

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

Сумський державний університет

Центр професійної та післядипломної освіти

Кафедра управління імені Олега Балацького

Наказ ректора
про затвердження теми

«До захисту допускається»
завідувачка кафедри

_____ Г.О.Швіндіна

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему

«Управління хірургічною службою в умовах впровадження реформи на вторинному рівні надання медичної допомоги»

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

Студента гр. УЗ-мз92ш

Шемета Сергія Леонідовича

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 Шемета Сергія Леонідовича студента гр.УЗ-мз92ш.

Наукові керівники:

_____ **Сміянов В.А.**
д.м.н., проф., завідувач кафедри громадського здоров'я

_____ **Тихенко В.С.**
к.н.з держ.упр.старший викладач кафедри управління

м. 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»

студент гр.УЗ-мз92ш

Шемета Сергія Леонідовича

(прізвище, ім'я, по батькові)

1. Тема роботи **Управління хірургічною службою в умовах впровадження реформи на вторинному рівні надання медичної допомоги.** _____
затверджено наказом по СумДУ від « ____ » _____ 20__ р.
2. Термін здачі подання студентом закінченої роботи 4.12.2020р.
3. Мета кваліфікаційної роботи: теоретичне обґрунтування, а також визначення основних напрямків і рекомендацій щодо покращення впровадження реформи вторинної ланки при наданні медичної допомоги хірургічною службою лікарні.
4. Об'єкт дослідження: є діяльність роботи хірургічного відділення та лікарні в цілому під час впровадження реформи вторинної ланки.
5. Предмет дослідження: - відносини, що виникають у процесі планування, управління та реалізації проведення реформи.
6. Кваліфікаційна робота виконується на матеріалах: законодавчої та нормативної бази України, монографій, підручників, наукових статей,

інтернет-ресурсів, внутрішньої звітності організації, даних спостережень у організації.

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

№ пор.	Назва розділу	Термін подання
I	ЗАГАЛНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ТА УПРАВЛІННЯ КОМУНАЛЬНИМ НЕКОМЕРЦІЙНИМ ПІДПРИЄМСТВОМ «ШОСТКИНСЬКА ЦЕНТРАЛЬНА РАЙОННА ЛІКАРНЯ» ШОСТКИНСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ	10.11.2020
II	НАПРЯМКИ РЕФОРМУВАННЯ ТА РЕОРГАНІЗАЦІЇ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	20.11.2020
III	РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ВПРОВАДЖЕННОСТІ РЕФОРМИ ВТОРИННОЇ ЛАНКИ У ДІЯЛЬНІСТЬ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОГО ЗАКЛАДУ	30.11.2020

Зміст завдань для виконання поставленої мети кваліфікаційної роботи магістра:

У розділі 1 студент має дослідити заканадавчу базу, загальну характеристику та управління КНП «Шосткинською ЦРЛ» ШМР.

У розділі 2 студент має провести аналіз роботи хірургічного відділення в умовах впровадження реформи вторинної ланки.

У розділі 3 студент має запропонувати:

- впровадження все більше малоінвазивних технологій в роботу хірургічного відділення.
- покращення фінансового забезпечення лікарні для придбання малоінвазивної техніки;
- визначення кадрового питання зі створенням кваліфікованих працівників.
- впровадження інформаційних технологій в систему охорони здоров'я та моніторинг даних пацієнтів.

8. Консультанти 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)

ст. викладач к.е.н.Тихенко В.С.

Завдання прийняв до виконання

(підпис)

студент гр. УЗ-мз92ш Шемет С.Л.

АНОТАЦІЯ

У роботі здійснено аналіз роботи хірургічного відділення КНП «Шосткинська ЦРЛ» ШМР під час впровадження реформи вторинної ланки за період 6 місяців 2020 року та подані рекомендації для покращення та більш якісного надання медичної допомоги хірургічного відділення в межах Центральної районної лікарні. Запропоновано подальше впровадження в роботу хірургічного відділення, забезпечення відділення новітніми технологіями, підвищення кваліфікації як керуючого складу керівників так і кадрів на місцях з відповідною оплатою праці для уникнення відтоку кадрів, введення інформаційно-комунікативних технологій в роботу системи охорони здоров'я.

Ключові слова: хірургічне відділення, впровадження реформи вторинної ланки, малоінвазивні технології, управління кадрами, фінансування, лапароскопічні операції, навчання, оплата, інформаційно-комунікативні технології.

ANNOTATION

The analysis of work of surgical separation of Communal noncommercial enterprise of "Shostka central district hospital" of Shostka's of town council is In-process carried out during introduction of reform of secondary link for period 6 months of 2020 and the given recommendations for an improvement and more quality grant of medicare of surgical separation within the limits of the Central district hospital. Further introduction offers in work of surgical separation, providing of separation, in-plant training the newest technologies as managing composition of leaders so shots on places with the corresponding remuneration of labour for avoidance of outflow of shots, introduction of інформаційно-комунікативних technologies in work of the system of health protection.

Keywords: surgical separation, introduction of reform of secondary link, littleinvasion technologies, administration of personnels, financing, лапароскопічні operations, studies, payment, informatively-communicative technologies.

АННОТАЦИЯ

В работе проведен анализ работы хирургического отделения КНП «Шосткинская ЦРБ» ШГС при внедрении реформы вторичного звена за период 6 месяцев 2020 года и даны рекомендации для улучшения и качественного оказания медицинской помощи хирургического отделения в пределах Центральной районной больницы. Предложено дальнейшее внедрение в работу хирургического отделения, обеспечение отделения новейшими технологиями, повышение квалификации как управляющего состава руководителей так и кадров на местах с соответствующей оплатой труда избежание оттока кадров, введение информационно-коммуникативных технологий в работу системы здравоохранения.

Ключевые слова: хирургическое отделение, внедрение реформы вторичного звена, малоинвазивные технологии, управление кадрами, финансирование, лапароскопические операции, обучение, оплата, информационно-коммуникативные технологии.

РЕФЕРАТ

Структура й обсяг роботи. Робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, що включає 26 найменувань.

Загальний обсяг магістерської роботи становить 42 с., у тому числі 6 таблиць, 4 рисунків, 1 додаток, список використаних джерел – 4 сторінок.

Актуальність. Управління хірургічною службою в умовах впровадження реформи вторинної ланки займає значне місце в функціонуванні лікарні та наданні медичної допомоги. В зв'язку з цим проведено теоретичне обґрунтування й визначення практичних рекомендацій для покращення запровадження реформи вторинної ланки, цим й обумовлений вибір теми даної роботи і її актуальність.

Метою роботи є теоретичне обґрунтування, а також визначення основних напрямків і рекомендацій щодо покращення впровадження реформи вторинної ланки при наданні медичної допомоги хірургічною службою лікарні.

- аналіз даних про проведені лапароскопічні операції та їх малотравматичність та ефективність;
- фінансове забезпечення лікарень для придбання малоінвазивної техніки, під час пандемії на коронавірусну інфекцію;
- визначення кадрового питання зі створенням кваліфікованих працівників.
- впровадження інформаційних технологій в систему охорони здоров'я та моніторинг даних пацієнтів.

Предметом дослідження є відносини, що виникають у процесі планування, управління та реалізації проведення реформи.

Об'єктом дослідження є діяльність роботи хірургічного відділення та лікарні в цілому під час впровадження реформи вторинної ланки.

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

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

уперше: аналіз надання медичної допомоги хірургічним відділенням, під час проведення реформи вторинної ланки.

удосконалено:

- методичні положення щодо подальшого залучення малоінвазивних технологій.
- методичні положення про покращення фінансування.
- методичні положення до визначення кадрового питання зі створенням кваліфікованих працівників.
- методичні положення про впровадження інформаційних технологій в систему охорони здоров'я та моніторинг даних.

Набули подальшого розвитку:

- науково - методичні підходи до обґрунтування ролі використання малоінвазивних технологій в процесі реформи вторинної ланки.

Ключові слова: хірургічне відділення, малоінвазивні технології, реформа вторинної ланки, покращення фінансування, кадрове питання, інформаційні технології, моніторинг.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	.....
РОЗДІЛ 1 ЗАГАЛНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ТА УПРАВЛІННЯ КОМУНАЛЬНИМ НЕКОМЕРЦІЙНИМ ПІДПРИЄМСТВОМ «ШОСТКИНСЬКА ЦЕНТРАЛЬНА РАЙОННА ЛІКАРНЯ» ШОСТКИНСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ.....	.....
1.1 Законодавчі основи та акти охорони здоров'я.	
1.2 Управління лікарнею та її структурними підрозділами.	
1.3 Загальна характеристика Комунального некомерційного підприємства «Шосткинська центральна районна лікарня» Шосткинської міської ради.	
РОЗДІЛ 2 НАПРЯМКИ РЕФОРМУВАННЯ ТА РЕОРГАНІЗАЦІЇ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	.....
2.1 Впровадження реформи вторинної медичної ланки.	
2.2 Організація роботи хірургічного відділення.....	.....
2.3 Робота хірургічного відділення в умовах впровадження реформи вторинної ланки.....	.....
РОЗДІЛ 3 РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ВПРАВАДЖЕННОСТІ РЕФОРМИ ВТОРИННОЇ ЛАНКИ У ДІЯЛЬНІСТЬ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОГО ЗАКЛАДУ.....	.....
3.1 Основні проблеми у діяльності хірургічного відділення лікувального закладу .....	.....
3.2 Рекомендації під час впровадження реформи вторинної ланки у діяльності хірургічного відділення лікувального закладу.....	.....
ВИСНОВКИ.....	.....
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	.....
ДОДАТОК А.....	.....

Резюме
кваліфікаційної роботи
магістра з менеджменту
за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування»
студента групи УЗ-мз92ш
Шемета Сергія Леонідовича

Тема роботи. Управління хірургічною службою в умовах впровадження реформи на вторинному рівні надання медичної допомоги.

Структура та обсяг кваліфікаційної роботи магістра. Робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, що включає 26 найменувань. Загальний обсяг магістерської роботи становить 42 сторінок, у томі числі 6 таблиць, 4 рисунків, 1 додаток, список використаних джерел на 4 сторінках.

Мета роботи: це теоретичне обґрунтування, а також визначення основних напрямків і рекомендацій щодо покращення впровадження реформи вторинної ланки при наданні медичної допомоги хірургічною службою лікарні.

Об'єктом дослідження є діяльність роботи хірургічного відділення та лікарні в цілому під час впровадження реформи вторинної ланки.

Предметом дослідження є відносини, що виникають у процесі планування, управління та реалізації проведення заходів під час реформи.

Методи дослідження: Методологічною основою роботи є діалектичний метод наукового пізнання, системний підхід та методи логістичного аналізу. У роботі було використано ретроспективний аналіз, порівняльний аналіз.

Інформаційна база дослідження: законодавча та нормативна база України, монографії, підручники, наукові статті, інтернет-ресурси, внутрішня звітність організації, дані спостережень у організації.

Результати роботи. Обґрунтовано роботу хірургічного відділення КНП «Шосткинська ЦРЛ» ШМР в умовах впровадження реформи вторинної ланки. Запропоновано комплекс рекомендацій з формування ефективної роботи лікарні, управління персоналом закладу, раціоналізації кадрового питання, впровадження інформаційних технологій в систему охорони здоров'я та моніторинг.

Ключові слова: хірургічне відділення, реформа вторинної ланки, управління персоналом, кадрове питання, інформаційні технології, моніторинг.

Перелік умовних позначень.

ВВП – внутрішній валовий прибуток.

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я.

ГО – госпітальний округ.

ЄС – Європейський союз.

ЖКБ – жовчнокам'яна хвороба.

ЗОЗ - заклад охорони здоров'я.

КМУ – кабінет міністрів України.

КНП – комунальне некомерційне підприємство.

МОЗ – міністерство охорони здоров'я.

НСЗУ – національна служба здоров'я України.

СНД – співдружність незалежних держав.

СРСР – союз радянських соціалістичних республік.

ЦРЛ – центральна районна лікарня.

ЧАЕС -Чорнобильська атомна електро станція.

