

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Центр професійної та післядипломної освіти
Медичний інститут
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 приймального
відділення, в умовах реформування вторинного ринку
медичних послуг»**

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

Студента гр. УЗ.мз-91ш Батрак Ярослав Федорович

Подається на здобуття освітнього ступеня магістр.

Кваліфікаційна робота магістра містить результати власних досліджень.
Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на
відповідне джерело _____ Батрак Ярослав Федорович

Наукові керівники: д.м.н., проф. Сміянов В.А.
к.е.н., Бондар Т.В.

Суми 2020 р.

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,
освітньо-професійна програма «Управління та адміністрування
в охороні здоров'я»

студенту групи УЗ.мз-91ш

Батраку Ярославу Федоровичу

1. Тема роботи «Удосконалення організації роботи приймального відділення в умовах реформування вторинного ринку медичних послуг» затверджена наказом по СумДУ № _____ від „_____” _____ 20____ р.
2. Термін подання студентом закінченої роботи _____ 16.12.2020 _____
3. Мета кваліфікаційної роботи обґрунтування шляхів удосконалення організації роботи та управління якістю медичних послуг закладу охорони здоров'я на вторинному ринку медичних послуг.
4. Об'єкт дослідження: система діяльності приймального відділення Шосткинської центральної районної лікарні.
5. Предмет дослідження: взаємовідносини у процесі організації роботи та забезпечення якості надання медичних послуг приймальним відділенням Шосткинської ЦРЛ.
6. Кваліфікаційна робота виконується на матеріалах: Закони України, монографії, підручники, навчальні посібники, статті та тези конференцій вітчизняних та зарубіжних авторів, Інтернет-ресурси, щорічна статистична звітність підприємства (Шосткинська ЦРЛ).
7. Орієнтовний план кваліфікаційної роботи, терміни подання розділів керівникові та зміст завдань для виконання поставленої мети.

№ пор.	Назва розділу	Термін подання
I	Особливості функціонування ринку медичних послуг в Україні в умовах реформування вторинної ланки системи охорони здоров'я	До 20.10.2020
II	Особливості надання медичних послуг приймального відділення Шосткинської ЦРЛ	До 10.11.2020
III	Шляхи покращення якості медичних послуг приймального відділення Шосткинської ЦРЛ	До 16.12.2020

Зміст завдань для виконання поставленої мети кваліфікаційної роботи магістра:
 У розділі 1. Розкрити особливості функціонування ринку медичних послуг в Україні в умовах реформування вторинної ланки системи охорони здоров'я
 У розділі 2. Розкрити особливості надання медичних послуг приймального відділення Шосткинської ЦРЛ
 У розділі 3. Розробити шляхи покращення якості медичних послуг приймального відділення Шосткинської ЦРЛ та організації його роботи.

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 к.е.н. Бондар Т.В.

(підпис)

Завдання до виконання одержав гр. УЗ.мз-91ш студент Батрак Я.Ф.

(підпис)

АНОТАЦІЯ

В роботі розглянуто основні теоретичні та практичні аспекти надання медичних послуг на вторинному ринку України. Розглянуто особливості розвитку вторинного ринку України та досліджено концепцію соціального маркетингу як важливого інструменту поліпшення якості надання медичних послуг.

На прикладі приймального відділення Шосткинської ЦРЛ було проведено аналіз надання послуг населенню м. Шостка та Шосткинського району. На основі проведеного статистичного аналізу було виявлено рівень якості надання медичних послуг населенню приймальним відділенням Шосткинської ЦРЛ та на основі цього запропоновано заходи по поліпшенню якості надання медичних послуг.

Ключові слова: медична послуга, соціальний маркетинг, приймальне відділення, ринок послуг.

РЕФЕРАТ

Структура й обсяг роботи. Робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, що включає 35 найменувань. Загальний обсяг магістерської роботи становить 53 с., у тому числі 14 таблиць, 4 рисунки, , список використаних джерел - 4 сторінки.

Актуальність. Основна задача терапевтичної служби району – це не допустити подальшого погіршення стану здоров'я населення, як майбутнього капіталу нашої держави. Необхідно всією медичною мережею проводити весь комплекс заходів по покращенню медичного забезпечення населення, зниженню смертності та виходу на інвалідність. Охорона здоров'я населення залишається пріоритетним напрямком державної політики.

Метою роботи є обґрунтування шляхів удосконалення організації роботи та управління якістю медичних послуг закладу охорони здоров'я на вторинному ринку медичних послуг. Відповідно до поставленої мети були вирішені такі *задачі*:

- вивчити теоретичні підходи до визначення поняття якості медичної послуги та особливостей розвитку ринку медичних послуг в Україні;
- провести аналіз якості надання медичної допомоги населенню м. Шостка та Шосткинського регіону приймальним відділенням Шосткинської ЦРЛ;
- дослідити особливості функціонування приймального відділення Шосткинської ЦРЛ;
- запропонувати шляхи покращання якості надання медичних послуг приймальним відділенням Шосткинської ЦРЛ.

Предметом дослідження є взаємовідносини у процесі організації роботи та забезпечення якості надання медичних послуг приймальним відділенням Шосткинської ЦРЛ.

Об'єктом дослідження є система діяльності приймального відділення Шосткинської центральної районної лікарні.

Методи дослідження. Методологічною основою роботи є статистичний аналіз, системний підхід, аналіз, синтез.

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

набули подальшого розвитку:

- проведено комплексний аналіз надання медичних послуг на вторинному ринку на прикладі приймального відділення та показано як можна підвищити якість надання таких послуг.

Ключові слова: МЕДИЧНА ПОСЛУГА, СОЦІАЛЬНИЙ МАРКЕТИНГ, ПРИЙМАЛЬНЕ ВІДДІЛЕННЯ, РИНОК ПОСЛУГ.

ЗМІСТ

ВСТУП	8
РОЗДІЛ 1 ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНУВАННЯ РИНКУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В УКРАЇНІ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ ВТОРИННОЇ ЛАНКИ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	10
1.1 Особливості та умови надання ефективних медичних послуг в Україні в сучасних умовах	10
1.2 Впровадження соціального маркетингу як основа модернізації медичної сфери.....	16
РОЗДІЛ 2 ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В ПРИЙМАЛЬНОМУ ВІДДІЛЕННІ ШОСТКИНСЬКОЇ ЦРЛ.....	21
2.1 Проблеми та досягнення в сфері охорони здоров'я Шосткинського району	21
2.2 Організаційно-управлінська характеристика роботи Шосткинської ЦРЛ	26
2.3 Особливості організації роботи приймального відділення в Шосткинській ЦРЛ.....	28
РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ ПОКРАЩЕННЯ ЯКОСТІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ТА ОРГАНІЗАЦІЇ РОБОТИ ПРИЙМАЛЬНОГО ВІДДІЛЕННЯ ШОСТКИНСЬКОЇ ЦРЛ	37
3.1 Статистичний аналіз динаміки надання послуг приймального відділення Шосткинської ЦРЛ	37
3.2 Шляхи удосконалення організації роботи та підвищення якості надання послуг приймального відділення Шосткинської ЦРЛ	43
ВИСНОВКИ.....	45
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	47

ВСТУП

Основна задача терапевтичної служби району – це не допустити подальшого погіршення стану здоров'я населення, як майбутнього капіталу нашої держави. Необхідно всією медичною мережею проводити весь комплекс заходів по покращенню медичного забезпечення населення, зниженню смертності та виходу на інвалідність.

Охорона здоров'я населення залишається пріоритетним напрямком державної політики. Це положення законодавчо закріплено в Конституції України, «Основах законодавства України про охорону здоров'я», відповідних Указах Президента України, зокрема у Програмі економічних реформ на 2010-2014рр. «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава», постановах Верховної Ради і Кабінету Міністрів України. В рішеннях та розпорядженнях обласної виконавчої влади та місцевого самоврядування передбачені відповідні заходи щодо їх виконання та стратегії розвитку медичної галузі в районі. Головною метою медичної реформи є поліпшення здоров'я населення, забезпечення рівного й справедливого доступу усіх громадян до медичних послуг належної якості.

Об'єктом дослідження дипломної роботи є система діяльності приймального відділення Шосткинської центральної районної лікарні.

Предметом дослідження є взаємовідносини у процесі організації роботи та забезпечення якості надання медичних послуг приймальним відділенням Шосткинської ЦРЛ.

Метою виконання дипломної роботи є обґрунтування шляхів удосконалення організації роботи та управління якістю медичних послуг закладу охорони здоров'я на вторинному ринку медичних послуг.

Для досягнення зазначеної вище мети дипломної роботи було поставлено наступні завдання:

- вивчити теоретичні підходи до визначення поняття якості медичної послуги та особливостей розвитку ринку медичних послуг в Україні;

- провести аналіз якості надання медичної допомоги населенню м. Шостка та Шосткинського регіону приймальним відділенням Шосткинської ЦРЛ;
- дослідити особливості функціонування приймального відділення Шосткинської ЦРЛ;
- запропонувати шляхи покращання якості надання медичних послуг приймальним відділенням Шосткинської ЦРЛ.

Результати, що відображають наукову новизну, полягають у такому:
набули подальшого розвитку:

- проведено комплексний аналіз надання медичних послуг на вторинному ринку на прикладі приймального відділення та показано як можна підвищити якість надання таких послуг.

Основою для виконання дипломної роботи є наукові праці вітчизняних та закордонних науковців в галузі управління персоналом, конфліктології. При проведенні аналізу медичної діяльності Шосткинської ЦРЛ використовувалися звітні матеріали закладу, а також результати власних спостережень.

В процесі виконання дипломної роботи було використано такі **методи:** статистичного аналізу, системного підходу, аналізу, синтезу.

РОЗДІЛ 1 ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНУВАННЯ РИНКУ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В УКРАЇНІ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ ВТОРИННОЇ ЛАНКИ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1 Особливості та умови надання ефективних медичних послуг в Україні в сучасних умовах

Загалом поняття якості медичних послуг багатоаспектне, що й зумовило відсутність його єдиного визначення та активізує тематику нашого наукового дослідження. Процес дослідження зазначеної проблематики більш складний для сфери послуг (зокрема медицини), ніж для сфери виробництва. Причина криється у характерних рисах якості.

Пацієнти отримують медичні послуги, не залежно від їхнього достатку, в повному обсязі. Особливість медичної галузі полягає у важливості кінцевого ефекту. Тому навіть при відсутності матеріальної основи ефект буде досягнуто.

Критерії досягнення ефекту – це одужання пацієнта. Ступінь ефекту залежить від складності хвороби та вчасності звернення пацієнта за медичною допомогою.

