

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

Шифр \_\_\_\_\_

Наказ ректора про  
затвердження теми

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

## **ДИПЛОМНА РОБОТА МАГІСТРА**

**на тему:**

**«Удосконалення надання медичних послуг приймальним  
відділенням медичного закладу вторинної ланки в умовах  
протидії епідемії коронавірусу»**

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

**Студента гр. \_ УЗ.мз-92Ш\_ \_Прижелудський О.О.\_**

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 \_\_Прижелудський О.О.\_\_

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

**Суми 2020 р.**

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

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ р.

**ЗАВДАННЯ ДЛЯ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ МАГІСТРА**  
**за спеціальністю**  
***281 Публічне управління та адміністрування,***  
***освітньо-професійна програма «Управління та адміністрування***  
***в охороні здоров'я»***  
студенту групи ***УЗ.мз-92Ш***

- 
1. Тема роботи **\_\_\_ Удосконалення надання медичних послуг приймальним відділенням медичного закладу вторинної ланки в умовах протидії епідемії коронавірусу** \_\_\_\_\_  
затверджена наказом по СумДУ № \_\_\_\_\_ від „\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ р.
  2. Термін подання студентом закінченої роботи **\_\_\_\_\_ 04.12.2020** \_\_\_\_\_
  3. Мета кваліфікаційної роботи: **\_\_\_удосконалення надання медпослуг приймальним відділенням медзакладу вторинної ланки в умовах протидії епідемії коронавірусу.** \_\_\_\_\_
  4. Об'єкт дослідження: **\_\_\_система профілактики та медичної допомоги приймальним відділенням медичного закладу вторинної ланки в умовах пандемії COVID-2019.** \_\_\_\_\_
  5. Предмет дослідження: **\_\_\_взаємозв'язки у функціонально-організаційній моделі удосконаленої системи менеджменту з надання медпослуг приймальним відділенням медзакладу вторинної ланки в умовах пандемії COVID-2019** \_\_\_\_\_
  6. Кваліфікаційна робота виконується на матеріалах: **\_\_\_ нормативно-правові документи (Конституція, Закони, Укази, Постанови), статистична інформація Державної служби статистики, аналітичні матеріали ШЦРЛ, аналітичні матеріали ДЗ «Центру медичної статистики МОЗ України».** \_\_\_\_\_

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

№ пор.	Назва розділу	Термін подання
I	<b>Сучасні науково-теоретичні погляди на епідеміологію, діагностику та лікування гострої респіраторної хвороби COVID-2019, спричиненою поширенням коронавірусу SARS-CoV-2</b>	01.11.2020
II	<b>Дослідження ефективності надання медпослуг приймальним відділенням медзакладу вторинної ланки в умовах протидії епідемії коронавірусу на основі удосконалення менеджменту медичним закладами</b>	15.11.2020
III	<b>Напрями удосконалення медичних послуг приймальним відділенням медзакладу вторинної ланки в умовах протидії епідемії коронавірусу</b>	04.12.2020

Зміст завдань для виконання поставленої мети кваліфікаційної роботи магістра:

У розділі 1 студент має дослідити сучасні погляди на діагностику та лікування COVID-2019.

У розділі 2 студент має провести аналіз та дослідити ефективність роботи приймального відділення відповідно до об'єкта дослідження в умовах протидії пандемії.

У розділі 3 студент має запропонувати системні заходи з удосконалення медичних послуг приймальним відділенням медзакладу вторинної ланки в умовах протидії епідемії корона вірусу.

8. Консультації щодо виконання роботи:

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

9. Дата видачі завдання \_\_\_\_\_

Керівник кваліфікаційної роботи

\_\_\_\_\_  
(підпис)

ПІБ

Завдання до виконання одержав

\_\_\_\_\_  
(підпис)

ПІБ \_\_\_\_\_

## АНОТАЦІЯ

У магістерській роботі висвітлено ефективність надання медичних послуг приймальним відділенням медзакладу вторинної ланки в умовах протидії епідемії коронавірусу на основі удосконалення менеджменту медичними закладами.

Під час дослідження з'ясовано сучасні науково-теоретичні погляди на епідеміологію, діагностику та лікування гострої респіраторної хвороби COVID-2019, спричиненою поширенням коронавірусу SARS-CoV-2. Проаналізовано вітчизняну та світову практику функціонування медичного менеджменту в період пандемії COVID-2019. Сформовано оцінку готовності та надання медичної допомоги приймальним відділенням медзакладу вторинної ланки в осередку інфікування SARS-CoV-2. Досліджено показники ефективності якості надання медичної допомоги приймальним відділенням медзакладу вторинної ланки в умовах протидії епідемії коронавірусу. Надано оцінку ефективності оновленої системи менеджменту з надання медичної допомоги приймальним відділенням медзакладу вторинної ланки Сумської області (ЦРЛ м. Шостка). Розробити рекомендації з удосконалення системних засобів удосконалення менеджменту надання медпослуг приймальним відділенням медзакладу вторинної ланки в умовах пандемії COVID-2019.

## РЕФЕРАТ

Структура та обсяг дипломної роботи. Загальний обсяг дипломної роботи складає 84 стор., в тому числі 12 таблиць, 10 рисунків, 58 використаних джерел. Метою роботи є вивчення процесу удосконалення надання медпослуг приймальним відділенням медзакладу вторинної ланки в умовах протидії епідемії коронавірусу.

Відповідно до поставленої мети були вирішені наступні задачі: з'ясовано перелік сучасних науково-теоретичних поглядів на епідеміологію, діагностику та лікування гострої респіраторної хвороби COVID-2019; досліджено ефективність надання медпослуг приймальним відділенням медзакладу вторинної ланки в умовах протидії епідемії коронавірусу на основі удосконалення менеджменту медичними закладами; запропоновано напрями удосконалення медичного менеджменту в умовах протидії епідемії коронавірусу.

Предметом дослідження є взаємозв'язки у функціонально-організаційній моделі удосконаленої системи менеджменту з надання медпослуг приймальним відділенням медзакладу вторинної ланки в умовах пандемії COVID-2019. Об'єктом дослідження – система профілактики та медичної допомоги приймальним відділенням медичного закладу вторинної ланки в умовах пандемії COVID-2019. Методологічною основою роботи є діалектичний метод наукового пізнання та системний підхід. У роботі було використано загально-наукові та спеціальні методи дослідження: структурний та порівняльний аналіз.

Наукова новизна. Запропоновано комплексний підхід в удосконаленні системних засобів менеджменту надання медичної допомоги приймальним відділенням медичної установи в умовах впровадження реформи вторинної ланки, а також з одночасним поширенням пандемії COVID-2019.

Ключові слова: ПРИЙМАЛЬНЕ ВІДДІЛЕННЯ, COVID-2019, МЕДИЧНИЙ ЗАКЛАД, ВТОРИННА ЛАНКА, МЕНЕДЖМЕНТ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ, МЕДИЧНА РЕФОРМА.