ШМР – Шосткинська міська рада.

Вступ

Медична реформа в Україні розпочалась у жовтні 2017 року з прийняттям Верховною Радою України законопроекту № 6327 «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів», відповідно до якого держава гарантує повну оплату коштом держбюджету України необхідних медичних послуг і лікарських засобів, пов'язаних із наданням екстреної медичної допомоги, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної, паліативної медичної допомоги, медичної реабілітації, медичної допомоги дітям до 16 років, а також супроводу вагітності та пологів[1].

2 квітня 2018 р. стартував перший етап медичної реформи, після чого українці обрали свого сімейного лікаря та підписали з ним декларацію[2].

27 листопада 2019 р. уряд ухвалив Програму медичних гарантій (перелік та обсяг медичних послуг і лікарських засобів, які пацієнтам буде оплачувати держава за гроші держбюджету) [3], яка мала запрацювати з 1 квітня 2020 р., давши старт другій хвилі трансформації системи охорони здоров'я[4].

Основа всієї трансформації системи охорони здоров'я – це зміна моделі фінансування та реалізація принципу «гроші йдуть за пацієнтом». Для спеціалізованої медичної допомоги це означає, що держава через Національну службу здоров'я України (НСЗУ) сплачуватиме кошти медичному закладу за конкретно надану медичну послугу, пролікований випадок або ж готовність надавати допомогу. На це у держбюджеті 2020 р. передбачено 70,4 млрд. грн[4].

У свою чергу, медичні заклади розподілятимуть кошти між відділеннями, відповідно до кількості пролікованих випадків та конкретних умов роботи відділень. У зв'язку з цим кожне відділення, включаючи хірургію, повинно мати добре освічених та підготовлених фахівців, а також новітнє обладнання: лапароскопічну техніку, апарат електрозварювання

живих тканин, ангіограф, комп'юторий томограф, ендоскопи та інше. Це все частіше запроваджуватиме малоінвазивні методики: без розрізів і швів вони характеризуються невеликою травматичністю і відсутністю крові, низькою вираженістю болю. Пацієнт може повернутися до нормального темпу життя за короткий проміжок часу, і при цьому швидко відновитись після операції. Це золотий стандарт хірургічного втручання.

Все це дасть можливість надавати широкий спектр професійних медичних послуг і, отже, бути конкурентоспроможними на ринку медичних послуг. Ці заходи змусять більше пацієнтів звертатися до відділення та відповідно заробляти кошти з держбюджету.

Правильне управління хірургічною службою в умовах впровадження вторинної ланки реформи може призвести до додаткового технічного та кадрового підсилення, та подальшого розвитку не тільки відділення, а й лікарні в цілому.

РОЗДІЛ 1 ЗАГАЛІНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ТА УПРАВЛІННЯ КОМУНАЛЬНИМ НЕКОМЕРЦІЙНИМ ПІДПРИЄМСТВОМ «ШОСТКИНСЬКА ЦЕНТРАЛЬНА РАЙОННА ЛІКАРНЯ» ШОСТКИНСЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ

1.1 Законодавчі основи та акти охорони здоров'я.

Законодавство України про охорону здоров'я базується на Конституції України і складається з основ та інших прийнятих відповідно до них актів законодавства, що регулюють суспільні відносини у сфері охорони здоров'я.

У цих основах та інших актах законодавства про охорону здоров'я основні поняття мають таке значення:

здоров'я - стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних вад;

заклад охорони здоров'я - юридична особа будь-якої форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, що забезпечує медичне обслуговування населення на основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників;

медична допомога - діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами [5].

Конституційні норми створюють правову основу статусу особи у сфері охорони здоров'я. І ця основа включає не лише закріплення відповідного права, але і засобів його забезпечення, що має держава у своєму розпорядженні і закладені у політичній та економічній системах, а також його соціальній основі[6].

Стаття 49 Конституції України присвячена охороні здоров'я і медичній допомозі, у якій закріплено право кожного на охорону здоров'я, медичну допомогу і медичне страхування. Ця норма відобразила вимоги всесвітніх і регіональних міжнародно-правових стандартів у сфері охорони здоров'я. Крім цієї статті є ще й інші конституційні норми, які у тій чи іншій мірі стосуються охорони здоров'я та акумулюють кращі зразки міжнародно-правових актів з прав людини[6].

Конституційні норми, які проголошують людину, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпеку найвищою соціальною цінністю, права і свободи невідчужуваними і непорушними, у тому числі у сфері охорони здоров'я, отримують предметно-юридичне втілення у всій національній системі права[6].

Серед законів особливе місце займає Цивільний кодекс України від 16 січня 2003 року, що вперше на такому рівні закріплює низку важливих прав людини у сфері охорони здоров'я, зокрема, право на охорону здоров'я (ст. 283),

медичну допомогу (ст. 284), медичну інформацію (ст. 285), медичну таємницю (ст. 286) [6].

Важливим регулятором відносин у сфері охорони здоров'я серед галузевого законодавства є норми адміністративного права, які регулюють організаційно-управлінські процеси в охороні здоров'я. Державне регулювання у сфері охорони здоров'я має свої специфічні ознаки, що обумовлені першочерговим соціально-економічним значенням охорони здоров'я, що становить фундамент соціальної політики держави, значною кількістю об'єктів управління, відомчою нормотворчістю, а також фаховими та кваліфікаційними особливостями управлінського персоналу. Вихідним в адміністративно-правовому статусі закладу охорони здоров'я є їх взаємовідносини з вищестоящими органами виконавчої влади. Спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади в галузі охорони здоров'я є Міністерство охорони здоров'я України, правовий статус якого визначається Положенням про Міністерство охорони здоров'я України, що затверджено Постановою Кабінету Міністрів України від 2 листопада 2006 р. № 1542[6].

Заклади охорони здоров'я створюються підприємствами, установами й організаціями різних форм власності, а також приватними особами за наявності необхідної матеріально-технічної бази і кваліфікованих фахівців. Заклади охорони здоров'я незалежно від форми власності повинні отримати ліцензію на право здійснення медичної практики, яка видається Міністерством охорони здоров'я на три роки і діє на всій території України. Заклади охорони здоров'я підлягають акредитації незалежно від форми власності, яка проводиться один раз на три роки Головною акредитаційною комісією при МОЗ та акредитаційними комісіями на місцях[6].

Адміністративним правом передбачаються певні обов'язки громадян, що пов'язані з наданням медичної допомоги, із забезпеченням санітарно-епідеміологічного благополуччя тощо. Наприклад, певні категорії населення

повинні проходити профілактичні медичні огляди (ст. 31 Основ законодавства України про охорону здоров'я); у певних законодавчо визначених випадках необхідно провести обов'язкові медичні огляди, профілактичні щеплення, лікувальні та карантинні заходи (ст. 30 Основ) тощо[6].

Закон України "Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення" від 24 лютого 1994 року, Положення про державний санітарно-епідеміологічний нагляд в Україні від 22 червня 1999 року та інші нормативно-правові акти регулюють питання щодо основних завдань та порядку здійснення державного санітарно-епідеміологічного нагляду, функціонування державної санітарно-епідеміологічної служби тощо. Завданням такого нагляду є забезпечення профілактики захворювань людей шляхом попередження, виявлення і припинення порушень санітарного законодавства України. В ст. 1 Закону України "Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення" санітарне та епідемічне благополуччя населення визначається як стан здоров'я населення і середовища життєдіяльності людини, при якому показники захворюваності перебувають на усталеному рівні для цієї території, умови проживання сприятливі для населення, а параметри факторів середовища життєдіяльності знаходяться у межах, що визначені санітарними нормами[6].

Адміністративна відповідальність передбачена за порушення вимог законодавства про працю та про охорону праці (ст. 41 Кодексу про адміністративні правопорушення України), за порушення санітарно-гігієнічних і санітарно-протиепідемічних правил і норм (ст. 42 Кодексу про адміністративні правопорушення України), за ухилення від медичного огляду чи медичного обстеження (ст. 44і Кодексу про адміністративні правопорушення України), за ухилення від обстеження і профілактичного лікування осіб, хворих на венеричну хворобу (ст. 45 Кодексу про адміністративні правопорушення України), за умисне приховування джерела зараження венеричною хворобою (ст. 46 Кодексу про адміністративні

правопорушення України) тощо. Ці норми прямо чи опосередковано мають за мету охорону здоров'я населення[6].

Бюджетний кодекс України від 21 червня 2001 року у главі 14 регулює питання розмежування видатків між бюджетами. Стаття 87 Бюджетного кодексу закріплює видатки, що здійснюються з Державного бюджету, де у п. 8 передбачено видатки на охорону здоров'я, а саме: на первинну медико-санітарну, амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу, санітарно-реабілітаційну допомогу, спеціалізовану і високоспеціалізовану амбулаторно-профілактичну та стаціонарну допомогу, санітарно-епідеміологічний нагляд та інші програми у галузі охорони здоров'я. Видатки з місцевих бюджетів визначені у ст.ст. 88-90 Бюджетного кодексу, зокрема, на первинну медико-санітарну, амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу, програми медико-санітарної освіти, санаторно-курортну допомогу тощо[6].

Важливим документом є Закон України "Основи законодавства України про охорону здоров'я" від 19 листопада 1992 року (далі - Основи) - нормативний документ, що присвячений регулюванню відносин у сфері охорони здоров'я. Цей закон є своєрідною декларацією прав людини у сфері охорони здоров'я, який визначає правові, організаційні, економічні й соціальні засади охорони здоров'я України і регулює суспільні відносини у цій галузі. Цей документ відображає державну політику у галузі охорони здоров'я, принципи охорони здоров'я, визначає структуру права на охорону здоров'я й обов'язки громадян, встановлює державні гарантії щодо юридичного захисту права на охорону здоров'я, визначає політику світового співтовариства у сфері охорони здоров'я, регулює питання проведення медичної експертизи, закріплює гарантії охорони здоров'я матері і дитини, передбачає основи правового статусу медичних і фармацевтичних працівників та інші питання у цій сфері життєдіяльності. Норми Основ конкретизують, деталізують і розширюють конституційні норми, які у тій чи іншій мірі присвячені охороні здоров'я, у тому числі і ст. 49 Конституції України, що безпосередньо

закріплює конституційне право на охорону здоров'я, медичну допомогу і медичне страхування. Основи є свого роду "медичною конституцією" України, своєрідною підвалиною для всього законодавства про охорону здоров'я. Цей акт був задуманий як фундамент для створення майбутнього законодавства у цій сфері. Одним з ключових положень цього акту, на нашу думку, є норми, які визначають принципи, тобто основні засади, вихідні ідеї охорони здоров'я, які дають уявлення про ті витоки, на яких стоїть держава суспільство при створенні належних умов для реалізації права людини на охорону здоров'я[6].

Цей законодавчий акт також передбачає формування державної політики охорони здоров'я, основу якої забезпечує Верховна Рада України. Серед численних заходів, які повинен здійснювати законодавчий орган у цьому напрямі, є затвердження переліку комплексних і цільових загальнодержавних програм охорони здоров'я, що у повній мірі відповідає ч. 2 ст. 49 Конституції України. При розробці та оцінці політики охорони здоров'я необхідно робити акцент на універсальних цінностях галузі (медична етика, відповідальність і професіоналізм медичного персоналу, повага до людської гідності тощо), враховуючи те, що здоров'я є однією з основних потреб і невід'ємним правом людини, а також однією з цілей розвитку суспільства[6].