Основний напрямок сьогоденної медицини – це профілактична медицина, тобто, якщо людина стежить за власним здоров'ям, веде здоровий спосіб життя та систематично проходить медичні огляди – значно зменшується вірогідність захворювання. Це, в свою чергу, відображається на працездатності особи та збільшенні власного матеріального добробуту [12].

Для держави профілактична медицина вигідна тим, що чим більше людей в нації буде працювати для власного блага, маючи добре здоров'я, тим більші суми відрахувань будуть поступати в бюджет. Тобто, добробут держави залежить передусім від здоров'я її населення.

Кожна надана медична послуга ексклюзивна. Так, при одному і тому ж діагнозі у різних пацієнтів, лікар вимушений призначати різні ліки. Це спричинено ймовірним існуванням алергічної реакції на деякі компоненти ліків

в одних хворих та наявність супутньої патології у хворих. Виходячи з усього вище викладеного, підтверджуємо неподільність медичних послуг [21].

Медична послуга має бути надана в зазначеному місці та у визначений час. Тому лікувальні заклади організовують свою роботу цілодобово у вигляді чергувань.

При прийнятті на обстеження чи лікування хворих спершу встановлюється приблизний діагноз хвороби. Потім складається план обстеження пацієнта для уточнення. Або встановлення діагнозу.

Необізнаність чи недостатні знання в медичній галузі через відсутність кваліфікації недопустима. На жаль, трапляються випадки так званої «лікарської помилки», що мають безпосередній вплив на кінцевий ефект лікування і на якість наданих послуг. Про це докладніше йтиметься в наступних частинах наукового дослідження [17].

Надання медичних послуг безпосередньо пов'язане із непевністю і ризиком. Вони тісно пов'язані з обраною методикою лікування, його тривалістю та дотриманням з боку пацієнтів рекомендацій лікаря.

Також якість медичного обслуговування включає в себе [22]:

- доступність (безперешкодне отримання медичної допомоги, незважаючи на наявні фінансові, організаційні та інші труднощі);
- повну поінформованість (про стан здоров'я, опції лікування, дію ліків);
- медико-санітарну освіту (можливість набуття пацієнтами навичок самопомоги та розпізнання симптомів, що потребують допомоги ззовні);
- комунікацію серед лікарів і медичних сестер, повагу до клієнта, координацію дій упродовж усього періоду лікування;
- сатисфакцію пацієнта (вищий чи майже рівний ступінь акцептування отриманої медичної допомоги в конфронтації з очікуваннями).

Мірником якості з погляду пацієнта є доступність послуг, що включають [30]:

- можливість реєстрації за телефоном на зручну годину та за кілька днів наперед, а також короткий час очікування на реєстрацію і прийом;

- можливість вибору лікаря та виклику його додому;
- широкий спектр лабораторних досліджень та спеціальних послуг;
- приязна атмосфера та чистота як у приймальному відділенні медичного закладу, так і в усіх інших відділеннях;
- доступ до телефону-автомату;
- зручна локалізація приймального відділення та наявність паркінгу;
- належне трактування медичними працівниками своїх пацієнтів [28].

Якість медичних послуг залежить від багатьох чинників. Крім зовнішніх чинників, на які лікувальний заклад має обмежений вплив, існують ще внутрішні чинники, що відіграють істотну роль у вказаному процесі. Однак не лише внутрішні і зовнішні чинники мають вирішальний вплив на якість медичних послуг (рис. 1.1) [19].

На рис. 1.1 нами запропонована система синтетичних чинників, що складають їх третю групу (разом із зовнішніми та внутрішніми). Мова йде про кваліфікацію медичного персоналу.

По-перше, кваліфікація здобувається у вищих закладах країни, видаючи випускникам дипломи медиків, держава гарантує їх рівень підготовки та несе відповідальність за достовірність даної кваліфікації.

По-друге, працюючи безпосередньо в медичному закладі працівники зобов'язані стежити за постійним підвищенням власної кваліфікації. Остання включає в себе як проходження курсів підвищення фахового рівня, прийняття участі в семінарах та конференціях, так і психологічних тренінгів для кращої комунікації з хворими та розвитку вміння донести в потрібній формі інформацію до конкретного пацієнта без нанесення йому психологічних травм.

Зовнішні чинники представлені на рисунку трьома елементами: інституційне та технічне забезпечення, стандартизація медицини. Проаналізуємо докладніше перші два фактори.

Технічне забезпечення медичної галузі на сьогоднішній день є одним із обмежуваних факторів розвитку медицини. В жодній системі неможливо задовольнити всі потреби або ж фінансувати всі медичні технології, однак

відсутність обґрунтованого забезпечення ставить під загрозу ефективне функціонування цілої галузі охорони здоров'я [10].

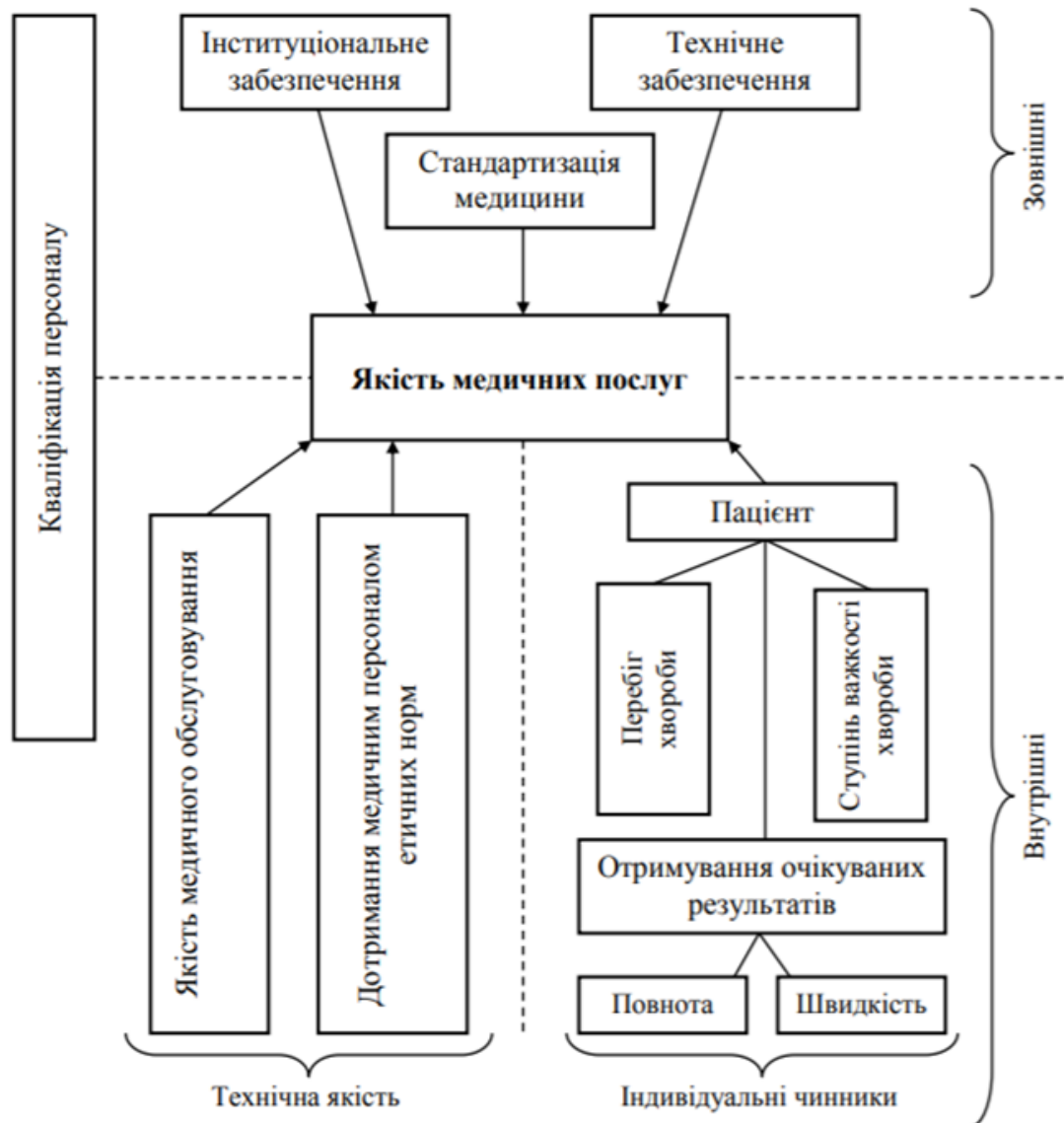


Рисунок 1.1. – Чинники, що впливають на якість медичних послуг [28]

У рамках оцінки якості системи охорони здоров'я повинна бути надана оцінка медичної технології.

Аналіз стосується трьох параметрів: вживаності, ефективності та безпеки в аналітичні записки на підставі еволюції медичних досліджень.

Використання медичної технології повинно використовуватися в визначенні державної політики здоров'я. Загалом же технології, котрі приносять найбільшу медичну користь та користуються найбільшим попитом серед хворих, мають бути фінансовані державою, а ті, що неефективні або ж

шкідливі для здоров'я, взагалі мають бути заборонені на рівні держави для вжитку. Мова йде про експериментальні зразки медичного обладнання, коли відсутня відповідна технічна документація щодо сертифікації якості і безпеки вживання.

Внутрішні чинники представлені на рис. 1.4 двома блоками:

- індивідуальні чинники;
- технічна якість.

Індивідуальні чинники безпосередньо пов'язані із пацієнтом. Існує вагома різниця в оцінці стану пацієнта та отримання кінцевого ефекту. Діагноз, наприклад, гостре респіраторне захворювання, дає підстави стверджувати про можливість повного вилікування при правильно обраній схемі лікування та дотриманні рекомендацій лікарів. Однак хворий із діагнозом СНІД не може розраховувати на цілковите одужання, а лише на максимально покращення стану. В цьому випадку велика відповідальність покладається на медиків, котрі зобов'язані надати пацієнту інформацію про його стан у повному обсязі та окреслити як ймовірний хід лікування, так і кінцеві результати [25].

Окремі етичні норми стосуються можливості чи необхідності повідомляти пацієнту про його невиліковний стан. Проте, яким би не був стан пацієнта на момент прибуття до лікарні, вагому частку у його покращенні відіграє медичний персонал шляхом повноти та швидкості наданої допомоги. Зрозуміло, що, на жаль, у наших умовах однією з об'єктивних причин ненадання необхідної допомоги стає брак відповідного медичного обладнання [28].

Поняття «якості» в сфері охорони здоров'я тісно пов'язане з такими питаннями, як: стандарти, показник, структура, процес та результат.

Стандарти, які ми вже згадували раніше, можуть стосуватися всіх напрямків діяльності в медичній галузі, в тому числі прямої медичної допомоги пацієнту, організації і управління, лікування.