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП</b> .....	8
<b>РОЗДІЛ 1. СУЧАСНІ НАУКОВО-ТЕОРЕТИЧНІ ПОГЛЯДИ НА ЕПІДЕМІОЛОГІЮ, ДІАГНОСТИКУ ТА ЛІКУВАННЯ ГОСТРОЇ РЕСПІРАТОРНОЇ ХВОРОБИ COVID-2019, СПРИЧИНЕНОЮ ПОШИРЕННЯМ КОРОНАВІРУСУ SARS-CoV-2</b> .....	11
1.1. Сутнісні характеристики гострої респіраторної хвороби COVID-2019 з науково-медичної точки зору.....	11
1.2. Специфічні особливості функціонування медзакладів вторинної ланки (приймального відділення) в умовах поширення COVID-2019.....	18
1.3. Особливості медичного менеджменту в період пандемії: світовий та вітчизняний досвід.....	22
Висновки до розділу 1.....	30
<b>РОЗДІЛ 2. ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ НАДАННЯ МЕДПОСЛУГ ПРИЙМАЛЬНИМ ВІДДІЛЕННЯМ МЕДЗАКЛАДУ ВТОРИННОЇ ЛАНКИ В УМОВАХ ПРОТИДІЇ ЕПІДЕМІЇ КОРОНАВІРУСУ НА ОСНОВІ УДОСКОНАЛЕННЯ МЕНЕДЖМЕНТУ МЕДИЧНИМИ ЗАКЛАДАМИ</b> .....	31
2.1. Оцінка готовності та надання медичної допомоги приймальним відділенням медзакладу вторинної ланки в осередку інфікування SARS-CoV-2.....	31
2.2. Аналіз показників ефективності якості надання медичної допомоги приймальним відділенням медзакладу вторинної ланки в умовах протидії епідемії коронавірусу.....	39
2.3. Оцінка ефективності оновленої системи менеджменту з надання медичної допомоги приймальним відділенням медзакладу вторинної ланки Сумської області (ЦРЛ м. Шостка) .....	48
Висновки до розділу 2.....	53
<b>РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ПРИЙМАЛЬНИМ ВІДДІЛЕННЯМ МЕДЗАКЛАДУ ВТОРИННОЇ ЛАНКИ В УМОВАХ ПРОТИДІЇ ЕПІДЕМІЇ КОРОНАВІРУСУ</b> .....	54
3.1. Управління ризиками в закладах вторинної медичної допомоги в умовах поширення на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої поширенням коронавірусу SARS-CoV-2.....	54
3.2. Системні засоби удосконалення менеджменту надання медичних послуг приймальним відділенням медзакладу вторинної ланки в умовах пандемії COVID-2019.....	59
Висновки до розділу 3.....	64
<b>ВИСНОВКИ</b> .....	65
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b> .....	69
<b>ДОДАТКИ</b> .....	78

## ВСТУП

**Актуальність теми.** Пандемія COVID-19 стала не тільки випробуванням на міцність для української системи охорони здоров'я в цілому, а й дала потужний імпульс до вдосконалення заходів із запровадження другого етапу медичної реформи. З метою запобігання поширенню гострої респіраторної хвороби COVID-2019, спричиненою поширенням коронавірусу SARS-CoV-2 був мобілізований весь наявний ресурсно-кадровий потенціал: за обмежений відрізок часу перед керівництвом держави постала задача із розробки та подальшого запровадження переліку масштабних інфраструктурних та кадрових перетворень. Відповідні перетворення стосувалися наступних напрямків:

- оперативне перепрофілювання і будівництво додаткових приймальних відділень та стаціонарів інфекційного профілю;
- здійснення масової діагностики на наявність коронавірусної інфекції в максимально стислі строки;
- проблема швидкого надходження лікарських препаратів, засобів індивідуального захисту, тест-систем та медичного обладнання в медичні організації;

Під час процедури проведенні кадрових перетворень основний акцент був спрямований на перекваліфікацію медичних кадрів з подальшою метою роботи з хворими, інфікованими COVID-19. Отже неблагополучна епідемічна ситуація на тлі пандемії COVID-19 виявила ряд серйозних проблем, в тому числі проблему в роботі приймального відділення медзакладів вторинної ланки, що і являється актуальною темою для нашого подальшого дослідження.

Дослідженням особливостей менеджменту надання медичної допомоги медичними закладами в умовах пандемії COVID-2019 займається низка українських учених та зарубіжних вчених, зокрема, Амосова Н.А., Бояринцев В.В., Вербовий Д.М., Глаголев С.В., Гриднев О.В., Карпов О.Є., Косенко В.В., Мурашко М.А., Муравйов С.М., Орлова О.А., Самойлова О.В., Шепотило О.К. Водночас проблеми побудови ефективної системи менеджменту в національній

медичній галузі в період запровадження другого етапу медичної реформи, що співпав із пандемією COVID-2019, були і залишаються, на нашу думку, одними з найголовніших.

**Мета дослідження** – удосконалення надання медпослуг приймальним відділенням медзакладу вторинної ланки в умовах протидії епідемії коронавірусу.

**Завдання дослідження:**

– виокремити специфічні особливості функціонування медзакладів вторинної ланки (приймального відділення) в умовах поширення COVID-2019;

– проаналізувати вітчизняну та світову практику функціонування медичного менеджменту в період пандемії COVID-2019;

– сформулювати оцінку готовності та надання медичної допомоги приймальним відділенням медзакладу вторинної ланки в осередку інфікування SARS-CoV-2

– проаналізувати показники ефективності якості надання медичної допомоги приймальним відділенням медзакладу вторинної ланки в умовах протидії епідемії коронавірусу;

– надати оцінку ефективності оновленої системи менеджменту з надання медичної допомоги приймальним відділенням медзакладу вторинної ланки Сумської області (ЦРЛ м. Шостка);

– розробити рекомендації з удосконалення системних засобів удосконалення менеджменту надання медпослуг приймальним відділенням медзакладу вторинної ланки в умовах пандемії COVID-2019.

**Об'єкт дослідження** – система профілактики та медичної допомоги приймальним відділенням медичного закладу вторинної ланки в умовах пандемії COVID-2019.

**Предмет дослідження** – взаємозв'язки у функціонально-організаційній моделі удосконаленої системи менеджменту з надання медпослуг приймальним відділенням медзакладу вторинної ланки в умовах пандемії COVID-2019.



**Методологічною основою роботи** є діалектичний метод наукового пізнання та системний підхід. У роботі було використано загально-наукові та спеціальні методи дослідження. Зокрема: структурний аналіз, порівняльний аналіз.

**Наукова новизна** отриманих результативних положень зводиться до наступного:

– здійснено наукове та практичне обґрунтування сучасної системи менеджменту надання медичної допомоги приймальним відділенням медичного закладу вторинної ланки в умовах пандемії;

– удосконалено системні засоби менеджменту надання медичної допомоги приймальним відділенням медичної установи в умовах впровадження реформи вторинної ланки, а також з одночасним поширенням гострої респіраторної хвороби COVID-2019, спричиненою поширенням коронавірусу SARS-CoV-2.

**Практичне значення** отриманих результативних даних магістерської роботи полягає в тому, що вони заклали «фундамент» подальших перспективних розробок вітчизняного багаторівневого механізму, що включає в себе інноваційні системні засоби менеджменту медичних закладів в умовах поширення пандемії COVID-2019.

**Структура роботи.** Робота викладена на 84 сторінках друкованого тексту (основний текст – без вступу, переліку використаних джерел – 59 сторінок), складається із вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаних джерел (всього 58 найменувань) і додатків. Робота ілюстрована 12 таблицями та 8 рисунками.

**Фактологічну (інформаційну)** основу дослідження складають нормативно-правові документи (Конституція, Закони, Укази, Постанови), статистична інформація Державної служби статистики, аналітичні матеріали ШЦРЛ, аналітичні матеріали ДЗ «Центру медичної статистики МОЗ України».

## ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

**ВМД** - вторинна медична допомога

**ПМД** - первинна медична допомога

**COVID-19** - пандемія коронавірусної інфекції COVID-19, спричинена коронавірусом SARS-CoV-2

**ЦРЛ** – центральна районна лікарня

**ШЦРЛ** – Шосткинська центральна районна лікарня

**ПЦР** – тест-система для діагностики нового штама коронавірусу SARS-CoV-2

**ГРІ** – гостра респіраторна інфекція

**ХОХЛ** – хронічна обструктивна хвороба легенів

**ЧДР** – частота дихальних рухів

**ЗІЗ** – засоби індивідуального захисту

**ПВ** – приймальне відділення

**КТ** – комп'ютерна томографія

**ВРІТ** – відділення інтенсивної терапії

**ТГРС** – тяжкий гострий респіраторний синдром

**НСЗУ** - Національна служба здоров'я України

**ВООЗ** – Всесвітня організація охорони здоров'я

# **РОЗДІЛ 1 СУЧАСНІ НАУКОВО-ТЕОРЕТИЧНІ ПОГЛЯДИ НА ЕПІДЕМІОЛОГІЮ, ДІАГНОСТИКУ ТА ЛІКУВАННЯ ГОСТРОЇ РЕСПІРАТОРНОЇ ХВОРОБИ COVID-2019, СПРИЧИНЕНОЮ ПОШИРЕННЯМ КОРОНАВІРУСОМ SARS-CoV-2**

## **1.1 Сутнісні характеристики гострої респіраторної хвороби COVID-2019 з науково-медичної точки зору**

На даний час у всьому світі панує пандемія коронавірусу COVID-2019. Факт спалаху епідемії спочатку в Ухані (осередку), а потім в інших країнах світу, нами, українцями, сприймався неоднозначно, навіть скептично, (за більшістю випадків ми спостерігали з екранів телевізорів) і важко було уявити, що вже в листопаді 2021 року велика частина українців, зокрема й наш Сумський регіон, відчує негативні наслідки цього захворювання через переповнені ліжка у стаціонарах, брак відповідного обладнання, прогалини в медичному менеджменті тощо.

Причиною появи коронавірусу вчені припускають різке глобальне потепління із подальшим руйнуванням місць проживання кажанів. Як зазначалося вище, перші осередки хвороби були зафіксовані у листопаді 2019 року в місті Ухань (Китай). COVID-2019 викликає лихоманку, важкі респіраторні захворювання та пневмонію людини; легко передається від людини до людини, поширюючись на кілька континентів. Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) вчасно було оголошено перелік заходів (обмежень), пов'язаних із надзвичайною ситуацією у сфері охорони здоров'я на всіх без винятку континентах.

За даними ВООЗ, станом на 03.1.2020 року в світі було зареєстровано 3484631 підтверджених випадків захворювання, що призвело до смерті 244791 осіб, у 220 країнах, районах або територіях [4]. Дослідженням коронавірусу Covid-2019 займаються науковці багатьох країн. Було виявлено, що

захворювання та пандемію у світі спричиняє патогенний штам коронавірусу SARS-CoV-2, що належить до роду Betacoronavirus, родини Coronaviridae [4]. За морфологією віріон SARS-CoV-2 є оболонковим, позитивним, одноланцюговим РНК-вмісним вірусом зоонозного походження. Має круглу або еліптичну, плеоморфну форму, діаметром 60-140 нм. Оболонку вірусу утворюють 4 білки: білок глікопротеїнового «шипа» (S), мембранний білок (M), білок (E), білок (HE). Білок глікопротеїнового «шипа» (S-білок) є тримером, містить 6 рецепторзв'язувальних доменів, які призводять до зв'язування з мембранним білком АПФ-2 (ангіотензин перетворювальним ферментом-2), що є рецептором для проникнення вірусу всередину клітини. Будова молекули коронавірусу SARS-CoV-2 зображена на рис. 1.1.

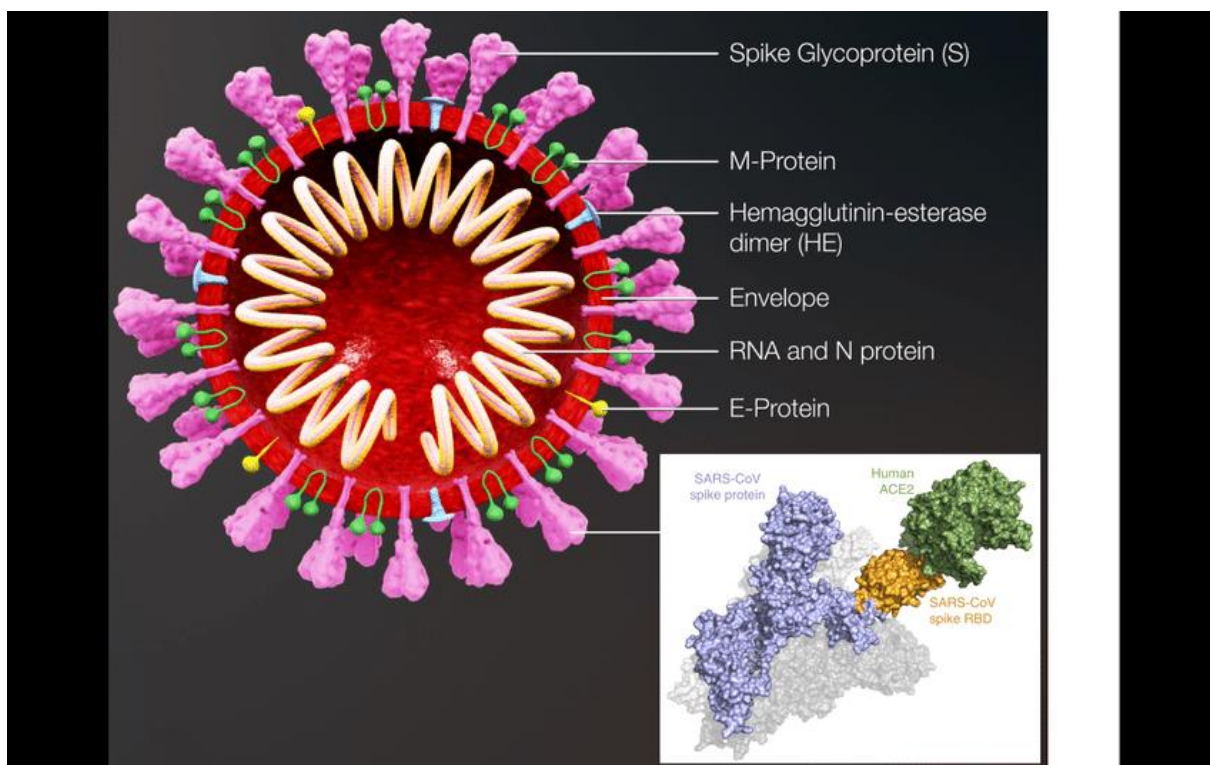


Рисунок 1.1 – Будова молекули коронавірусу SARS-CoV-2

Від людини до людини вірус передається за допомогою повітряно-крапельного розповсюдження, також вірус потрапляє на поверхні і предмети (навіть підшву взуття) і може підтримувати свою життєздатність та небезпечність до трьох годин. Як й подібні коронавірусні штами, SARS-CoV-2

здатний проявляти чутливість до ультрафіолетових променів і підвищеної температури. Крім того, відповідні віруси можуть бути інактивовані ліпідними розчинниками, включаючи ефір (75%), етанол, хлорвміщуючі дезінфікуючі засоби. Отже, дослідження коронавірусу Covid-2019 ще не завершено, розробка вакцини займе довгий час, але і сьогодні дотримуючись правил особистої безпеки, самоізоляції можливо сприяти не розповсюдженню вірусу.

Нами здійснено дослідження науково-медичних джерел щодо внутрішньої будови коронавірусу 2019- nCoV (SARS- CoV-2), науково та лабораторно підтверджених джерел його походження, клініко-діагностичних, санітарно-епідеміологічних особливостей нової коронавірусної хвороби COVID-19. Отже, основними симптомами відповідної хвороби виступають: підвищена температура тіла (від 37 до 39 градусів), сухий кашель, наявність симптому важкого дихання, суглобний біль, сплутана уява, депресивні стани, запаморочення, відчуття першіння та сухості у горлі, ринорея, діарея, нудота та блювання, пневмонія із одночасним ураженням (однобічним або двобічним) легенів.