Положення ч. 3 ст. 49 Конституції України щодо доступності для всіх громадян медичного обслуговування відтворено у ст. 4 Основ як один з принципів охорони здоров'я. Ця ж конституційна норма, у якій визначено, що існуюча мережа лікувальних закладів не може бути скорочена та держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності, відображена у ст.ст. 4, 9, 16 Основ. Частина 4 ст. 49 Конституції України знайшла свою конкретизацію у ст. 32 Основ, у якій визначено заходи, яких вживає держава для утвердження здорового способу життя. Питання безоплатності медичної допомоги, яка надається у державних і комунальних закладах охорони здоров'я, що конституційно гарантовано у ч. 3 ст. 49 Конституції України, в

Основах передбачено лише через норму ч. 2 ст. 25, де визначено, що безоплатно надаються медична допомога і соціальне обслуговування особам, які перебувають у важкому матеріальному становищі, загрозливому для їх життя і здоров'я. У ст. 6 Основ передбачено право на кваліфіковану медико-санітарну допомогу, а у ст. 7 закріплено одну з гарантій - надання всім громадянам гарантованого рівня медико-санітарної допомоги в обсязі, що встановлюється Кабінетом Міністрів України, але проблему оплати за надання медичної допомоги у них не визначено[6].

Фінансування охорони здоров'я здійснюється відповідно до ст. 18 Основ за рахунок Державного бюджету України, бюджетів місцевого та регіонального самоврядування, фондів медичного страхування, благодійних фондів і будь-яких інших джерел, не заборонених законодавством. Також передбачено створення і функціонування системи медичного страхування населення. Право кожного на медичне страхування передбачено у ч. 1 ст. 49 Конституції України.[6]

1.2 Управління лікарнею та її структурними підрозділами.

Управління - це вміння ставити чіткі цілі, визначати та впроваджувати конкретні заходи, що сприятимуть досягненню поставлених цілей.

Цілі лікарні не можуть бути досягнуті без ефективного використання ресурсів. Успішні керівники повинні вміти використовувати ресурси ефективно. Ресурси завжди в дефіциті, тому управління - це процес досягненням максимальної ефективності, при використанні мінімальної кількості ресурсів.

Даний підхід підкреслює, що люди слугують основним ресурсом при виконання робіт, тому найважливішим у процесі управлінні є ставлення до людей. При належному ставленні до людей та визначенні чітких і зрозумілих задач, процес управління буде ефективнішим.

Даний підхід підкреслює одну з найважливіших сфер- сферу діяльності керівництва. Керівники повинні постійно ухвалювати рішення. Вони можуть

бути дуже простими, та водночас дуже важливими, але рішення завжди повинні бути послідовними. Ухвалення рішень – це процес аналізу проблеми, прогнозування та вибору. Таким чином, керівник має вміти аналізувати і розставляти пріоритети. Він також повинен знати, як правильно делегувати ці рішення своїм підлеглим. Одним словом, управління лікарнею пов'язане з послідовним прийняттям та делегуванням рішень керівником лікарні персоналу. Для здійснення такого управління, потрібно чітко визначити цілі лікарні, раціонально розподілити та використовувати її ресурси, а ухвалення рішень повинно бути чітким і своєчасним.

Функції управління – це діяльність керівників, направлена на досягнення цілей своєї лікарні, використовуючи людські й інші ресурси. Іншими словами, функції – це основна діяльність, що виконуються керівниками. Дії керівника, можна умовно розподілити на п'ять категорій: планування, організація роботи, укомплектування персоналом, керування та контроль.

Планування, згідно Rakich, Longest і Darr, під метою планування – розуміють надання закладам охорони здоров'я можливості долати наявні складнощі та передбачати майбутнє. На вищих щаблях управління основною задачею – є визначення місії та встановлення відповідних цілей та завдань, тоді як на нижчих, все залежить від правильного визначення способу досягнення цих цілей. Наприклад, планування на вищому щаблі управління включає в собі підготовку стратегічного курсу діяльності організації на майбутні п'ять років, а керівник нижчого, визначає шляхи виконання першого року п'ятирічного стратегічного курсу.

Організаційна робота направлена на встановленням відносин субординації і відповідальності. Формальна структура лікарні та її внутрішні звітні процедури зазвичай визначаються особами, які приймають рішення на її найвищих рівнях. Ці керівники формують відносини між індивідами та групами, а також між угрупованнями людей і процесами в логічні структурні одиниці. Для ухвалення організаційних рішень керівник має вибрати

структуру організації. Організації можуть структуруватися на основі функцій – коли об'єднуються подібні види діяльності, як наприклад в медичній лабораторії, відділі рентгенології або аптеки. Організації можуть структуруватися на основі послуг – таких, як відділення невідкладної хірургії або операційна. Організаційна робота може здійснюватись на довгострокову перспективу – шляхом заснування нового відділення чи нової структури. Або, організаційна робота може орієнтуватися на короткостроковий результат – коли утворюються робочі групи, які розпускаються після виконання своїх функцій.

Функція кадрового забезпечення включає діяльність, пов'язану з управлінням людськими ресурсами або адмініструванням персоналу. Основна мета кадрового забезпечення – призначення на робочі посади, згідно з посадовим інструкціям, працівників відповідної кваліфікації утримання персоналу, особливо досвідчених працівників, які накопичили свій досвід, працюючи в даній організації та втрата яких задасть великих збитків. Працівники не повинні бути недостатньо кваліфікованими. Кадрове забезпечення включає найм працівників, вибір тих, кого треба прийняти на роботу, призначення або розміщення працівників на посадах, навчання осіб, які потребують розвитку відповідних навичок для здійснення роботи, консультування працівників щодо ефективності роботи та перспектив кар'єрного росту, а також встановлення окладу та надбавок. Крім того, функція кадрового забезпечення включає відсторонення працівників з причин виходу на пенсію, надання відпустки, переведення на іншу посаду або звільнення.

Функція керування для керівництва має на меті надання працівникам інструкцій відносно того, що дозволяється робити, а що ні. Отже, це функція, орієнтована на діяльність. Найчастіше керування включає в себе створення середовища мотивації, комунікації та лідерства, в якому члени організації розуміють, чого від них очікують під час виконання робочих обов'язків.

Контроль при управлінні зосереджений на моніторингу та оцінці ефективності. Його мета – постійне удосконалення якості. Це фундаментальна функція управління, що повинна входити до кожної управлінської діяльності, що націлена на створення результатів або поліпшення ефективності. Контроль включає в себе визначення стандартів і порівняння фактичних результатів з такими стандартами. Контроль зазвичай включає в себе системний механізм зворотного зв'язку, при якому доступні засоби або ресурси, що використовуються при лікуванні, порівнюються з продукцією або результатами. При виявленні відхилення від очікуваних результатів керівники застосовують механізм зворотнього зв'язку для моніторингу виробничого процесу та його результатів, та внесення необхідних змін. Маючи добру систему моніторингу, можна вносити зміни у ресурси, що використовуються, у виробничий процес або навіть безпосередньо у організаційні стандарти.

Оцінка використовується для вимірювання та аналізу досягнень програми або діяльності. Оцінка, як правило, – це порівняння результатів і завдань, аналіз проблем і ухвалення рішень для покращення діяльності. Результати оцінки несуть у собі також цінну інформацію та досвід для керівників при складанні планів на наступні періоди[5].

Лікарню очолює головний лікар, який призначається та звільняється з посади головою міської державної адміністрації шляхом укладення контракту за погодженням начальника управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації.

Головний лікар діє на основі одного керівника в підпорядкованих установах і самостійно вирішує діяльність закладу. Головний лікар безпосередньо здійснює поточне керівництво закладом, забезпечуючи його діяльність, ефективне використання та охорону майна, закріпленого за закладом. Головний лікар є уповноваженим представником лікарні для здійснення повноважень, функцій, прав та обов'язків, передбачених законом, та діяльності від його імені.

Головний лікар:

Керує лікувально-профілактичними установами відповідно до діючих норм;

Організовує лікувально-профілактичну, адміністративно-господарську та фінансову діяльність;

Несе повну відповідальність за стан та діяльність лікарні та видає накази та інструкції, які є обов'язковими для всіх працівників.

Співпрацює з Державною адміністрацією Шосткинського району, Міністерством національного управління охорони здоров'я, а саме управлінням охорони здоров'я в Сумській області, та іншими медичними закладами, забезпечує взаємодії між відділами лікарні;

Діє без довіреності, представляє лікарню в установах, організаціях, підприємствах всіх форм власності, органах державної влади та місцевого самоврядування та судах;

Розпоряджається коштами та майном, що використовуються для лікарень, відповідно до чинного законодавства. Видає довіреність відкривати рахунки в банківських установах, відповідно до чинного законодавства та залучає позабюджетні кошти;

Призначає на посади та звільнює працівників лікарні відповідно до чинних норм; Затверджує створені правила внутрішнього трудового розпорядку;

Відповідно до вимог чинного законодавства встановлює надбавки та доплати у фонді заробітної плати, забезпечує преміювання та матеріальну допомогу працівникам;

Відповідно до виробничих потреб, відповідно до принципу доручення, відповідальність, права та обов'язки розподіляє між керівниками та представниками структурних підрозділів; Підписувати трудові договори з працівниками лікарні відповідно до чинних законодавчих вимог;

Підписувати трудові договори з працівниками лікарні, відповідно до чинних законодавчих вимог;

Створити належні умови праці для працівників лікарні на кожному робочому місці відповідно до вимог чинного законодавства;

Під захистом чинного законодавства забезпечує дотримання прав і свобод кожного працівника;

Сплановує роботу лікувально-профілактичних закладів;

Проаналізовує ефективність роботи лікарні та вживає заходів для її оптимізації та видає відповідні інструкції з цього приводу;

Організовує дослідження причин загальних захворювань та стійкої втрати працездатності; Планує та впроваджує заходи щодо запобігання та зменшення захворюваності та інвалідності і зменшення загальної смертності;

Організовує лікарняні наради, наради персоналу лікарні, планові та позапланові обходи структурних підрозділів та контролює надійність показників ефективності роботи структурних підрозділів;

Проводить особистий прийом працівників закладу та населення в спеціально відведений час;

Контролює своєчасний розгляд скарг, пропозицій та заяв громадян;

Забезпечує надання якісних та комплексних медичних послуг жителям району;

Забезпечує всі та своєчасні платежі, виплату позабюджетних фондів та інших фондів, податків, витрат, поточної заробітної плати та виплат у разі заборгованості із заробітної плати та інших соціальних виплат;

Забезпечує виконання національних, відомчих та регіональних медичних та медико-соціальних планів.

Структурними підрозділами лікарні є відділення і служби.

Відділеннями лікарні керують завідувачі, що призначаються на посаду головним лікарем, відповідно до вимог чинного законодавства.

Враховуючи те, що відповідно до «Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників», випуск 78 «Охорона здоров'я» [7] завідувачі структурних підрозділів закладів охорони здоров'я відносяться до категорії управлінців, але не проходили післядипломне навчання з організації

та управління в охороні здоров'я і не відносяться до категорії організаторів охорони здоров'я, виконують наступні функції з організації та управління в охороні здоров'я.

Організаційні функції: забезпечує перспективне планування роботи відділення, забезпечує поточне планування роботи відділення та забезпечує ведення облікової та звітної документації відділення, забезпечує виконання чинного законодавства про охорону здоров'я та нормативно-правові акти, що регламентують діяльність органів управління та закладів охорони здоров'я, організацію медичної допомоги населенню, звітує про роботу відділення в установлені терміни, забезпечує виконання медичними працівниками правил внутрішнього трудового розпорядку закладу, забезпечує лікувально-охоронний режим у відділенні, проводить аналіз показників роботи відділення та вживає, в межах своєї компетенції, заходи щодо її оптимізації, вносить пропозиції керівнику закладу для прийняття рішень на його рівні, забезпечує безпечні умови перебування пацієнтів у відділенні, забезпечує внесення інформації про роботу відділення до електронної системи охорони здоров'я, забезпечує виконання галузевих стандартів медичної допомоги.