Показники якості є кількісною мірою того, як рекомендований стандарт реалізується чи виступає мірою реалізації стандарту. Опрацювання певних

показників передбачає не лише збір даних, але і вміння їх представити. Як свідчить практика, показники можуть бути позитивними і негативними.

Показники якості, застосовані в певному медичному закладі, можуть бути універсальними та індивідуальними. Перші розробляються через товариства чи інші організації, що займаються якістю. Єдиною умовою вищезгаданого процесу є можливість використання в будь-якому лікувальному закладі.

Індивідуальні показники розробляються окремим медичним закладом для внутрішнього користування.

Структурна побудова медичного закладу, для якого розробляються стандарти та показники з локальної бази, передбачає також наявність медичного устаткування лікувального продукту, медичних матеріалів та персоналу.

Головним складником структурної побудови медичного закладу є персонал, зокрема медичний, з певною фаховою підготовкою і практичним досвідом.

Процес у структурній побудові визначається діями у відношенні до пацієнта з моменту, коли той переступає поріг, лікарні, і до моменту його виписки. В розрізі вказаного процесу розрізняють такі стандарти і показники, що можуть стосуватися [31]:

- внутрішньолікарняних інфекцій;
- післяопераційних ускладнень;
- повторної госпіталізації;
- навички реагування на надзвичайні ситуації здоров'я і життя.

Кінцева мета якості – досягнення результатів під час лікування. Обсяг безпосередньо отриманих результатів лікування вказує на рівень якості наданих медичних послуг. Показники результативності лікування можна розглядати як [6]:

- загальні (час госпіталізації);
- конкретні (відсоток інвалідності).

Варто зазначити, що результати залежні однаково як від структури, так і

від процесу. Основою вищезгаданих результатів повинна бути безпека пацієнта. Остання визначена як свобода пацієнта від непотрібної чи потенційної шкоди з боку системи охорони здоров'я [15].

В умовах конкуренції на ринку медичних послуг природно виникне потреба йти назустріч очікуванням клієнта, пізнавати їх або ж виконувати. Щоб зрозуміти потреби пацієнта, варто систематично досліджувати не лише його потреби сьогодення, але також і майбутнього.

1.2 Впровадження соціального маркетингу як основа модернізації медичної сфери

Реалізація державної політики у сфері охорони здоров'я передбачає забезпечення права кожного громадянина на здоров'я, рівну доступність до якісної медичної допомоги, формування у населення свідомості, ідеології здорового способу життя, зміцнення матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я.

У період реформування економіки України питання модернізації медичної сфери є пріоритетними і потребують всебічного аналізу та ефективного вирішення.

Одна з нагальних проблем – це розробка програми соціального маркетингу з урахуванням загального ринкового підходу до формування медичних послуг, спрямованої на моніторинг діяльності всієї системи охорони здоров'я, зокрема, використання лікувальних засобів, медичних послуг, забезпечення рівноправного доступу до цих продуктів, а також сегментації за готовністю і здатністю платити [4].

Соціальний маркетинг є окремим розділом у розробці загального ринкового підходу до реформування системи охорони здоров'я та загально-ринкового підходу до надання медичних послуг [18]. Він передбачає планування і впровадження окремих заходів та програм, направлених на здійснення соціальних змін для поліпшення надання медичних послуг з

урахуванням потреб і можливостей різних груп населення [22].

Соціальний маркетинг базується на таких маркетингових концепціях [7]:

- кінцевою метою маркетингу є вплив на дію та поведінку;
- рішучі дії (зміни, новації, реформи) здійснюються всякий раз, коли окремі контингенти вважають, які переваги вони отримують більші за витрати, що вони несуть;
- концептуальні зміни, засновані на розумінні власного сприйняття цільової аудиторії запропонованих змін;
- цільова аудиторія повинна бути розділена на сегменти з урахуванням потреб кожного контингенту; – кожна дія завжди повинна мати конкуренцію, яка зрозуміла і вирішена;
- ринок постійно змінюється і тому необхідно проводити своєчасний аналіз ефективності кожної дії щодо реформування (програми) та забезпечувати регулярний контроль.

Маркетингова діяльність ринку медичних послуг включає 4 «Р» [29]:

- «Product» – створити привабливий «Продукт» (медичну послугу);
- «Price» – мінімізувати «Ціну» – цільова аудиторія (контингент вважає, що повинна платити в обмін на якість, час, комфорт, почуття власної гідності);
- «Places» – забезпечити можливість отримання (споживання) в «Закладах», які доступні контингентам та відповідають їх способу життя;
- «Promote» – сприяти поширенню інформації про продукт / сервіс (медичні послуги) через канали, які максимізують бажаний результат.

Модель загальноринкового підходу у формуванні ринку медичних послуг має свої особливості [25]:

- підвищення рівня використання медичних послуг серед цільових груп передбачає розширення ринку в цілому для того, щоб створити нових користувачів;
- для забезпечення ефективності ринок медичних послуг повинен бути сегментованим на однорідні групи з подібними потребами і характеристиками;
- формування ринку медичних послуг з використанням переваг кожного

сектору (комерційного, державного, соціального) для досягнення максимальної ефективності роботи, дозволяючи при цьому кожному сектору направити свої ресурси на тих, хто найбільше цього потребує.

Необхідно чітко визначити показники загального ринку медичних послуг: розмір ринку, ринкову ціну, доступність на ринку, сталий розвиток ринку.

Розмір ринку – кількість різних видів медичних послуг, одиниць медичних препаратів, що були надані або продані, кількість користувачів [2].

Ринкова ціна – вартість медичних послуг, можливість різних груп населення платити за медичні послуги, покриття частини вартості медичних послуг державою, страхівка [11].

Доступність на ринку – відсоток споживачів медичних послуг, які знають де отримати їх і вважають, що відстань до місця отримання медичних послуг не є перешкодою для їх отримання.

Сталий розвиток ринку – лідери ринку медичних послуг, частка ринку, кількість і частка окремих високоспеціалізованих послуг на ринку, кількість джерел отримання медичних послуг. Загальноринковий підхід до формування медичних послуг має основну мету – зрозуміти можливості та готовність населення до загального ринку медичних послуг, залучити партнерів до планування загального ринку медичних послуг, інформування щодо концепції реформування охорони здоров'я зацікавленим сторонам [33].

Надзвичайно важливим є розуміння ринкового та політичного середовища для оцінки формування ринку медичних послуг і тут необхідно своєчасно і вірно вирішувати досить складні питання, такі як [18]:

- хто є основними контингентами, зацікавленими в отриманні різних медичних послуг;
- чи є життєздатним приватний сектор медичних послуг;
- які існують потенційні джерела фінансування медичних послуг;
- як державне регулювання впливає на приватні медичні послуги – сприяє або перешкоджає участі приватного сектору;
- які масштаби і характер конкуренції існують у приватному секторі

медичних послуг;

– які бар'єри є для входу на ринок медичних послуг;

– хто на ринку медичних послуг займається первинною, вторинною або третинною медичною допомогою, і який відсоток кожного виду допомоги на ринку медичних послуг;

– які види медичної допомоги є на ринку медичних послуг, їх ціна та доступність для населення;

– забезпечення законодавчої бази щодо надання різних видів медичної допомоги;

– аналіз якості медичних послуг;

– потоки ресурсів та варіанти фінансування, прогнозування потреб у медичних послугах;

– незадоволені потреби у медичних послугах;

– існуючі та потенційні ринкові ніші для державного та приватного секторів;

– готовність різних контингентів населення платити за медичні послуги.

У період реформування економіки загальноринкові підходи до формування пакету медичних послуг дають можливість підтримувати координаційні механізми державно-приватного співробітництва для забезпечення потреб всіх верств населення. Таке співробітництво передбачає надання безкоштовної невідкладної медичної допомоги малозабезпеченим та уразливим верствам населення, і можливість населенню із середнім або високим рівнем доходів отримувати, за бажанням, медичну допомогу як у державних закладах охорони здоров'я, так і в приватних [16].

Основними пріоритетними напрямками у формуванні ринку медичних послуг є державне фінансування медичних послуг для малозабезпечених верств населення з координацією державного та приватного фінансування та сприяння тому, щоб населення з високим рівнем доходів зверталось за медичними послугами до установ, що фінансуються приватними інвесторами.

Основою для співпраці між державним та приватним секторами є

розуміння мотивації та визначення відносин між ними. Ці два сектори поєднують національні завдання загальнодержавної системи охорони здоров'я з інтересами і реаліями приватного сектору. Державно-приватне співробітництво передбачає заключення контрактів між державними органами охорони здоров'я та приватними постачальниками медичних послуг для надання медичної допомоги населенню, чітко визначеної системи ліцензування і акредитації, регулювання збоку держави дозволу на окремі види медичних послуг, програми соціального маркетингу, забезпечення контролю якості медичних послуг та створення системи безперервного навчання медичних працівників всіх фахів з обов'язковою їх атестацією щодо відповідності рівня знань кваліфікаційним категоріям [13].

Ефективне державно-приватне співробітництво в області надання медичних послуг буде сприяти збільшенню кількості окремих видів медичної допомоги, що надаються державними і приватними закладами охорони здоров'я, досягненню високої їх якості за рахунок конкуренції, збільшенню відсотка приватного сектору у наданні послуг у сфері охорони здоров'я, забезпеченню стандартів якості та доступності цін при розширенні спектру медичних послуг.

РОЗДІЛ 2 ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ В ПРИЙМАЛЬНОМУ ВІДДІЛЕННІ ШОСТКИНСЬКОЇ ЦРЛ

2.1 Проблеми та досягнення в сфері охорони здоров'я Шосткинського району

На виконання Програми економічних реформ 2010-2014рр. «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава», в процесі реформування галузі охорони здоров'я Шосткинського району, мережа лікувально-профілактичних закладів з 01.01.2020 р. дещо змінилась:

1. Згідно рішення Шосткинської районної ради від 28 вересня 2012 року «Про створення комунального закладу «Шосткинський районний центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги» Шосткинської районної ради Сумської області та комунального закладу «Шосткинська районна лікарня» Шосткинської районної ради Сумської області» та наказу відділу охорони здоров'я Шосткинської районної державної адміністрації від 31.12.2012 р. № 54 «Про реорганізацію структурних підрозділів відділу охорони здоров'я, про початок діяльності комунального закладу «Шосткинський районний центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги» Шосткинської районної ради Сумської області та комунального закладу «Шосткинська районна лікарня» Шосткинської районної ради Сумської області».

01.01.2013 р. створено «Шосткинський районний ЦПМСД».

