

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**  
**Сумський державний університет**  
Навчально-науковий інститут фінансів, економіки і менеджменту  
імені Олега Балацького  
Кафедра управління  
Медичний інститут  
Кафедра сімейної медицини

Шифр \_\_\_\_\_

Наказ ректора про  
затвердження теми

„До захисту допускається”  
завідувачка кафедри  
\_\_\_\_\_ Г.О.Швіндіна

## **КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА**

**на тему**

**«Адаптація європейського досвіду адміністрування закладів охорони  
здоров'я на вторинному рівні в сфері травматології»**

---

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

**Студента гр. УЗ-мз92-ш Реуцького М. М. \_\_\_\_\_**

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 Реуцький М. М. ПІБ студента

**Наукові керівники:**

\_\_\_\_\_ **Сміянов В.А.**

*д.м.н., проф., завідувач кафедри громадського здоров'я*

\_\_\_\_\_ *д.е.н., доцент Галинська Ю.В.*

**Суми 2020 р.**

## Зміст

Вступ.....	3
РОЗДІЛ 1 АСПЕКТИ АДМІНІСТРУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	5
1.1 Європейська концепція адміністрування у сфері охорони здоров'я .....	5
1.2 Комплексний підхід у європейському соціально-психологічному менеджменті професійного адміністрування.....	8
РОЗДІЛ 2 АНАЛІЗ АДМІНІСТРУВАННЯ МЕДЗАКЛАДУ ВТОРИННОГО РІВНЯ .....	14
2.1 Загальна структура адміністрування КНП «ШОСТКИНСЬКІЙ ЦРЛ».....	14
2.2 Основні показники діяльності травматологічного відділення КНП «Шосткинська ЦРЛ» .....	19
РОЗДІЛ 3 РЕКОМЕНДАЦІЇ СТОСОВНО АДАПТАЦІЇ ЄВРОПЕЙСЬКОГО ДОСВІДУ АДМІНІСТРУВАННЯ МЕДЗАКЛАДІВ ВТОРИННОГО РІВНЯ.....	24
3.1 Впровадження європейського підходу в травматологію вторинного рівня .	24
3.2 Рекомендації щодо покращення діяльності травматологічного відділення КНП "Шосткинська ЦРЛ" .....	28
Висновки .....	33
Список використаних джерел .....	35

## Вступ

Впровадження європейського досвіду є одним із ключових напрямів реформування охорони здоров'я в Україні. Європейський орієнтир України зумовлює необхідність ретельного дослідження основних принципів охорони здоров'я в зарубіжних країнах.

Система яка існувала до нині викликала нарікання як з боку медичного персоналу, так і з боку населення, яке одержує послуги з боку охорони здоров'я в Україні. Адже якість медичних послуг була низькою, в державних закладах відсутні можливості вільного вибору лікаря, витрати на медичне обслуговування неконтрольовано зростали, при чому незабезпечені верстви населення фактично позбавлені права на якісну медичну допомогу.

Охорона здоров'я — це система заходів публічної адміністрації, спрямованих на захист здоров'я, шляхом створення сприятливих умов, що спрямовується на попередження і лікування захворювань з метою забезпечення оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимально можливій індивідуальній тривалості життя.

В умовах сучасного етапу розбудови охорони здоров'я на вторинному рівні вимагає створення прозорої, ефективної і відповідальної системи управління, здатної працювати у синхронному режимі з потребами людей для забезпечення здоров'я української нації, подолання корупції, встановлення правових відносин між закладами охорони здоров'я, державою і пацієнтами.

Комплексний підхід застосування європейського досвіду адміністрування закладів охорони здоров'я на вторинному рівні передбачає незалежну експертизу ефективності застосування технологій охорони здоров'я у контексті медичних, економічних, соціальних та етичних питань.

**Прикладне значення** магістерської роботи полягає в адаптації європейського досвіду адміністрування закладів охорони здоров'я на вторинному рівні в сфері травматології, яке набуває не аби якої актуальності. Адміністрування в охороні здоров'я – це складна система, в основу якої

покладено сукупність принципів, що характеризують ефективність, економічність, адекватність, своєчасність, доцільність, достатність процесів щодо охорони здоров'я населення (пацієнтів) на рівні науково-технічних досягнень в сучасний період. Ї запозичення позитивного європейського досвіду адміністрування закладів охорони здоров'я на вторинному рівні значно прискорить інтеграцію охорони здоров'я до світового рівня.

**Актуальність дослідження** значною мірою посилюється реальними кроками України на шляху до євроінтеграції, що обумовлює необхідність використання міжнародних стандартів у всіх сферах суспільної діяльності та системи управлінських процесів на вторинному рівня як складової загальної системи управління медичним закладом і мають позитивний досвід використання в системах охорони здоров'я розвинених країн світу.

**Мета роботи** - адаптація європейського підходу адміністрування медичного закладу на вторинному рівні у сфері травматології.

**Завдання роботи** - пошук можливостей удосконалення рівня управління: форм і методів обліку, контролю і аналізу, складання звітності за умов використання європейського підходу.

**Об'єкт дослідження** - європейський досвіду адміністрування закладів охорони здоров'я.

**Предмет дослідження** – система адміністрування медичного закладу на вторинному рівні у сфері травматології.

**Наукова новизна** результатів полягає в узагальненні існуючих наукових підходів адміністрування закладів охорони здоров'я та їх адаптація до реалій українського сьогодення медичних установ на вторинному рівні.

**Відмінність одержаних результатів** від відомих раніше:

- удосконалено оцінювання досвід зарубіжних країн і використання європейського підходу адміністрування у медичному закладі;
- вперше застосовано комплексний підхід у адміністративному менеджменті;
- розроблено процедуру ефективного використання сучасного інструментарію менеджменту в адмініструванні медичного закладу.

# РОЗДІЛ 1 АСПЕКТИ АДМІНІСТРУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

## 1.1 Європейська концепція адміністрування у сфері охорони здоров'я

Рівень розвитку і досвід напрацювань в сфері охорони здоров'я країн Європи свідчить про нагальність реформування української системи охорони здоров'я і в першу чергу запозичення досвіду адміністрування охорони здоров'я. Потреба змін викликана об'єктивними обставинами: зростанням рівня захворюваності на хронічні неінфекційні захворювання, появою нових сучасних методів лікування і медичних технологій, а також зростанням очікувань населення.

Ключовим показником, що визначає тип адміністрування систем охорони здоров'я, є традиційні уявлення щодо місця здоров'я та його охорони в житті суспільства і людини. У деяких суспільствах воно розглядається як переважно соціальне або колективне благо, яким можуть користуватися всі громадяни під час отримання необхідних медичних або профілактичних послуг. В інших суспільствах медичне обслуговування все частіше розглядається як товар, який можна купити і продати на відкритому ринку. За цим підходом головний акцент робиться на технічну ефективність і динамізм ринкових стимулів, які можна ввести в механізм медичного обслуговування, і на внесок, який, за задумом, можуть внести ці стимули до справи стримування зростання майбутніх витрат. Хоча концепція медичного обслуговування як товару постійно обговорюється в політичних колах багатьох європейських країн, вона не була прийнята за основу для розробки політики в жодній з них. [2]

Важливу роль у адмініструванні сектора охорони здоров'я відіграє держава, а також добровільні, саморегульовані організації та громадськість у цілому.

У таких європейських країнах, як Велика Британія, Німеччина, Нідерланди держава традиційно відігравала головну роль у розвитку сектора охорони здоров'я. Проте в країнах ЦСЄ і СНД, де запроваджується ринкова

економіка, держава втрачає можливості належного фінансування охорони здоров'я і, відповідно, уряди намагаються створити збалансовану систему громадських, урядових і приватних об'єднань для здійснення реформ охорони здоров'я. Політичні керівники цих країн сподіваються на актуалізацію ролі населення в питаннях охорони здоров'я і медичного обслуговування. [5]

У країнах Європи значною є соціальна роль системи охорони здоров'я. На сферу охорони здоров'я покладаються: етична, професійна, юридична, політична і фінансова відповідальність перед суспільством, що також визначає спрямування і здійснення управління охороною здоров'я. Тому реформа систем охорони здоров'я не може зводитися до чисто механічних дій, що полягають у реалізації раціонального плану щодо ефективнішого використання ресурсів. Реформування галузі охорони здоров'я за принципом розподілу ресурсів включає визначення джерел фінансування та розподілу ресурсів між секторами. З одного боку, це відображає існуючу в суспільстві думку про обов'язкову фінансову відповідальність за надання необхідної медичної допомоги. З другого боку, це відображає систему оптимального розподілу державних ресурсів між охороною здоров'я і медичним обслуговуванням, а також між державним і приватним секторами системи. Такий підхід відповідає потребам населення в країнах з усталеними юридичними нормами, зокрема там, де запроваджене медичне право та інформаційні технології (рис. 1.1). [6]



Рис. 1.1 Адміністрування охорони здоров'я в країнах з медичним правом

У країнах з невизначеними юридичними правами і обов'язками сторін у сфері надання медичної допомоги такі взаємозв'язки є саморегульованими. Переважаюча модель, вибрана для тієї або іншої системи охорони здоров'я, відображає пріоритети суспільства і визначається рівнем суспільно-політичного та соціально-економічного розвитку.