Управлінські функції: проводить клінічні розгляди випадків тяжко хворих, випадки при яких важко виставити діагноз, випадки розходження клінічних та патологоанатомічних діагнозів, визначає пріоритети у придбанні для відділення ліків, розхідних матеріалів та медичного обладнання, веде дефектуру роботи персоналу відділення, систематично проводить виробничі наради з персоналом відділення, розглядає скарги пацієнтів та їх родичів, працівників відділення ;

Функції з організації роботи персоналу: бере участь у доборі медичного персоналу відділення, розробляє посадові інструкції для медичного персоналу відділення, розробляє раціональні графіки роботи персоналу, мотивує персонал до ефективної праці, веде прийом працівників з

особистими питаннями, розглядає порушення трудового законодавства, професійної діяльності, аморальні поступки тощо з боку персоналу ;

Організація безперервного підвищення професійної майстерності персоналу: розробляє річні плани безперервного підвищення професійної майстерності персоналу, організує наставництво у відділенні, організує навчання лікарів;

Контрольні функції: здійснює контроль якості діагностичного процесу, контроль якості лікувального процесу, контроль за виконанням посадових інструкцій медичним персоналом відділення, контроль вірності визначення лікарями непрацездатності пацієнтів, здійснює безпосередній контроль за збереженням та раціональним використанням матеріально-технічної бази відділення, здійснює контроль за терміни лікування пацієнтів[8].

1.3 Загальна характеристика Комунального некомерційного підприємства «Шосткинська центральна районна лікарня» Шосткинської міської ради.

- Код ЄДРПОУ 01981514
- Дата реєстрації 24.03.1998
- Уповноважена особа: Штогрин Олег Теофілович.
- Організаційно - правова форма – комунальне підприємство.
- Форма власності : Державна власність.
- Вид діяльності:
 - Загальний 86.10 (діяльність лікарняних закладів)
 - 86.21 – загальна лікарська практика
 - 96.09 – надання інших послуг.
- Контакти : 41107 Сумська обл., м. Шостка, вул. Щедріна, 1 т.
(05449) 7-23-76, 7-28-37

- E- mail: shostka.crl@i.ua

Лікарня надає вторинну спеціалізовану медичну допомогу населенню Шосткинського району.

Лікарня у своїй діяльності керується Конституцією України, Законами України, нормативно - правовими актами Президента України, Кабінету Міністрів України, Міністерства охорони здоров'я України, розпорядженнями голів Сумської обласної та Шосткинської міської державної адміністрацій, рішеннями Сумської обласної та Шосткинської міської рад, наказами управління охорони здоров'я Сумської обласної державної адміністрації.

З 24.10.2016 року комунальна організація Шосткинська центральна районна лікарня змінила назву на КЗ «Шосткинська центральна районна лікарня»

Згідно рішення 19 сесії Шосткинської міської ради від 20.11.2018 р. на якій було прийнято рішення про створення з 08.02.2019 р. Комунального некомерційного підприємства «Шосткинська центральна районна лікарня» Шосткинської міської ради.

Лікарня в липні 2018 року пройшла акредитацію та отримала акредитаційний сертифікат першої категорії №553-ОД з реєстраційним №1444 підписаним головою комісії С. Бутенко.

Лікарня розрахована на 336 стаціонарних ліжок (станом на 31.12.2019 р.)

В закладі надається стаціонарна допомога за 18 спеціальностями: хірургія, хірургія дитяча, урологія, травматологія, дитяча травматологія, акушерство та гінекологія, ендокринологія, терапія, кардіологія, неврологія, інфекція, дерматовенерологія, отоларингологія, офтальмологія, неонатологія, наркологія, анестезіологія та реанімація.

Діагностична база представлена: рентген відділенням, кабінетом ультрозвукової діагностики, відділенням функціональної діагностики.

Амбулаторно-поліклінічна допомога за 21 спеціальністю: терапевт, кардіолог, ревматолог, гастроентеролог, ендокринолог, інфекціоніст, хірург, травматолог, уролог, онколог, гінеколог, офтальмолог, отоляринголог, невропатолог, психіатр, дитячий психіатр, нарколог, дерматовенеролог, медичний генетик, фізіотерапевт, ендоскопіст.

Працює відділення амбулаторного гемодіалізу.

Виконується невідкладна медична допомога 24 години на добу, 7 днів на тиждень.

РОЗДІЛ 2 НАПРЯМКИ РЕФОРМУВАННЯ ТА РЕОРГАНІЗАЦІЇ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.

2.1 Впровадження реформи вторинної медичної ланки.

Реформування вторинної медичної допомоги передбачає реструктуризацію закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) вторинного рівня медичної допомоги зі створенням госпітальних округів (ГО). Розроблено критерії та порядок створення ГО, що затверджено відповідною постановою Кабінету Міністрів України (КМУ) [8], якою передбачено формування лікарень нового для України типу, залежно від інтенсивності лікувального процесу. У рамках ГО існує лікарня, яка забезпечує інтенсивну терапію пацієнтів, вона характеризується наданням усіх видів медико-діагностичних послуг цілодобово з її пріоритетним забезпеченням ресурсами. Така лікарня стратегічно формується на двох рівнях, що залежить як від чисельності населення що обслуговується нею, так і від її структурних підрозділів. В структурі лікарні формується консультативно-діагностичний амбулаторний центр. Центральні районні лікарні (ЦРЛ) та міські лікарні (МЛ) реструктурізуються в лікарні планового лікування, востановчого лікування, спеціалізовані центри та хоспіси. Їх кількість та потужність залежать від населення та стану здоров'я. Поліклініки ЦРЛ та МЛ реформуються і виконують функції консультативних поліклінік. Пілотні регіони в Україні

(Вінниця, Дніпропетровськ, Донецька область та Київ) [9] розробляли цей стратегічний підхід. Аналіз наукової літератури та статистичних даних щодо реформування сектору вторинної медичної допомоги показує доцільність подальшого впровадження цих програм [10].

Теперішній рівень автономії управління в Україні дуже низький. Питання управлінських можливостей (особливо умінь та навичок) та їх ролі у підготовці головних лікарів досі дискутується, оскільки головні лікарі не можуть витратити багато часу на навчання у закладах поза робочим місцем. Моделі управління українськими лікарнями, як правило, базуються на вхідних характеристиках (тобто організованих навколо професійного рівня медичних працівників), де процес прийняття рішень є зосередженим (успадковано від радянської системи фінансування), але вертикаль влади не чітка (належить місцевій раді та підпорядковується регіональній владі). Виходячи з вхідних характеристик, ця модель характеризується організацією медичних працівників навколо ієрархічної структури професіоналів та групових інтересів, а не навколо сфери обслуговування, особливо інтересів пацієнтів. Зазвичай, крім усього іншого, це призводить до недостатньої уваги до управління та недостатньої уваги до потреб пацієнтів, що, у свою чергу, призводить до зменшення часу реагування на організаційні зміни та збільшення витрат на медичні послуги. Потік ресурсів лікарні регулюється законодавством про бюджет, яке визначається фінансовим персоналом.

Система майже не змінилася за часів СРСР, коли попередні рішення щодо розподілу лікарняних ресурсів приймалися біля ліжка. Такі рішення впливають на штатний розклад, розподіл, витрати на ліки, дослідження та стандарти лікування. Однак за нинішніх обставин, внаслідок останніх технологічних розробок у галузі медичних технологій та очікувань пацієнтів, за певних фінансових ресурсів ця система витрат із тенденцією подальшого зростання цін не буде підтримуватися в майбутньому. Отже, за певних бюджетних обмежень та під тиском посилення контролю за витратами, здатність керівників лікарень організувати надання послуг є критично

важливою для головного лікаря та всієї вертикальної структури управління. Суворі вимоги до персоналу змушують керівників мати небагато варіантів дій. Неможливо для державних установ надавати премії працівникам, яким терміново потрібні навички, але загалом їх мало хто може надати. Гранична продуктивність деяких робітників у державному секторі може бути високою, але державний сектор не може відобразити цей процес шляхом зміни заробітної плати. Як результат, державний сектор часто вдається до неформальних виплат, таких як дешеве житло, доступ до субсидованих позик, соціальних виплат, а іноді навіть доходу від неформальних виплат. Навіть якщо ці переваги залучають кваліфікованих робітників, результати все ще не мають прозорості.

Ефективність використання персоналу при плануванні людських ресурсів все ще залишається низькою, головним чином тому, що процес корегування потреб стаціонарної допомоги є необґрунтованим. Наказ № 33 Міністерства охорони здоров'я України від 23 лютого 2000 р. «Про штатні розписи та типовий персонал закладів охорони здоров'я» фактично визначає кількість лікарів та медсестер у закладах охорони здоров'я та кадрову політику, яка не допускає провести ефективні реформи до системи охорони здоров'я[11]. Відповідно до цього наказу МОЗ України, кількість медичного, фармацевтичного та педагогічного персоналу в стаціонарному відділенні залежить від кількості ліжок, а не від кількості, складності та якості медичних послуг.

Старіння медичних працівників у деяких лікарнях пов'язане з проблемами імміграції та недостатнім фінансуванням, що є пріоритетом діяльності Міністерства охорони здоров'я України. На рівні ЗОЗ низький рівень управлінської автономії не підтримує впровадження та застосування стратегій утримання персоналу для вдосконалення ситуації з підходом «знизу вгору». На інституційному чи національному рівнях функції управління персоналом повинні бути перетворені на більш стратегічний підхід. Деякі ключові представники Міністерства охорони здоров'я доручили

цю діяльність: вони спільно з представництвом ВООЗ в Україні ініціювали процес моніторингу стану персоналу та створили національний реєстр персоналу, щоб використовувати результати моніторингу для розробки майбутніх стратегічних ініціатив. На сьогоднішній день реєстр включає майже 80% спеціалістів, відповідальних за охорону здоров'я Міністерства охорони здоров'я. Також планується включити фахівців, які працюють над паралельними медичними системами.

Збільшення спроможності всієї освіти, підготовки та розвитку медичного персоналу на національному рівні керується за допомогою існуючої офіційної системи додипломної та аспірантської освіти. Головний лікар відповідає за управління послугами своєї лікарні та управління персоналом або кадрами, і ця функція не включає особистий розвиток працівників інституційного рівня чи планування кар'єри окремих працівників системи охорони здоров'я. Існуюча офіційна система є єдиним механізмом, який Міністерство охорони здоров'я може ефективно використовувати для виявлення проблем міграції та мінімізації їх впливу.

У той же час дослідники піднімали питання забезпечення якості медицини у своїх публікаціях за допомогою внутрішніх та зовнішніх систем огляду та впровадження міжнародних стандартів. На відомчому рівні сформульовано та прийнято деякі нормативно-правові акти щодо затвердження та впровадження медико-технічних документів для стандартизації медичного лікування певних захворювань та станів.

Інформаційно-комунікаційні технології для вторинної медичної допомоги, розвиток ІТ-мереж в державі привернув велику увагу. Україна з перших країн СНД сформулювала законодавчу структуру для інформаційного простору. Держава прийняла "Інформаційний закон" (від 02.10.92 № 2657-ХІІ) та "Про науково-технічну інформацію" (від 25.06.93 № 3322-ХІІ) раніше, ніж будь-яка інша країна СНД[12]. Крім того, було прийнято велику кількість інших нормативних актів для підтримки інформаційного простору. Включити вміст, пов'язаний із сектором охорони

здоров'я. Ці документи визначають єдиний інформаційний простір у медичній галузі як ключовий елемент для впровадження інформаційно-комунікативні технологій у медицину. У свою чергу, це досягається за допомогою низки розроблених заходів та подальшої інтеграції в єдину мережу. Однак ці документи мають такі недоліки: мета полягає в тому, щоб забезпечити внутрішні інтереси, а не суспільство, необхідною інформацією; Сучасна концепція охорони здоров'я інформаційно-комунікативні технологій не дозволяє всім виконавчим органам співпрацювати для виконання своїх завдань; створення інформаційного суспільства не має вичерпних теоретичних та практичних засад. Немає політичного консенсусу щодо впровадження інформаційних технологій у медицину, тому місцеві управління охорони здоров'я в кожному регіоні вирішують це питання з власної точки зору.

Найпоширенішими операційними системами для медичного програмного забезпечення є різні версії MS-Windows. Інструменти, що використовуються для розробки додатків, включають доступ до СУБД, FOX-PRO, DELPHI та ORACLE в .NET. В Україні близько 10 приватних розробників програмного забезпечення, розташованих у великих містах, таких як Київ, Дніпропетровськ, Харків, Херсон, Львів, Івано-Франківськ та Одеса. Вони займаються виробництвом медичного програмного забезпечення. Такі компанії, як правило, орієнтуються на програмне забезпечення для певної діяльності в медичних закладах.

