайону склала 7,8 л/днів (2018 р. – 8,0 л/днів) та залишилася менше середнього перебування хворого на ліжку в цілому по району, який склав за 2019 р. 8,7 л/днів (2018 р. – 9,1 л/днів).

Найбільш питома вага пролікованих хворих з міжрайону по відділенням:

хірургічному	- 12,6%
очному	- 17,8%
гінекологічному	- 18,4%
інфекційному дитячому	- 19,8%
травматологічному	- 20,3%
пологовому	- 23,8

Таблиця 2.10 - В ЛПЗ району за 2019 рік було проліковано хворих сільської місцевості

Найменування ЛПЗ	Проліковано		Проліковано сільських жителів			
	хворих всього		2018 р.		2019 р.	
	2018 р.	2019 р.	абс.ч.	%	абс.ч.	%
ЦРЛ	11635	11785	2147	18,4	2022	17,2
ДЛ	2092	1950	359	17,2	288	14,8
Всього	13727	13735	2506	18,3	2310	16,8

Питома вага жителів сільської місцевості по району складає 13,7% (всього населення 95159, в т.ч. сільського 13075, тобто 13,7%).

Як видно, питома вага пролікованих сільських жителів більше, ніж міських.

Таблиця 2.11 - Обслуговування стаціонарних хворих

	2018 р.	2019 р.	Зміна показн. + -	
			абс. число	%
% охопту фізіотерапією	79,2	70,5	-8,7	-11,0
% охопту ЛФК	18,2	19,5	+1,3	+7,1
кількість біохімічних аналізів на 1 стац. хворого	8,8	9,4	+0,6	+6,8
кількість клінічних аналізів на 1 стац.	14,4	17,0	+2,6	+18,0
кількість ЕКГ на 1 стац. хворого	1,4	1,4	-	-

виконано УЗ досліджень	11469	11553	+84	+0,7
виконано ендоскопічних досліджень	927	1115	+188	+20,3
частота патологоанатомічних розтинів у %	47,0	47,9	+0,9	+1,9
кількість рентгенологічних досліджень на 1-го стац. хворого	0,3	0,3	-	-

Як видно з таблиці зменшився % охопту фізіотерапією з 79,2% до 70,5%.

Останні показники збільшилися або залишилися на попередньому рівні.

2.2 Порядок адміністрування хірургічного відділення

Нещодавній семінар з невідкладної хірургії, організований Королівським австралійським коледжем хірургів зазначив, що одним із принципів екстреної хірургічної операції, який слід розуміти, є «надзвичайна ситуація».

Попит на хірургічне втручання можна виміряти, прогнозувати та планувати, і такі ресурси повинні бути розподілені відповідно. Екстрена хірургія, як було визначено раніше, має переважно неплановий характер. Однак це природна (неконтрольована) мінливість в основному передбачувана. Це не означає, що це можливо точно передбачити точний обсяг або складність випадків, які будуть представлені в лікарні по годинах дня. Швидше, він визнає зростаюче визнання обсягу та мінливості в надзвичайних ситуаціях, необхідність операції можна виміряти та передбачити [31,32-39].

Як тільки встановиться розуміння прогнозованого обсягу та мінливості випадку, стає можливим розподілити ресурси на передбачуваний обсяг і план управління ситуацією. Ці дані можуть допомогти у подальшому визначенні невідкладної хірургічної операції за категоріями запланованих та позапланових

надзвичайних ситуацій, які можуть полегшити планування та розподіл відповідних професійних ресурсів. Концепція вимірювання "загально передбачуваного навантаження" була однією з ключових принципів, визначених в керівних принципах хірургічної допомоги від 2009 року (NSW Health 2009).

Ці рекомендації відображають позицію групи клінічних експертів у Новому Південному Уельсі. Вони заявляють, що оцінка допомоги на екстрені хірургічні втручання за спеціальністю на рівні обласної служби охорони здоров'я та закладів є необхідним першим кроком в оперативній реконфігурації.

Відстеження звернень за екстремим хірургічним втручанням може надати розуміння вибору оптимально діючої моделі для окремих установ. Крім того, аналіз звернень може бути використаний для виявлення тенденцій, що може додатково інформувати прогнози та планування послуг. Ця інформація може допомогти у прийнятті рішень:

- які випадки вимагають спеціальних дій екстреної хірургії;
- коли повинен бути складений план допомоги, щоб врахувати піки звернень на екстрені оперативні втручання;
- чи достатньо штатного розпису та схеми розкладу для екстрених випадків.

Тип даних, необхідних для виявлення значущих тенденцій у зверненнях за екстреною хірургією, включає:

- обсяг і тривалість операції за спеціалізацією.
- обсяг невідкладної хірургічної операції, яка запланована або незапланована в розкладі.
- тип хірургічного втручання.

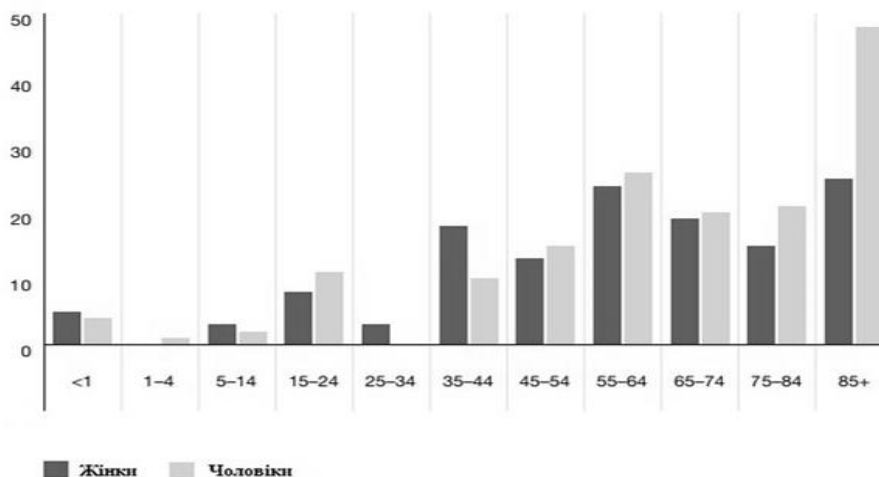


Рисунок 2.12 – Графік звернень за невідкладною хірургічною допомогою за віковими характеристиками

За літературними даними на рис. 2.12 представлена залежність звернень за хірургічною допомогою у залежності від віку та статі [40,41]. В наслідок даного дослідження встановлено, що за невідкладною допомогою звертаються практично у рівному співвідношенні, як чоловіки так і жінки. Однак відносно високий показник спостерігається у віці від 35-44 роки у жінок, щодо звернень за ургентною допомогою та на 85 році більшість чоловіків [42].