У професійній саморегульованій моделі використання ресурсів охорони здоров'я залежить від лікарів, які є центральною ланкою системи медичного обслуговування. Виступаючи як представники пацієнтів, вони мають доступ до всієї інформації про їх потреби і повинні надавати свої послуги на цій основі. Ця модель припускає передачу професіоналам-медикам контролю над системою охорони здоров'я. Такий підхід має також ризики, які пов'язані зі зловживаннями, ураховуючи ті переваги, які дають лікарям інформація і знання, їх головну роль у визначенні використання ресурсів і відсутність реального юридичного контролю за медичною практикою. У цьому разі необхідним є контроль з позицій жорсткого кодексу професійної етики, який дає змогу уникнути надмірного або недостатнього надання послуг. На контроль за медичною практикою впливає також поширена в професійних кругах прихильність певним етичним нормам. [9]

У разі достатньо розвиненого громадянського суспільства в країнах кожен громадянин несе відповідальність за своє здоров'я.

Це демократичне право може здійснюватися в прямій або непрямій формі.

Демократична модель сприяє залученню населення до процесу формулювання потреб, проблем, пріоритетів і рішень у сфері адміністративного управління системою охорони здоров'я.

Викладене означає, що адміністрування у сфері охорони здоров'я значною мірою визначається особливостями як політичного укладу, так і рівнем розвитку економіки і громадських інституцій. Разом з тим сфера охорони здоров'я через свою специфіку і соціальну роль спирається на

загальнолюдські цінності, які є спільними для різних країн. Це – життя, здоров'я, милосердя. Ці форми системи цінностей визначають розподіл матеріальних ресурсів і владних повноважень та створюють широку систему стимулів, заборон, зобов'язань і норм під час прийняття рішень. Соціальна і матеріальна структури створюють “поле стимулів”, у якому здійснюються адміністрування сфери охорони здоров'я. [11]

Таким чином, проведений аналіз принципів адміністрування у сфері охорони здоров'я в різних країнах показав, що погляди європейських політиків і урядів на основні цілі охорони здоров'я близькі. Їх можна визначити наступним чином: загальнодоступність охорони здоров'я, ефективність і висока якість медичної допомоги, раціональне використання засобів і чуйне ставлення до потреб хворого. Визначені цілі підтримують не тільки політики різних країн, а й політики різних партій у країнах. Проте подібна однотайність відмічена лише на теоретичному рівні. На практиці загальні принципи здійснюються різними підходами, особливо у фінансуванні та визначенні права власності.

## **1.2 Комплексний підхід у європейському соціально-психологічному менеджменті професійного адміністрування**

Як зазначено в першому підрозділі першорядну роль у адмініструванні сектора охорони здоров'я в Європі відіграє медичне право, а також добровільні, саморегульовані організації та громадськість у цілому, діяльність яких ґрунтується на соціально-психологічному менеджменті адміністрування .

Соціально-психологічні методи адміністрування — сукупність засобів специфічного впливу на особисті стосунки і зв'язки між працівниками, а також на соціальні процеси в цілому. [13]

Вони ґрунтуються на моральних стимулах до праці, діють на особу за допомогою психологічних прийомів з метою перетворення адміністративного завдання на внутрішньо усвідомлену потребу людини.



Головна мета застосування соціально-психологічних методів — формування у колективі позитивного морально-психологічного клімату, який активізує ініціативність кожного працівника, творчу цілеспрямованість, самодисципліну.

Передусім такі методи зорієнтовані на дотримання принципу психофізіологічної сумісності у колективі, формування здорового морально-психологічного клімату, виховання почуття взаємодопомоги та колективізму. Базуючись на суспільно-значущих морально-етичних цінностях, вони активно використовують індивідуальну та групову свідомість, психологічні особливості різних типів індивідів, спільнот, які є передумовою вибору конкретних прийомів впливу [14].

За дослідженням європейських соціологів від морально-психологічного клімату в колективі продуктивність праці може зростати або знижуватись у середньому в 3 рази (табл. 1.1 [16]), залежно від настрою, бажання людини працювати.

Таблиця 1.1 Рівень задоволеністю роботою медпрацівників (за 5- ою шкалою)

Проказники	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Стосунки в колективі	3,4	3,6	3,2	3,3	3,7	3,8	3,6	3,6	3,6	3,8
Стосунки з керівником	3,4	3,2	3,6	3,5	3,9	3,5	3,8	3,7	3,8	4,0
Розподіл об'єму роботи	2,9	3,1	3,1	3,1	3,1	2,7	3,2	3,2	3,3	3,3
Просування по службі	2,4	2,4	2,6	2,5	2,6	2,2	2,6	2,7	3,0	2,8
Заробітна плата	2,1	1,9	2,0	1,9	2,2	2,1	1,8	2,1	2,1	1,9
Соціальні гарантії	2,2	2,3	2,3	2,3	2,5	2,5	1,9	2,1	2,3	2,2
Самореалізація	2,5	2,5	2,6	3,0	3,0	3,0	2,6	2,9	3,2	3,1
Врахування думки при прийнятті рішень	2,6	2,8	3,0	2,9	3,2	3,1	2,9	3,0	3,2	3,3
Інтерес до роботи	3,3	3,4	3,5	3,7	3,9	4,0	3,7	3,7	3,9	3,9
Середній	2,8	2,8	2,9	2,9	3,1	3,0	2,9	3,0	3,2	3,3

Найбільш позитивно впливають на рівень задоволеністю роботою такі фактори, як інтерес до виконання своєї роботи.

Окремо слід звернути увагу на взаємостосунки між медичними фахівцями та керівниками структурних підрозділів медичних закладів. Аналіз даних

засвідчує, стосунки між: спеціаліст - спеціаліст, спеціаліст - керівник, керівник - керівник в цілому позитивні. Хоча деякі відмінності в цьому питанні є. Так, 33% керівників в незначній або в середній мірі задоволені відносинами в системі “керівник - керівник”, а 45% спеціалістів в системі “спеціаліст-спеціаліст” (таб. 1.2 [17]).

Таблиця 1.2 Рівень задоволення стосунками в колективі

	Стосунки незначні або середній
Спеціаліст - спеціаліст	45%
Спеціаліст - керівник	39%
Керівник - керівник	33%
Керівник - спеціаліст	36%

Результати свідчать, що стосунки між спеціалістами певних відділів і управлінь більш напружені, ніж між керівниками. Хоча, враховуючи ієрархічний принцип взаємовідносин в системі медичних служб є закономірними.

Застосування соціально-психологічних методів можливе за умов гнучкості менеджерів, розуміння ними внутрішнього світу людини і особливостей її психології. Це сприяє застосуванню найефективніших форм активізації колективу.

До соціально-психологічного менеджменту належать:

- соціальні плани — передбачають створення умов праці, забезпечення відпочинку, організацію побуту, медичного обслуговування, охорони праці тощо;
- моральні стимули — впливають через нагородження відзнаками, грамотами, присвоєння звань тощо;
- методи формування колективів та соціально-психологічного клімату в них — забезпечують вплив на засадах добору членів колективів за особливостями характерів, фаховістю тощо [18].

Для ефективного застосування соціально-психологічних методів управління необхідно володіти інформацією про міжособистісні та групові стосунки в трудових колективах, здібності й риси характеру кожного

працівника, психологічну сумісність членів колективу, їхні симпатії та антипатії, вплив стилю керівництва на морально-психологічний клімат у трудових колективах тощо. Врахування всіх соціально-психологічних та індивідуальних особливостей працівників сприяє розвитку соціальних ресурсів організації, її можливостей, необхідних для ефективного виконання поточних завдань і досягнення її цілей. [23]

Завдяки соціальному управлінню вдається досягти стійкості, стабільності, підтримувати основні параметри, якісну специфіку, цілеспрямований розвиток соціального об'єкта.

У цьому сенсі об'єктами соціального управління є соціальні процеси і явища, зумовлені діяльністю і розвитком трудового колективу, становленням особистості, а суб'єктами соціального управління — організаційно оформлені спільноти людей і сформовані ними органи управління, керівний склад, персоналії, наділені управлінськими функціями. Суб'єкт і об'єкт управління, їх окремі компоненти вступають у відносини щодо організації всіх аспектів соціальної життєдіяльності, утворюючи систему соціального управління.

Найхарактернішою ознакою системи соціального управління за європейською концепцією є людина як її суб'єкт і об'єкт, первинний елемент.

Сутнісна риса нового соціального менеджменту — адміністрування спільноти через створення ситуації. Його суб'єктно-об'єктним змістом є свідомий вплив на різноманітні спільноти людей для координації, узгодження, організації їх життєдіяльності, оптимізації вирішення соціальних завдань.