2.2 Організація роботи хірургічного відділення.

Хірургічна служба представлена хірургічним відділенням на базі КНП «Шосткинської ЦРЛ» ШМР, в якій я працюю лікарем хірургом.

Хірургічне відділення розташовано на другому поверсі п'ятиповерхового корпусу, розраховано на 50 ліжок та займає два крила будівлі.

Відділення розраховано:

- 35-хірургічних дорослих ліжок.
- 5 ліжок дитячої хірургії
- 10 урологічних ліжок.

Відділення розділене на «чисту» та «гнійну» хірургію, має два операційні блоки з трьома операційними столами для виконання планових лапароскопічних та невідкладних відкритих оперативних втручань. Режим роботи операційних залів цілодобовий. Робота хірургічного відділення тісно пов'язана з роботою відділення анестезіології та інтенсивної терапії з ліжками для післяопераційних хворих, в якому лікуються хірургічні хворі із важкою хірургічною патологією та після об'ємних хірургічних втручань. (плановий та екстренний). Чиста половина хірургії має 11 палат, маніпуляційний, перев'язувальний кабінет, кабінет старшої медичної сестри, їдальню та роздаточну, кімната відпочинку медперсоналу, пост чергової медичної сестри.

Також відділення має кімнату для зберігання чистої білизни, кімнату тимчасового зберігання брудної білизни, підсобні приміщення для зберігання прибирального інвентарю, кімнату для зберігання та приготування дезінфікуючих розчинів.

У відділенні, гнійна половина має 8 палат, маніпуляційний, перев'язувальний кабінети, пост чергової медсестри, палати, які належать учасникам та інвалідам 2-ї світової війни та ліквідаторам ЧАЕС, ургентний операційний блок, кімнату відпочинку медперсоналу.

Хірургічний колектив відділення представлений як спеціалістами з вищою кваліфікаційною категорією, які мають багаторічний досвід роботи, так і молодими лікарями, які разом формують міцну ланку надання медичної допомоги населенню, а також середній та молодший медичний персонал.

Таблиця 2.1

Таблиця 2.1 – штатний розпис хірургічного відділення КНП «Шосткинської ЦРЛ» ШМР.

Посада	Кількість штатних одиниць	Кількість фізичних осіб
Лікарі		
Зав.відділенням	1	1
Лікар-хірург	1	2
Лікар-нейрохірург	1	1
Дитячий хірург	1	1
Уролог	1	1
Лікар-хірург для надання екстреної медичної допомоги	8,5	15
Всього	13,5	21
Старша медична сестра	1	1
Старша операційна сестра	1	1
Операційна медична сестра	2	2
Операційна медична сестра для надання екстреної медичної допомоги	4	4
Перев'язувальна медична сестра	2	2
Палатна медична сестра	13	13
Всього	23	23
Сестра-господиня	1	1
Операційна молодша медична сестра	2	1
Молодша медична медсестра для надання екстреної медичної допомоги	4	4
Молодша перев'язувальна сестра	2	2
Молодша медична сестра – буфетниця	2	2
Молодша медична сестра по догляду за хворими	9	9
Молодша медична сестра-прибиральниця	2	2
Всього	23	23

Основним напрямком хірургічного відділення є надання цілодобової екстреної медичної допомоги пацієнтам, які страждають на хірургічні

захворювання органів черевної порожнини, органів грудної клітини, гострих судинних захворювань та травм різного походження та локалізації. А також, планове оздоровлення населення жителів міста та району при жовчокам'яній хворобі, грижах різної локалізації, деформаціях передньої черевної стінки – абдомінопластика, варикозній хворобі нижніх кінцівок, доброякісних утвореннях шкіри та підшкірно-жирової клітковини – ліпомах, фібромах тощо.

Робота КНП «Шосткинська ЦРЛ» ШМР хірургічного відділення, по ліжковому фонду, за період 2017-2020 роки, представлена в таблиці А.1, при цьому динаміка перебування хворих на ліжку по ЦРЛ та хірургічному відділенню за 2017-2020 роки наглядно показана в таблиці 2.2, де відмічається зниження показників перебування хворих на ліжку.

Таблиця 2.2 – Динаміка перебування хворих на ліжку по ЦРЛ та хірургічному відділенню за 2017-2020 роки.

Показник	2017 рік	2018 рік	2019 рік	2020 рік (за 6 місяців)	Відхилення 2018-2017 роки, +/-	Відхилення 2019-2018 роки, +/-
Середня тривалість роботи ліжка, днів	314.6	310.4	304.2		-4,20	-6,20
в т. ч. по хірургічному відділенню	356.0	345.8	328.2	134.6	-10,20	-17,60
в т. ч. дорослі ліжка	340.1	339.6	319.3	136.0	-0,50	-20,30
Середній обіг ліжка, осіб/ліжка	33.9	33.4	35.0		-0,50	1,60
в т. ч. по хірургічному відділенню	40.0	39.6	38.5	16.8	-0,40	-1,10
в т. ч. дорослі ліжка	34.7	35.5	34.9	15.6	0,80	-0,60
Середня тривалість перебування хворого на ліжку, днів	9,3	9,3	8,7		0,00	-0,60
в т. ч. по хірургічному відділенню	8,9	8,7	8,5	8,0	-0,20	-0,20
в т. ч. дорослі ліжка	9,8	9,6	9,1	8,6	-0,20	-0,50
Перебування на ліжку до операції	0,73	0,72	0,72		-0,01	0,00
в т. ч. по хірургічному відділенню	0,79	0,68	0,58	0,51	-0,11	-0,10
в т. ч. дорослі ліжка	0,98	0,81	0,69	0,59	-0,17	-0,12
Перебування на ліжку після операції	7,92	8,17	7,55		0,25	-0,62
в т. ч. по	8,92	8,93	8,45	7,49	0,01	-0,48

хірургічному відділенню						
в т. ч. дорослі ліжка	9,35	9,48	8,93	7,71	0,13	-0,55

Проведенно огляд та аналіз кількості операцій та чисельності прооперованих по хірургічному відділенню КНП «Шосткинської ЦРЛ» ШМР представлено в таблиці 2.3, та розбір динаміки та структури виконаних операцій за їх видами по хірургічному відділенню.

Таблиця 2.3 – Динаміка кількості операцій та чисельності прооперованих по хірургічному відділенню КНП «Шосткинської ЦРЛ» ШМР.

Показник	2017 рік	2018 рік	2019 рік	2020 рік за 6 місяців	Відхилення, 2018-2017, +/-	Відхилення, 2019-2018, +/-
Кількість операцій, шт.	957	974	933	422	17	-41
Кількість оперованих, осіб	916	920	882	395	4	-38
Із загального числа операцій:						
Планові	334	412	377	131	78	-35
Екстрені	623	562	556	291	-61	-6

Більш наглядно це становиться зрозуміло при огляді рисунка 2.1 - динаміки операцій та прооперованих осіб по хірургічному відділенню КНП «Шосткинської ЦРЛ» ШМР за 2017-2020 роки, де відмічається поступове зниження кількості операцій та оперованих осіб в період з 2018 року по 2020 рік. На мою думку це зменшення, з 2018 року по 2019 рік включно, виникло в зв'язку з від'їздом більш працеспроможного населення за кордон. Що ж стосується зменшення кількості операцій та оперованих осіб з 2019 року по відношенню шести місяців 2020 року, то це пов'язано з пандемією на коронавірус.

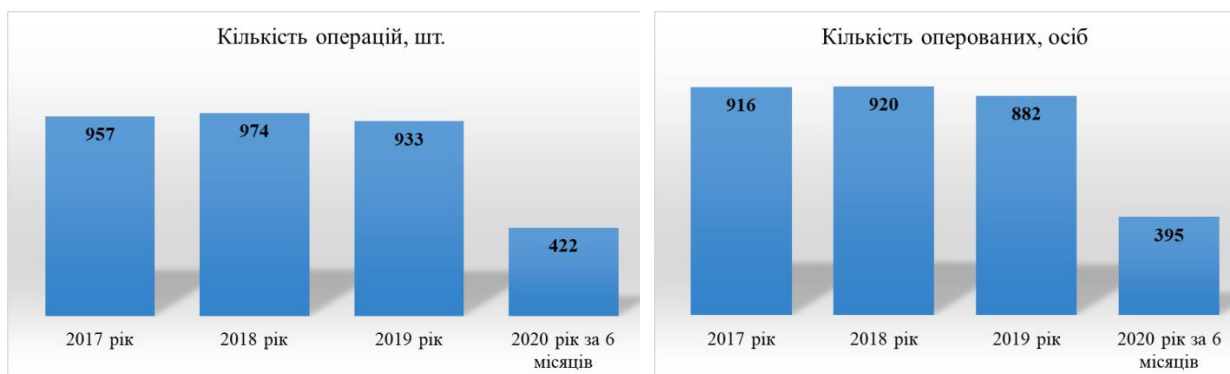


Рисунок 2.1 – Динаміка кількості операцій та прооперованих осіб по хірургічному відділенню КНП «Шосткинської ЦРЛ» ШМР за 2017-2020 роки.

По структурі видів виконаних операцій, а точніше відношенню екстрених до планових, особливої різниці по рокам не відмічається. Дивись рисунок 2.2

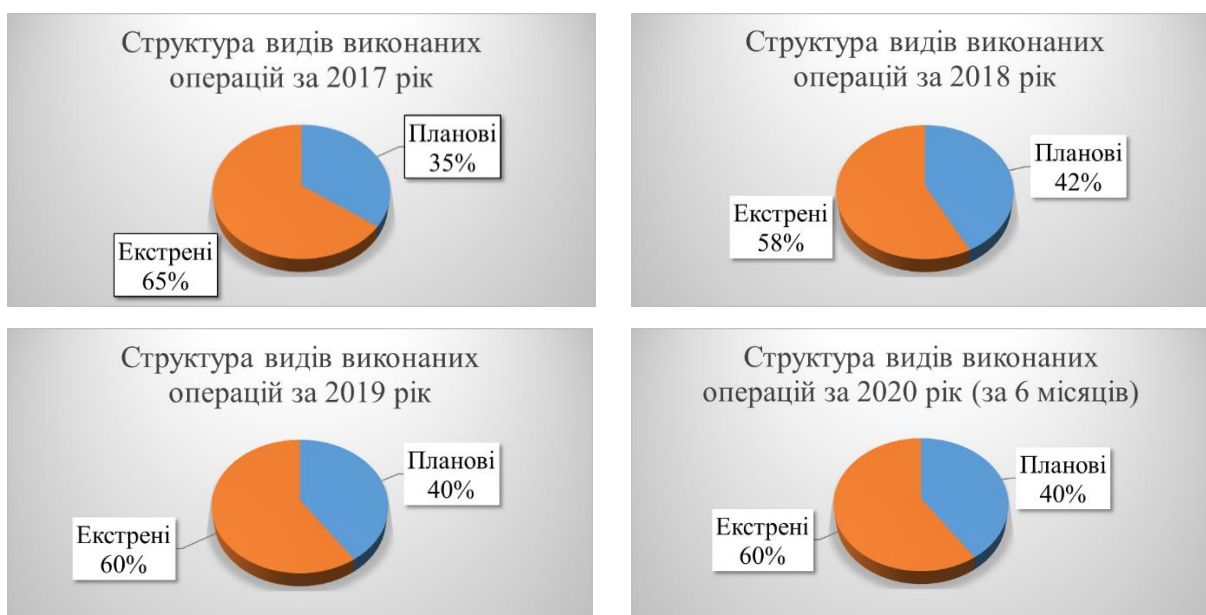


Рисунок 2.2 – Структура виконаних операцій за їх видами по хірургічному відділенню КНП «Шосткинської ЦРЛ» ШМР за 2017-2020 роки.

2.3 Робота хірургічного відділення в умовах впровадження реформи вторинної ланки.