2.3 Мета і завдання ургентної допомоги хірургічного відділення

Оскільки не існує єдиного стандартного визначення екстреної хірургії, корисно розпочати з основних визначень. Визначення екстреної хірургічної допомоги, як правило, базується на визначенні часових рамок для хірургічної допомоги (наприклад, хірургічна операція, необхідна менш ніж за 24 години), за критерієм місця (наприклад, пацієнти, які надходять на хірургічне втручання через відділення невідкладної допомоги) або за критерієм захворювання або травми (наприклад, операція з приводу перелому кінцівки).

Всесвітнє об'єднання екстреної хірургії пропонує можливе визначення екстреної допомоги по хірургічному втручанню як «поліфункціональна хірургія, що проводиться при травматичних ушкодженнях або при нетравматичних гострих випадках під час того самого прийому в лікарні» [43,44]. Спрощене визначення, як правило наголошує на терміновому реагуванні на екстренне хірургічне втручання, наприклад, «операція, яка повинна бути зроблена швидко для збереження життя, кінцівок або функціональних можливостей людини».

Для цілей поточного огляду визначення екстреної хірургічної операції включає незаплановані хірургічні випадки, як термінові, так і нетермінові, які надходять до лікарні.

Часові рамки для визначення терміновості, включають усі незаплановані випадки, що вимагають хірургічного втручання протягом семи днів. Ці випадки включають:

- великі та незначні випадки травмування,
- випадки, що надходять через відділення невідкладної допомоги, що вимагає хірургічного втручання різного ступеня, що часто описується наступним:
 - негайна небезпека для життя,
 - загрожує життю,
 - загроза органу / кінцівки,
 - некритичний,
 - некритичний, невідкладний, терміновий,
 - напівтерміновий.

Пацієнтами, які звертаються до лікарень із гострими станами, що вимагають хірургічного втручання, є значна кількість споживачів медичних ресурсів. Населення продовжує звертатися за допомогою, отже спостерігачі виявили відповідне збільшення попиту на медичні послуги невідкладного хірургічного

втручання. Отже, посилюється попит на високий рівень та своєчасний доступ до невідкладної хірургічної допомоги [45].

Існує ряд проблем, пов'язаних із наданням екстрених хірургічних послуг. Напруга між рівновагою попиту на планову та екстрену хірургічну операцію добре відома, так як є потоковими ефектами для оптимізації місткості ліжок та надання якісної допомоги пацієнтам. Ці фактори сприяли постійним дискусіям щодо того, як визначити пріоритети невідкладних хірургічних випадків на основі стандартів клінічної невідкладності. Затримка з початковою оцінкою та лікуванням пацієнтів призвели до невдоволення організації надання екстреної допомоги. Однак спостерігається проблема, пов'язана з робочою силою, коли діяльність молодших хірургів не пов'язана з екстреною хірургічною допомогою, а старші хірурги все частіше відмовляються від екстреної допомоги хірургічного втручання за викликом або взагалі виходити на пенсію. Вирішення цих проблем є невід'ємною частиною системи охорони здоров'я, яка здатна реагувати на підвищення вимог до екстреної хірургічної допомоги.

Якість екстреної хірургічної допомоги залежить від професійних здібностей персоналу. Спеціалізована хірургічна допомога формується досвідом та вмінням лікарів. Її можна загалом поділити на медичну (включаючи хірургів та анестезіологів) та медсестринську допомогу.

Тенденція звернень до лікарень, пацієнтів із гострими станами, що потребують негайного хірургічного втручання, продовжує збільшуватися з підвищенням віку, спостерігачі виявили відповідне збільшення попиту на медичні послуги [46,47]. Ці демографічні зміни матимуть неминучий вплив на попит, щодо екстренної хірургії. А отже, підвищуються вимоги до системи охорони здоров'я, щоб забезпечувати високий рівень та своєчасну невідкладну хірургічну допомогу.

Завдання хірургічного відділення, Шосткинської ЦРЛ:

- надання кваліфікованої хірургічної допомоги хворим хірургічного профілю, в т.ч. за невідкладними показниками, а також поранення або травмування;
- проведення оперативних втручань плановим хворим хірургічного профілю;
- стаціонарне обстеження і лікування профільних хворих, поранених, що мають травму;
- ведення встановленої медичної документації.

Хірургічне відділення складається з двох операційних з передопераційної (одна операційна для планових операцій, інша-для екстрених), перев'язувальних - чистої і гнійної, процедурної, реанімаційної палати, післяопераційних палат, палат для загальнохірургічних, травматологічних хворих, палат або ліжок для стоматологічних, офтальмологічних, оториноларингологічних хворих, гіпсувальної [48].

Доцільно виділяти палату для хворих з гнійними ускладненнями. У складі хірургічного відділення, крім перерахованих приміщень, необхідно мати кабінет начальника, ординаторську, кімнати старшої сестри і сестри-господині, гардеробну, буфетну, їдальню на 60-80% посадочних місць від числа ліжок відділення, ванну кімнату, кімнату для зберігання білизни, туалет.

У числі палат повинні бути палати для важких хворих, військовослужбовців-жінок, офіцерського складу, рядового та сержантського складу. На одного хворого в палаті має бути не менше 7 м². площі, в післяопераційній і реанімаційній 9-12 м². Для огляду хворих офтальмологічного і оториноларингологічного профілів в складі відділення виділяють оглядово-процедурну для обстеження та надання допомоги хворим у процесі їх лікування.

Операційна облаштовується для проведення невідкладних оперативних втручань при гострих хірургічних захворюваннях, планових операцій хворим з хірургічною патологією, протишокових і реанімаційних заходів постраждалим з

важкими травмами або пораненнями. Операційна повинна розміщуватися в просторому світлому приміщенні з розрахунку 40 м² на один операційний стіл.