Всесвітня організація з охорони здоров'я за сучасних умов та отриманих даних перебігу хвороби (34 тис. випадків), спираючись на результативність ураження наводить відповідний розподіл наявної симптоматики у відсотках: явище лихоманки на основі підвищення температури тіла – до 66,8 %, наявність сухого або вологого кашлю на початку або всередині терміну захворювання (56,9 %), наявність слабкості на в'ялості, швидкої втомлюваності – виявлено у 24,7 %, виділення мокротиння – спостерігалось у 55,8 %, ускладнення процесу дихання (дихання жорстке) – до 26,9 %, супроводження всього процесу специфічним болем у горлі – виявлено у 16,7 %, скроневий біль – спостерігався у 24,8 %, м'язовий біль – був виявлений у 26,7 %, відчуття холоду (морозить) – 31,6 %, нудота і блювота – спостерігалось у 10,3 %, нежить та закладеність носа – виявлено у 6,9 %, діарея – 3,7 %, кашель з кров'ю – 0,9 %, почервоніння очей (0,8 %). Констатуємо побічні та найчастіші симптоми – це втрата нюху та

смаку.

Частота та різноманітність вищепереліченої симптоматики COVID-19, згідно різних досліджених джерел, мала деякі характерні відмінності, що безпосередньо на пряму залежали від ступеня тяжкості та подальшого перебігу недуги. Середній ступень тяжкості перебігу хвороби ми могли спостерігати за даними досліджень пацієнтів приблизно до 80 %. Однак не варто їх фіксувати з тією метою, що в подальшому відсоток відповідних показників може варіюватися. Даний факт пов'язано безпосередньо із високою вірогідністю вірусу до мінливих коливань з його відповідною адаптаційною властивістю до умов організму нового носія. Спираючись на низку науково-практичних досліджень, достатньо легкий перебіг хвороби на коронавірусну інфекцію у дітей вчені пояснюють перш за все низькою експресією їх рецепторів ACE2, які блокують попадання в організм певну кількість вірусів та патогенних мікробів. Якщо звернутись до даних сайту статистики медиків та науковців, то ми зможемо констатувати невеликий рівень летальності – всього 2 відсотка.

З віком звичайно можна спостерігати збільшення рівня летальності. Рівень летальності також засвідчували вчені у різних країнах, таких, як: Південна Корея – 0,7%, Іран 8,8%. Кількість чоловіків та жінок в якості пацієнтів була майже однаковою.

Основоположним медици виявили все ж-таки крапельний механізм розповсюдження інфекційного збудника, але вірус віднайшли паралельно в пробах фекалій і сечі хворих. Отже, за наявності інфекції переважне значення має дотримання дистанційно-інфекційного контролю.

За винятковими дослідженнями науковців та медиків середньостатистична тривалість на інкубаційний період має становити від трьох до чотирьох діб, якщо ж характеризувати середньостатистичну тривалість загальноприйнятого значення, то вона складає від 14 до 21 добу. Однак вченими було виявлено низку безсимптомних перебігів хвороби, а особливо це було помітно на круїзному лайнері «Diamond princess».

Розкладемо алгоритм поширення вірусу в організмі людини: людина відчуває симптоматику захворювання на COVID-19, коли відбувається активний процес, що характеризується циклічністю відповідних фаза щодо подальшого розповсюдження вірусних клітин в людському організмі. Після того, як людина інфікувалась відповідним вірусом, його взаємодія із клітинами певний час не реєструється, натомість через декілька годин починають з'являтися перші симптоми, серед яких вчені виокремлюють значне (в деяких випадках – незначне) підвищення температури до 37 – 39 градусів, також спостерігаємо сухий кашель. Дані симптоми з'являються протягом однієї – двох годин від моменту зараження. Другу фазу вчені характеризують з активністю розмноження вірусу інфікування вірусом і його взаємодії з клітинами до реплікації РНК (кілька годин) симптоми не реєструються. На початкових етапах реплікації РНК з'являються перші симптоми - підвищення температури та кашель (це перша фаза захворювання – кілька діб). Друга фаза пов'язана зі значним розмноженням вірусу (можливо, в різних органах) і супроводжується дуже високою температурою, генералізованою слабкістю та іншою симптоматикою, що у більшості випадків характерна для запалення легенів (одностороннього або двостороннього), а також симптомами, характерними для пневмонії. Прогресування захворювання без належного медикаментозного втручання може призвести до летального випадку.

Якщо здійснити аналіз даних Центру з контролю та профілактики захворювань США (CDC), то можна виокремити чверть відсотка пацієнтів на коронавірусну інфекцію, що дійсно мають незначну симптоматику. Однак здійснений відповідний аналіз з розповсюдження коронавірусної інфекції у державах світу нам надав наступну картину: зараження інфекцією, а тим більше перебіг хвороби у 43% випадків (проаналізовано 7 країн світу) відбувався у легкій формі, з них – у 40% пацієнтів хвороба протікала безсимптомно.

Згідно даних сайту британських вчених, людина, розмовляючи 2 хвилини може виділяти у навколишнє середовище до 2000 крапель слюни розміром 12-

21 мкм. Варто підкреслити, що саме 5 мкм, лишаючись на твердій поверхні та засихаючи, активно надалі продовжує переносити вірус та спричиняти подальші пандемічні зараження. Аерозольні краплі здатні перебувати у повітрі у летючому стані від 10 до 20 хвилин, що є також вкрай небезпечним. Всесвітня організація з охорони здоров'я населення певний час не підтверджувала відповідний шлях інфікування коронавірусною хворобою і тільки у липні після проведення численних дослідів констатувала на правовому рівні аерозольний шлях передачі коронавірусної інфекції. Після відповідного підтвердження ВООЗ більшість країн світу (особливо Європейських) посилили карантинний режим в галузі носіння масок у вселюдних місцях, дистанціювання та використання антисептиків.

Надалі ВООЗ провела подальші дослідження стосовно розповсюдження та мутації коронавірусної інфекції, і виявила, що за умов підвищення температури повітря і відповідній вологості дещо зменшується ступінь розповсюдження вірусу, однак вчені спростували той факт, що жаркі африканські країни світу убезпечені від розповсюдження вірусу.

Проведені дослідження показали, що збільшення абсолютної вологості та температури дещо зменшує поширення SARS-CoV-2. Однак, як і очікувалося [12], але на превеликий жаль вченими констатовано, що факт підвищення температури під час літнього сезону не впливає на інтенсивність щодо розповсюдження COVID-19. Спираючись на світову неготовність, ми би сказали, недосконалість методики специфічної профілактики, подальшого специфічного лікування COVID-19, нереформованої системи менеджменту та адміністрування надання медичних послуг у пульмонологічній галузі, то поширення вірусу можна зупинити лише шляхом вжиття переліку карантинних заходів, що в подальшому утворять усі умови із виявлення та ізоляції усіх інфікованих осіб (чи хоча б їх переважну більшість) із паралельним відстеженням усіх їхніх контактів.

ПЛР-тести з метою виокремлення у пацієнтів вірусу. На початковому



етапі виникнення епідемії Всесвітньою організацією з охорони здоров'я було розроблено перелік некомерційних лабораторних протоколів, значна більшість яких стусувалась подальшої діагностики та виявлення за допомогою полімеразної ланцюгової реакції в реальному часі зі зворотною транскрипцією (rRT-PCR - reverse transcription real-time polymerase chain reaction). Головні «мішені» в геномі SARSCoV- 10 2, що використовували для діагностики в різних країнах за допомогою ПЛР [19], наведено в таблиці 1.1.