Реформа вторинного рівня, змусила замислитись, всіх лікарів цього рівня. Адже з 1 квітня 2019 року пацієнти зможуть самостійно обирати

медичний заклад для лікування. Національна служба здоров'я України сформувала умови до лікарень, які зможуть претендувати на оплату медичних послуг. Для отримання «грошей, які ідуть за пацієнтом» лікарні повинні мати технічне оснащення та спеціалістів за певним переліком, відповідати стандартам та протоколам лікування, але лікарні працюють на апаратурі радянських часів, яка застаріла й непридатна. Технічне забезпечення, яке прийшло в користування 7-10 років тому назад, пострадянського часу, теж поступається новітністю та ефективністю, особливо по відношенню до європейських країн.

Дане відділення має новітню апаратуру, а саме лапароскопічну техніку, яку було закуплено в кінці 2017 року, а перші операції почали виконуватися з 2018 року, вона створила переворот в абдомінальній хірургії, відсутність великого хірургічного розрізу означає і відсутність пов'язаних з ним можливих післяопераційних гнійно-запальних ускладнень і злук. Під час операції хірургічне поле візуалізовано для хірурга набагато чіткіше - багаторазове оптичне збільшення на моніторі дозволяє візуалізувати найдрібніші судини і оперувати з незначною крововтратою. Маніпуляції в черевній порожнині, через проколи не дає «сушитися» кишечнику, що попереджує порушення його функції в ранньому післяопераційному періоді. Малоінвазивні операції знижують медикаментозне навантаження на організм - пацієнт позбавлений від вираженого післяопераційного болю, необхідності довготривало приймати анальгетики і антибіотики та міняти пов'язки. Тривалість малоінвазивних операцій в рази менше, ніж класичних, а відповідно, зменшено до мінімуму і вплив загального наркозу, й наприкінці, цей вид хірургії гарантує мінімальні косметичні наслідки перенесеної операції.

Порівняно з традиційними хірургічними методами, поєднання цих переваг забезпечує швидке відновлення фізичного стану пацієнта після операції з найменшим часом перебування в лікарні, значно скорочуючи та спрощуючи період відновлення.

Для лікарні це призводить до зменшення займання ліжка пацієнтом, а відповідно збільшення обігу ліжка, збільшення хірургічної діяльності та збільшення кількості випадків лікування, що неодноразово наголошувалось у планах Національної служби здоров'я України.

Проаналізувавши талицю 2.4 та таблицю 2.5 можна відмітити меншу середню тривалість знаходження хворих на лікуванні після операції лапароскопічним методом, а ніж лапаротомним з приводу захворювання жовчного міхура, а саме жовчокам'яної хвороби (ЖКХ) хронічного холециститу.

Таблиця 2.4 – Динаміка кількості хворих прооперованих методом лапаротомної холецистектомії та тривалості лікарняного в після операційний період по хірургічному відділенню КНП «Шосткинської ЦРЛ» ШМР за 2018-2020 роки.

Показник	2018 рік				2019 рік				2020 рік			
	I кв	II кв	III кв	IV кв	I кв	II кв	III кв	IV кв	I кв	II кв	III кв	IV кв
Кількість хворих, осіб	3	7	3	9	5	6	8	6	5	2	8	1
Середня тривалість знаходження хворих на лікарняному після операції, ліжко-днів	14	6,3	12,7	10,5	9,8	11	10,3	12,3	10,2	11	10,4	23

Таблиця 2.5 – Динаміка кількості хворих прооперованих методом лапароскопічної холецистектомії та тривалості лікарняного в після операційний період по хірургічному відділенню КНП «Шосткинської ЦРЛ» ШМР за 2018-2020 роки.

Показник	2018 рік				2019 рік				2020 рік			
	I кв	II кв	III кв	IV кв	I кв	II кв	III кв	IV кв	I кв	II кв	III кв	IV кв
Кількість хворих, осіб	13	8	10	7	18	15	9	13	26	4	8	2
Середня тривалість знаходження	5,2	6,1	4,8	4,6	4,4	5,5	5	3,9	4,9	3,3	7,8	4,5

хворих на лікарняному після операції, ліжко-днів													
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Це ілюстративно відображено на рисунку 2.3, де відмічено відношення середньої тривалості лікарняного, хворих в після операційний період, що пройшли операцію методом лапаратомної та лапароскопічної холецистектомії по хірургічному відділенню.



Рисунок 2.3 – Динаміка середньої тривалості лікарняного, хворих в після операційний період, що пройшли операцію методом лапаратомної та лапароскопічної холецистектомії по хірургічному відділенню КНП «Шосткинської ЦРЛ» ШМР за 2018-2020 роки.

Практичний приклад з лікування ЖКХ хронічного холециститу:

- Перша лікарня зробила лапароскопічну холецистектомію. Пацієнт лежав у ліжку після операції 1-2 дні і лікувався антибіотиками та анальгетиками.

- Друга лікарня не має такого обладнання і провела лапаротомну холецистектомію, пацієнт пробув 5 днів, лікування антибіотиками, знеболюючими, вітамінотерапія, інфузійна терапія.
- Третя не має ані обладнання, ані хорошого протиепідемічного режиму і у пацієнта виникло гнійно-запальне ускладнення, пацієнт пролікувався 15 днів, при цьому отримав лікування кількома антибіотиками у дві схеми, вітамінотерапію, знеболюючу, інфузійну, метаболічну терапії, ноотропи.

На прикладі можна зрозуміти теж що, чим сучасніша апаратура та більш підготовлені лікарі, створені більш сприятливі умови для лікування хворих, тим ефективніше лікування, коротший час перебування в лікарні, менш затратливі витрати на медикаменти, а от же більш економічне заощадження бюджету який надходить із НСЗУ. Також це призведе до конкурентоспроможності лікарні по відношенню до оточуючих міст та притоку пацієнтів. В лікарні потрібно вводити новітні технології для утримання пацієнтів та розвитку лікарні та лікарів.

Також самі пацієнти усвідомивши позитивні моменти та фактори малоінвазивної технології, почали більш звертатись за лікуванням данною методикою, це видно з рисунка 2.4, але за останні 6 місяців 2020 року відношення лапароскопічних операцій до лапаротомних з приводу ЖКХ хронічного холециституту зрівнялось. Ці зміни виникла на фоні пандемії коронавірусу, так як люди побоюються звертатися із-за можливого зараження вірусом і при цьому люди звертаються на запущеній стадії, при якій лапароскопічні операції не можливо виконувати, із-за технічних труднощів, а саме злук, перітоніту, запалення та ущільнення стінки жовчного міхура тощо.



Рисунок 2.4 – Динаміка чисельності хворих, що було прооперовано методом лапаротомної та лапароскопічної холецистектомії по хірургічному відділенню КНП «Шосткинської ЦРЛ» ШМР за 2018-2020 роки.

РОЗДІЛ 3 РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ВПРАВАДЖЕННЯ РЕФОРМИ ВТОРИННОЇ ЛАНКИ У ДІЯЛЬНІСТЬ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОГО ЗАКЛАДУ

3.1 Основні проблеми у діяльності хірургічного відділення лікувального закладу .

Як свідчать дані національних рахунків в охороні здоров'я, загальні витрати на охорону здоров'я в Україні коливаються в межах 5,5–6,5% ВВП. Такі показники характерні для ряду країн Східної та Центральної Європи. Проте співвідношення надходжень з державних та недержавних джерел фінансування в Україні є одним з найгірших в Європі. Надмірні витрати населення на потреби охорони здоров'я. За найбільш скромними оцінками, питома вага особистих витрат населення на охорону здоров'я становило понад 40% від загального обсягу фінансування галузі (за даними Світового банку – 2,3–3% ВВП) [26]. Такі фінансові надходження, які були раніш, -добровільне

медичне страхування та лікарняні каси, істотного впливу на об'єм фінансування не давали. З часу прийняття реформи вторинного рівня, поки що переважає пряма оплата послуг населенням, а не оплата за рахунок держбюджету яка була указана в законах о прийнятті реформи вторинної ланки. Населення власним коштом оплачує значну частину медичних послуг. Частина пацієнтів самостійно забезпечує себе ліками при лікуванні не тільки в амбулаторних, але і в стаціонарних умовах. Неформальні / тіньові платежі становлять значну частину (10% загальних витрат). Зростання оплатності відбувається в неконтрольованій і хаотичній формі, без яких небудь значних спроб державою зм'якшити негативні результати цього процесу для громадян країни. Все це призвело до серйозної нерівності у доступі до медичної допомоги: майже 18,5% домогосподарств не мають доступу до необхідної медичної допомоги. Факти показали, що розповсюдження неофіційних та неформальних платежів "залякує" використання медичних послуг малозабезпеченими групами населення та сільськими жителями. Також захворюваність та розповсюдження коронавірусної інфекції вносить свої значні критичні кориктиви в наданні медичної допомоги. Загалом, за оцінками Світового банку, порівняно з іншими країнами європейського регіону державні платежі в Україні за медичні послуги є більш регресивними та можуть вивести велику частину громадян за рівень бідності.

Збільшує розділення фінансових ресурсів буття відомчих систем охорони здоров'я. Медичні служби різних міністерств та відомств, якими керує МОЗ, отримують чималу частку фінансування (42,3%) з державного бюджету. Відомчі системи дублюють медичні заклади охорони здоров'я, що призводить до неефективного використання державних ресурсів. Все це є перешкодою для раціонального оптимізування, надання медичної допомоги та фінансування. Оцінки кількості ліжок та кількості персоналу не спонукали людей покращувати якість медичних послуг, але призвели до збереження занадто великої кількості та неефективної інфраструктури, тобто збільшення

амбулаторних хворих, необгрунтованої госпіталізації та затримки госпіталізації. Обсяг та якість проделаної праці при цьому не зараховувався.

Відсутність обладнання з використанням новітніх технологій, будь то для лікування чи діагностики, також відображається на якості роботи. Значна частина обладнання експлуатується вже 20-25 років, що в 2-3 рази перевищує її технічні ресурси. Майже в половина лікарень середнього рівня не має умов для надання невідкладної медичної допомоги хворим. Ці дані показують, що наявні медичні ресурси в Україні розкидані, а структура медичних служб серйозно деформована. А це може призвести до посилення проблеми медичного обслуговування населення, особливо під час фінансово-економічної кризи. Питання забезпечення та оцінки якості медицини є одним з найважливіших питань будь-якої медичної системи. Застаріла техніка радянських часів неспроможна виконувати поставлені цілі та й значно знижує результативність виконуваних маніпуляцій. В деяких районах вона вийшла вже з експлуатації, а нової ще не закуплено, із-за цього приходиться хворих відправляти до ближніх міст з наявністю працюючої апаратури, для отримання медичної допомоги.

Малоінвазивна техніка є передовою технікою на даний час, але вона є не у всіх лікувальних закладах, а за нею стоїть подальший розвиток мало - травматичного лікування. Також комплектація до неї та расходні матеріали не завжди є в прямому доступі із-за бюрократичної складової, яка ставить свої перепони та відкидає можливість надання медичної допомоги. Та й забезпечення під час реформи розтягнуте в часі із-за виникнення пандемії на коронавірусну інфекцію, та подання її наслідків, що забрало велику частку фінансів на створення ковідного фонду 2020 року.

Неадекватна система заробітної плати медичного персоналу в Україні зостається бути низькою. Середня заробітна плата в цій галузі значно нижча, ніж в інших галузях економіки (у 1,6 рази порівняно з усіма галузями; у 1,8

рази із зарплатою в промисловості). Порівняно з сусідніми країнами Центральної Європи, Східної Європи і навіть Співдружності Незалежних Держав рівень заробітної плати в 5-10 разів вищий. Оплата праці медичного персоналу поки що визначається на основі ставок, які не диференціюються в залежності від спеціальності і характеру виконуваної роботи. У більшості випадків працівникам медичних установ оплачується лише робочий час, без реального врахування кількості, якості та ефективності роботи конкретних працівників. Преміювання і встановлення будь-яких добавок до заробітної плати (окрім виплати за тимчасове заміщення вакантних штатних посад, надбавок за довготривалість роботи і кваліфікаційну категорію, що є гарантованим) трапляється дуже рідко передусім це полягає головним чином через дефіцит фінансування і проводяться за відсутності чітких стандартів, що позбавляє більшість працівників мотивації до підвищення ефективності праці та до якості. Такий низький рівень зарплати не може залучити людей, особливо молодого покоління, залишитися в системі охорони здоров'я. Як результат, в останні роки склалася ситуація, що характеризується масштабним переходом медичних працівників до інших галузей економіки або міграції, частіше до сусідніх європейських країн.