Стіни, підлога і стеля операційної робляться з гладким миючим покриттям. Залежно від обсягу роботи і розмірів приміщення в операційній розміщують 1-2 операційні столи, столи для стерильної білизни і перев'язувального матеріалу, пересувний стіл для інструментів, столи для розчинів і медикаментів, наркозний апарат, підставки для боксів, кілька круглих табуретів, емальовані тази, дефібрилятор, електровідсмоктування, набори для оперативних втручань. Для штучного освітлення, використовується безтіньова лампа, пересувна лампа для бокового освітлення. В операційній необхідно передбачити аварійне освітлення.

Передопераційна, призначена для миття рук хірургів і медичної сестри, стерилізації інструментів, для заготівлі перев'язувального матеріалу і білизни. У передопераційній зберігають інструменти, які використовували при операціях, розчини, лікарські засоби. При відсутності спеціального приміщення для стерилізаційної тут же може встановлюватися автоклав. Для зберігання крові в передопераційній необхідно мати холодильник. Крім операційної в хірургічному відділенні розміщуються дві перев'язувальні: «чиста» і «гнійна», в яких проводять хірургічні маніпуляції, перев'язки. Обладнуються вони, як і перев'язувальні медичного пункту.

У процедурній розміщуються шафи для інструментів, медикаментів, в т.ч. наборів інструментів і лікарських засобів для надання невідкладної допомоги, сейф, обладнаний засобами охоронної сигналізації для медикаментів групи «А», стіл для стерилізаторів, холодильник, кушетка та ін. предмети. Медикаменти для поточного використання (запас на 5 діб) розміщують в шафі окремо: «Внутрішні», «Зовнішні», «Ін'єкційні» [49].

У кабінеті начальника відділення і ординаторській повинні бути аналітичні таблиці, що відображають стан і ефективність лікувально-діагностичної роботи

відділення. У розпорядку дня відділення вказується час початку та закінчення роботи лікарів, здачі та прийому чергування, проведення ранкової конференції, виконання призначень, операцій, перев'язок, роботи лікарів відділення. Хворий, що надійшов до відділення на планове лікування, оглядається начальником відділення, який призначає лікаря. Лікуючий лікар завершує оформлення історії хвороби, встановлює попередній діагноз, складає план подальшого обстеження і призначає лікування. Хірургічна операція і складне діагностичне дослідження здійснюються за згодою хворого, яка записується в історію хвороби, хворий підписується під зазначеною згодою.

Без згоди хворих проводяться операції, коли зволікання з операцією або у встановленні діагнозу загрожує життю хворого, а отримати згоду хворого, батьків, опікунів не представляється можливим. Висновок про необхідність складної операції або дослідження приймається і підписується лікуючим лікарем з наступною доповіддю головному лікарю. Планові операції виконуються з дозволу начальника відділення, складні - після клінічного огляду хворих. Вранці в день операції хворий оглядається, потім оперують хірург і анестезіолог [50].

Операції повинні проводитися за участю лікаря-асистента. Як лікар-асистент залучається, лікар-хірург, так і лікар іншої спеціальності. Операційна сестра зобов'язана вести строгий облік взятих на операцію інструментів, тампонів, серветок і ін. матеріалів, перевіряти їх наявність в кінці операції, доповісти хірурга. Бактеріологічний контроль за якістю прибирання, мікробним станом повітря і різних предметів у відділенні, за стерильністю перев'язувального матеріалу, інструментів здійснюється не менше одного разу на місяць, за стерильністю операційної ділянки - один раз в десять днів.

РОЗДІЛ 3 ОСНОВНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ КНП «ШОСТКИНСЬКА ЦРЛ»

3.1 Основні показники роботи хірургічного відділення КНП «ШЦРЛ»

Місто Шостка та Шосткинський район є територіально-адміністративною одиницею, найбільш віддаленою від обласного центру. Населення міста та району на кінець 2019 року складало 95159 чоловік. Головною метою хірургічної служби району є надання загальнодоступної, своєчасної, кваліфікованої планової та ургентної хірургічної допомоги населенню міста та району, виконання державних медичних програм, а також надання практичної та консультативної хірургічної допомоги населенню сусідніх Ямпільського та Середино-Будського районів [51].

Спеціалізована хірургічна допомога, станом на друге півріччя 2020 рр. надається 15 спеціалістами. З них 2 заслужених лікарів України, 6 мають вищу категорію, 6 - першу категорію, 2 хірурга мають другу категорію, і один лікар не атестований. Амбулаторна хірургічна допомога населенню міста та району надається у поліклінічному хірургічному відділенні, зосередженому на базі поліклініки №4, де здійснюється прийом дорослого населення в двох хірургічних кабінетах, а також прийом ортопеда-травматолога, уролога, онколога, крім того в дитячій поліклініці здійснюється прийом дитячого хірурга на 1,0 ставку, дитячого уролога на 0,5 ставки та дитячого ортопеда на 1,0 ставку.

Стаціонарна хірургічна допомога надається в хірургічному та в травматологічному відділеннях, хірургічне відділення має на кінець 2019 року 50 ліжок, в склад якого входить 5 дитячих ліжок 10 урологічних ліжок та 35 хірургічних ліжок для дорослих. Кількість хірургічних ліжок на 10 тисяч населення складає 5,19. Хірургічна допомога вночі, у вихідні та святкові дні надається лікарями – хірургами для надання екстренної медичної допомоги на 9

штатних посад, на яких на даний час працює 4 фізичних особи. Хірурги загального профілю пройшли підготовку за вузьким фахом: комбустіологія - 2 чол.; нейротравматологія - 3 чол.; судинна хірургія-2 чол.; радіологія - 3 чол.; ендоскопія ШКТ-2 чол.; проктологія - 1 чол. У хірургічному відділенні працює штат досвідчених медичних операційних сестер.

Хірургічне відділення зосереджено на другому поверсі терапевтичного корпусу, розподілене на дві половини: чиста та гнійна. Кожна половина відділення має свій персонал, маніпуляційні, перев'язувальні, операційні та господарчі приміщення. Таке розташування відділення надає можливість рівномірно та раціонально використовувати ліжковий фонд, дотримуючись потрібного санітарно-епідеміологічного режиму у відділенні.

На четвертому поверсі розгорнуто новий операційний блок з 3 операційних залів та приміщення реанімаційного відділення. Проведений ремонт значно покращив побутові умови для хворих та умови праці медичних працівників. В рамках челенджу "Відремонтуй одну палату", який оголосив Голова Сумської ОДА Грищенко Роман Сергійович, в хірургічному відділенні була відремонтована одна двомісна палата та завершено ремонт шестимісної палати.