Соціальне адміністрування ґрунтується на врахуванні особливостей взаємодії людей, форм спілкування, культурних норм і цінностей.

В умовах Українських реалій це надзвичайно актуально. Серед керівників багатьох цивілізованих країн спостерігається тренд на переорієнтацію менеджменту з кількісного зростання галузей – до покращення самопочуття людей наприклад, 81% англійців [28] вважають, що керівник повинен займатися зростанням щастя, а не добробуту:

- треба концентрувати свідомість підлеглих на позитиві, так як керівництво частіше бореться з негативами, ніж просуває позитиви;
- люди - соціальні істоти, тому вони щасливіші, коли роблять щось усвідомлено разом;
- довіру, причетність і соціальний капітал дуже важливі.

Тим часом, у 2019 році, за даними Gallup International, рівень задоволеності професійною діяльністю в Україні впав до мінімуму за 10 років і становить 4 бали з десяти. [3]



Рис. 1.2 Рівень задоволеності професійною діяльністю в Україні

Пригніченими себе вважає 79%, а 36% респондентів страждають через незадоволення професійною діяльністю. Взагалі Україна за рівнем "щастя" у 2016 році опинилася на 123-му місці. [12]

Європейський досвід застосування соціального менеджменту забезпечує формування і розвиток трудових колективів шляхом управління свідомістю і поведінкою людей через потреби, інтереси, мотиви, ідеали, цілі, нахили тощо.

Залежно від специфіки управлінських цілей виокремлюють такі методи:

— підвищення соціально-професійної активності (обмін досвідом, моральне заохочення, обговорення, ціннісні орієнтири, критику, визначення проблем і перспективних цілей);

— соціально-історичного успадкування (соціально-професійні традиції виконують роль методів управління);

— управління ролевою поведінкою. Професійна роль характеризується змістом, правами і відповідальністю, соціальним статусом, престижем. Ця особливість ролі використовується з метою вдосконалення соціально-професійних відносин. Загроза зниження соціального статусу завжди змушує людину відповідальніше ставитися до своїх обов'язків;

— удосконалення комунікацій (формування особистих стосунків у професійному колективі, які сприяють довірі між його членами);

— соціального регулювання (взаємні зобов'язання, використання різноманітних систем відбору, компромісу та об'єднання інтересів);

— власного прикладу (керівник має бути взірцем для підлеглих);

— організуючих умов (формування певної організаційної культури). [28]

Крім того в європейській традиції менеджменту існують й інші види соціального адміністрування. До цих методів відносять розробку і реалізацію статутів суспільних організацій, договорів про творче співробітництво, встановлення порядку розподілу благ, черговості їх отримання.

Соціальна спадковість є традиційним аспектом розвитку найбільш прогресивних норм і традицій. До них відносяться: вшанування професіоналів своєї справи, професійні звання та премії тощо. В цьому підході соціальна справедливість забезпечує повагу до особистості, створення умов для її всебічного розвитку. Вона не сумісна з утриманським настроєм, зрівнялівкою, отриманням сумнівних доходів. [29]

Методи соціального управління спрямовані на гармонізацію соціальних відносин у колективі шляхом задоволення соціальних потреб працівників — розвитку особистості, соціального захисту і т. п. Суть управління людськими ресурсами полягає у ставленні до людей як конкурентної вартості, яку необхідно спрямовувати, мотивувати, розміщати й розвивати разом з іншими ресурсами з метою досягнення стратегічної мети.

## РОЗДІЛ 2 АНАЛІЗ АДМІНІСТРУВАННЯ МЕДЗАКЛАДУ ВТОРИННОГО РІВНЯ

### 2.1 Загальна структура адміністрування КНП «ШОСТКИНСЬКІЙ ЦРЛ»

Згідно рішення 19 сесії Шосткинської міської ради від 20.11.2018р., з 08.02.2019р. створено Комунальне некомерційне підприємство «Шосткинська центральна районна лікарня».

Реєстраційні дані про базу переддипломної практики:

- Код ЄГРПОУ 01981514
- Дата реєстрації 24.03.1998
- Уповноважена особа: Штогрин Олег Теофільович.
- 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. Щедрина, 1 т. (05449) 7-23-76, 7-28-37
- E- mail: [shostka.crl@i.ua](mailto:shostka.crl@i.ua)

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

Лікарня має статус юридичної особи, свій баланс, рахунок в установах банку, статут, штамп і печатку; має право укладати угоди, набувати майнові та особисті немайнові права, нести обов'язки, бути позивачем і відповідачем в суді і арбітражному суді; веде облік і подає звіт про свою діяльність за відповідними формами та у відповідні строки; інформує відповідні органи охорони здоров'я про випадки внутрішньо лікарняної інфекції, нещасні випадки і надзвичайні події відповідно до наказів МОЗ України та УОЗ. [30]

КНП "Шосткинська ЦРЛ" є міжрайонним закладом охорони здоров'я і

має першу акредитаційну категорію спеціалізованої медичної допомоги.

В структурі КНП "Шосткинська ЦРЛ" функціонують 13 спеціалізованих стаціонарних відділень загальною ліжковою потужністю 340 ліжок.

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

На сьогодні в лікарні працюють 842 фахівці, з них 128 лікарів. Атестовано лікарів 99.47%, середнього медичного персоналу 99.21%.

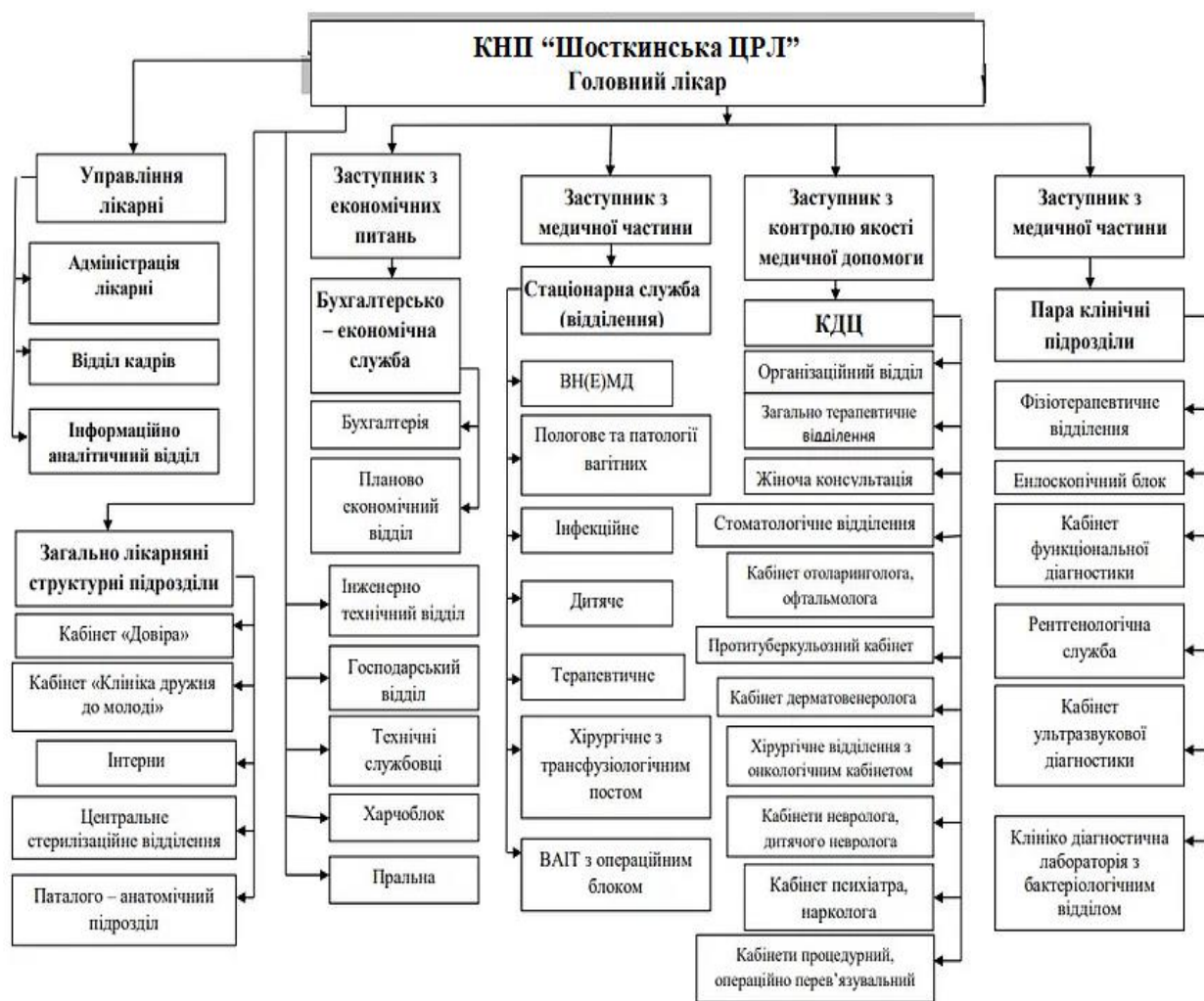


Рис. 2.1 Адміністративна структура КНП "Шосткинська ЦРЛ"