Ще одне питання, яке постійно наголошується, - це комп'ютеризація медичних закладів та підготовка до повноцінної роботи інформаційних та медичних систем, що дозволить медичним установам нормально працювати. Багато закладів мають безкоштовні медичні інформаційні системи з невеликими функціями та слабкими Інтернет-мережами. Це не дозволяє установам нормально працювати, правильно розраховувати витрати, контролювати якість медичного обслуговування тощо.

3.2 Рекомендації під час впровадження реформи вторинної ланки у діяльності хірургічного відділення лікувального закладу.

Першим що потрібно вирішити на даний час це достатнє фінансування, яке на рівні держави та під час коронавірусної інфекції не є достатньо належним. При вирішенні цього питання лікарня зможе до кінця переформуватися, а саме придбати всю необхідну техніку як лікувального так і діагностичного характеру, після чого надавати повноціну невідкладну та планову медичну допомогу в повному обсязі та без коштовно, як було вказано в програмі Національної служби здоров'я України.

Проведення кадрової політики відіграє ключову роль у успішному впровадженні медичної реформи та її подальшому сталому розвитку. Досвід країн ЄС показує, що прогресивний підхід полягає у розширенні автономії постачальників медичних послуг, одночасно запроваджуючи новий механізм звітування, зосереджуючи увагу на нових механізмах звітування, які, як очікується, найближчим часом назначать на управлінські місця не лікарів, а менеджерів, економістів, юристів тощо. Навчання з управління системою охорони здоров'я все більш вказують: на сучасні виклики в галузі охорони здоров'я України, на необхідність розробки стратегій найму та утримання на роботу, а також розвитку більш всебічних навичок управління в системі управління охороною здоров'я. Якщо до цього було достатньо хороших клінічних навичок у минулому і ви мали певний рівень знань зі спеціальності "Організації та управління охороною здоров'я" для начальників медичних закладів, то сьогодні це повинно бути відображено у стратегічному та оперативному плануванні, економіці та фінансах, вмінні вести переговори, та знання з питань влади, маркетингу та управління персоналом. Запропоновані методи щодо реформації та реструктуризації української системи охорони здоров'я вимагають запровадження нових кваліфікаційних вимог та посадових інструкцій для тих, хто обіймає чи претендує на керівні посади в системі охорони здоров'я. Ці кваліфікаційні вимоги базуються на нових принципах відбору, навчання, перепідготовки та постійного професійного розвитку керівників системи охорони здоров'я України. З цієї причини необхідно вдосконалити програму професійної підготовки керівників систем охорони

здоров'я за спеціальністю «Управління охороною здоров'я», в програмі післядипломної підготовки начальників медичних установ та вводити необхідні навчальні матеріали. Поліпшення вищої медичної освіти: головною метою реформ вищої медичної та фармацевтичної освіти є підготовка креативних та конкурентоспроможних фахівців для системи охорони здоров'я. Реформа вищої медичної освіти має бути спрямована на підготовку фахівців, професійні якості яких повинні відповідати вимогам ринку праці, процесу глобалізації та європейської інтеграції. У медичній освіті основним напрямком системних змін як і раніше є: оволодіння методами малоінвазивної хірургії та підвищення якості підготовки лікарів; реорганізація системи та суттєве підвищення якості підготовки медсестер для поступового збільшення їх частки в структурі медичного персоналу; Для сприяння впровадженню європейських та міжнародних тенденцій та стандартів післядипломної підготовки лікарів (наприклад, резидентів), система передбачає спеціалізацію лікарів базової спеціальності. У клінічній ординатурі спеціалізуватимуться лікарі за субспеціальностями. Це допоможе визначити пріоритет розвитку первинної медичної допомоги та забезпечить баланс між наданням вторинної та третинної медичної допомоги; впроваджувати постійну професійну освіту для підтримання та підвищення рівня професійної компетентності лікарів, забезпечуючи тим самим, надання послуг що базується на розвитку науки та нових медичних технологій; за допомогою стандартизованих методів визначити, чи відповідає рівень знань та навичок вимогам освіти та кваліфікації, щоб забезпечити об'єктивний контроль якості навчання. Навчання персоналу в системі охорони здоров'я: потрібно визначити потреби у підготовці кадрів на основі змін у стратегії розвитку системи охорони здоров'я України та забезпечити розробку відповідних освітніх програм для: керівних фахівців (головний лікар і його заступники), медичних фахівців (лікарів та середніх медичних спеціалістів), немедичних фахівців (юристів, фінансистів, бухгалтерів, економістів, кадрів з інформаційних технологій), технічного персоналу. Ці навчальні програми повинні забезпечуватися як в

рамках післядипломної освіти, так і короткострокового постійного професійного розвитку. Потрібно встановити навчання на рівні кожного медичного закладу, включаючи орієнтацію та керівництво новими працівниками на робочому місці, навчання використання інформаційних та медичних технологій у медичних закладах та початкове навчання керівництва з формування резервів. Провести планування людських ресурсів, яке залежить від демографічних показників та стану здоров'я. Отже, відповідальність за виконання цієї функції повинна бути покладена на медичні установи в рамках підвищення рівня автономії управління та зміни статусу медичних установ. На центральному рівні слід постійно оновлювати цифровий реєстр медичного персоналу, який включає: загальну інформацію про працівників (прізвище, ім'я, батько, дата народження); інформацію про освіту, що підтверджує, що працівники мають право займатися медициною або фармацевтикою (який навчальний заклад він закінчив, в якому році, дата видачі диплома спеціаліста, номер та серія диплома); місце роботи (регіон, назва, тип закладу), посада та професія; професійний рівень (тип сертифікації - професійне звання, професійна категорія, дата сертифікації, назва організації (установи), що здійснює сертифікацію); підвищення кваліфікації (стажування за типом навчання, спеціальність, передкваліфікаційний цикл, вдосконалення тематичне, інформаційні курси та стажування; дата останнього підвищення кваліфікації, на якій базі навчального закладу, за якою спеціальністю); ступінь кандидата, ступінь та номер диплома (доктор наук), дата диплому, предмет дипломної роботи; сертифікація закладу (дата, категорія, термін атестації, дата та номер наказу МОЗ України про затвердження рішення акредитаційної комісії). Такий реєстр дозволить оцінити кількість та спеціалізацію практикуючих лікарів та медсестер, планувати відтік за віком та підтримувати систему державних замовлень для підготовки медичного та немедичного персоналу, необхідного системі охорони здоров'я. Випробування реєстру також допоможе розглянути можливості покращення процедури ліцензування медичних працівників та втрати дозволу на медичну практику.

Зміни в механізмі оплати праці: в рамках системи управління України передбачається, що вона базується на заробітній платі, затвердженій урядом України, і враховує лише робочий час. Безперечно, це базується на відсутності мотивації медичного персоналу підвищувати рівень якості та відповідальності в медичних закладах, а це передумови ефективного та розумного використання ресурсів для задоволення потреб людей у медичній допомозі. Зрештою, ні метод заробітної плати, ні можливість отримати керівну посаду не залежать від об'єктивної оцінки результатів діяльності та потреби її вдосконалення. Ось чому необхідно запровадити розподіл виплат працівникам: базової заробітної плати, основних коефіцієнтів коригування заробітної плати, надбавок на основі оцінки результатів роботи (і цей результат не можна розглядати як кількість відвідуваних або пролікованих пацієнтів, а лише як результат лікування). Для запровадження диференційованої заробітної плати медичного персоналу планується запровадити стандарти заробітної плати та показники якості відповідно до вимог та рівня надання медичної допомоги населенню.

Розвиток інформаційних технологій. Основним завданням інформаційних технологій у системі охорони здоров'я є координація та надання підтримки у плануванні та управлінні рівнем надання медичної допомоги, а також використання інформації та збору даних як інструменту для вирішення різних проблем на всіх рівнях системи охорони здоров'я. Для того, щоб інформація як найкраще впливала на управління в системі охорони здоров'я, вона повинна використовуватися на всіх рівнях ієрархії управліннь. Метою інформатизації є: підвищення ефективності роботи медичних установ та контролюючих органів шляхом кращого отримання надійної та повної інформації про пацієнтів у медичних закладах; надання загальної інформації для ефективного моніторингу та підтримки управлінських рішень та планів; створення інформації про пацієнтів, детальна інформаційна база даних, до якої можна отримати доступ з усіх точок доступу в державній медичній інформаційній мережі, дотримуючись при цьому захисту особистої інформації. На

національному рівні інформатизацію охорони здоров'я слід розпочати з розробки єдиної медичної інформаційної системи, яка дозволить інтегрувати різні програмні та технічні рішення в єдиний концептуальний простір. В рамках єдиної інформаційної системи охорони здоров'я необхідно розуміти метод побудови галузевої інформаційної інфраструктури відповідно до єдиної концепції та плану, що реалізується поетапно. Вона повинна охоплювати всі сфери охорони здоров'я та поєднуватися на основі загальних правил. Створення регіональних центрів телемедицини та телемедичних мереж прискорить процес впровадження єдиної інформаційної системи охорони здоров'я. Впровадження єдиної інформаційної системи охорони здоров'я повинно здійснюватися в кілька етапів: короткотермінові завдання, реалізація яких створить міцну нормативну базу для інформатизації, яка регулює основні технічні та організаційні вимоги щодо створення інформаційних систем медичних закладів. Розробка стандартів електронних форм медичних документів дозволить різним виконавцям одночасно створювати інформаційні системи. Сюди також входить: вирішення проблеми персонального ідентифікаційного коду кожного пацієнта, який присвоюється новонародженому за місцем реєстрації первинного медичного закладу пологового будинку. Це надалі буде відстежувати шлях пацієнта в медичній системі та допоможе створити електронні медичні записи. Розробити стандарти обміну даними між різними медичними закладами та на сьогодні створеними інформаційними системами. Розробити системи передачі та обробки даних для отримання інформації належної якості для функцій управління на всіх рівнях. Середньострокове завдання дозволить розробити загальну архітектуру єдиної інформаційної системи охорони здоров'я, створивши технічну та інформаційну базу закладів охорони здоров'я та установ. Довгострокове завдання дозволить запровадити електронний документообіг у медичних закладах та створити єдиний інформаційний простір для галузі, а також можливо подальше впровадження інтелектуальних інформаційних систем у практику медичної допомоги.

Висновок.

Результат наукових та літературних джерел у цій сфері вказує на те, що управління хірургічною службою в умовах впровадження реформи вторинної ланки, надання медичної допомоги зміниться: централізований процес матеріальних та людських ресурсів на рівні потужнішої лікарні допоможе впроваджувати сучасні медичні технології, збільшувати кількість пацієнтів, які проходять лікування в зоні обслуговування, та збільшувати кількість малоінвазивних хірургічних методів, тим самим зменшуючи середній термін перебування та час лікування пацієнтів у ліжку.

Технологія лапароскопії дозволяє усунути недоліки відкритих хірургічних операцій - відсутність виражених хірургічних рубців, швидке відновлення, скоротити час госпіталізації, зменшити біль, крововтрату, відсутність тривалої інвалідності та швидку соціальну реабілітацію пацієнтів. Після цього населення буде переорієнтовано на кращі сподівання від лікування та частіші звернення.

Зі стратегічної точки зору, впровадження механізму фінансування сучасної медичної системи орієнтується на найкращі світові практики. З урахуванням проекту як цільового методу фінансування, зміни в системі заробітної плати медичного персоналу включають його економічну мотивацію, якісну та ефективну медичну допомогу та механізми раціонального використання ресурсів, але забезпечення під час реформи розтягнуте в часі та й неоднозначне в зв'язку з виникненням пандемії на коронавірусну інфекцію, та подання її наслідків.