Хірургічне відділення зазнає в своїй праці великі труднощі через нестачу нової апаратури та інструментарію, медикаментів, перев'язувальних матеріалів. Крім того, як для хворих. Так і для медичного персоналу відсутні сучасні душові з наявністю гарячої води. Особливо актуально це для персоналу, який працює цілодобово. З 2017 року на базі нашого відділення проводяться мініінвазивні лапароскопічні операції (холецистектомія, апендектомія, діагностична лапароскопія). З 2018 р. таку можливість отримали і урологи (ТУР передміхурової залози, цистоскопія, стентування сечоводів). В 2019 році придбано апарату для контактної літотрипсії. В 2020 році ці оперативні втручання вже проводяться [52].

Хірургічне відділення Шосткинської ЦРЛ є базою для підготовки лікарів -

інтернів, базою для проходження практики студентів медінституту та медичного училища.

Накази МОЗ України, які підпорядковують роботу хірургічного відділення КНП «ШЦРЛ»

№ 99 від 01.03.1978 р. "Про стан і міри подальшого покращення невідкладної хірургічної допомоги населенню УРСР"

№ 845 від 01.10.2013 р. "Про систему онкологічної допомоги населенню України"

№ 59 від 21.04.1994 р. "Про удосконалення хірургічної допомоги дітям в Україні"

№ 838 від 30.09.2013 р. "Про систему комбустіологічної допомоги в Україні"

№ 295 від 24.11.1994 р. "Про заходи щодо поліпшення організації та підвищення якості нейрохірургічної допомоги населенню України"

№ 359 від 19.12.1997 р. "Про подальше удосконалення атестації лікарів"

№ 198 від 05.08.1999 р. "Про вдосконалення профілактики, діагностики та лікування правця"

№ 329 від 15.06.2007 р. "Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги з профілактики тромботичних ускладнень в хірургії, ортопедії і травматології, акушерстві і гінекології"

№ 620 від 29.12.2003 р. "Про організацію надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні"

№ 297 від 02.04.2010 р. "Про затвердження стандартів і клінічних протоколів надання медичної допомоги по спеціальності хірургія"

Накази УОЗ Сумської ОДА:

№ 302 від 22.03.2004 р. "Про удосконалення проктологічної допомоги населенню області" № 418 від 04.11.1994 р. «Про прийняття додаткових заходів по покращенню надання хірургічної допомоги хворим з гострими шлунково-кишковими кровотечами»

№ 258 від 03.04.2012 р. «Про оптимізацію ліжкового фонду у 2012 році»

№ 436-ОД від 26.05.2014 р. "Про систему онкологічної допомоги населенню області»

№ 676-ОД від 21.08.2014 р. «Про визначення об'єму оперативних втручань в стаціонарах хірургічного профілю лікувально-профілактичних закладів області"»

№ 735-ОД від 18.08.2015 р. «Про удосконалення медичної допомоги при гострих хірургічних захворюваннях»

3.2 Аналіз ургентної допомоги в хірургічному відділенні ШЦРЛ

На кінець 2019 року в хірургічному відділенні розгорнуто 50 ліжок, аналіз показників стаціонарної хірургії представлений у таблиці 3.1.

Таблиця 3.1 - Показники стаціонарної хірургічної допомоги.

Показники	2017	2018	2019
Ліжка на кінець року	50	50	50
Поступило хворих	1963	1989	1893
Виписано хворих	1957	1938	1892
Померло хворих	42	44	33
Загальна летальність	2,10	2,22	1,71
Проведено ліжко-днів	17800	17290	16412
Середня тривалість роботи ліжка	356,0	345,8	328,2
Оборот ліжка	40,0	39,6	38,5
Відсоток виконання плану	104,7	101,7	96,5
Середній ліжко-день	8,9	8,7	8,5
Оперовано хворих	916	920	882
Кількість операцій	957	974	933
Померло після операцій	17	14	12
Післяопераційна летальність	1,86	1,52	1,36
Хірургічна активність	48,9	50,3	48,5
Сер. л/день оперов. хворих	8,92	8,93	8,45
З них до операції	0,79	0,68	0,58
Кількість планових операцій	426	412	377
Кількість ургентних операцій	631	562	556

Така ж кількість ліжок зберігається і на друге півріччя 2020р. Число хворих, що вибули із стаціонару за 2 останні роки дещо зменшилося, що пов'язано з загальним зменшення кількості населення району.

Обіг ліжка і середній ліжко день майже не змінні. Зменшилась загальна кількість операцій та відповідно хірургічна активність. Відсоток планових операцій складає 40,4 %, а ургентних відповідно 59,6%.

За останній рік є наявна тенденція до зниження загальної та післяопераційної летальності. Ці показники досягнуті завдяки високій професійній майстерності фахівці, завдяки диференційованому підходу до показань для оперативного втручання, вибору більш оптимальних методик, своєчасної, в повному обсязі консервативної терапії, активному веденню післяопераційного періоду.

Значний об'єм післяопераційної летальності завжди займали тяжкі травми черепа та політравми. За останній рік цей показник дещо знизився.

Щорічно мають місце випадки післяопераційної летальності при гострих порушеннях мезентеріального кровообігу (гангрена кишки) – основні види оперативних втручань: лапаротомія з видаленням некротизованої кишки. В післяопераційному періоді ускладнення – розвиток перитоніту, продовження гангрені тонкої кишки .

Летальність у працездатному віці: в основному це тяжка ЧМТ, тяжка політравма, опіки, отруєння.

Тяжкість стану хворих, не дивлячись на інтенсивні лікувальні заходи, обумовила їх смерть [53].

Шляхи надходження хворих до хірургічного стаціонару різні. Це може бути направлення від сімейного лікаря, або вузького спеціаліста поліклініки, доставка бригадою швидкої допомоги або самозвернення. В 2020 р. з жовтня посилили електронний звіт щодо обліку хворих.

Якщо пацієнт не вкрай важкому стані, НЦЗУ передбачає первинне звернення до свого сімейного лікаря, який вирішує необхідність направлення хворого до стаціонару. За рахунок чого кількість самозвернень зменшується, але й частіше стали зустрічатися занедбані випадки.