Таблиця 2.1 Загальні відомості про адміністрацію закладу

<b>Посада</b>	<b>Прізвище Ім'я Побатькові</b>	<b>Контактний телефон</b>
Головний лікар	Штогрин Олег Теофільович	(05449)7-23-76
Заступник головного лікаря з медичної частини	Лях Володимир Володимирович	(05449)4-61-43
Заступник головного лікаря з дитинства та пологової допомоги	Дац Надія Іванівна	(05449)4-64-62
Заступник головного лікаря з економічних питань	Лугова Тетяна Володимирівна	(05449)7-28-37
Заступник головного лікаря з поліклінічного розподілу роботи	Пушко Олександр Миколайович	(05449)7-28-95

Організаційна структура закладу КНП "Шосткинська ЦРЛ" складається з наступних підрозділів:

І. Адміністративно-управлінський підрозділ:

- апарат управління;
- відділ фінансового забезпечення;
- інформаційно – аналітичний відділ медичної статистики

ІІ. Діагностично – лікувальні підрозділи:

- хірургічне відділення з урологічними ліжками;
- операційний блок;
- ортопедо-травматологічне відділення;
- відділення анестезіології та інтенсивної терапії;
- гінекологічне відділення;
- акушерське відділення з ліжками патології вагітності;
- офтальмологічне відділення
- отоларингологічне відділення;
- інфекційне відділення;
- терапевтичне відділення
- кардіологічне відділення;
- неврологічне відділення;



- приймально-діагностичне та екстреної допомоги відділення;
- відділення функціональної, ультразвукової діагностики та ендоскопії;
- рентгенологічне відділення;
- клініко-діагностична лабораторія;
- поліклінічне відділення.

Таким чином КНП "Шосткинська ЦРЛ" автономний заклад охорони здоров'я на вторинному рівнях надання медичної допомоги. Її адміністрування на первинному рівні закладено в інфраструктурі впроваджені медичної реформи в Україні.

Вторинна (спеціалізована) медична допомога - медична допомога, що надається в амбулаторних або стаціонарних умовах лікарями відповідної спеціалізації (крім лікарів загальної практики - сімейних лікарів) у плановому порядку або в екстрених випадках і передбачає надання консультації, проведення діагностики, лікування, реабілітації та профілактики хвороб, травм, отруєнь, патологічних і фізіологічних (під час вагітності та пологів) станів; направлення пацієнта відповідно до медичних показань для надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги з іншої спеціалізації або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. [31]

Надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги забезпечують заклади охорони здоров'я:

- в стаціонарних умовах - багатопрофільні лікарні інтенсивного лікування, лікарні відновного (реабілітаційного), планового лікування, хоспіси, спеціалізовані медичні центри;
- в амбулаторних умовах - консультативно-діагностичні підрозділи лікарень, центри з медичних консультацій та діагностики (консультативно-діагностичні центри). [4]

Вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу також можуть надавати лікарі, що провадять господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи - підприємці.

Лікуючим лікарем з надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги є лікар закладу охорони здоров'я, де надається така допомога, або лікар, що провадить господарську діяльність з медичної практики як фізична особа - підприємець, які отримали підготовку за відповідною спеціальністю (крім спеціальності "загальна практика - сімейна медицина").[10]

Лікуючого лікаря з надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги в закладі охорони здоров'я, що забезпечує надання такої допомоги, визначає керівник цього закладу або уповноважена ним на прийняття відповідних рішень особа.

Вторинна (спеціалізована) медична допомога надається безоплатно в закладах охорони здоров'я, що забезпечують надання такої допомоги, з якими головний розпорядник бюджетних коштів уклав договір про медичне обслуговування населення.

Вторинна (спеціалізована) медична допомога надається відповідно до медичних показань за направленням лікуючого лікаря з надання первинної медичної допомоги або лікуючого лікаря закладу охорони здоров'я, що забезпечує надання вторинної (спеціалізованої) чи третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. [21]

Без направлення вторинна (спеціалізована) медична допомога відповідно до медичних показань надається безоплатно закладами охорони здоров'я, з якими укладено договори про медичне обслуговування населення, пацієнтам, які звернулися до акушера-гінеколога, стоматолога, педіатра, та пацієнтам із хронічними захворюваннями, які перебувають на диспансерному обліку в цьому закладі охорони здоров'я.

Без направлення вторинна (спеціалізована) медична допомога відповідно до медичних показань також надається безоплатно в закладах охорони здоров'я, що забезпечують надання вторинної (спеціалізованої) допомоги, пацієнтам, які перебувають у невідкладному стані. [22]

Порядок направлення пацієнтів відповідно до медичних показань до закладів охорони здоров'я, що забезпечують надання вторинної

(спеціалізованої) медичної допомоги, а також порядок надання такої допомоги визначаються центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я.

## **2.2 Основні показники діяльності травматологічного відділення КНП «Шосткинська ЦРЛ»**

Адміністрування травматологічного відділення КНП «Шосткинська центральна районна лікарня» відбувається в загальній ієрархії адміністрування КНП "Шосткинська ЦРЛ" (див. рис. 2.1), завідує відділенням Гришков Микола Кіндратович лікар-ортопед-травматолог, вищої категорії.

Перелік послуг травматологічного відділення КНП «Шосткинська центральна районна лікарня» наведено в таблиці нижче.

Таблиця 2.2 Травматологічні послуги КНП «Шосткинська ЦРЛ»

<b>Перелік послуг</b>
Первинна хірургічна обробка ран.
Хірургічна обробка гнійних ран.
Операції з приводу панарицію.
Операція з приводу гідраденіту.
Операція з приводу флегмони.
Операція з приводу абсцесу.
Висічення суглобових сумок при гнійних бурситах.
Хірургічна обробка карбункулу.
Хірургічна обробка обмежених гангрени кінцівки.
маніпуляції - пункції, блокади;
вправлення вивихів;
гіпсова іммобілізація.

Професія лікаря-травматолога гідна великої поваги, оскільки це не тільки спеціальність, а й покликання. Лікар-травматолог має бути фахівцем своєї справи, мати високу кваліфікацію і досвід, постійно

самоудосконалюватися адже від його знань та вмінь залежать здоров'я і життя пацієнта.

Травматологія (від грец. *trauma* — ушкодження, *logos* — вчення) — це не вузьке поняття обмежене рамками лікування травм опорно-рухового апарату, а широкий комплекс науково обґрунтованих теоретичних, практичних і організаційних положень, що охоплюють питання патології, клініки і лікування постраждалих. [19]

Першими соціальними факторами, які дали поштовх розвитку травматології, були війни, під час яких отримання травм було звичайною справою, а проблема надання своєчасної та кваліфікованої допомоги пораненим змушувала медиків шукати нові методи лікування, вивчати нові види травматичної дії на людський організм.

Серед інших соціальних факторів, що прискорили розвиток травматології, стали процеси індустріалізації, що супроводжувалися зростанням промислових підприємств, обладнання, транспорту, також збільшували число травмуючих чинників, причому як на виробництві, так і в повсякденному житті.

Досить високий рівень серед травмованих посідає побутовий травматизм, який прямо пов'язаний з порушенням чи недотриманням правил техніки безпеки при виконанні домашньої роботи або під час відпочинку.

Виробничою травмою, або нещасним випадком, вважають ушкодження раптового характеру, що сталися з робітниками у зв'язку з їх участю у виробничому процесі та супроводжувалися порушенням фізіологічної функції працівників. [20]

Виробничі травми можуть бути механічними, хімічними, термічними й електричними. Механічними ушкодженнями в умовах виробництва називають забиття, ураження м'яких тканин тіла, крововиливи, переломи кісток, розтягнення і розриви зв'язок і сухожилків, вивихи, потрапляння сторонніх предметів у різні органи тощо.