Таблиця 1.1 – Гени-«мішені» в геномі SARS-CoV-2 для ПЛР-діагностики в різних країнах

Держави світу, підприємства	Гени-«мішені»
Китай (Основний Центр-осередок із здійснення контрольних заходів та проведення профілактичних напрямків по боротьбі із захворюванням)	ORF1ab, N
Франція (Інститут Пастера у Парижі)	RdRP2 (2 сайти)
США (Центр-осередок із організації переліку контрольних та профілактичних заходів по боротьбі із захворюванням)	N (3 сайти)
Японія (Національний інститут інфекційних захворювань)	Pancorona, Spike
Німеччина (Клініка Шаріте)	RdRP, E, N, HKU
Гонконг	SAR ORF1b-nsp14, N
Таїланд (Національний інститут здоров'я)	N

Ймовірні шляхи розвитку пандемії, розробка новітніх заходів боротьби та наслідки розповсюдження коронавірусної інфекції медики та науковці роздивляються у наступних аспектах:

- набуття інфекції, що спричинює коронавірус групи SARSCoV-2, характеру епідемії із наслідками укорінення саме збудників в людській популяції. Існує припущення, що вірус буде мсутувати у бік посилення та протистояти йому на медичному рівні буде значно важче;
- за достатніх та продуманих умов створення вакцини інфекція може отримати статус вакцинокерованої;

– перехід епідеміологічного напрямку у сповільнений стан відповідного перебігу згідно світових масштабів, індивідуальних його областей;

– після глобального поширення ймовірний поетапний спад з одночасним поступовим зниженням біологічно активного потенціалу вірусу. З подальшим дієвим напрямком щодо втілення мінімізаційних напрямків від нової біозагрози нашій державі варто переглянути перелік заходів із протидії пандемії за настання ймовірного найнесприятливішого сценарію. Суворі епідеміологічні заходи мають вирішальне значення.

## **1.2 Специфічні особливості функціонування медзакладів вторинної ланки (приймального відділення) в умовах поширення COVID-2019**

«Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19 жовтня 2017 року ознаменував початок реформування національної системи охорони здоров'я: відповідно до пунктів 4 і 5 розділу IV «Прикінцеві та перехідні положення» Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», статті 22 Закону України «Про Державний бюджет України на 2020 рік», Бюджетного кодексу України Кабінет Міністрів України розпочав практичне втілення концепції, напрацьованої у Законі «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», із прийняттям Постанови № 1124 від 27 листопада 2019 р. «Порядок реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій у 2020 році» [26-28; 32-33].»

Отже, сучасна оновлена система фінансування носить актуальний характер, вкрай необхідний в умовах жорсткої боротьби із в умовах поширення COVID-19. Крім того, відповідно до оновлень, пов'язаних із запровадженням першого та другого етапів медичної реформи, створення госпітальних округів та госпітальних рад по всій території України надає додаткові можливості із створення досить потужної розгалуженої системи медичних установ у складі

медзакладів інтенсивного лікування першої та другої ланки надання спеціалізованого медико-діагностичного лікування, медичних закладів планового та відновного лікування тощо.

Приймальне відділення лікарні – це один з найважливіших підрозділів стаціонару, куди поступають споживачі медичних послуг, які потребують кваліфікованого обстеження та, в подальшому згідно протоколу, – цілодобового стаціонарного лікування. Але варто враховувати ту обставину, що станом на сьогодні в умовах пандемії захворюваності на коронавірусну інфекцію лікарняні ліжка в Україні заповнюються з великими швидкостями. Більшість лікарень переобладнані спеціально для приймання пацієнтів із COVID-19. Кількість звернень за медичною допомогою пацієнтів до Шосткинської ЦРЛ щорічно перевищує 50 тис. осіб, прийом здійснюється як за екстреними показаннями (більше 85% пацієнтів), так і в плановому порядку.

З урахуванням значних обсягів надання медичної допомоги в роботі приймального відділення в умовах протидії епідемії коронавірусу протягом березня-листопада 2020 року нами поступово був виокремлений перелік наступних недоліків та актуальних проблем:

- проблематичний й небажаний вимушений процес змішування потоків планових і екстрених пацієнтів, а також пацієнтів неврологічного та кардіологічного профілю, пацієнтів, що надходять по платних послуг із пацієнтами з підозрою на зараження COVID-19;

- неефективність прокладених маршрутизаційних і координаційних напрямків для споживачів медичних послуг: час початку надання медичної допомоги нерідко варіювався від 30 хвилин до трьох годин;

- відсутність необхідної кількості персоналу (в тому числі в приймальному відділенні), що впливає на повноцінність та якість виконання ним власних професійних обов'язків;

- підвищення фактору захворюваності серед працівників медзакладу через перевтому і надмірне навантаження, а також паралельно через нехтування

правила особистої безпеки через халатне використання засобів індивідуального захисту.

Відповідно до Наказу Міністерства охорони здоров'я України № 2122 від 17.09.2020 року «Про внесення змін до Стандартів медичної допомоги «Коронавірусна хвороба (COVID-19)» встановлюються наступні стандарти медичної допомоги «Коронавірусна хвороба (COVID-19)» [30]:

1. В закладах охорони здоров'я слід адаптувати та затвердити клінічні маршрути пацієнтів на усіх рівнях надання медичної допомоги (Рис. 1.2 додаток В). Медична допомога надається відповідно до визначення випадку захворювання на коронавірусну хворобу (COVID-19) (додаток Д).

2. Медичний працівник, що здійснив процедуру виявлення особи, яка згідно протоколу має відповідати обраному за симптоматикою випадку COVID-19:

– має здійснити реєстрацію виявленого випадку згідно форми вторинної обліково-статистичної документації № «060/о «Журнал обліку інфекційних захворювань»» та відповідно заповнити письмову форму вторинної облікової документації «№ 058/о «Екстрене повідомлення про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення», затверджені наказом Міністерства охорони здоров'я України від 10 січня 2006 року № 1, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 08 червня 2006 року за № 686/12560 (далі – ф. № 060/о та ф. № 058/о),» та відповідно здійснити інформування керівництва медичної організації з подальшою метою формування ефективного клініко-профілактичного спостереження, індивідуальності медичної допомоги та протиепідемічних заходів індивідуального рівня.

Як заявляє Прем'єр-міністр України Д. Шмигаль: «В країні наявні 12 тисяч ліжкомісць в інфекційних лікарнях, близько 2,5 тисяч інфекційних боксів, 1,5 тисячі лікарів, які працюють в цих закладах, близько 6 тисяч середнього медичного персоналу» [14]. Однак нами вбачається велика проблема у

поступовому перевищенні допустимого бар'єру хворих на коронавірусну інфекцію, тому завдання НСЗУ – швидко спрямувати фінансовий резерв до закладів вторинної медичної допомоги, де функціонують приймальні відділення є відділення інтенсивної терапії, реанімація, апарати ШВЛ тощо.

Протягом першої та другої хвилі запровадження медичної реформи спостерігаються трансформаційні зміни в системних процесах, а саме: укладення договорів із лікарями, внесення даних щодо медичного персоналу та обладнання, звіти, реєстрація на прийом, медичні записи, направлення. Всі вищезазначені зміни «переміщується у бік» електронного вигляду. Отже це сприяє додатковим можливостям НСЗУ отримувати та вносити до бази даних дані щодо наявного штату спеціалістів, функціонального обладнання та якості організації медичної допомоги в тому чи іншому медичному закладі. Відповідну інформацію установи мають надавати обов'язково у якості звітності та пропозицій.

Однак паралельно ми виявляємо проблему: модернізована система електронної звітності в галузі охорони здоров'я на жаль не готова й відповідно не функціонує на належному рівні, так як бракує додаткових освітніх курсів з метою оволодіння медичним персоналом навиків кодування, і це навіть не пов'язується із раптовим виникненням пандемії COVID-2019 (безумовно пандемія і без того ускладнила даний процес).