З 01.01.2013 р. реорганізовані:

- Воронізька селищна лікарня у Воронізьку АЗПСМ КЗ «Шосткинський районний ЦПМСД» та стаціонарне відділення №1 смт Вороніж КЗ «Шосткинська районна лікарня».

- Чапліївська СДЛ у Чапліївську АЗПСМ КЗ «Шосткинський районний ЦПМСД» та стаціонарне відділення №2 с.Чапліївка КЗ «Шосткинський районна лікарня».

2. Згідно листа «Головного управління Держсанепідслужби у Сумській області» від 16.10.2012 року № 01/75 з 01.01.2013 р. створено Шосткинське міськрайонне управління державної установи «Головне управління Держсанепідслужби у Сумській області».

3. Згідно наказу державної установи «Сумський обласний лабораторний центр Держсанепідслужби України» від 02.01.2013 р. №17-о створено Шосткинський міськрайонний відділ Державної установи «Сумської обласний лабораторний центр Держсанепідслужби України».

Мережа лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я Шосткинського району станом на 01.01.2020 р. складає:

- 1) Центральна районна лікарня – 410 ліжок;
- 2) Районна лікарня – 35 ліжок;

в т.ч.:

- стаціонарне відділення №1 смт Вороніж – 20 ліжок;
- стаціонарне відділення №2 с. Чапліївка – 15 ліжок;
- дитяча лікарня – 75 ліжок.

Всього в районі 525 ліжок, які розташовані в 3-х вищевказаних закладах.

- 3) Стоматологічна поліклініка – 1;
- 4) 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;

- Міськрайонне управління Державної установи «Головне управління Держсан-

епідслужби у Сумської області» – 1;

- Міськрайонний відділ Державної установи;

- «Сумський обласний лабораторний центр Державної служби України» – 1;

- Здоров пункт – 1.

Таблиця 2.1 – Стан фінансування ЛПЗ Шосткинського району з місцевого бюджету м. Шостка та місцевого бюджету Шосткинського району (загальний фонд та бюджет розвитку)

Період	Затверджено на рік/на звітний період, тис.грн.			Профінансовано, тис.грн.			% виконання за рік/за звітний період			Фінансування в розрахунку на 1 мешканця, грн.		
	місто	село	разом	місто	село	разом	місто	село	разом	місто	село	разом
Загальний фонд та бюджет розвитку												
2017	59216,6	5908,6	65125,2	58379,8	5694,0	64073,8	98,6	96,4	98,4	731,99	261,25	630,96
2018	53374,1/ 59550,3	6280,5/ 5868,4	59654,6/ 65418,7	58835	5604	64439	56,4/ 98,7	43,8/ 95,5	55,1/ 98,5	74329	258,78	639,2
2019	62076.5	6126.1	68202.6	61038.8	5904.7	66943.5	98.3	96.4	98.1	776.69	275.77	669.44

Таблиця 2.2 – Стан фінансування ЛПЗ Шосткинського району з місцевого бюджету м. Шостка та місцевого бюджету Шосткинського району зі спеціального фонду

Спеціальний фонд						
	Надійшло, тис.грн.			Фінансування в розрахунку на 1 мешканця, грн.		
	місто	село	разом	місто	село	разом
2017	3685,7	162,7	3848,4	46,21	7,46	37,89
2018	4018,0	296,4	4314,4	50,76	13,68	42,8
2019	3917.6	72.3	3989.9	39.17	3.38	39.89
в тому числі благодійні внески та дарунки						
2017	832,8	162,7	994,9	10,43	7,47	9,80
2018	651,9	296,4	948,3	8,24	13,68	9,41
2019	775.2	72.3	847.5	9.86	3.38	8.47

Одним із важливих питань є кадрове забезпечення лікувально-профілактичних закладів. Всього в лікувально-профілактичних закладах міста Шостки та Шосткинського району працює 275 лікарів, з них вищої категорії – 68, I категорії – 87 та II категорії – 31. Укомплектованість лікарями складає 72,85%. Для доукомплектування КЗ «Шосткинська ЦРЛ» необхідні лікарі ЗПСМ, для дитячої лікарні потрібні лікарі-педіатри. Для сільської мережі необхідні лікарі ЗПСМ: у Собицьку, Воронізьку, Миронівську та Івотську АЗПСМ. Укомплектованість середнім медичним персоналом складає 100%.

Модернізація сфери охорони здоров'я визначена Президентом України пріоритетом у Програмі економічних реформ на 2010-2014 роки. Практична реалізація у м. Шостка завдань і доручень Глави держави, спрямована на зміцнення матеріально-технічної бази ЛПЗ міста, оснащена їх необхідним обладнанням, поліпшенням умов оплати праці медичних працівників та запровадження програми «місцевих стимулів».

Так, для зміцнення матеріально-технічної бази медичних закладів міста протягом 2012 – 2014 рр. придбано близько 160 одиниць сучасного медичного обладнання на загальну суму 1904,5 тис. грн.

Зокрема, для КЗ «Шосткинська ЦРЛ» закуплено 118 одиниць медичного обладнання:

- реанімаційний комплекс на суму 37,4 тис. грн.;
- комплекс аероінгаляційний для лікування опікових хворих «Фенікс-МС» – 85,0 тис. грн;
- апарат високочастотний електрохірургічний ЕХВЛ-350 М/120Е «Надія» – 13,9 тис. грн;
- лапароскопічне обладнання для проведення малоінвазивних лапароскопічних операцій на суму 366,4 тис. грн та інше обладнання.

У 2018 році проведені ремонтні роботи у фізіотерапевтичному відділенні КЗ «Шосткинська ЦРЛ», яке розмістилось на базі дитячої лікарні. Відкриття його відбулося 03.09.2013 р.

Для підвищення ефективності праці медпрацівників в КЗ «Шосткинська ЦРЛ» запроваджено місце економічні стимули, а саме: проводиться виплата за напруженість праці від 10 до 50% від посадового окладу, а також преміювання. З 1 січня 2012 року всі медичні працівники отримують матеріальну допомогу для оздоровлення в розмірі посадового окладу при виході у відпустку.

Проводиться робота по створенню системи сімейної медицини – основу ефективної моделі охорони здоров'я. Сімейна медицина, спрямована на попередження захворювань та збереження здоров'я усієї родини.

З 01.01.13 р. в Шосткинському районі, за рішенням 19-ї сесії

Шосткинської районної ради 6-го скликання від 28.09.12 р. розпочав свою роботу районний центр ПМСД, до складу якого увійшли 8 АЗПСМ, 3 ФАП та 15 ФП.

На протязі останніх років здійснюється поступова оптимізація ліжкового фонду та широке впровадження стаціонарнозамінюючих технологій.

Забезпеченість стаціонарними ліжками на 10 тисяч населення в 2014 році складає 51,99 при оптимальному показнику для області 52,0.

Забезпеченість ліжками денного стаціонару на 10 тисяч населення у 2014 році становить 19,3 та має наступну динаміку: 2012 р. – 19,0; 2013 р. – 22,1. При обласному показнику за 2014 рік 20,0.

Ведеться робота зі зміцнення кадрового потенціалу. Показник забезпеченості лікарями на 10 тисяч населення у 2019 р. склав 28,2; 2012 р. – 25,60; 2013 р. – 26,9.

Зріс професійний рівень медичного персоналу. Питома вага атестованих лікарів складає 2017 р. – 94,9; 2018 р. – 91,7; 2019 р. – 99,5.

Продовжується робота по втіленню в закладах охорони здоров'я лікарів загальної практики сімейної медицини. В області працює 338 лікарів загальної практики сімейної медицини, в Шосткинському районі – 32, обласний показник на 10 тис.нас. 3,0, Шосткинський район – 3,15.

Основними проблемами охорони здоров'я в Шосткинському районі є:

1. Незадовільні демографічні показники (див. таблицю 2.3).

Таблиця 2.3 – Демографічні показники по Шосткинському району та Сумській області за 2017-2019 роки

	Шосткинський район			Сумська область		
	2017 р.	2018 р.	2019 р.	2017 р.	2018 р.	2019р.
Народжуваність (на 1 тис.нас.)	7,7	7,46	7.05	9,7	8.9	9.2
Смертність (на 1 тис.нас.)	15.0	14.96	16.05	16,6	16.8	17.2
Природній рух	-7.3	-7,5	-9.0	-6.9	-7.9	-8.0

2. Високий рівень загальної смертності населення (див. таблицю 2.4).

Таблиця 2.4 – Динаміка смертності по Шосткинському району за 2017-2019 роки

Причини смертності	2017 р.	2018 р.	2019 р.
Хвороб системи кровообігу	9,44	9,37	9,93
Зовнішні причини смертності	1.16	1,02	0.91

3. Зменшення захворюваності на соціально-небезпечні хвороби на 100 тис. населення, в т.ч. на ВІЛ інфекцію свідчить про невиявлення цієї хвороби (див. таблицю 2.5).

Таблиця 2.4 – Динаміка захворюваності на соціально-небезпечні хвороби Шосткинському району та Сумській області за 2017-2019 роки, осіб на 100 тис. населення

	Шосткинський район			Сумська область		
	2017 р.	2018 р.	2019 р.	2017 р.	2018 р.	2019р.
ВІЛ-інфекцію	3.9	18.8	15.9	14.7	18.1	17.9
СНІД	2.9	19.8	16.9	4.8	8.1	8.5

4. Незадовільна матеріально-технічна база окремих ЛПЗ, недофінансування галузі та незадовільне в цілому забезпечення медичною апаратурою і обладнанням.

2.2 Організаційно-управлінська характеристика роботи Шосткинської ЦРЛ

Комунальний заклад «Шосткинська центральна районна лікарня» є самостійним лікувально-профілактичним закладом, що забезпечує висококваліфіковану стаціонарну та амбулаторну медичну допомогу населенню району, базою спеціалізації і підвищення кваліфікації середнього медичного персоналу, підготовки лікарів-інтернів.

Лікарня знаходиться у безпосередньому підпорядкуванні управлінню охорони здоров'я обласної державної адміністрації.

Лікарня має статус юридичної особи, свій баланс, рахунок в установах

банку, статут, штамп і печатку; має право укласти угоди, набувати майнові та особисті немайнові права, нести обов'язки, бути позивачем і відповідачем в суді і арбітражному суді; веде облік і подає звіт про свою діяльність за відповідними формами та у відповідні строки; інформує відповідні органи охорони здоров'я про випадки внутрішньолікарняної інфекції, нещасні випадки і надзвичайні події відповідно до наказів МОЗ України та УОЗ.

КЗ «Шосткинська ЦРЛ» є міжрайонним закладом охорони здоров'я для надання висококваліфікованої, спеціалізованої медичної допомоги населенню Шосткинського, Середино-Будського та Ямпільського районів.