В сучасному світі травматизм і смертність внаслідок травми постійно зростає. Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, від травм щороку гине 2 млн. чоловік, а травми різного ступеня тяжкості отримують близько 30 млн. людей. Травматизм це не тільки медична, а і соціальна проблема сучасного суспільства. Вчені України, не в останню чергу, зробили суттєвий внесок у вивчення травми: розробку принципів раннього сортування, покращення показань до переливання крові, створення мережі банку крові і плазми, а також мобільних служб швидкої допомоги. В наш час щороку з'являються виноходи за допомогою яких хворі з травмою можуть зберегти свій повноцінний статус. [32]

Таблиця 2.3 Показники діяльності травматологічного відділення ЦРЛ

Рік	Факт розгорн ліжок	План пропускної працездат	Факт проведліж-днів	Викрист пропуск спромож	Вибуло всього	Серед тривал роботи ліжка	Серед обіг ліжка	Серед тривалперебувхвор на ліж	Летал загал	Летал після опер	Хірургіч актив	Перебув на ліж після опер	Перебув на ліж до опер	Число померлих
2017	30	10200	98398	96,5	779	328	26	12,5	0,76	0,18	79,2	0,52	12,79	6
в т.ч. дорос	25	8500	8059	94,8	629	322,4	25,4	12,7	0,94	0,23	79,5	0,63	12,98	6
2018	30	10200	9855	96,6	716	328,5	23,9	13,7	0,14	-	85,9	0,51	13,07	1
в т.ч. дорос	25	8500	8344	98,2	581	333,8	23,3	14,3	0,17	-	86,6	0,59	13,55	1
2019	29	9945	9514	95,7	762	328,1	26,3	12,5	0,13	-	82,8	0,7	11,73	1
в т.ч. дорос	25	8500	8080	95,1	624	323,2	25	12,9	0,16	-	82,2	0,79	11,8	1
6 міс 2020	29	4930	2856	57,9	288	98,5	9,9	9,9	-	-	87,8	0,62	11,02	-
в т.ч. дорос	25	4250	2470	58,1	246	98,8	9,8	10	-	-	88,2	0,67	11,55	-

Середня тривалість лікування хворих в травматологічному відділенні КНП "Шосткинська ЦРЛ" знаходиться на одному рівні 9,6 і не перевищує середньообласні дані.

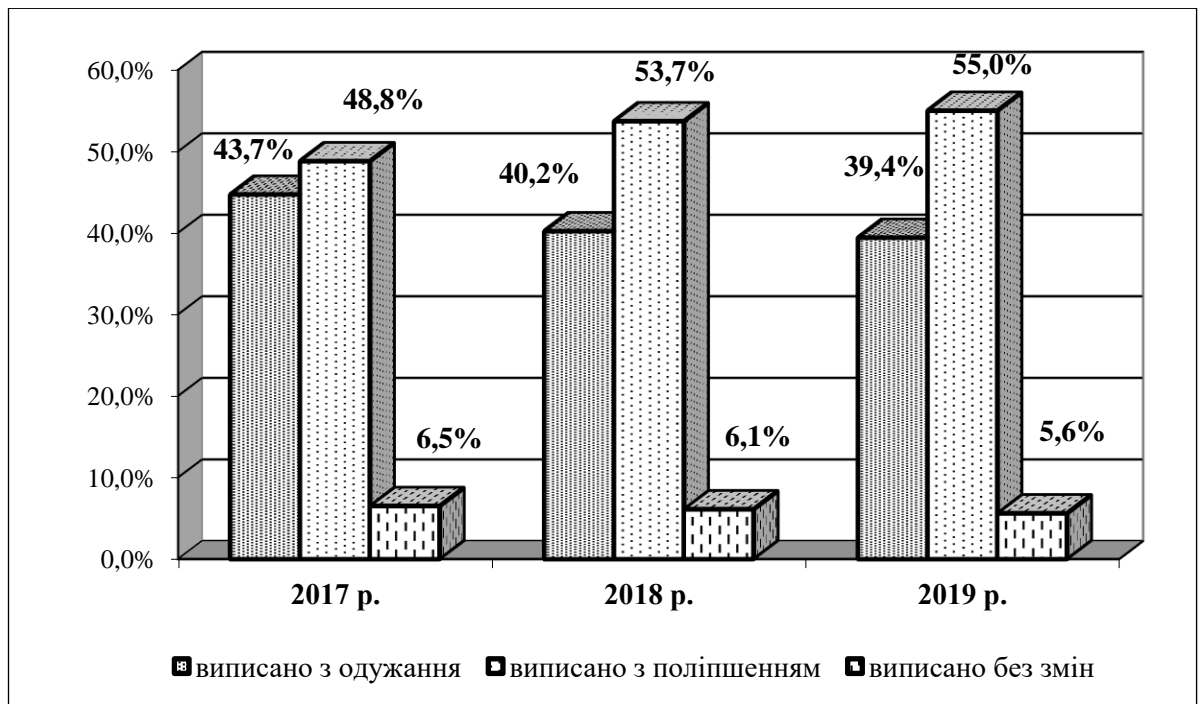


Рис. 2.2 Динаміка питомої ваги показників одужання пацієнтів травматологічного відділення ЦРЛ

Аналізуючи дані, слід відмітити, що питома вага виписаних з одужанням в середньому становить 42%, з поліпшенням стану здоров'я – 52%, без змін показник зменшився з 6,5 в 2016 році до 5,6 у 2018 р. Але поряд з цим збільшились показники летальності в лікарні з 1,44 в 2016 р. до 1,84 в 2018 р.

Таблиця 2.4 Шляхи надходження хворих до приймального відділення

Шляхи надходження	2017		2018		2019	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
Поліклініка	8996	71.0	8203	70.0	7856	69.2
Швидка медична допомога	1873	14.8	1944	16.6	1876	16.5
Без направлень	1793	14.2	1567	13.4	1617	14.3
<b>Всього</b>	<b>12662</b>	<b>100</b>	<b>11714</b>	<b>100</b>	<b>11349</b>	<b>100</b>

Аналізуючи дані, наведені в таблиці, можна зробити висновок, що протягом останніх 3 років основним шляхом надходження хворих до приймального відділення залишається поліклінічне відділення, яке направляє більше 70% хворих ( 2017р.- 71.0 %; 2018р.-70.0 %; 2019р. - 69.2%).

Другим у структурі шляхом є служба швидкої медичної допомоги – 16.0%, а на 3 місці- хворі звертаються без направлень –14.0%.

Отже провівши аналіз діяльності травматологічного відділення КНП "Шосткинська ЦРЛ" стосовно адміністрування його діяльності слід зазначити, що з 1 квітня 2020 року на модель оплати медичних послуг, наданих пацієнтам, перейшли заклади, які надають вторинну (спеціалізовану) амбулаторну та стаціонарну допомогу, екстрену, паліативну медичну допомогу та реабілітацію.

Робота медичних закладів гуртуватиметься на таких принципах:

- пацієнти, які мають направлення, вільно обирають медичний заклад і лікаря відповідно до переліку послуг, який у цьому медзакладі надається за договором з Національною службою здоров'я;
- Національна служба здоров'я замовляє медичні послуги та оплачує лікування пацієнта безпосередньо медичному закладу. [39]

У новій системі гроші йдуть на конкретні послуги за конкретним пацієнтом. Національна служба здоров'я України (НСЗУ) не утримує заклади відповідно до кошторису, а закуповує послуги на умовах договору з медичним закладом. Усі підстави для оплати наданих пацієнтам медичних послуг та підстави для припинення оплати передбачено в договорах.

Вимоги до надання медичних послуг, їх кількість, розрахована на основі історичних даних для кожного медичного закладу, та умови і модель оплати договорів, який підписує медичний заклад і НСЗУ.

У рамках бюджетного процесу розроблено програму медичних гарантій на 2020 рік — гарантований пакет медичних послуг. НСЗУ закуповуватиме медичні послуги, які базуються на стандартах надання послуг, у відповідності до реалій та протоколів сучасної медицини. [40]

Якщо послуги, які надає медичний заклад, відповідають специфікації та умовам закупівель, він може претендувати на укладення договору з НСЗУ. Умови закупівель стосуються не тільки обладнання, але й наявності медичного персоналу, його кваліфікації, обсягу послуги.

## **РОЗДІЛ 3 РЕКОМЕНДАЦІЇ СТОСОВНО АДАПТАЦІЇ ЄВРОПЕЙСЬКОГО ДОСВІДУ АДМІНІСТРУВАННЯ МЕДЗАКЛАДІВ ВТОРИННОГО РІВНІ**

### **3.1 Впровадження європейського підходу в травматологію вторинного рівня**

Розмежування рівнів медичної допомоги як чинника здатного підвищити доступності медичної допомоги населенню, слід зауважити, що факт існування цієї проблеми свідчить: або про злиття рівнів медичної допомоги на якомусь з етапів функціонування медичної сфери, або про відсутність такого поділу апріорі. З початком процесу українського державотворення перерозподіл доходів суспільства відбувся не на користь медичної сфери. Це насправді дало поштовх до пошуку джерел існування всіх без винятку суб'єктів медичної діяльності. Лікувальні заклади третинного рівня почали виконувати будь-яку роботу, за яку пацієнти були готові плати гроші, відбираючи, таким чином, роботу у лікарів вторинного і первинного рівнів. Так, багато закладів вторинного і первинного рівнів, намагаючись підзаробити, пробували й зараз пробують взятися за те, що їм не до снаги. [41]

Насправді, є проблема з намаганням перетягнути пацієнта з нижчого рівня на вищий. Це збільшує комунальні витрати. Але це ніяким чином не шкодить здоров'ю пацієнта. Натомість адміністративно загнавши пацієнта на первинний рівень можна завдати серйозної шкоди його здоров'ю.