Крім того НСЗУ пропонує зробити окремий пакет послуг на лікування пацієнтів з COVID-19. Передусім на нього зможуть законтрактуватися заклади «вторинної хвилі», які визначені для прийому людей з коронавірусною інфекцією, але все гострішою стає проблема виявлення додаткових джерел фінансових ресурсів для протидії поширенню коронавірусу SARS-CoV-2 та перерозподілу відповідних, здебільшого доволі обмежених, фінансових і матеріальних ресурсів між різними суб'єктами, що беруть участь у протидії поширенню цього коронавірусу. Зазначені завдання почали виконуватися переважно за рахунок резервних фондів державної та місцевої влади,

спонсорської допомоги небайдужих громадян і благодійників – поки без внесення радикальних змін до державного та місцевих бюджетів [17, с. 80].

### **1.3 Особливості медичного менеджменту в період пандемії: світовий та вітчизняний досвід**

Сформулюємо перелік організаційно-правових, управлінських, менеджерських, медичних заходів, що застосовані країнами світу в якості боротьби із пандемією COVID-2019:

- (початкові заходи) відстеження контактів потенційних носіїв коронавірусної інфекції і доступність процедури тестування, вчасне інформування щодо збільшення ризиків із зараження COVID-2019, ізоляція хворих до спецзакладів, фізичне дистанціювання (початкові заходи);

- телемедицина, підвищення ефективності медичного менеджменту з метою побудови комплексного управління потоками пацієнтів, переформатування застарілих стандартних протоколів лікування з подальшим відтворенням дієвого механізму надання допомоги в «потрібних місцях»;

- підтримка на відповідному рівні мінімальних запасів засобів індивідуального захисту аптечними закладами, а також державними та приватними і фармацевтичними установами, залучення недержавного сектора господарського значення і вітчизняних підприємств до виробництва засобів індивідуального захисту, обладнання, надання в безоплатне користування автомобілем (переобладнаних в реанімобілі);

- створення взаємопов'язаних систем загальнодержавного та регіонального напрямку із ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій з метою подальшого забезпечення міжнародних координаційних напрямків, серед яких: створення механізму із централізації сортування хворих, застосування аналітичних даних з метою відстеження контактів тощо;

- надання додаткової технічної підтримці гарячій лінії з використанням

телемедицини, розробка додаткової схеми з надання надомної допомоги, дистанціювання (виділення в окрему групу) медустанов і карет швидкої допомоги, спрямованих на вдосконалення протиепідемічних заходів та надання медичної допомоги приймальним відділенням медзакладу вторинної ланки в осередку інфікування SARS-CoV-2, поширення «розвантажувальної» політики закладу з метою вивільнення додаткових місць відділення інтенсивної терапії для важкохворих споживачів медичних послуг.

– запровадження додаткових медичних курсів для всього кадрового складу кожної медичної установи (ЗІЗ і інфекційний контроль), крос-тренінги, зміна і продовження графіка робочого часу, здійснення чіткого перерозподілу переліку функціональних обов'язків, підвищення психологічного стану й збільшення відсотку стресостійкості, реєстри персоналу, упорядкування методики мобілізаційних медпрацівників з інших регіонів і країн, в тому числі із застосування телемедичних засобів.

У відповідному підрозділі нашою метою є не тільки зробити акцент на переліку всіх медико-організаційних та соціально-політичних заходах щодо подолання та попередження розповсюдження коронавірусної інфекції переважною кількістю країн світу, а ще й виокремити ефективні інноваційні напрямки в галузі медичного менеджменту для обрання в якості позитивного досвіду з метою подальшого подолання негативних наслідків пандемії в Україні

Відповідно до даних статистичного аналізу заражених на коронавірусну інфекцію станом на початок листопада заразилися інфекційною хворобою понад 4,5 млн. осіб, і, як зазначає статистика – майже пів мільйона осіб загинуло від цієї підступної хвороби.

У Сполучених Штатах за останні кілька днів жовтня (рис. 1.2) кількість інфікованих людей щодоби зростала приблизно на 50 тисяч. Загальна кількість американців, які захворіли, перевищує 7,6 млн [4].

Кількість інфікованих по днях

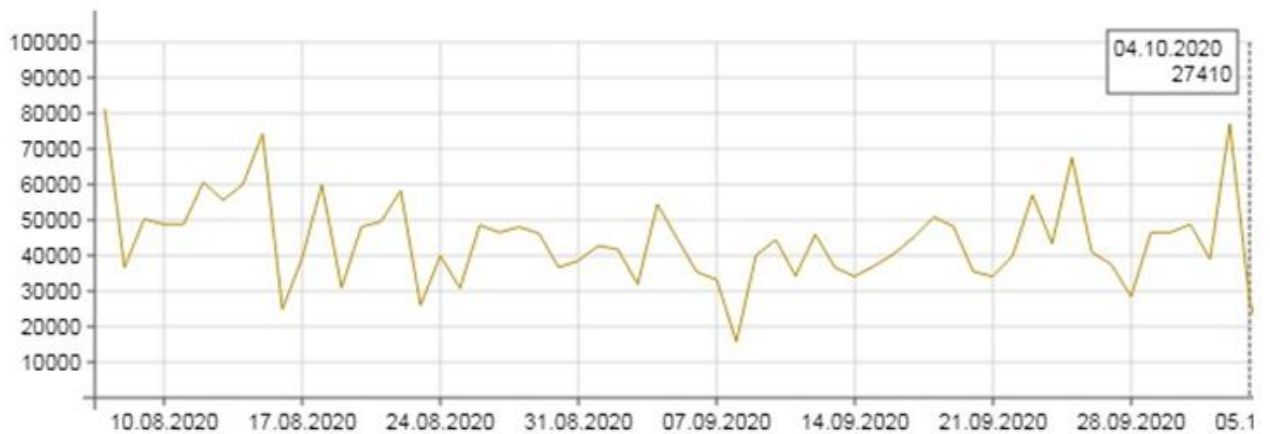


Рисунок 1.2 – Кількість інфікованих людей у США у 3-4 кв. 2020 року

**Джерело: [7]**

На сьогоднішній день США активно працюють над створенням інноваційних антикоронавірусних розробок, а саме: робиться акцент на розробці та грамотному тестуванні вакцини, а також розробка тестів, які беруть певну кількість слини або крові (їх можна проводити в домашніх умовах).

На нашу думку, на сучасному етапі кожній середньостатистичній українській сім'ї потрібен хоча б один-два примірники відповідного тесту, щоб у самотійних умовах діагностувати захворювання. Це надасть змогу суттєво розвантажити й без того перевантажені зміни лікарів, що чергують на «швидких», а також сформувавши можливість за браком ліжок-місць лікуватися амбулаторно.

Китай – це одна з найперших країн, що зіткнулася з пандемією COVID-19 і зазнала від неї найбільших втрат. Винайдення з подальшим запровадженням на практиці китайськими вченими та розробниками цифрових сервісів та платформ з метою моніторингу громадян зарекомендувало себе достатньо ефективно у процесі стримування поширення COVID-19.

Незважаючи на сумнівну з точки зору етики практику передачі особистої інформації хворого державі і іншим громадянам, подібні додатки можуть надати істотну підтримку всім зацікавленим сторонам, чи вони є громадянами, бізнес-суб'єкти або уряду. Моментальне відстеження симптомів захворювання і



попередження про самоізоляції за допомогою цифрових додатків істотно знижує швидкість поширення інфекції (див. рис. 1.3) – на графіку показано, що ефект від фізичного відстеження хворого та оповіщення контактували з ним осіб незначний, в той час як моментальне сповіщення і попередження про самоізоляції, можливе при використанні цифрових технологій, значно знижує ризику поширення захворювання [33].