Заклад має вищу акредитаційну категорію.

Для організації і надання значного обсягу медичних послуг населенню району лікарня має достатній кадровий і матеріально-технічний потенціал.

На сьогодні в лікарні працюють 1033 фахівців, з них 206 лікарів. Атестовано лікарів 96,3%, середнього медичного персоналу 98,8%.

В структурі КЗ «Шосткинська ЦРЛ» функціонують 12 спеціалізованих стаціонарних відділень загальною ліжковою потужністю 410 ліжок. В лікарні постійно проводиться цілеспрямована робота із впровадження як нових лікувально-діагностичних методик, так і новітніх технологій.

Щорічно закуповується сучасна лікувально-діагностична апаратура.

Діяльність закладу визначається кількісними та якісними статистичними показниками.

Спеціалізовану стаціонарну допомогу доросле населення Шосткинського району отримує на 410 ліжках, з яких 235, або 57,3% – хірургічного профілю. Зайнятість ліжка склала – 321,3 днів за 2019 рік. Середня тривалість лікування на ліжку склала 9,8. Показник летальності за 3 роки залишається на одному рівні 0,50 – 0,52. Показник планової госпіталізації становить 32,2% у 2019 р., термінової – 67,8%. В структурі пролікованих сільські жителі складають 20,4%.

Планова потужність поліклініки ЦРЛ – 488 відвідувань у зміну. Прийом пацієнтів проводиться за 29 спеціальностями. Число лікарських відвідувань на одного мешканця по ЦРЛ 7,6 на 100 відвідувань вдома 71,6. Питома вага

лікарських відвідувань з профілактичною метою складає 38,4.

2.3 Особливості організації роботи приймального відділення в Шосткинський ЦРЛ

Цілодобове приймальне відділення призначене для прийому хворих та постраждалих, що потребують кваліфікованого обстеження та лікування в умовах стаціонару. Приймальне відділення – це візитна картка лікарні. Протягом року сюди звертаються близько 6 тисяч пацієнтів. У середньому за добу госпіталізується від 15 до 25 хворих. Основними завданнями відділення є прийом, лікарський огляд, проведення клінічних обстежень хворих, надання хворим та потерпілим невідкладної медичної допомоги, реєстрація, виписування супроводжуючих документів на хворого у профільне відділення.

Приймальне відділення є структурним підрозділом КЗ «Шосткинська ЦРЛ». Основними завданнями відділення є прийом, лікарський огляд, проведення клінічних обстежень хворих, надання хворим та потерпілим невідкладної медичної допомоги, реєстрація, виписування супроводжуючих документів на хворого у профільне відділення.

Приймальне відділення складається з одного санітарного пропускника, який забезпечений цілодобовим чергуванням лікарів та середнього медичного персоналу. Для виконання своїх функцій приймальне відділення має відповідний набір приміщень.

Приймальне відділення лікарні функціонує згідно з «Положенням про приймальне відділення».

Основними завданнями і функціями приймального відділення є:

✓ Прийом, реєстрація, огляд та санітарна обробка хворих, що госпіталізуються на стаціонарне лікування у відділення лікарні згідно профілю та в порядку черги в залежності від характеру захворювання та загального стану хворого, а також транспортування хворих до стаціонарних відділень лікарні та передачу їх персоналу відділень;

- ✓ Надання при необхідності екстреної медичної допомоги хворим, які поступають, та які звертаються до лікарні з приводу раптового захворювання чи нещасного випадку;
- ✓ Організація лікарських консультацій (в тому числі і екстрених) для уточнення діагнозу та термінового лікування;
- ✓ Організація заходів, спрямованих на організацію та дотримання санітарно-гігієнічного та протиепідемічного стану у відділенні з метою попередження заносу та розповсюдження інфекційних хвороб серед стаціонарних хворих;
- ✓ Своєчасне повідомлення органів внутрішніх справ про ДТП, в результаті яких постраждав хворий; про хворих, які були доставлені в лікарню в непритомному стані та кримінальних ушкодженнях;
- ✓ Оповіщення СЕС (по формі ОСО-у) про випадок інфекційного захворювання, а також, при необхідності, тимчасова (за показаннями) ізоляція хворих з проведенням необхідного комплексу лікувально-діагностичних заходів;
- ✓ Впровадження в роботу відділення нових методів діагностики і лікування, новітніх методичних технологій;
- ✓ Раціональний розподіл та організація праці, а також здійснення заходів по плановому підвищенню кваліфікації, атестації і переатестації, лікарів і середнього медичного персоналу, раціональне використання молодшого і іншого персоналу відділення;
- ✓ Проведення планової санітарно-освітньої роботи і пропаганда здорового способу життя;
- ✓ Організаційно-методична робота в приймальних відділеннях лікувально-профілактичних закладів області;
- ✓ Надання хворим з терапевтичною патологією цілодобової кваліфікованої ургентної допомоги черговими лікарями приймального відділення.

Госпіталізація хворих здійснюється через приймальне відділення. При прийомі хворого на стаціонарне лікування чергова медична сестра

приймального відділення заповнює паспортну частину історії хвороби і вносить дані про хворого в журнал прийому хворих, який має встановлену форму:

- 1) номер по порядку;
- 2) прізвище, ім'я, по батькові хворого;
- 3) вік;
- 4) час поступлення;
- 5) ким доставлений;
- 6) діагноз при поступленні;
- 7) відділення, в яке поміщений хворий;
- 8) дата виписки чи перевodu хворого;
- 9) діагноз при виписці;
- 10) номер історії хвороби.

В паспортній частині історії хвороби повинні бути відповіді на всі поставлені в ній питання. Записи повинні бути акуратні, чіткі та розбірливі.

Підсобною книгою в журналі повинен бути алфавіт, куди вписуються:

1. Прізвище, ім'я, по батькові хворого;
2. Номер запису хворого в журналі;
3. Відділення, в яке направлений хворий.

Якщо хворий доставлений в лікарню без свідомості, паспортну частину історії хвороби слід заповнювати зі слів родичів чи осіб, які супроводжують хворого. Черговий персонал лікарні в таких випадках зобов'язаний ретельно звірити дані про хворого з тими документами, які знаходяться при хворому. При повній відсутності документів і неможливості отримати усі відомості про особу хворого, який знаходиться без свідомості, такий хворий заноситься в книгу «невідомих» і про його поступлення негайно повідомляються органи міліції з описанням прикмет хворого.

Всі предмети та цінності хворих залишаються з ними. При переводі хворого із одного лікувального закладу в інше одночасно з ним передається виписка з історії хвороби з обов'язковим вказівкою часу поступлення, попереднього діагнозу, діагнозу при переводі, основні дані з історії хвороби, а також адреса

хворого.

Адміністрація лікарні повинна сповіщати родичів хворих, які поступили на лікування в таких випадках:

- 1) про хворих дітей і підлітків у віці до 18 років незалежно від важкості захворювання, якщо вони поступили в лікарню одні (без супроводу родичів);
- 2) про всіх хворих, які поступили без супроводу родичів в порядку швидкої допомоги у випадках раптових захворювань поза домом;
- 3) про всіх хворих, які знаходились при поступленні в лікарню без свідомості, а також в тих випадках, коли хворий, доставлений в лікарню, знаходиться в стані загрози для життя;
- 4) про всі випадки переведення хворого в інший лікувальний заклад;
- 5) про смерть хворого.

При поступленні хворого в лікарню, крім лікаря приймального відділення, його повинен оглянути лікар того відділення, куди хворий поступає, і зробити безпосередньо при поступленні попередні призначення у відношенні харчування, медикаментозного лікування та лікувальних процедур.

У тих випадках, коли попередній огляд не виявляє суті захворювання і якщо хворий знаходиться при цьому у тяжкому стані, лікар зобов'язаний зібрати консилиум в перший же день поступлення.

Санітарна обробка хворих повинна проводитись на приймальному покої. Ослабленого хворого перевозять в лежачому положенні на ношах.

1. Хворі, які доставляються швидкою допомогою чи звертаються за меддопомогою самостійно або в супроводі родичів, підлягають ретельному огляду і приймаються виключно черговим лікарем приймального відділення.

2. При необхідності консультації або надання спеціалізованої допомоги, черговий лікар викликає профільного спеціаліста.

3. Під час огляду черговий лікар отримує інформацію про захворювання, застосовує об'єктивні методи дослідження хворого, виявляє загальні та специфічні ознаки захворювання.

4. Черговий лікар дає оцінку тяжкості стану хворого, вживає необхідні

заходи для виведення хворого з цього стану, визначає обсяг та послідовність реанімаційних заходів, надає необхідну невідкладну допомогу згідно наявних схем та медичних укладок.

5. Черговий лікар визначає необхідність застосування спеціальних методів дослідження (рентгенологічних, лабораторних, функціональних).

6. Черговий лікар визначає показання для госпіталізації та влаштовує її.

7. У випадку відмовлення хворого від госпіталізації реєструє в журналі відмов від госпіталізації.

Для діагностичного процесу є всі можливості: працює клінічна лабораторія, кожному ургентному хворому знімається електрокардіограма, є оглядові кімнати, перев'язувальна, забезпечуються виклики всіх необхідних консультантів та вузьких спеціалістів, є можливість рентгенологічного обстеження хворих .

Забезпеченість приймального відділення, навіть в умовах складного економічного стану, достатня. Лікарські, миючі та дезінфікуючі засоби, м'який та твердий інвентар, канцтовари є в наявності в достатній кількості.

Під час чергування лікар користується індивідуальними планами роботи. З середнім і молодшим медичним персоналом проводяться щомісячно заняття по спеціальним програмам.

На виробничих нарадах у відділенні заслуховуються основні показники діяльності з аналізом виявлених недоліків і визначенням заходів по їх усуненню. Регулярно обговорюються питання господарської діяльності та виробничої дисципліни.

У відділенні ведеться наявна вся необхідна облікова і звітна медична документація згідно з наказом МОЗ України від 03.07.2001 р. № 258:

- а) Накази про по санітарно-епідеміологічному режиму;
- б) Накази про профілактику, боротьбу з ОНІ;
- в) Накази про облік, правила зберігання медичних запасів.

Штат приймального відділення визначаються згідно з діючими штатними нормативами (див. таблиця 2.5).