Треба розуміти, що подібне розмежування призвело до подвоєння тендерних процедур, які проводяться обома закладами окремо. На це також витрачаються бюджетні кошти. Також двічі витрачаються кошти на отримання двох ліцензій на медичну практику та наркотичні засоби, сертифікатів акредитації. Двічі витрачаються кошти на платні програми статистичного обліку «Медстат», програми комп'ютерного обліку «Кадри», які необхідно закупити для кожного закладу окремо та поновлювати щороку. [42]

Але головна проблема навіть не у дублюванні адміністративних функцій, а у тому, що пацієнти як лікувалися в районній лікарні (на вторинному рівні)



так і лікуються. Тобто, 30% бюджету просто використовується на утримання так званих лікарів «первинки» – осіб, які за словами колег з вторинного рівня ні за що не відповідають. Хоча чому дивуватися – а за що відповідати людям, які нічого не роблять. [1]

Якщо до цього додати попереднє виведення 10% бюджету на створення екстреної медицини, яка у кращому разі виконує функцію таксі, то ситуація в сільській медицині взагалі виглядає абсурдною.

Звичайно, аналітики можуть апелювати до показників загальної захворюваності. Вони насправді зменшилися і в першу чергу за рахунок дитячого населення. Але це не означає, що діти того чи іншого району почали менше хворіти. Суттєвий вплив на ці показники дає відсутність педіатричної спеціальності в первинній ланці. [35]

Стосовно стану ортопедо-травматологічної служби то вона за останні роки загалом значно покращився. Кількість ліжок за останні 5 років збільшилася на 1549 (3.8 %) і у 2019 році становить 29077, забезпеченість ліжками досягла 5.6 на 10000 населення. Відкрито 1054 ортопедо-травматологічних кабінетів в поліклініках, функціонує 102 травматологічних пункти для цілодобового надання невідкладної допомоги хворим з ушкодженнями опорно-рухового апарату. Кількість штатних посад лікарів-ортопедів-травматологів зросла на 1252 (3.1 %) і становить 5322, забезпечення лікарями становить 0.79 на 10000 населення. [8] Щорічно атестується близько 1000 лікарів - понад 20.0 % їх загальної кількості. Разом з цим в ортопедо-травматологічній службі мають місце недоліки, що зумовлюють зниження якості лікування хворих, зокрема, продовжується практика розміщення травматологічних ліжок в загально хірургічних стаціонарах, у 183 ЦРЛ відсутні ортопедо-травматологічні відділення.

Кількість дитячих ортопедо-травматологічних ліжок недостатня у всіх без винятку областях, мало відкрито спеціалізованих відділень для дітей. Функціонуюча кількість дитячих ортопедо-травматологічних кабінетів явно недостатня, в багатьох обласних центрах та великих містах відсутні

спеціалізовані дитячі травматологічні пункти. [15]

Кількість відділень і кабінетів реабілітації недостатня для доліковування хворих з травмами і ортопедичними захворюваннями.

Незважаючи на значну кількість штатних посад лікарів-ортопедів-травматологів, фактична зайнятість їх неповна, дефіцит становить 1691 особу, коефіцієнт сумісництва виріс до 1,4, а в окремих областях він досягає 1,6. Незважаючи на велику кількість лікарів вищої та I категорії (56,4 %, якість лікування хворих не покращується, про що свідчать показники первинної інвалідності. [19, 24]

За останні роки інвалідність від травм усіх локалізацій зросла серед робітників і службовців на 18,2 % і становить 5,3 на 10000 робітників і службовців, від захворювань кістково-м'язової системи - на 25,9 % і становить 2,8 на 10000 робітників і службовців. Смертність від травм зросла на 17,9 % і становить 117,3 на 10000 населення. [25, 32]

З огляду на адаптацію європейського досвіду адміністрування закладів охорони здоров'я на вторинному рівні в сфері травматології. Слід зазначити, що у 2020 році в Україні продовжується впровадження змін у системі охорони здоров'я в межах Закону України від 19.10.2017 № 2168-VIII «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». Постановою Кабінету Міністрів України від 05 лютого 2020 року № 65 «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році» затверджено Порядок реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році. [26, 34]

З 1 квітня 2020 року розпочала працювати Програма медичних гарантій. Це перелік та обсяг медичних послуг та ліків, які гарантуються населенню та оплачуються з державного бюджету на основі єдиних національних тарифів.

НСЗУ з 01.04.2020 в межах програми медичних гарантій укладає договори з закладами охорони здоров'я міста про медичне обслуговування населення щодо надання медичних послуг за програмою медичних гарантій. У 2020 році будуть використовуватися 26 пакетів медичних послуг. [36]

У 2019-му за підтримки депутатського корпусу та виконавчого комітету міської ради у місті провели масштабну роботу з підготовки закладів охорони здоров'я вторинного рівня до реформування. Наразі заклади охорони здоров'я міста переведені в комунальні неприбуткові підприємства, вони отримали ліцензії на медичну практику і на роботу з наркотичними препаратами. Також вони забезпечені необхідною кількістю комп'ютерів, підключених до електронної системи охорони здоров'я. Зараз ми готуємо електронні підписи кожного лікаря, аби у січні розпочати роботу з реєстрації в медичній та інформаційній системі, адже планується, що підписання угод з Національною службою здоров'я України розпочнеться з лютого 2020 року. Паралельно проводилися роботи зі зміцнення матеріально-технічної бази, вирішення кадрових питань, підвищення кваліфікації медичного персоналу, тощо. У 2019 році з місцевого бюджету виділили близько 30 млн грн на видатки медичної галузі. Це найбільша цифра за останні роки. Майже 17 млн грн пішло на погашення боргів по заробітній платі нашим працівникам. [38]

Фінансування травматологічного відділення КНП “Шосткинська ЦРЛ” по роках:

- 2017 рік – 1326893 грн.
- 2018 рік – 1460752 грн.
- 2019 рік – 1744548 грн.

За європейським досвідом щоб врахувати вартість надання первинної медичної реформи на рівні громад в сільській місцевості, до єдиного національного тарифу буде застосовано відповідний коефіцієнт і тариф для сільських лікарів буде дещо вищим. В новій системі фінансування медичної практики буде розраховуватись за єдиним національним тарифом за кожен підписаний договір. Для інформування жителів громад про повний вибір надавачів первинної медичної допомоги будуть задіяні ЦНАПи, які вже активно створюються в об'єднаних громад (а Програма U-LEAD за підтримки європейських донорів планує сприяти відкриттю 600 ЦНАПів по всій країні). [7]

### **3.2 Рекомендації щодо покращення діяльності травматологічного відділення КНП "Шосткинська ЦРЛ"**

У відділенні ЦРЛ в м. Шостка працюють найкращі травматологи-ортопеди, готові надати швидку, компетентну допомогу при травмах легкої та середньої складності. Травматологія та ортопедія — це насамперед діагностичний і лікувальний центр, оснащений новітнім висококласним устаткуванням. Лікарі травматологи-ортопеди користуються не надто сучасним обладнанням та сучасними методиками в обстеженні й терапії захворювань кістково-м'язової системи.

Одним з покращень мала б стати відновна терапія після травм опорно-рухової системи. Для всебічної та комплексної терапії ортопеду слід надати можливість залучити кардіолога, ревматолога, фізіотерапевта, невролога та інших вузьких фахівців.

При ефективному лікуванні переломів, висока результативність і якість досягаються шляхом використання імплантатів сучасних конструкцій від світових виробників, а на це слід залучати відповідні кошти.

Світова травматологія і кращі фахівці клініки пропонують ендоскопічні методи діагностики та терапії суглобів за допомогою артроскопа. Процедура займає провідне місце серед оперативних методів лікування травматичних і не травматичних патологій суглобів.

Артроскопія — малоінвазивне оперативне лікування суглобів, яке показано при:

- артритах, артрозах;
- промиванні суглоба;
- хронічному синовіті;
- затисканні сідничного нерва;
- незрозумілому клінічному діагнозі;
- відновленні хрестоподібної зв'язки;
- мікротріщинах хрящів і травмах меніска тощо.

Переваги запропонованих поліпшень лікування:

- лікування проходить відповідно до європейських стандартів;
- використовується тільки сучасні методи анестезії, з мінімальними побічними ефектами;
- стабільна фіксація кісток і мала травматичність дозволяють швидко повернутися до повноцінного життя і значно скоротити термін реабілітації;
- використання сучасних високотехнологічних матеріалів, що дозволяють пацієнтам активно користуватися пошкодженими частинами тіла набагато раніше, ніж настане повне одужання;
- для здійснення стабілізації уламків і збереження кровопостачання використовується остеосинтез переломів — сучасний метод з'єднання кісток з використанням спеціальних сучасних засобів для фіксації (в тому числі з біоінертних матеріалів).

Для запровадження запропонованих поліпшень в травматологічне відділення КНП "Шосткинська ЦРЛ" доречно закупити додатково обладнання перелік якого приведено в табл. 3.1.