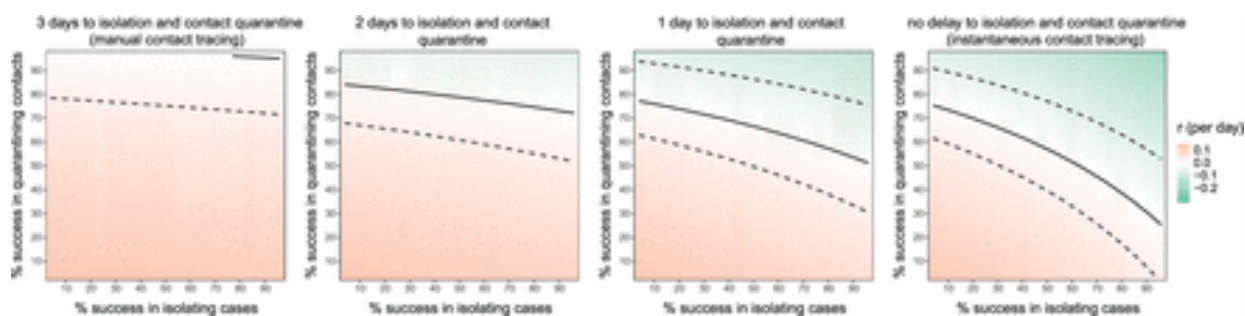


Рисунок 1.3 – Кількісна оцінка залежності застосування цифрових сервісів моніторингу та поширення COVID-19

Джерело: [33]

У січні 2020 року китайська компанії Qihoo 360 і NoSugar Tech створили платформу для мандрівників, побоюються в шляху контактів з хворими - доступ до неї можуть отримати користувачі 360 додатків, розроблених компаніями [44].

Вплив «ізоляційних», «ранніх карантинних» заходів на швидкість розповсюдження коронавірусної інфекції досліджується вченими та медиками у масштабній науково-аналітичній роботі [55], де чітко аргументований факт запровадження карантинних обмежень у 11 європейських країнах одночасно із розшифровкою отриманих статистичних даних збереження від 21 тис. до 120 тис. людських життів.

У Великій Британії спочатку, покладаючись на прогнози Імперського коледжу Лондонського університету, сподівалися, що ізоляція лише груп ризику та формування колективного імунітету дасть можливість утримати захворюваність під контролем. Однак невдовзі, після катастрофічного зростання кількості хворих, було запроваджено суворі карантинні заходи.

Подібна ситуація склалася і в Польщі, де послаблення карантину, запроваджене в перший тиждень квітня, погіршило ситуацію, хоча до того в країні доволі успішно контролювали COVID-19. Очевидно, що карантинні заходи мають продовжуватися (хоча, можливо, в дещо послабленому варіанті), щоб запобігти повторним спалахам у благополучних щодо захворюваності на COVID-19 регіонах [4].

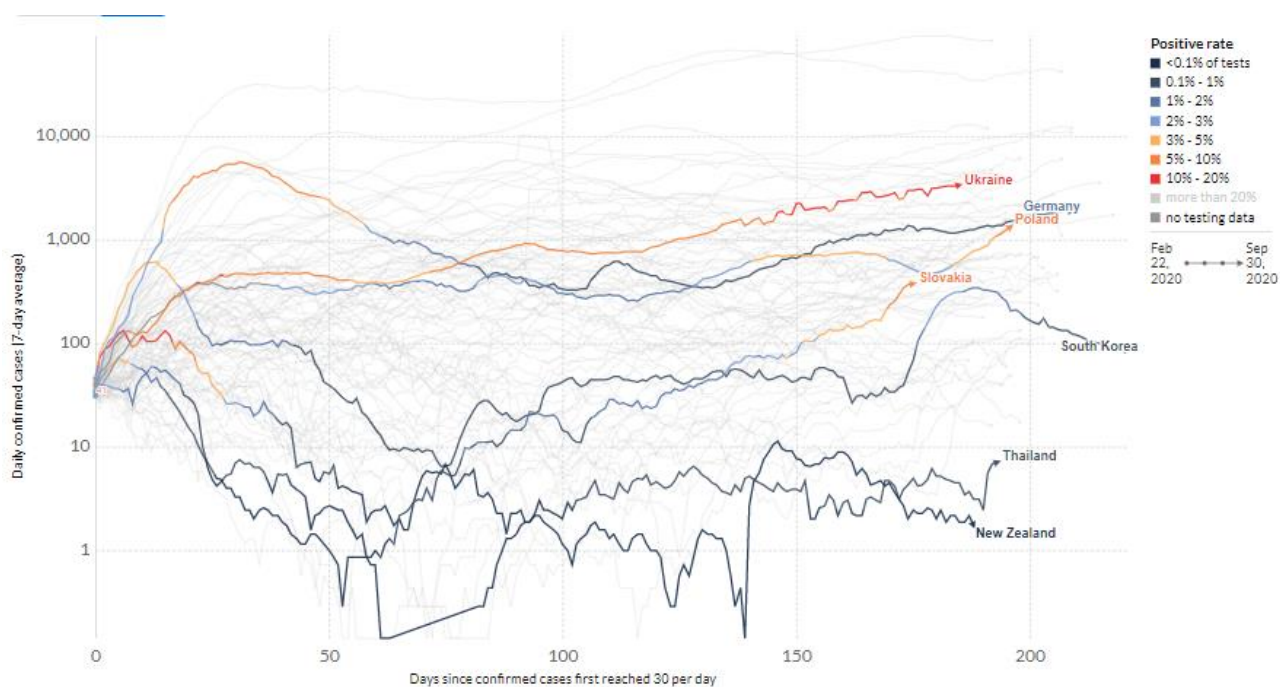


Рисунок 1.3 – Щоденні нові підтвержені випадки COVID-19 (негативні приклади і Україна)

**Джерело: [33]**

Безсумнівним позитивним досвідом є визнання за відповідним зверненням спілки лікарів Вищою медичною радою (Naczelna Rada Lekarska) Польщі захворювання, викликане вірусом SARS-CoV-2, професійним з подальшим включенням до списку професійних захворювань лікарів і стоматологів.

У зверненні медичні професори пояснюють, що «ризик зараження при виконанні професійних обов'язків набагато вищий серед лікарів і стоматологів, ніж в інших професійних групах», і збільшується ще більше, коли відсутні засоби індивідуального захисту [6, с.12].

Азіатські країни куди більш значно досягли успіху в боротьбі з

пандемією, в порівнянні з Європою і США, незважаючи на те, що епідемія почалася в Китаї, з яким країни Азії пов'язані набагато сильніше як в сфері торгівлі, так і в сфері подорожей [8].

Досвід азіатських країн навіть зараз може допомогти США і Європі скоротити число жертв пандемії. Наведемо дані порівняльної таблиці 1.3 між країнами Європи та Азії за 4 основними показниками (за даними на 10 листопада):

Таблиця 1.3

Країна	Кількість заражень на 1 млн. населення	Кількість смертей на 1 млн. населення	Кількість тестів на 1 млн. населення	Зміни споживацької активності в секторі ретейла (за даними Google)
<b>Східна Азія</b>				
Китай	57	2	--	--
Гонконг	125	0.5	12900	-35%
Японія	31	0,7	437	-26%
Южная Корея	202	4	9310	-19%
Сингапур	253	1	11110	-28%
Тайвань	16	0,2	1709	09%
В'єтнам	3	0	1093	-52%
<b>Західна</b>				
Германія	1285	24	10962	-77%
Італія	2243	283	12495	-94%
Іспанія	3456	9876	14567	-80%
Швеція	762	59	5416	-24%
Великобританія	814	91	3929	-85%
США	1191	38	6228	-47%

За даними таблиці спостерігаємо істотну перевагу числа підтверджених випадків і відповідної кількості смертей на 1 млн європейського населення і населення США відповідно [8].