За останні рік хворі потрапляли до хірургічного відділення ШЦРЛ наступним чином:

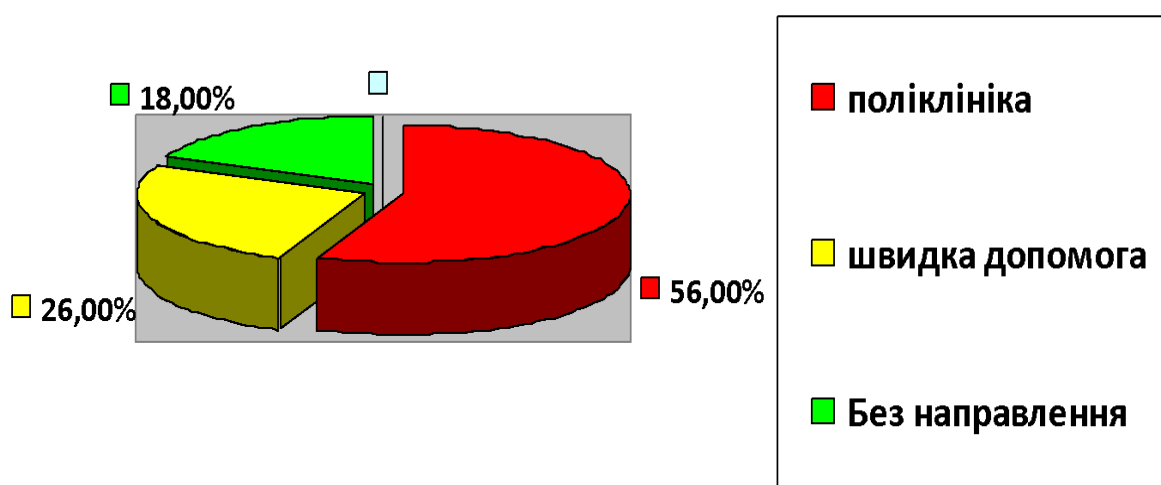


Рисунок 3.1 - Шляхи надходження хворих до стаціонару

Основні стани, з якими хворі потрапляють до хірургічного відділення ШЦРЛ, це: гострий апендицит, гострий холецистит, гострий панкреатит, защемлена кила, перфоративна виразка, гостра кишкова непрохідність, гострі тромбози судин, політравма.

Оцінка показника летальності в стаціонарі вельми складна, тому, що його величина визначається не тільки якістю лікування в стаціонарі, а й складом хворих (за віком, нозологічній формі, строкам госпіталізації), якістю лікування на догоспітальному етапі, фінансовою спроможністю хворих, відношенням хворих до свого здоров'я.

Таблиця 3.2 - Ургентна хірургічна допомога хворим за 2017-2019 рік

	2017	2018	2019
	Хір.від.	Хір.від.	Хір.від.
Гострий апендицит			
Оперовано	94	67	76
п/о ускладнення	3	1	2
Сер. Ліжко день	7,7	7,6	7,7
ГКН			
Оперовано	13	16	13
п/о ускладнення	1	2	1
Сер. Ліжко день	10,6	10,4	9,4
Защемлена грижа			
Оперовано	8	19	20
п/о ускладнення	-	1	-
Сер. Ліжко день	13,9	7,8	8,0
Перфоративна виразка			
Оперовано	11	8	10
п/о ускладнення	-	-	-
Сер. Ліжко день	11,0	12,5	9,6
Гострий холецистит			
Оперовано	10	7	4
п/о ускладнення	1	-	-
Сер. Ліжко день	10,1	9,3	8,4
Гострий панкреатит			
Оперовано	4	2	4
Померло після операції	1	-	-
п/о летальність	33,3	-	-
Сер. Ліжко день	15,4	19,0	8,6
Політравма			
Оперовано	16	5	14
п/о ускладнення	1	-	-
Сер. Ліжко день	13,9	11,3	11
ШКК			
Оперовано	5	2	1
п/о ускладнення	-	-	-
Сер. Ліжко день	10,0	13,5	9,7
Інші	461	436	418
Всього	623	562	556
померло всього	17	14	12

3.3 Удосконалення організації роботи і адміністрування хірургічного відділення ШЦРЛ

У 2020 році на виконання Закону України “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” Програма медичних гарантій запрацює в повному обсязі. Національна служба здоров'я України (далі – НСЗУ) буде закуповувати медичні послуги у закладах охорони здоров'я (далі – ЗОЗ) усіх рівнів надання медичної допомоги, організаційно-правової форми (крім бюджетної установи) та форми власності (далі – надавачів) і оплачувати їх за договором. Процедура закупівель медичних послуг передбачатиме дотримання надавачами умов надання послуг та специфікацій на конкретні послуги.

Шосткинська ЦРЛ підписала з НСЗУ 12 пакетів для надання медичних послуг. Один з них – надання стаціонарної хірургічної допомоги населенню, а саме: «Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах».

Послуга надається стаціонарно. Підставою для надання послуги є направлення лікаря з надання ПМД, з яким укладено декларацію про вибір лікаря або лікуючого лікаря, доставлення бригадою екстреної (швидкої) медичної допомоги, самозвернення при невідкладному стані. На даному етапі хірургічне відділення ШЦРЛ повністю відповідає цим умовам.

Крім того в хірургічному відділенні ШЦРЛ забезпечується повний первинний огляд пацієнта з визначенням його маршрутизації. Проводяться необхідні лабораторні та інструментальних дослідження. Цілодобово чергує лаборант в лабораторії приймального відділення, при необхідності можливий виклик лікаря лаборанта, які цілодобово чергують на дому. З інструментальними дослідженнями дещо складніше. Цілодобово чергує тільки рентген лаборант. Для удосконалення якості інструментального дослідження хворих хірургічного

профілю, необхідно забезпечити цілодобове чергування лікаря УЗД, придбати необхідно ендоскопічну стійку з відеофіксацією та колоноскоп.