Таблиця 2.5 – Штатний розпис Шосткинської ЦРЛ

Посади	Необхідно посад по нормативам	Введено в штатний розпис	Зайнято посад			
			Всього	Основними працівниками	Сумісниками	
					Внутрішніми	Зовнішніми
Зав. відділення	0,5	0,5	-	-	-	-
Лікарі	4,5	4,5	4,5	2	1,5	1
<i>в т.ч. атестуємий</i>	<i>1.0</i>	<i>1.0</i>	<i>1.0</i>	-	-	<i>1.0</i>
Середні мед. працівники	10	10	10	10	-	-
Старша медична сестра	1	1	1	1	-	-
Молодші мед. працівники	11	11	10	10	-	-

Таблиця 2.6 – Шляхи надходження хворих до приймального відділення

Шляхи надходження	2017		2018		2019	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
Поліклініка	10572	73,9	9975	73,1	9609	74,6
Швидка медична допомога	2091	14,6	2131	15,6	2002	14,2
Без направлень	1649	11,5	1546	11,3	1656	11,2
Всього	14312	100	13652	100	13267	100

Аналізуючи дані, наведені в табл. 10, можна зробити висновок, що протягом останніх 3 років основним шляхом надходження хворих до приймального відділення залишається поліклінічне відділення, яке направляє більше 70% хворих.

Другим у структурі шляхом є служба швидкої медичної допомоги – 15,1%, а на 3 місці – хворі звертаються без направлень – 12, %.

Слід відмітити, щороку в КЗ «Шосткинська ЦРЛ» лікується близько 1500 хворих з інших районів області, що свідчить про високий рівень надання медичної допомоги.

Лікар приймального відділення, виконує наступні функції:

✓ своєчасно оглядає всіх хворих що надходять на госпіталізацію (за винятком тих профілів, з яких в лікарні є свої чергові лікарі), керуючись правилом першочерговості для найбільш тяжких;

- ✓ здійснює необхідну лікувальну допомогу хворим що потребують госпіталізації, яким це необхідно;
- ✓ організує термінові консультації суміжних спеціалістів;
- ✓ вирішує питання потреби в госпіталізації;
- ✓ вирішує питання про необхідність того, чи іншого виду санітарної обробки хворого, про вид транспортування хворого у відділення;
- ✓ контролює введення призначених сильнодіючих та наркотичних засобів;
- ✓ констатує факт смерті хворих, які знаходились в лікарні;
- ✓ при потребі проводить огляд на ступінь алкогольного сп'яніння.

Як черговий лікар оглядаю тяжких хворих у відділеннях терапевтичного профілю (10–20 чол. за чергування) та оглядаю хворих по виклику чергової медсестри при погіршенні їх стану. В цьому випадку призначаю та відмінюю призначення денних лікарів, в зв'язку із зміною стану хворого.

Це хворі з наступною патологією:

- ✓ хронічним обструктивним бронхітом II–III ст. в стадії загострення, емфіземою легень, дифузним пневмосклерозом, хронічним легенеvim серцем, ХЛСН II–III ст.;
- ✓ бронхіальною астмою IV ст., персистируючою, тяжким перебігом, гормонозалежною, важкого ступеню ДН II;
- ✓ позалікарняною крупозною пневмонією ГДН II–III ст.;
- ✓ гострими судинними захворюваннями головного мозку;
- ✓ гострими запальними захворюваннями мозку та оболонки мозку;
- ✓ хворі, у яких можливе виникнення гострих невідкладних станів (епілепсія, діенцефальні кризи, з підвищеним артеріальним тиском, з порушенням тазових органів і ін.);
- ✓ цирозом печінки декомпенсованим, печінково-клітинною недостатністю II–III ст.; хронічним панкреатитом з вираженим больовим синдромом;
- ✓ вторинною анемією середнього та важкого ступеню як ускладнення

гастроентерологічної патології;

- ✓ виразковою хворобою шлунку та 12-палої кишки;
- ✓ цукровим діабетом декомпенсованим в тяжкому стані; дифузним токсичним зобом в тяжкому стані тиреотоксичним серцем, порушенням ритму.

Таким чином, найбільша частка хворих, які потребували нагляду чергового лікаря - хворі з пульмонологічною (35,7%), неврологічною (23,8%) та кардіологічною (22,1%) патологією:

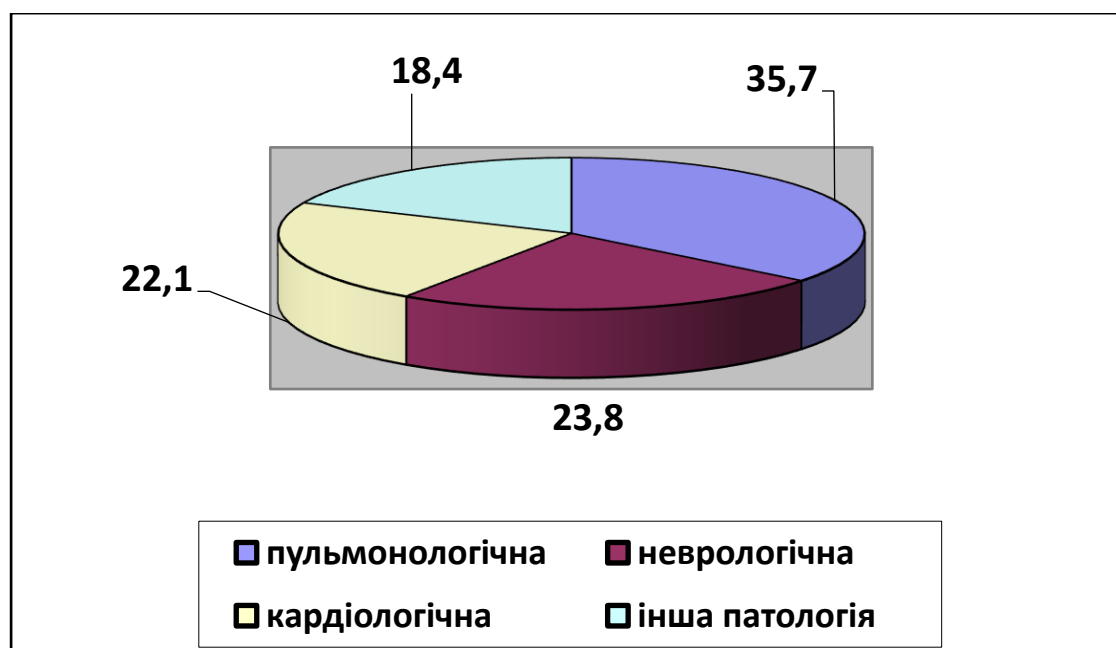


Рисунок 2.1 – Структура пацієнтів Шосткинської ЦРЛ за типом допомоги за якою вони зверталися

Під час чергування контролюють правильність та своєчасність виконання лікарських призначень середнім медперсоналом. При необхідності здійснюють виписку і переведення хворих в інші відділення.

Протягом 2017–2019 років спостерігається тенденція до покращання основних показників діяльності стаціонарних відділень терапевтичного профілю. За останній рік відсутня летальність терапевтичних хворих на санітарних пропускниках. За рахунок постійного розгляду помилок при встановленні діагнозу (направлення дефектних актів, розгляд помилок на конференціях і семінарах), зменшився показник розходжень діагнозів між направляючими лікувальними закладами і КЗ «Шосткинська ЦРЛ» з 1,0% до

0,2%. Незначно зменшилась питома вага хворих госпіталізованих планово з 34,1 % до 32,2%.

Показник розходжень клінічних і патологоанатомічних діагнозів за останні 3 роки складає (2,44% – 2,70 % – 5,43%), відповідно. Всі випадки розходжень були розглянуті на клініко-анатомічних конференціях. Покращилась матеріально-технічна база приймального відділення, проведений ремонт, відділення естетично оформлене. Медичною апаратурою, медикаментами та іншими видами медичного призначення відділення забезпечене згідно вимог. Укомплектованість кадрами склала 94,4% відповідно штатного розпису. Постійно проводиться робота з працівниками відділення по відпрацюванню навиків надання невідкладної допомоги при термінальних станах. За звітний період порушень дотримання санітарно-епідемічного режиму у відділенні не зареєстровано. Щорічно виконується план інформаційно-просвітньої роботи по профілактиці захворювань, здоровому способу життя.

РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ ПОКРАЩЕННЯ ЯКОСТІ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ТА ОРГАНІЗАЦІЇ РОБОТИ ПРИЙМАЛЬНОГО ВІДДІЛЕННЯ ШОСТКИНСЬКОЇ ЦРЛ

3.1 Статистичний аналіз динаміки надання послуг приймального відділення Шосткинської ЦРЛ

Для виявлення шляхів покращення якості медичних послуг доцільно провести статистичний аналіз динаміки надання таких послуг по приймальному відділенню Шосткинської ЦРЛ.

Приймальне відділення займається прийомом та госпіталізацією хворих з лікувально-профілактичних закладів міста і району по направленню від лікарів, по швидкій допомозі, а також по направленням лікарів підліткової, призовної комісії, ЛКК, та при само зверненні.

При госпіталізації хворих враховується головний економічний показник – виконання плану пропускної здатності ліжка по відділеннях (див. таблиця 3.1).

Таблиця 3.1 – Ліжковий фонд приймального відділення Шосткинської ЦРЛ за 2013–2015 роки

Показник	2013	2014	2015
Фактично розвернено ліжок	415	410	395
Фактично проведено ліжко днів	136719	131752	124923
Вибуло хворих всього	13662	13264	12408
Середня тривалість перебування хворого на ліжку	9,9	9,8	9,9
Число померлих	193	201	182
Загальна летальність	1,39	1,49	1,45

В умовах обмеженої кількості розгорнутих ліжок при госпіталізації хворих перевага надається хворим з більш важкою патологією, яка потребує

збільшених термінів лікування, збільшується число випадків, що потребують контрольного дослідження через певний проміжок часу. Протягом 3 років середня тривалість перебування хворого на ліжку знаходиться на одному рівні.

З таблиці 3.2 видно, що питома вага пролікованих міських мешканців переважає питому вагу пролікованих мешканців села у атестуємого та по ЦРЛ.

Таблиця 3.2 – Частка пролікованих пацієнтів із сільської місцевості та міста по приймальному відділенню Шосткинської ЦРЛ

Показник	2013	2014	2015
Частка пролікованих мешканців села, %	18,1	18,08	18,24
Частка пролікованих мешканців міста, %	81,9	81,92	81,76

Проводиться робота по покращенню показника. При госпіталізації мешканців села враховується складність в повному обстеженні на догоспітальному етапі, тому при наявності показань, мешканці села госпіталізуються безвідмовно (див. рисунок 3.1).