З боку лікарів необхідне навчання за спеціальностям для вдосконалення та перейняття навичок працювати по новітнім технологіям на новітній апаратурі, яку в короткий час повинна закупити лікарня, а це можливо від адекватної співпраці адміністрації лікарні з її підлеглими. Та й адекватна зарплата, яку повинні отримувати лікарі повинна бути достатньою для

життєдіяльності в час нестабільної економіки. Це в свою чергу створить умови для збереження кадрів на місцях.

Розвиток інформаційних технологій в медичній системі буде координувати та підтримувати реформування вторинного рівня охорони здоров'я, а також підтримуватиме використання інформації та збору даних як інструмент вирішення проблем у системі охорони здоров'я на всіх рівнях. В першу чергу будуть уходити письмові записи змінившись на електроні, це в свою чергу потягне в виборі працівників які вміють працювати з електронними системами.

Загальний висновок, зроблений зі спостережень та результатів опросу у цій галузі, полягає в тому, що якісне та ефективне надання медичної допомоги в умовах реформи вторинної ланки на рівні хірургічного відділення в основному залежить від ресурсів та кваліфікації медичного персоналу.

Список використаних джерел.

1.Офіційний портал Верховної ради України. Законопроект № 6327 «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів», http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=61566

2.Медреформа МОЗ. 2 квітня 2018 р. стартував перший етап медичної реформи. <https://moz.gov.ua/plan-reform>

3. ЗАКОН УКРАЇНИ Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення 27 листопада 2019 р. Програма медичних гарантій (перелік та обсяг медичних послуг і лікарських засобів, які пацієнтам буде оплачувати держава за гроші держбюджету) <https://ips.ligazakon.net/document/view/t172168>

4.Медична реформа/Кабінет міністрів України. 1квітня 2020 р. другий етап медичної реформи <https://www.kmu.gov.ua/diyalnist/reformi/rozvitok-lyudskogo-kapitalu/reforma-sistemi-ohoroni-zdorovya>

5.<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2002-19#Text>

6.https://pidru4niki.com/12281128/pravo/zakonodavstvo_ukrayini_pro_ohoronu_zdorovya_suchasniy_stan_perspektivi_rozvitku

7. Посібник з управління лікарнею для керівників лікарень «Сприяння реформі вторинної медичної допомоги в Україні» Київ 2009. Представництво Європейської Комісії в Україні.

8. Наказ МОЗ України від 31.10.2018 р. № 1977 «Про внесення змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я». <http://www.moz.gov.ua>

9.Сучасна система підготовки керівників в сфері охорони здоров'я України. Методичні рекомендації. Київ, 2019 – 46 с Укладачі: Слабкий Г.О. – доктор медичних наук, професор Погоріляк Р.Ю. - кандидат медичних наук, доцент.

10.КАБІНЕТ МІНІСТРІВ УКРАЇНИ ПОСТАНОВА від 30 листопада 2016 р. №932 Київ Про затвердження Порядку створення госпітальних округів.

11. ЗАКОН УКРАЇНИ «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві». (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2012, N 12-13, ст.81)<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3612-17#Text>

12. НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК УПРАВЛІННЯ ЗМІНАМИ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ: ІСТОРІЯ ТА УРОКИ ПЛОТНИХ РЕГІОНІВ Дніпропетровськ - 2016 Підготували: д. мед. н., професор, Заслужений діяч науки і техніки України В. М. Лехан, д. мед. н., професор Л. В. Крячкова, к. мед. н., доцент В. В. Волчек

13. Наказ № 33 Міністерства охорони здоров'я України від 23 лютого 2000 р. «Про штатні розписи та типовий персонал закладів охорони здоров'я»
<https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0033282-00#Text>

14. Доступ громадськості до генеральних планів міських населених пунктів України: збірник матеріалів за результатами проекту «Через доступ до генеральних планів – до містобудування без корупції» / Східноукраїнський центр громадських ініціатив. За заг. ред. В. В. Щербаченка. – Луганськ: СПД Рєзнік, 2011. – 264 с.

15. Сучасна система підготовки керівників в сфері охорони здоров'я України. Методичні рекомендації. Київ, 2019 – 46 с Укладачі: Слабкий Г.О. Погоріляк Р.Ю.

16. КАБІНЕТ МІНІСТРІВ УКРАЇНИ ПОСТАНОВА від 27 листопада 2019р. № 1074 Київ Деякі питання створення госпітальних округів {Із змінами, внесеними згідно з Постановою КМ [№ 589 від 19.06.2020](#)}

17. Толстанов О. К. Медико-соціальне обґрунтування якісно нової системи лабораторної служби на регіональному рівні : автореф. дис. ... д.мед.н. : спец. 14.02.03 «Соціальна медицина» / О. К. Толстанов. — Київ, 2012. — 36 с.

18. Лисак В. П. Медико-соціальне обґрунтування стратегії розвитку вторинної стаціонарної медичної допомоги : автореф. дис. ... к.мед.н. : 14.02.03 «Соціальна медицина» / В. П. Лисак. — Київ, 2011. — 24 с.

19. Федосюк Р. М. Обґрунтування оптимізації служби анестезіології лікувально-профілактичних закладів України : автореф. дис. ... к.мед.н. : 14.02.03 «Соціальна медицина» / Р. М. Федосюк. — Київ, 2013. — 24 с.

20. Подоляка В. Л. Наукове обґрунтування моделі оптимізації стаціонарної допомоги у великому промисловому місті : автореф. дис. ... д.мед.н. : 14.02.03 «Соціальна медицина» / В. Л. Подоляка. — Київ, 2008. — 36 с.

21. Зозуля А. І. Медико-соціальне обґрунтування нової системи спеціалізованої допомоги хворим з судинною патологією головного мозку.

22. Автореф. дис. ... д.мед.н. : спец. 14.02.03 «Соціальна медицина» / А. І. Зозуля. — Київ, 2014. — 40 с. 160. Шкробанець І. Д. Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої системи медичної допомоги дітям із захворюваннями нервової системи на регіональному рівні : автореф. дис. ... д.мед.н. : спец. 14.02.03 «Соціальна медицина» / І. Д. Шкробанець. — Київ, 2012. — 35 с.

23. Охромій Г. В. Багатофакторна система реабілітації, прогнозування, інвалідності і комплексної профілактики інфаркту міокарда : автореф. дис. ... д.мед.н. : 14.02.03 «Соціальна медицина» / Г. В. Охромій. — Київ, 2008. — 38 с.

24. Жилка Н. Я. Медико-соціальне обґрунтування системи профілактики передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини : автореф. дис. ... д.мед.н. : 14.02.03 «Соціальна медицина» / Н. Я. Жилка. — Київ, 2011. — 39 с.

25. Коляденко Н. В. Обґрунтування та розробка системи медико-соціальної реабілітації дітей із порушеннями психічного здоров'я : автореф. дис. ... д.мед.н. : 14.02.03 «Соціальна медицина» / Н. В. Коляденко. — Київ, 2009. — 40 с.

26. Donabedian A. Criteria, norms and standards of quality: what do they mean? / A. Donabedian // Am. J. Public Health. — 1981. — Vol. 71, № 4. — P. 409 — 412.

27. Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring / A. Donabedian. – Ann Arbor, MI : Health Administration Press, 1980. — Vol. 1 : The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. — 143 p.

28. Improving Intergovernmental Fiscal Relations in Ukraine, 2008. – Access mode: <http://go.worldbank.org/6C56QH4A70>. – Title from screen.

Додаток А.

Таблиця А.1 – Показники використання ліжкового фонду КНП «Шосткинської ЦРЛ» ШМР хірургічного відділення за 2018-2020 роки.

Показник	2017 рік	2018 рік	2019 рік	2020 рік (за 6 місяців)	Відхилення 2018-2017 роки, +/-	Відхилення 2019-2018 роки, +/-
Фактично розгорнутих ліжок, шт	350	340	336		-10,00	-4,00
в т. ч. по хірургічному відділенню	50	50	50	50	0,00	0,00
в т. ч. дорослі ліжка	35	35	35	35	0,00	0,00
Середньорічна кількість ліжок, шт	352	348	337		-4,00	-11,00
в т. ч. по хірургічному відділенню	50	50	50		0,00	0,00
в т. ч. дорослі ліжка	35	35	35		0,00	0,00
План пропускної працездатності, днів	117400	114788	109980		-2612,00	-4808,00
в т. ч. по хірургічному відділенню	17000	17000	17000	8500	0,00	0,00
в т. ч. дорослі ліжка	11900	11900	11900	5950	0,00	0,00
Фактично проведено ліжко-днів	110733	108020	102513		-2713,00	-5507,00
в т. ч. по хірургічному відділенню	17800	17290	16412	6730	-510,00	-878,00
в т. ч. дорослі ліжка	11903	11885	11176	4725	-18,00	-709,00
Використання пропускної спроможності, %	94.3	94.1	93.2		-0,20	-0,90
в т. ч. по хірургічному відділенню	104.7	101.7	96.5	79.2	-3,00	-5,20
в т. ч. дорослі ліжка	100.0	99.9	93.9	79.4	-0,10	-6,00
Вибуло всього, осіб	11743	11418	11572		-325,00	154,00
в т. ч. по хірургічному відділенню	1957	1938	1892	823	-19,00	-46,00
в т. ч. дорослі ліжка	1174	1200	1188	531	26,00	-12,00
Середня тривалість роботи ліжка, днів	314.6	310.4	304.2		-4,20	-6,20
в т. ч. по хірургічному відділенню	356.0	345.8	328.2	134.6	-10,20	-17,60
в т. ч. дорослі ліжка	340.1	339.6	319.3	136.0	-0,50	-20,30
Середній обіг ліжка, осіб/ліжко	33.9	33.4	35.0		-0,50	1,60
в т. ч. по хірургічному відділенню	40.0	39.6	38.5	16.8	-0,40	-1,10
в т. ч. дорослі ліжка	34.7	35.5	34.9	15.6	0,80	-0,60

Середня тривалість перебування хворого на ліжку, днів	9,3	9,3	8,7		0,00	-0,60
в т. ч. по хірургічному відділенню	8,9	8,7	8,5	8,0	-0,20	-0,20
в т. ч. дорослі ліжка	9,8	9,6	9,1	8,6	-0,20	-0,50
Летальність загальна, %	1,53	1,87	1,81		0,34	-0,06
в т. ч. по хірургічному відділенню	2,10	2,22	1,71	1,91	0,12	-0,51
в т. ч. дорослі ліжка	3,29	3,46	2,70	2,75	0,17	-0,76
Летальність після операції, %		0,44	0,38		0,44	-0,06
в т. ч. по хірургічному відділенню	1,91	1,52	1,36	1,01	-0,39	-0,16
в т. ч. дорослі ліжка	2,75	2,03	1,84	0,99	-0,72	-0,19
Хірургічна активність, %	56,0	56,3	54,8		0,30	-1,50
в т. ч. по хірургічному відділенню	48,9	50,3	48,5	50,3	1,40	-1,80
в т. ч. дорослі ліжка	59,3	61,2	56,4	60,1	1,90	-4,80
Перебування на ліжку до операції	0,73	0,72	0,72		-0,01	0,00
в т. ч. по хірургічному відділенню	0,79	0,68	0,58	0,51	-0,11	-0,10
в т. ч. дорослі ліжка	0,98	0,81	0,69	0,59	-0,17	-0,12
Перебування на ліжку після операції	7,92	8,17	7,55		0,25	-0,62
в т. ч. по хірургічному відділенню	8,92	8,93	8,45	7,49	0,01	-0,48
в т. ч. дорослі ліжка	9,35	9,48	8,93	7,71	0,13	-0,55
Число померлих	183	217	213		34,00	-4,00
в т. ч. по хірургічному відділенню	42	44	33	16	2,00	-11,00
в т. ч. дорослі ліжка	40	43	33	15	3,00	-10,00