Організовано цілодобове проведення хірургічних операцій з анестезіологічною допомогою, забезпечення анестезії та анестезіологічного моніторингу під час проведення хірургічних маніпуляцій та обстежень у разі потреби, післяопераційне знеболення та подальша медикаментозна терапія. Але необхідно надати доступ ургентним хірургам до проведення діагностичної лапароскопії і можливості проведення мініінвазивних оперативних втручань у нічний час і у вихідні дні у разі потреби. Налагоджений цілодобовий лікарський та медсестринський догляд за пацієнтами. Але, враховуючи необхідність економії коштів, останнім часом на нічне чергування залишають або дві медичні сестри і одну молодшу медичну сестру, або одну медичну сестру і дві молодші медичні сестри. На мій погляд остання комбінація менш ефективна з точки зору користі для хворих, особливо, якщо враховувати те, що заробітна платня у них однакова.

Цілодобово, в разі необхідності організовується проведення консультацій лікарями інших спеціальностей. Організоване скеровування пацієнтів для надання їм спеціалізованої (вторинної), високоспеціалізованої (третинної) медичної допомоги у заклади вищого рівня (за потреби). Обов'язково проводяться заходи з вторинної та третинної профілактики захворювань. У відділення слідкують за проведенням заходів з медичної реабілітації в гострому періоді для запобігання виникнення післяопераційних ускладнень, а також для ранньої активізації пацієнтів, коригування стратегії дихання, переміщень. Пацієнтів, в разі потреби, направляють в інші заклади/підрозділи для проведення медичної реабілітації у відновному періоді або паліативної допомоги (за потреби).

Для оптимізації надання екстреної хірургічної допомоги НЦЗУ передбачає:

- Наявність приймального відділення з приймально-оглядовим боксом або відділення невідкладної медичної допомоги для проведення первинного огляду пацієнта та визначення подальшої його маршрутизації.
- Наявність відділення / палати інтенсивної терапії для проведення цілодобової інтенсивної терапії, обладнаних відповідно до таблицю матеріально-технічного оснащення.
- Наявність операційного блоку, обладнаного відповідно до таблицю матеріально-технічного оснащення.
- Забезпечення можливості проведення лабораторних досліджень.
- Наявність лабораторії для проведення бактеріологічного дослідження у закладі або на умовах договору.
- Забезпечення можливості проведення інструментальних досліджень.
- Проведення консультацій, у т.ч. телемедичних, зі спеціалістами закладів вищого рівня відповідно до укладених договорів.
- Забезпечення компонентами крові у вигляді постійного запасу та швидкого доступу до них в режимі 24/7.

По цих пунктах КПН «Шосткинська ЦРЛ» забезпечена повністю, але для удосконалення цих послуг НЦЗУ передбачає наявність відділення невідкладної допомоги замість простого приймального відділення, яке існує на сьогоднішній день. Тому в жовтні 2020 року адміністрація ШЦРЛ почала капітальну реконструкцію приймального відділення нашої лікарні. Ця реформація в подальшому призведе до змін і в хірургічному відділенні. Особливо це буде стосуватися ургентної служби, тому що в штаті нового відділення невідкладної допомоги передбачено дві ставки хірургів, нейрохірург, реаніматолог, тощо.

Щодо адміністрування в хірургічному відділенні ШЦРЛ, то з початком реформування вторинної ланки наявні деякі позитивні зміни. Санепідрежим у відділенні підпорядковується програмам з інфекційного контролю та дотриманню

заходів із запобігання інфекцій, пов'язаних з наданням медичної допомоги, відповідно до діючих наказів МОЗ України. З першого жовтня обов'язковим є подання даних до Електронної системи охорони здоров'я на постійній основі. Наявність договору із закладом служби крові щодо постачання крові та її компонентів, у якого є чинна ліцензія провадження господарської діяльності банків пуповинної крові, інших тканин і клітин людини гарантує доступ до препаратів крові в режимі 24/7.

В ШЦРЛ забезпечуються права пацієнта, який перебуває на лікуванні у відділенні інтенсивної терапії, на допуск до нього відвідувачів 24 години на добу в будь-який день тижня згідно з правилами, визначеними у наказі МОЗ України № 592 від 15.06.2016 р. «Порядок допуску відвідувачів до пацієнтів, які перебувають на стаціонарному лікуванні у відділенні інтенсивної терапії».

Заклад готовий проводити хірургічні операції в стаціонарних умовах цілодобово та відповідає додатковим умовам, тому до прогнозного глобального бюджету в закладі буде застосовано коригувальний коефіцієнт.

Щодо переліку обладнання є деякі нюанси. Ендоскопічне обладнання – ФГДС – наявний без відеофіксації; колоноскоп взагалі відсутній в ЦРЛ; цистоскоп, гістероскоп, бронхоскоп (наявні за потреби – для обслуговування дорослого населення). Лапароскопічна стійка не доступна для використання в режимі 24/7. Коагулятор (моно-, біполяр) доступний в усіх операційних.

Монітор пацієнта з датчиком вимірювання CO₂ наявний цілодобово.

Для зниження загальної та післяопераційної летальності необхідно керуватися алгоритмом лікування та діагностики, що диктуються наказом №297 від 02.04.2010 «Про затвердження стандартів і клінічних протоколів надання медичної допомоги по спеціальності хірургія», підвищення професійних рис хірургів, широкого впровадження в роботу сучасних методів обстеження хворих, застосування малоінвазивних методик лікування хворих.

Не останнє місце займає організація санітарно-просвітницької роботи серед населення, професійне навчання сімейних лікарів, фельдшерів СШД та сільських лікувальних установ.

ВИСНОВКИ

В магістерській роботі виконаний аналіз теоретичних та методичних підходів щодо організації роботи ургентної допомоги хірургічного відділення Шосткинської Центральної Районної лікарні, проаналізовано склад, структуру, напрямки управління закладом охорони здоров'я, визначено основні показники успішної роботи менеджера лікарні, розроблено та обґрунтовано комплекс заходів, щодо підвищення рентабельності роботи управлінської ланки сфери охорони здоров'я хірургічної допомоги Шосткинської центральної районної лікарні.

Для удосконалення організації роботи і адміністрування у сфері надання ургентної хірургічної допомоги у КНП «Шосткинська ЦРЛ» необхідно:

- комп'ютеризація ординаторської та постів медичних сестер для можливості електронного ведення документації;
- придбання лікарнею додаткового обладнання, а саме – ендоскопічної стійки з відеофіксацією та колоноскопа;
- забезпечення доступу до УЗД діагностики в режимі 24/7;
- забезпечення персоналу доступом до сучасних душових з гарячою водою;
- регулярне проведення аналізу діяльності хірургічної служби та пошук і впровадження засобів для її вдосконалення.