Таблиця 3.1 Перелік обладнання для травматологічного відділення

Найменування медичної техніки та виробів медичного призначення	Кількість	Орієнтовна ціна, грн	Сума, грн.
Апарат для високочастотної електрохірургії	1	100 000	100 000
Апарат для механотерапії (комплект)	1	250 000	250 000
Апарат для обробки кісток	2	14 000	28 000
Апарат для скелетного витягування	2	135 000	270 000
Апарат рентгенівський діагностичний переносний	1	220 000	220 000
Апарат шпигцевий компресорно- дістракційний	2	30 000	60 000
Артроскоп розбірний викусувач	2	23 000	46 000
Відсмоктувач хірургічний	2	45 000	90 000
Ларингоскоп універсальний	4	6 000	24 000
Набір ортопедично-травматологічний	2	80 000	160 000
Набір трахеостомічних трубок	4	4 000	16 000
Негатоскоп	2	17 000	34 000
Освітлювач безтіньовий пересувний	2	15 000	30 000
Освітлювач налобний зі знімною лупою	2	7 500	15 000
Система обігріву пацієнта на операційному столі	2	80 000	160 000
Стіл операційний	1	200 000	200 000
Стерилізатор сухоповітряний	2	100 000	200 000
<b>Всього</b>			<b>1 903 000</b>

На підставі реформувань медичної галузі за європейським досвідом «Шосткинська» ЦРЛ набула статусу самостійного неприбуткового лікувально-профілактичним закладом комунального типу. На відміну від ЗОЗ - бюджетних установ, фінансування яких відбувається відповідно до норм бюджетного законодавства, фінансування діяльності ЗОЗ - КНП відбувається відповідно до норм господарського законодавства України.

Зокрема, особливості господарської діяльності КНП визначаються відповідно до вимог, встановлених Господарським кодексом України щодо діяльності державних комерційних або казенних підприємств, а також інших вимог, передбачених законом (ч. 10 ст. 78 ГК України).

Фінансовий план є основним плановим документом, відповідно до якого підприємство отримує доходи і здійснює видатки, визначає обсяг та спрямування коштів для виконання своїх функцій протягом року відповідно до установчих документів.

Проект фінансового плану подається у паперовому та електронному вигляді органу, уповноваженому управляти комунальним майном до 01 червня року, що передує плановому. Органи управління протягом двох тижнів здійснюють аналіз та приймають рішення щодо затвердження або повернення його на доопрацювання.

З метою реалізації бюджетної програми головні розпорядники бюджетних коштів - місцеві ради розробляють проекти порядків використання коштів бюджету.

Головні розпорядники бюджетних коштів визначають мережу одержувачів бюджетних коштів з урахуванням вимог щодо формування єдиного реєстру одержувачів бюджетних коштів. Тобто, КНП для підтвердження статусу одержувача бюджетних коштів має бути внесено в єдиний реєстр одержувачів бюджетних коштів.

Одержувач бюджетних коштів КНП «Шосткинська» ЦРЛ використовує надані йому головним розпорядником бюджетні кошти на підставі плану використання бюджетних коштів, що містить розподіл бюджетних

асигнувань, затверджених у кошторисі, тобто, у разі фінансування медичної допомоги за рахунок місцевого бюджету, місцева рада як головний розпорядник бюджетних коштів у своєму кошторисі передбачає суму витрат на закупівлю медичного обладнання, яку виділила за бюджетною програмою ця місцева рада. Такі кошти за планом використання бюджетних коштів передаються КНП «Шосткинська» ЦРЛ на безповоротній основі. Витрачати зазначені кошти підприємство має лише за цільовим призначенням, спрямовуючи свої зусилля на досягнення результативних показників відповідної бюджетної програми, визначених у програмі та паспорті.

На підставі паспорта бюджетної програми та плану використання бюджетних коштів головний розпорядник реєструє в органах Державної казначейської служби бюджетні зобов'язання зі сплати на користь КНП «Шосткинська» ЦРЛ коштів за надані населенню медичні послуги.

Щомісячно згідно з даними паспорта бюджетної програми комунальне некомерційне підприємство надає пакет документів на перерахування бюджетних коштів відповідно до програми і отримує ці кошти.

Збільшення цільового фінансування та перенаправлення фінансових потоків на закупівлю додаткового устаткування дозволить розширити перелік та підвищить якість медичних послуг для пацієнтів травматологічного відділення КНП «Шосткинська ЦРЛ» та зменшить навантаження на обласне травматологічне відділення. А рання діагностика та дієві методи обстеження й терапії допоможуть своєчасно виявити та попередити розвиток багатьох захворювань опорно-рухового апарату.

Запорука якісного надання послуг пацієнтам травматологічного відділення КНП «Шосткинська ЦРЛ» полягає у наступному:

- команда спеціалістів високого профілю в області травматології і ортопедії;
- сучасне діагностичне обладнання;

- індивідуальна програма лікування і реабілітації для кожного пацієнта;
- стратегія «fast track» і можливість «Операції одного дня», які дозволяють скоротити терміни лікування і реабілітації, сприяють якнайшвидшому поверненню пацієнта до повноцінного життя;
- наявність сучасних палат (комфортні умови перебування, доступ до Wi-Fi, душові, комплексне харчування);
- наявність послуги «Друга думка», яка дозволяє почути альтернативну експертну думку в складній клінічній ситуації і прийняти найбільш правильну тактику лікування для пацієнта.

Чинники функціональності та результативності запропонованих пропозицій можна поділити на три групи:

- чинники захворюваності або потреби в медичному обслуговуванні,
- чинники фінансового забезпечення,
- чинники інфраструктурного забезпечення.

В перспективі слід виявити конкретні прояви рис того або іншого чинника та його вплив на якість надання послуг в системі охорони здоров'я на вторинному рівні травматологічного спрямування.



## Висновки

Передумови запозичення, та адаптації європейського досвіду у сфері охорони здоров'я в Україні передбачають усебічний аналіз недоліків та переваг існуючих у світовій практиці підходів адміністрування та побудови економічних механізмів функціонування системи охорони здоров'я.

Такий аналіз проведений у роботі доводить, що специфіка сфери охорони здоров'я полягає, з одного боку, у необхідності великих капіталовкладень у матеріальну інфраструктуру надання медичної допомоги, підготовку висококваліфікованих кадрів, розробку і виробництво лікарських засобів, медичного обладнання та супутніх виробів, а з іншого – жодний досягнутий рівень розвитку медичної науки і практики не гарантує позитивного результату у лікуванні, створення ефективних ліків та технологій лікування, точного діагностування. І тому за цих умов першорядного значення у функціонуванні системи охорони здоров'я набувають чинники напрацьовані у європейському досвіді адміністрування які побудовані на науковій системі мотивації розв'язання завдань гуманістичного характеру: самоцінність людського життя та здоров'я, якість життя населення, забезпечення відтворення нації у наступних поколіннях та відповідальність за її подальше буття. Економічного змісту: нагромадження ресурсів охорони здоров'я, пошук найбільш прийнятних з точки зору витрат та досягнутого ефекту структури керування медичною галуззю, розгалуження профілактичної, санітарно-гігієнічної та реабілітаційної допомоги.

В Україні за збереження певного рівня кадрового та матеріального потенціалу охорони здоров'я саме такий підхід в адмініструванні доцільно використати як найбільш нагальний у порядку денному, оскільки негативні тенденції у демографічних процесах, посилення впливу виробничо-екологічних чинників на рівень захворюваності збільшують попит на якісні послуги з охорони здоров'я, а обсяг ресурсів на його задоволення у бюджетах всіх рівнів не є достатнім, що викликає погіршення якості життя, збільшення

незадоволеності вітчизняною медициною і створює підґрунтя для соціального конфлікту у майбутньому.

На рівні вторинної ланки медичної допомоги доцільно більш якісно провести розмежування між первинним, вторинним та третинним рівнями медичної допомоги бо сучасне розмежування призвело до подвоєння тендерних процедур, які проводяться трьома закладами окремо та проблемі з намаганням перетягнути пацієнта з нижчого рівня на вищий.

Що стосується травматологічного відділення Комунального Некомерційного Підприємства "ШОСТКИНСЬКА ЦЕНТРАЛЬНА РАЙОННА ЛІКАРНЯ" Шосткинської міської ради то воно відноситься до вторинного структурного рівня.

Травматологічне відділення є вузькопрофільним функціональним підрозділом, в якому проводиться надання спеціалізованої планової допомоги пацієнтам. Травматологія та ортопедія - це суміжні галузі медицини, які займаються діагностикою, лікуванням і профілактикою захворювань і патологій опорно-рухового апарату травматичного, вродженого і набутого характеру із захворюваннями опорно-рухового апарату.

У відділенні ЦРЛ в м. Шостка працюють найкращі травматологи-ортопеди, готові надати швидку, компетентну допомогу при травмах легкої та середньої складності. Травматологія та ортопедія — це насамперед діагностичний і лікувальний центр, оснащений новітнім висококласним устаткуванням.

Лікарі травматологи-ортопеди користуються не надто сучасним обладнанням та сучасними методиками в обстеженні й терапії захворювань кістково-м'язової системи. Одним з покращень мала б стати відновна терапія після травм опорно-рухової системи. Основною перевагою приватних клінік ортопедо-травматологічних послуги є комплексний підхід.