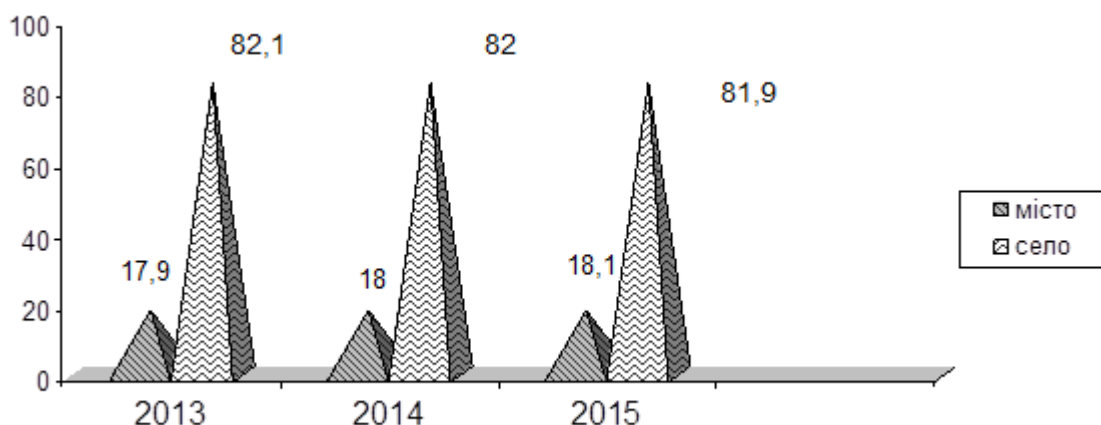


Рисунок 3.1 – Структура госпіталізації міських та сільських мешканців по приймальному відділенню Шосткинської ЦРЛ

Основна маса хворих госпіталізується в стаціонар по направленню поліклініки, з вказаним рівнем обстеження на догоспітальному етапі чи амбулаторною карткою.

Відсоток госпіталізації по направленню швидкої допомоги знаходиться

протягом 3 років майже на одному рівні (див. рисунок 3.2) та має тенденцію до зменшення.

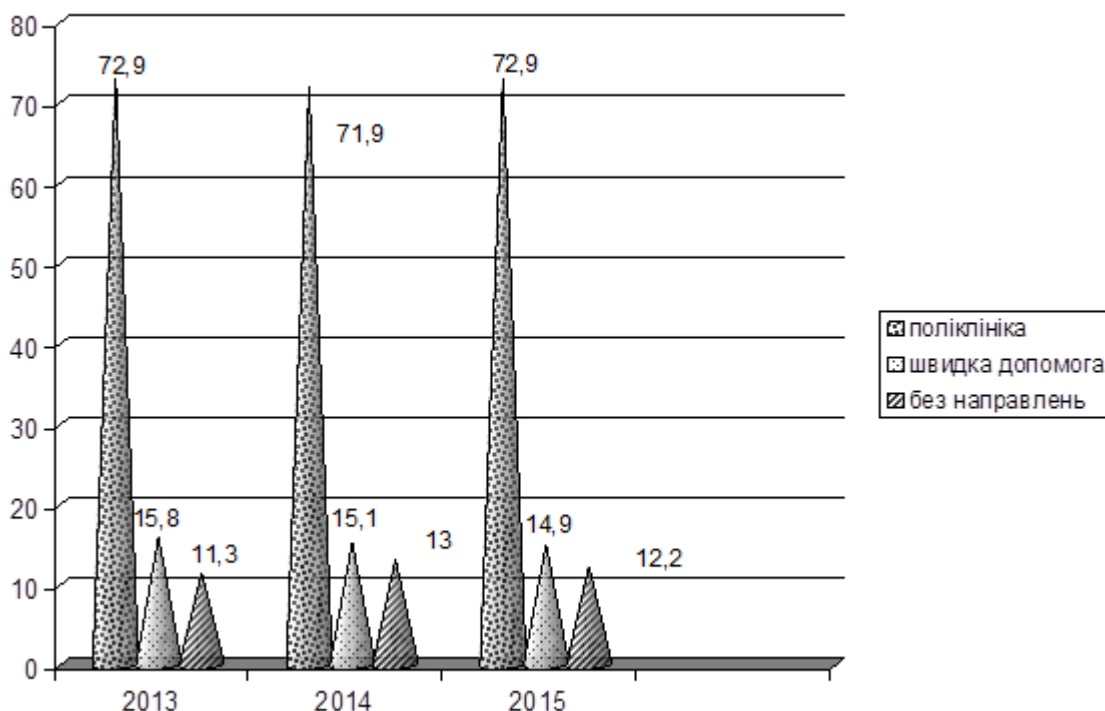


Рисунок 3.2 – Госпіталізація в стаціонар через приймальне відділення за відповідними направленнями

Негативну тенденцію має госпіталізація хворих без направлення. Це контингент хворих, що потребували негайної госпіталізації та самостійно звернулися до приймального відділення, не отримавши медичну допомогу на поліклінічному етапі або не звертаючись до поліклініки.

Випадки повторної госпіталізації з приводу одного й того ж захворювання залишаються майже на одному рівні (див. таблиця 3.3).

Таблиця 3.3 – Динаміка повторної госпіталізації по приймальному відділенню Шосткинської ЦРЛ

	2013		2014		2015	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Повторна госпіталізація.	692	5,07	732	5,52	702	5,66

Необхідність повторної госпіталізації обумовлена схемою та етапністю лікування хворих з хронічною патологією. Всі випадки повторної госпіталізації

аналізуються.

Таблиця 3.4 – Показники планової і ургентної госпіталізації по рокам

	2013		2014		2015	
	Планова	Ургентна	Планова	Ургентна	Планова	Ургентна
Відсоток планової та ургентної госпіталізації, %	31,1	68,9	32,2	67,8	33,1	66,9

Відсоток ургентних хворих протягом 3 років залишається майже на одному рівні.

Таблиця 3.5 – Ургентна госпіталізація з урахуванням початку захворювання

	2013	2014	2015
До 6 годин, %	30,2	30,3	31,6
Від 6 до 24 годин, %	14,5	16,3	14,7
Понад 24 годин, %	55,3	53,5	53,7

Більшість хворих звертаються за медичною допомогою пізніше 24 годин від початку захворювання.

Динаміка результатів лікування пацієнтів наведена в таблиці 3.6.

Таблиця 3.6 – Результат лікування вибулих хворих по приймальному відділенню Шосткинської ЦРЛ

	2013	2014	2015
Одужання	47,8	45,9	46,5
Покращення	47,4	47,5	46,1
Без змін	4,8	6,6	7,4

Найбільший результат лікування вибулих хворих у з одужанням і покращенням.

За 3 роки у стаціонарних відділеннях помер 575 хворих, відмічається зменшення летальності на 7,7% , летальності у приймальному відділенні за 3 роки не було.

На першому місці смертність від ХСК, на другому – хвороби органів травлення, на третьому – новоутворення.

У відділенні проводиться робота по зниженню летальності шляхом

покращення якості надання медичної допомоги, залучення до надання медичної допомоги спеціалістів суміжних спеціальностей та використання можливостей анестезіології – реанімації.

Покращити показник можливо поліпшуючи санітарно-просвітницьку роботу, якість диспансеризації, оздоровлення та реабілітації хворих.

Таблиця 3.7 – Розходження діагнозів між поліклінікою, швидкою допомогою і стаціонаром

	2013		2014		2015	
	Випадки	%	Випадки	%	Випадки	%
Між поліклінікою і стаціонаром	18	0,13	14	0,11	15	0,12
Між швидкою допомогою і стаціонаром	8	0,06	9	0,07	8	0,06

Показники розходження діагнозів між поліклінікою і стаціонаром та між швидкою допомогою і стаціонаром знаходяться на одному рівні з коливанням в 0,01. Покращення показників бачиться в налагодженні послідовності в роботі стаціонарної та амбулаторно-поліклінічної служби.

Хворі, що поступають у приймальне відділення в плановому порядку, обстежуються згідно стандартів якості по кожній нозології у відділенні, в яке госпіталізуються. Ургентні хворі обстежуються в перші години перебування в стаціонарі, а також по клінічній необхідності.

Згідно з наказом головного лікаря проводити заняття з молодшим персоналом відділення за 20-ти годинною програмою, з середнім медичним персоналом і лікарями за 35-ти годинною програмою.

Засвоєні: перша допомога при опіках, іммобілізація при переломах, накладання пов'язок при опіках, зупинка зовнішньої кровотечі, переливання крові, венесекція.

У відділенні проводились заняття по особливо-небезпечним інфекціям.

Належна увага приділяється санітарно-просвітній роботі.

Як звісно, успіх в профілактиці інфекційних захворювань в багатьох випадках залежить від систематичності і багатосторонньої санітарно-

просвітньої роботи.

Предметом санітарної освіти є роз'яснення виникнення захворювань, ознайомлення з засобами їх попередження, ознайомлення населення з джерелом і шляхом розповсюдження інфекційних захворювань, з заходами по попередженню цих захворювань.

З обліком специфіки механізму, шляхів і факторів передачі захворювань при різних інфекціях методика пропаганди профілактики різна.

Санітарна освіта є одним із важливих засобів підвищення санітарної грамотності населення. Санітарно-освітня робота включає в себе і проведення бесід, випуск санбюлетнів. Бесіди і лекції проводяться на медичні теми, на теми, направлені на боротьбу з курінням, алкоголізмом, наркоманією, СНІДом, профілактику гострих шлунково-кишкових інфекцій, дифтерії, частих простудних захворювань.

Широко і цілеспрямовано поставлена робота сприяє ранній госпіталізації хворих, скороченню строків звертання до лікаря з моменту захворювання, що сприяє попередженню розповсюдженості захворювань.

Теми лекцій, бесід, санбюлетнів:

1. Туберкульоз та його профілактика.
2. СНІД.
3. Гострі кишкові захворювання.
4. Людство проти наркотиків.
5. Про шкоду паління.
6. Обережно, грип!
7. Профілактика сифілісу.
8. Перша допомога при отруєнні грибами.
9. Здоровий спосіб життя.
10. Цукровий діабет.
11. Туляремія: клініка, профілактика.
12. Алкоголізм.
13. Дифтерія та її профілактика.

14.Профілактика та раннє виявлення онкозахворювань .

15.Значення профілактичних щеплень.

16.Лептоспіроз, профілактика.

17.Профілактика бореліозу.

Отже, результати статистичного дослідження роботи приймального відділення Шосткинської ЦРЛ дають підстави стверджувати наступне:

1. Найбільша кількість госпіталізованих за направленням з поліклінік.

2. Високий відсоток ургентної госпіталізації.

3. Відсутність у відділенні летальності протягом 3 років.

4. Невисокий відсоток розходжень між поліклінічним діагнозом та стаціонарним та діагнозом швидкої допомоги та стаціонару.

5. Впроваджуються нові методики лікування, профілактики та діагностики, що позитивно впливає на процес лікування і скорочує строки лікування.

6. Велика увага приділяється санітарно-освітній роботі.