Для зниження загальної та післяопераційної летальності необхідно керуватися алгоритмом лікування та діагностики, що диктуються наказом №297 від 02.04.2010 «Про затвердження стандартів і клінічних протоколів надання медичної допомоги по спеціальності хірургія», підвищення професійних рис хірургів, широкого впровадження в роботу сучасних методів обстеження хворих, застосування малоінвазивних методик лікування хворих.

Не останнє місце займає організація санітарно-просвітницької роботи серед населення, професійне навчання сімейних лікарів, фельдшерів СШД та сільських лікувальних установ.

Для покращення показників загальної та післяопераційної летальності необхідно:

- лікарські чергові бригади повинні бути укомплектовані висококвалітованими хірургами та анестезіологами;
- хворі, що потрапляють у відділення повинні відразу бути оглянуті в робочі дні завіддленням, а у вихідні - відповідальним хірургом;
- хворі з гострими болями в животі повинні бути госпіталізовані у відділення для діагностичного спостереження. Діти в 100% випадків;
- можливість в найкоротший термін забезпечити консультації вузьких спеціалістів;
- при наданні хірургічної допомоги хворим з екстреною патологією, строго дотримуватись стандартів обстеження та лікування, що обумовлені в наказі №297;
- участь в проведенні оперативних втручань бригад з 2-3-х хірургів, оперативні втручання повинні проводитися хірургами першої та вищої кваліфікаційних категорій.
- всі померлі від екстреної хірургічної патології, підлягають обов'язковому патолого-анатомічному розтину, розбору на лікарській екстреній комісії, при необхідності на ЛКК.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Лішатаба Л.В. Формування механізму компетентності менеджерів в системі охорони здоров'я. Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису. Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата економічних наук за спеціальністю 08.00.04 - економіка та управління підприємствами (за видами економічної діяльності). Тернопільський національний економічний університет МОН України, Тернопіль, 2017.
2. Андреев А. Л. Знания или компетенции. Высшее образование в России. 2005. № 2. С. 103 – 110.
3. Камерон Ш. Руководство по МВА. Пер.с англ.. Москва: Эксмо; 2007. 480 с.
4. Стан підготовки спеціалістів у галузі охорони громадського здоров'я в Україні та в світі: огляд / Р. В. Вороненко, В. В. Глухівський, О. С. Коваленко, В. М. Лехан, В. М. Рудий, Л. М. Скоропада, І. М. Солоненко. К.: Сфера, 2003. 86 с.
5. Решетников В. А., Сквырская Л. Е., Сырцова Л. Е. и др. Концептуальные подходы к подготовке специалистов в области управления здравоохранением. Здравоохранение Российской Федерации: 2003. № 6. С. 11 – 12.
6. Балканска П. Защо е необходим модел за развитие на лидерски компетенции в сферата на здравеопазването. Здравна политика и мениджмънт, 2011. № 3. С. 19 – 25.
7. Демин Б. А. Профессиональная компетентность специалиста: понятие и виды. Мониторинг образовательного процесса: 2000. № 4. С. 35 – 37.
8. Колот А.М. Наукове забезпечення управління працею та соціально-трудовими відносинами на засадах міждисциплінарного підходу. Україна: аспекти праці. 2014. № 8. С. 3 – 9.

9. Гладун З. С. Державна політика охорони здоров'я в Україні (адміністративно-правові проблеми формування і реалізації) : моногр. Тернопіль: Економічна думка, 2005. 460 с. URL: http://www.library.tane.edu.ua/files/EVD/mg_dpouzou.pdf (дата звернення: 17.11. 2020).
10. Дурдикулиєва Н. Менеджери медицини нової генерації. Ваше здоров'я. 2011. № 14. URL: <http://www.vz.kiev.ua/?p=862> (дата звернення: 08.11.2020).
11. Солоненко І. М., Жаліло Л. І., Мартинюк О. І. Державне управління у сфері охорони здоров'я: суспільні потреби та підготовка кадрів. НАДУ, 2010. 56с.
12. Димитров Д. Стил на лидерство и мениджмънт в болницата. Здравна политика и мениджмънт. 2009. С. 25 – 30.
13. Вучкович-Стадник А. А. Оценка персонала: четкий алгоритм действий и качественные практические решения. М. : Эксмо, 2012. 392 с.
14. Білинська М. М., Васюк Н. О., Радиш Я. Ф., Рожкова І. В. Кадрова політика у сфері охорони здоров'я в Україні: сучасний стан та перспективи розвитку. Державна політика у сфері охорони здоров'я, К.: НАДУ, 2013. С. 284 – 319.
15. Карамішев Д. В. Механізми формування системи професійної підготовки керівних кадрів галузі охорони здоров'я в Україні. Теорія та практика державного управління. 2011. Вип. 3 (34). URL : <http://www.kbuapa.kharkov.ua/e-book/tpdu/2011-3/doc/4/01.pdf> (дата звернення: 12.12. 2020).
16. Радиш Я. І. Із досвіду формування професійної моделі керівника системи охорони здоров'я. Охорона здоров'я України. 2002. № 3/4. С. 25 –29.
17. Баєва О. Формування державних освітньо-кваліфікаційних вимог до підготовки фахівців з менеджменту підприємств і організацій у сфері охорони здоров'я. Вісник Національної академії державного управління при Президентові України. 2009. Вип. 4. С. 231 – 238.

18. Ситник Й. С. Управління знаннями як складова процесу інтелектуалізації систем менеджменту підприємств. URL: <http://economyandsociety.in.ua> (дата звернення: 12.12. 2020).

19. Брич В. Я., Ліштаба Л. В. Поняття моделі менеджерських компетенцій та етапи її розробки в закладах охорони здоров'я. Інноваційна економіка: науково-виробничий журнал. 2016. № 7-8. С. 36 – 41.

20. Васюк Н. О. Керівні кадри в системі охорони здоров'я: сутність понять. Завдання держави у забезпеченні ефективної кадрової політики галузі охорони здоров'я. Матеріали науково-практичної конференції. К.: 2015. С.18 – 23.

21. Чемяков В. П. Диагностика компетенций в системе оценки персонала. Кадровик. РУ: 2011. № 4 (53). URL: <http://www.beststaff.ru/index.php?page=page46> (дата звернення: 12.12. 2020).