Для всебічної та комплексної терапії ортопеду слід надати можливість залучити кардіолога, ревматолога, фізіотерапевта, невролога та інших вузьких фахівців.

## Список використаних джерел

1. Арутюнян С. С., Ітигіна О.В. Медичне страхування в Україні: вибір концептуальних підходів до реформування. Вісник соціально-економічних досліджень. 2015. Вип. 2. С. 219-225.
2. Бабич О. Основні засади створення корпоративної культури як інструменту управління. Вісник Української академії державного управління. 2003. №2. С.449-456.
3. Богомаз Н. В. Маркетингові дослідження українського ринку добровільного медичного страхування : автореф. дис. ... канд. екон. наук : спец. 06.08.20 "Економіка, організація і управління підприємствами" / Н. В. Богомаз. - К., 2020. - 20 с.
4. Виноградов О. В. Механізми державного управління багатоканальним фінансуванням системи охорони здоров'я в Україні : автореф. дис. канд. наук держ. упр. : спец. 25.00.02 "Механізми державного управління" / О. В. Виноградов. - К., 2009. - 20 с.
5. Голованова А. І., Краснова О. І. Актуальні проблеми розвитку медичного страхування в період ринкового реформування. Економіка і право охорони здоров'я. 2015. № 1. С. 16-21.
6. Гришан Ю. Проблеми та ефективні шляхи реформування медичного страхування в Україні. Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Економіка. 2009. Вип. 112. С. 22-24.
7. Децентралізація: ключові зміни в 2017 році, - думка експерта[Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://decentralization.gov.ua/news/3447>
8. ДП «Центр науково-технічної інформації та сприяння інноваційному розвитку України» центр адаптації державної служби до стандартів європейського союзу. Корпоративна культура: навч.-метод. посіб. Київ: ДП «Укртехін-форм», 2013. 185 с.
9. Євтушевський В.А. Основи корпоративного управління: Навч. посіб. – К.: Знання – Прес, 2002. – 317с.
10. Задорожня Л. А. Фінансові інструменти реалізації реформи обов'язкового медичного страхування в Україні. Вісник Хмельницького національного університету. Економічні науки. 2013. № 4(1). С. 180-185
11. Захарчин Г.М., Любомудрова Н.П., Винничук Р.О., Смолінська Н.В. Корпоративна культура: навч. посіб. Львів, 2011. 317 с. 2. Юрченко В. В.,
12. Зибцев В. М., Попов В. Ю. Господарський менталітет України: теорія, історія та сучасний стан. Донецьк: Норд – Пресс, 2005. 175 с.
13. К. Борисов, В. Алексеев, И. Шурандина Здоровье для всех - стратегия системы Финляндии. [Электрон. ресурс]. – Режим доступа: <http://www.rosmedportal.com>.
14. Камінська Т. М. Автономія медичних закладів у державному регулюванні охорони здоров'я: досвід Європи. Актуальні проблеми державного управління. 2012. № 2. С. 431-437.
15. Карамішев Д. В. Шевченко В. І. Державні механізми регулювання ресурсного забезпечення системи охорони здоров'я в економічній моделі розподілу фінансів. Інвестиції: практика та досвід. 2018. № 22. С. 60-64.

16. Кицак Т. Г. Вітчизняні реалії становлення корпоративної культури медзакладів — [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=2810>
17. Клініка сімейної медицини "Здравиця" [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.zdravitsa.com.ua/napr/ortopediya-ta-travmatologiya/>
18. Кравченко Ж.Д. Порівняльний аналіз структурно-функціонального забезпечення національних систем охорони здоров'я. Теорія та практика державного управління. 2019. Вип. 3 (30). С. 27–35.
19. Ортопедія і травматологія в Тернополі [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://ternopil.oxford-med.com.ua/viddilennya/ortopediya-i-travmatologiya/>
20. Ортопедія і травматологія в Тернополі [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://ternopil.oxford-med.com.ua/viddilennya/ortopediya-i-travmatologiya/>
21. Ортопедія та травматологія Києва [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [https://medikom.ua/ortopediya-travmatologiya-kiev/?gclid=CjwKCAjwrcH3BRApEiwAxjdPTfvp37rB-CqNnyeWJaNbzH4saH9QBhNq2JvrMxGGovxUV3IjBAMk2xoC2RQQA\\_vD\\_BwE](https://medikom.ua/ortopediya-travmatologiya-kiev/?gclid=CjwKCAjwrcH3BRApEiwAxjdPTfvp37rB-CqNnyeWJaNbzH4saH9QBhNq2JvrMxGGovxUV3IjBAMk2xoC2RQQA_vD_BwE)
22. Ортопедія. Консультація ортопеда-травматолога. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://dd.clinic/ortoped-travmatolog/>
23. Охорона здоров'я в Фінляндії [Електрон. ресурс]. – Режим доступу [https://pikabu.ru/story/zdravookhranenie\\_v\\_finlyandii\\_4833534](https://pikabu.ru/story/zdravookhranenie_v_finlyandii_4833534)
24. Проданчук М. Г. Проблеми і перспективи розвитку системи медичної допомоги / М. Г. Проданчук, В. Л. Корецький // Вісн. соціальної медицини та організації охорони здоров'я України. – 2009. – № 2. – С. 59-63.
25. Рожкова І. В. Удосконалення державного та регіонального управління охороною громадського здоров'я в Україні / І. В. Рожкова, Н. Д. Солоненко // Статистика України. - 2008. - № 4. - С. 90-94.
26. Сахно О. В. Медичне страхування як інструмент реформування медичної сфери в Україні: проблеми та перспективи застосування на сучасному етапі. Вісник [Київського інституту бізнесу та технологій]. 2013. Вип. 3. С. 71-74
27. Семенова А. В. Реформування медичної галузі: запровадження обов'язкового медичного страхування. Право та інновації. 2015. № 3. С. 102-107.
28. Семигіна Т. В. Моделі соціальної політики економічно розвинутих країн : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. політ. наук : спец. 3.00.01 “Теорія та історія політичної науки” / Семигіна Т. В. – Київ, 2007. – 22 с.
29. Скуратівський В. А. Основи соціальної політики : навч. посібник / Скуратівський В. А., Палій О. М. – К.: МАУП, 2002р. – 200 с.
30. Социальное обслуживание в Финляндии [Электрон. ресурс]. – Режим доступа: <http://www.euro.who.int>
31. Сподарева О. Г. Особливості функціонування системи медичного страхування у провідних країнах світу. Вісник Одеського національного університету. Економіка. 2013. Т. 18, Вип. 3(3). С. 91-95.
32. Сторічний досвід лікування ортопедо-травматологічних хворих! [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://ito.gov.ua>
33. Травматологія та Ортопедія. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.meddiagnostica.com.ua/uk/shho-mi-likuiemo/travmatologiya-ta-ortopediya/>
34. Травматологія та Ортопедія. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.meddiagnostica.com.ua/uk/shho-mi-likuiemo/travmatologiya-ta-ortopediya/>

35. У Сумській області створено шість госпітальних округів[Електронний ресурс]. – Режим доступу:<https://auc.org.ua/novyna/u-sumskiy-oblasti-stvoreno-shist-gospitalnyh-okrugiv>
36. Управління охороною здоров'я територіальної громади : монографія / авт. кол. : І. В. Рожкова, Л. І. Жаліло, Ю. В. Давидова та ін. ; за ред. В. М. Вакуленка, М. К. Орлатого. – К. : НАДУ, 2009. –152 с.
37. Уряд затвердив шість госпітальних округів в Сумській області. Що далі?[Електронний ресурс]. – Режим доступу:<http://www.thesumy.com/important-experience/266-uriad-zatverdyy-shist-hospitalnykh-okruhiv-v-sumskii-oblasti-shchodali.html>
38. Утвенко В. В. Особливості управління системою охорони здоров'я в Україні на регіональному і місцевому рівнях / В. В. Утвенко // тановлення і розвиток української державності. –Вип. 3. – К. : Д П “Видавн. дім “Персонал”, 2009. – С. 63-70.
39. Череп А.В. Практичний іноземний досвід медичного страхування [Електронний ресурс] / А.В. Череп // Економіка та управління національним господарством. – 2013. – Режим доступу: [sre\\_2013\\_2\\_5%20\(1\).pdf](http://sre_2013_2_5%20(1).pdf)
40. Черешнюк Г.С. Проблеми впровадження добровільного медичного страхування та шляхи їх розв'язання / Г.С. Черешнюк // Фінансові послуги. – 2006. – № 2. – С. 22–26.
41. Чорновіл О. В. Економічні моделі управління національними системами охорони здоров'я. Держава та регіони. Сер. : Економіка та підприємництво. 2013. № 5. С. 45-49.
42. Шостка в умовах другого етапу медичної реформи[Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://shostkanews.city/read/misto/77854/shostka-v-umovah-drugogo-etapu-medichnoi-reformi->