3.2 Шляхи удосконалення організації роботи та підвищення якості надання послуг приймального відділення Шосткинської ЦРЛ

Для покращення якості надання послуг по приймальному відділенню Шосткинської ЦРЛ варто запропонувати таке:

✓ ефективно використовувати матеріальні, кадрові ресурси, постійно удосконалювати і укомплектовувати матеріальну базу відділення;

✓ ретельно та принципово розглядати розходження клінічних та патологоанатомічних діагнозів, приймати міри по їх недопущенню;

✓ постійно забезпечувати надання екстреної та невідкладної допомоги поступаючим хворим, систематично аналізувати причин летальності в межах однієї доби, розробити та виконувати заходи по її зниженню;

- ✓ надалі працювати над питанням наступності між амбулаторно-поліклінічною сіткою, станцією швидкої допомоги з приводу обґрунтованості та своєчасності направлення на госпіталізацію хворих;
- ✓ удосконалювати питання наступності та взаємодії між окремими службами та структурними підрозділами лікарні по своєчасному обстеженню та госпіталізації в стаціонарні відділення;
- ✓ працювати над якістю санітарно-просвітницької роботи серед населення, особливу увагу приділяти підростаючому поколінню, молоді, пропаганді питань здорового способу життя;
- ✓ постійно працювати над покращенням культури медичного обслуговування населення, підвищення професійного рівня медичних працівників відділення.

ВИСНОВКИ

В дипломній роботі було розкрито питання розвитку українського ринку медичних послуг та вивчено основні фактори, що стримують його розвиток. Розглянута концепцію соціального маркетингу як інструменту підвищення якості надання медичних послуг, зокрема і в приймальних відділеннях медичних закладів в умовах реформування медичної галузі України.

Для вивчення основних складових якості надання медичних послуг в Україні на прикладі приймального відділення Шосткинської ЦРЛ було проведено аналіз його діяльності. За результатами дослідження медичної діяльності закладу виявлено що по приймальному відділенню Шосткинської ЦРЛ найбільша частка госпіталізованих була з направленнями із поліклінік, особливо варто відзначити наявний високий відсоток ургентної госпіталізації.

Аналіз діяльності приймального відділення також виявив відсутність летальності протягом останніх 3 років діяльності закладу, що стало можливим завдяки незначному розходженню між поліклінічним, стаціонарним діагнозами та діагнозом швидкої допомоги. Наступність передачі інформації щодо стану пацієнта, що надходить на лікування у поліклінічне відділення дозволяє підвищити якість надання медичних послуг. Окрім того варто зазначити і застосування у діяльності лікарів приймального відділення нових методик лікування, що дозволяє констатувати високий відсоток видужання та покращання загального стану пацієнтів.

Для попередження появи складних медичних ситуацій в приймальному відділенні велика увага приділяється санітарно-освітній роботі, що є основною для надання якісної медичної допомоги не тільки лікарями, а й молодшим медичним персоналом.

Загальний аналіз медичної діяльності Шосткинської ЦРЛ дає підстави надати наступні рекомендації по покращанню надання медичної допомоги:

- ✓ Ефективно використовувати матеріальні, кадрові ресурси;

✓ надалі працювати над питанням наступності між амбулаторно-поліклінічною сіткою, станцією швидкої допомоги з приводу обґрунтованості та своєчасності направлення на госпіталізацію хворих;

✓ удосконалювати питання наступності та взаємодії між окремими службами та структурними підрозділами лікарні по своєчасному обстеженню та госпіталізації в стаціонарні відділення;

✓ працювати над якістю санітарно-просвітницької роботи серед населення, особливу увагу приділяти підростаючому поколінню, молоді, пропаганді питань здорового способу життя;

✓ постійно працювати над покращенням культури медичного обслуговування населення, підвищення професійного рівня медичних працівників відділення.

Наведені заходи дозволять покращити якість надання медичних послуг по приймальному відділенню Шосткинської ЦРЛ та не допускати появи складних медичних випадків при лікуванні пацієнтів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Балаликін, В.Д. Історія та результати лікування жовчо-кам'яної хвороби в стаціонарі тимчасового знаходження / В.Д. Балаликін, А.С. Балаликін, Д.А. Балаликін // Рос. мед. журнал. - 2011. - № 6. - С. 3-7.
2. Балатанова, Е.А. Принципи нейропротекції при серцево -легенево-церебральної реанімації на догоспитальному етапі/ Е. А. Балатанова, Е. М. Токар // Медицина невідкладних станів. - 2012. - № 2. - С. 120-122.
3. Бельська Г.Н. Відновлення порушених функцій у хворих ішемічним інсультом, які пройшли санаторне лікування // Неврол. журнал. - 2013. - Т. 14, № 3. - С. 33-36.
4. Бурова, С.В. Діагностика інфекційних захворювань Частина 1. Клінічні, клініко-лабораторні та інструментальні методи/ С. В. Бурова, М. П. Онухова, Т. Я. Чернобровкіна // Міжнародний . мед. журнал. - 2011. - Т. 15, № 1. - С. 127-130.
5. Великолуг, К.А. Характеристика експертних хворих, що перенесли оперативні втручання на ШКТ / К. А. Великолуг // Медико-соціальна експертиза та реабілітація. - 2012. - № 1. - С. 50-53.
6. Верткин А.Л. Роль хронічного алергічного запалення в патогенезі бронхіальної астми / Практикуючий лікар . - 2014. - № 4. - С. 61-66.
7. Верткин А.Л. Гострий алергоз: терапія кропів'янки на догоспитальному етапі надання медичної допомоги // Практикуючий лікар . - 2011. - № 5. - С. 48-51.
8. Возіанова, Ж.І. Нові хвороби наступають, "старі" не здаються // Сучасні інфекції. - 2012. - № 3. - С. 4-7.
9. Гіпохромна анемія як фактор ризику повторного інфаркту міокарда в процесі реабілітації / Л.І. Чуманський, Е.П. Мирошніченко, М.І. Бобров, Н.І. Пигидін // Вестник медицини - 2012. - Т. 15, № 1. - С. 59-60.
10. Грищук, Л.А. Туберкульоз і грип / Л. А. Грищук // Інфекц. хвороби. - 2012. - № 3. - С. 5-9.

11. Гуревич, К.Г. Принципи організації і проведення профілактичних програм/ К. Г. Гуревич, Д. Н. Газіна // Мед. допомога. - 2014. - № 1. - С. 3-6.
12. Діагностика і лікування ішемічного інсульту: рекомендації Інститута удосконалення клінічних систем (ICSI) Блумінгтон, США, 2011. // Гострі і невідкладні стани в практиці лікаря. - 2013. - № 2. - С. 45-48.
13. Доютова, М.В. Характеристика потреб в медико-соціальній допомозі пацієнтів похилого віку //Практикуючий лікар . - 2011. - № 6. - С. 48-51.
14. Т.А. Дубикайтис , А.П. Помаз, О.Ю. Кузнецова, А.В. Матюшева Якість надання медичної допомоги в амбулаторній практиці // Сімейний лікар . - 2011. - Т. 13, № 4. - С. 36-39.
15. Князевич, В.М. Щодо готовності сімейних лікарів надавати невідкладну медичну допомогу / В.М. Князевич, Г.О. Слабкий // Сімейна медицина. - 2013. - № 1. - С. 8-10.
16. Колесник, К.Е. Психоемоційні порушення у хворих цукровим діабетом / Міжнародний мед. журнал. - 2011. - Т. 15, № 2. - С. 99-101.
17. Коллякова, О.М. Актуальні запитання з експертизи тимчасової непрацездатності / Управління закладом охорони здоров'я. - 2012. - № 5. - С. 85-89.
18. Лямина, Н.П. Нові методи оцінки якості реабілітаційно-профілактичних заходів у хворих на ІХС // Кардіологія. - 2013. - Т. 49, № 5. - С. 48-52.
19. Надання стаціонарозамінюючих форм медичної допомоги у лікувальних закладах різного рівня // Головний лікар . - 2011. - № 5. - С. 80-91.
20. Оцінка особливості первинної інвалідності у хворих з ІХС після аортокоронарного шунтування для формування оптимальної моделі реабілітації / А. И. Филимонов // Медико-соціальна експертиза і реабілітація. - 2013. - № 1. - С. 22-24.
21. Порушення ритму : тактичні та фармакологічні підходи / В. В. Никонов // Медицина невідкладних станів . - 2012. - № 2. - С. 49-53.
22. Положення про систему контролю якості медичних послуг (медичної

допомоги) // Упр. закладом охорони здоров'я. - 2012. - № 3. - С. 39.

23. Розвиток первинної медично-санітарної допомоги на засадах загальної практики та сімейної медицини І.В. Чопей, Р.Ю. Погоріляк, І.І. Кошеля [та ін.] // Львів. мед. часопис. - 2013. - Т. 15, № 1. - С. 68-71.

24. Ю.М. Сіренко, Б.М. Маньковський «Артеріальна гіпертензія при ендокринних захворюваннях», Київ 2013р.

25. Г.С. Столяров, Ю.В. Вороненко, М.В. Голубчиков «Статистика охорони здоров'я» Київ 2012р.

26. Сучасна лабораторна діагностика онкологічних захворювань в Україні / Д.Ф. Глузман, Л.М. Склярєнко, В.А. Надгорна // Онкологія. - 2013. - Т. 11, № 2. - С. 139-

27. Стіліді, О.І. Питання діагностики і реабілітації хворих СРК // Гастроентерологія . - 2013. - Т. 15, № 1. - С. 25-28.

28. Толстанов, О. К. Оцінка доступності лабораторної діагностики амбулаторними пацієнтами центральних районних лікарень/ О. К. Толстанов // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. - 2011. - № 2. - С. 31-34.

29 Ю.І. Ткач, С.І. Ткач «Лабораторні показники у дорослих», Харків 2012р.

30. Федосєєв Г.М. Стандарти лікування захворювань та принцип "лікувати не хворобу, а хворого" – чи є компроміс?/ Лікар. - 2012. - № 12. - С. 2-5.

31. Чуркин А.А. Питання охорони психічного здоров'я в первинній медичній мережі/ Психітричний журнал. - 2012. - № 1. - С. 19-23.

32. Шмелева Н.М. Поєднання ХОЗЛ і астми . Особливості діагностики та лікування в амбулаторних умовах// Практикуючий лікар - 2013. - № 9. С. 19-22.

33. Шуляк В.І. Міжнародний досвід застосування інтегрованого клінічного протоколу в медичній практиці/ Укр. мед. часопис. - 2013. - № 5. - С. 41-44.

34. Яворська В.О. «Судинні захворювання головного мозку», Харків 2013р.