22. Чуланова О. Л. Кластеры компетенций управленческого персонала организации. Вопросы экономики и управления в современном обществе : сб. науч. стат. по итогам междунар. науч.-практ. конф. (Волгоград, 17–18 ноября 2011 г.) / Под ред. В. Н. Гуляихина. Волгоград : Волгоград. науч. изд-во, 2011. С. 270 – 272.

23. Щур О. Визначення та оцінка компетенцій, що зумовлюють ефективність працівника. Практика управління. березень. 2007. URL: [http:// www.hr.kavjarnia@gmail.com](http://www.hr.kavjarnia@gmail.com) (дата звернення: 16.12. 2020).

24. Хожило І. І., Акуленко О.В. Атестація як технологія формування компетентності керівників органів управління охороною здоров'я. Державне будівництво. 2010. № 1. URL: <http://nbuv.gov.ua/UJRN/DeBu> (дата звернення: 18.12. 2020).

25. Чуланова О. Л. Компетентностный подход в управлении персоналом как инструмент формирования конкурентных преимуществ организации.

Современные проблемы социального и экономического управления : сб. науч. тр. Вып. 4 / Сургут. гос. ун-т ХМАО – Югры. Сургут : ИЦ СурГУ, 2011. С. 136 – 145.

26. Селевко Г. К. Компетентности и их классификация. Народное образование: 2004. № 4. С. 138.

27. Гуиляр Ф. Ж. Преобразование организации. Пер. с англ. М.: Дело, 2010. 376 с.

28. Зимняя И. А. Ключевые компетентности как результативноцелевая основа компетентного подхода в образовании. Авторская версия. М. : Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов, 2015. 279 с.

29. Boyatzis R.E. The competent manager: a model for effective performance [Text]. New York: Wiley, 1982.

30. Spencer L. M., McClelland D. C., Spencer S. Competency assessment methods: History and state of the art. Boston: Hay-McBer Research Press, 1994.

31. Woodruff C. What is meant by a competency. Leadership and Organizational Development Journal: 1993. P. 29 – 36.

32. Єфремов В. С., Хаников І. А. Ключова компетенція організації як об'єкт стратегічного аналізу. Менеджмент в Росії і за кордоном: 2002. № 2. С. 37 – 45.

33. Гарет Р. Рекрутмент и отбор. Подход, основанный на компетенциях. М.:НІРРО, 2005. 288 с.

34. Mansfield R. S. Building competency model. Human Resource management. 1996. P. 7 – 15.

35. Klein A. L. Validity and reliability for competency-based system: Reducing litigation risks. Competensation and Benefits Review.1996. 28.P. 31–37.

36. Fleischman E. A., Wetrogan L. I., Uhman C. E., Marshall-Miles J. C., (1995) In Petertson N. G., Mumford M. D., Borman W. C., Jeanneret P. R., Fleishman E. A. (Eds.). Dewelopment of prototype occupational information network content model (vol.

1, pp. 10.1–10.39). URL: <https://www.academia.edu/32895763> (дата звернення: 18.12.2020).

37. Mirabile R. J. Everything you wanted to know about competency modeling. Training and Development. 1997. August. P. 73 – 77.

38. Slivinski L., Donoghue E., Chadwick M., Ducharme F. A., Gavin D. W., Lorimer A., Mcsheffrey R., Mile J., & Morry G. The wholistic competency profile: A model. Ottawa: Staffing Policy and Program Development Directorate, Public Service Commission of Canada: 1996.

39. Spencer L. M., McClelland D. C., Spencer S. Competency assessment methods: History and state of the art. Boston: Hay-McBer Research Press, 1994.

40. Bonder A., Hollands D., & Miles J. A blue-print for the future: Competency-based management in the Public Service of Canada. Ottawa. The Treasury Board Secretariat. Public Service Commission Working Group on Competency. Based management. 1999.

41. Шеметова Н. К. Использование модели компетенций как метод принятия управленческих решений в сфере управления персоналом. ЭГО: 2010. № 1 (1). С. 13 – 17.

42. Adams, R., Warner, P., Hubbard, B. & Goulding, T. 2004. Decreasing Turnaround Time Between General Surgery Cases: A Six Sigma Initiative. JONA, 34, 140–148.

43. American College of Surgeons 2009. National surgical quality improvement program. URL : <https://acsnsqip.org/login/default.aspx> (дата звернення: 05.01. 2021).

44. Ardagh, M. 2006. The case for a New Zealand acute care strategy. Journal of the New Zealand Medical Association, 119.

45. Arnedt, J.T., Wilde, G.J., Munt, P.W., Maclean, A.W. 2001. How do prolonged wakefulness and alcohol compare in the decrements they produce on a simulated driving task. Accid Anal Prev 2001;33:337–44.

46. Association of Surgeons of Great Britain and Ireland (ASGBI). Emergency general surgery: the future – a consensus statement. In: Royal Australasian College of Surgeons (ed.) Emergency Surgery – Acute and Trauma Surgery Workshop. Sydney: 2009.

47. Australian Bureau of Statistics (ABS) 1999. Australian Demographic Statistics, June 1999. URL: <http://www.ausstats.abs.gov.au> (дата звернення: 05.01.2021).

48. Australian Bureau of Statistics (ABS) 2008. Population Projections, Australia, 2006–2101. Canberra URL: <http://www.abs.gov.au> (дата звернення: 06.01.2021).

49. Братанюк Л.Є. Основи права і законодавства в охороні здоров'я – К., 2011.

50. Медицина невідкладних станів. Швидка і невідкладна медична допомога за ред. І.С.Зозулі – К.: 2012.

51. Медична справа 02.08.2017 - Модель удосконалення якості медичної допомоги: проводимо внутрішній аудит. URL: <https://www.medsprava.com.ua/article/849-model-udoskonalennya-yakost-medichno-dopomogi-provodimovnutrshny-audit> (дата звернення: 06.01.2021).

52. Національна служба здоров'я України. Вимоги НЦЗУ. URL: <https://nszu.gov.ua/likar-2020> (дата звернення: 05.01.2021).

53. Бойко В.В. Лісовий В.М., Капустник В.А. Невідкладна хірургія. Підручник для студентів VI курсів медичних факультетів медичних вузів. – Харків., «НТМТ», видавництво: 2019. - 514 с.