Ми не можемо спиратися тільки на той факт, що дійсно азіатські країни здатні до систематичного пропуску реальних випадків захворювання на коронавірусну інфекцію, беручи до уваги число тестів в розрахунку на 1 млн населення, що має майже однаковий числовий показник в обох регіонах.

Відмінності між регіонами з точки зору споживчої активності не відображають того, що масштабні карантини, введені в Азії, були більш жорсткими. Зниження активності в ритейлі до звичайного рівня життя

виявилось значно менше для азіатських країн [54].

З метою підведення підсумків щодо отриманих відмінностей між двома регіонами ми можемо брати до уваги основні чотири причини:

– урядова політика азійської влади, а також менеджмент надання послуг у галузі охорони здоров'я виявилися більш ефективними та вже напрацьованими, беручи до уваги попередній досвід атипової пневмонії 2003 року, а також боротьбу з періодичними спалахами лихоманки денге;

– максимально оперативна реакція азійських країн з моменту фіксування появи та розповсюдження нової коронавірусної інфекції, а також відображення новин у ЗМІ: масове тестування, закриття суспільних закладів, підвищення професійної освіти лікарів, закриття кордонів, відстеження переміщення заражених і контактних тощо;

– висока усвідомленість, відповідальність: сумлінне ставлення громадськості азійських країн щодо великого ступеню небезпеки, пов'язаного із розповсюдженням COVID-2019.

– запровадження заходів із масштабного скринінгу населення під час перебування у громадських місцях в Азії, застосовуючи вимір показників температури тіла.

Отже, з метою протистояння пандемії, викликаній поширенням коронавірусу SARS-CoV-2, урядом переважної більшості країн світу було запроваджено сукупність карантинних обмежень державного та транснаціонального рівнів.

В особливих умовах опинились світові системи охорони здоров'я, яким прийшлося проходити випробування на міцність у зв'язку з надмірним навантаженням за рахунок експонентно зростаючої кількості хворих. Поряд з проблемою забезпечення доступної медичної допомоги цим пацієнтам гостро постало питання збереження здоров'я і працездатності медичних працівників. Зокрема, в Україні, за оперативною інформацією МОЗ України, близько 20,0 %

випадків серед усіх підтверджених випадків захворювання на COVID-19 зареєстровані у медичних працівників [5].

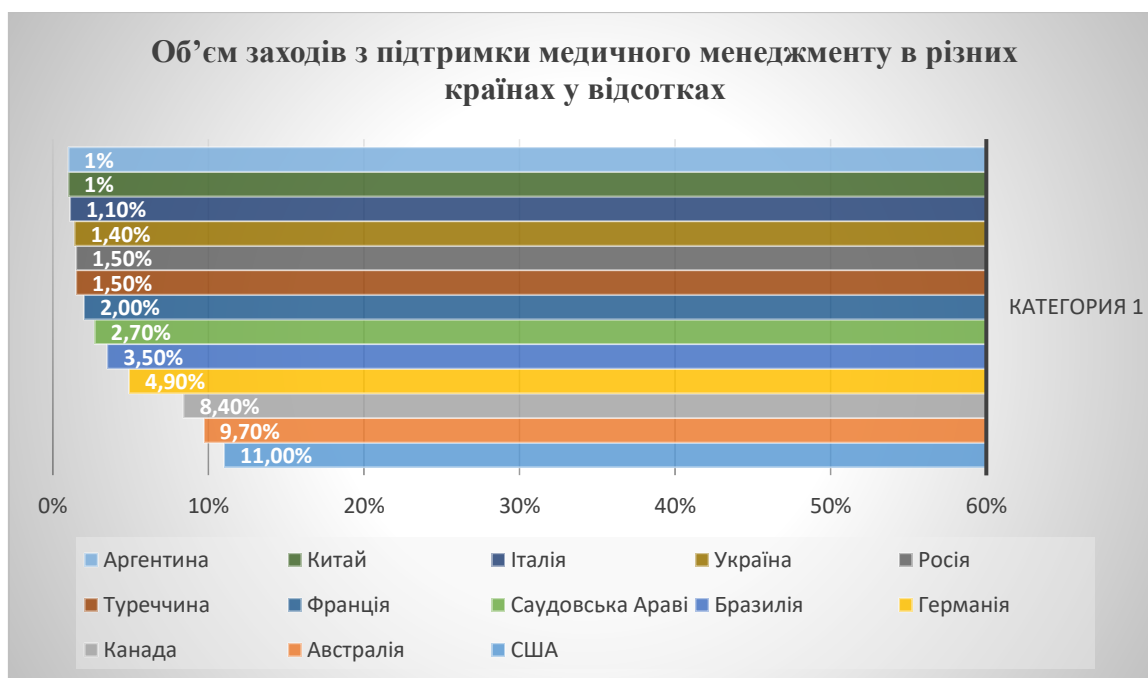


Рисунок 1.4 – Об'єм заходів з підтримки медичного менеджменту в різних країнах світу у відсотках

**Джерело: [8]**

Отже, підсумовуючи вищезазначене, констатуємо, що у відповідь на пандемію, спричиненої поширенням коронавірусної інфекції COVID-19 уряди більшості країн світу запровадили перелік суспільно-економічних, адміністративно-правових, організаційних заходів, а саме:

- запровадження надзвичайного стану в цілому у більшості країнах або обмеження вибірково («карантин вихідного дня», часові обмеження протягом доби тощо) – Китай, США, Італія, Іспанія, Німеччина, Чехія, Польща, Латвія, Естонія, Угорщина, Болгарія, Японія, Південна Корея, країни Сходу тощо;

- введення в дію на всіх територіях держав майже заходів санітарно-епідеміологічної профілактики (карантинні зони, температурний скринінг, зменшення кількості масових заходів, закриття спортивних закладів та установ громадського харчування);

- встановлення обмежень, пов'язаних із проходженням процедури виїзду/в'їзду до країн та пересування на території країни;

- посилення ролі публічного управління в умовах надзвичайного стану;
- різке падіння суспільно-економічної активності через сукупність встановлених карантинних обмежень.

### **Висновки до розділу 1.**

1. Під час розгляду питання походження та будови вірусу SARS-CoV-2, шляхів інфікування, особливостей перебігу захворювання, діагностики COVID-19, формування імунітету проти SARS-CoV-2, створення вакцини тощо приходимо до висновку актуальності розробки удосконаленої фармацевтичної, нормаативно-правової, управлінської, галузевої національної політики.

2. Встановлено, що в сучасних умовах боротьби з епідемією гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, перед закладами вторинної медичної допомоги гостро постало питання із вирішенням актуальних проблем управлінсько-організаційного, нормативно-правового, фінансово-господарського, операційно-технологічного, кадрового напрямків. Існує необхідність оновлення системи менеджменту з надання медичної допомоги приймального відділення закладів вторинної медичної допомоги.

3. Зважаючи на світовий досвід боротьби із пандемією COVID-2019 українському уряду необхідно переглянути стратегічні засади управління ризиками в напрямках удосконалення управління медичним закладом у зв'язку зі значним ускладненням епідемічної ситуації, яке може утримуватись тривалий період часу.

## **РОЗДІЛ 2 ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ НАДАННЯ МЕДПОСЛУГ ПРИЙМАЛЬНИМ ВІДДІЛЕННЯМ МЕДЗАКЛАДУ ВТОРИННОЇ ЛАНКИ В УМОВАХ ПРОТИДІЇ ЕПІДЕМІЇ КОРОНАВІРУСУ НА ОСНОВІ УДОСКОНАЛЕННЯ МЕНЕДЖМЕНТУ МЕДИЧНИМИ ЗАКЛАДАМИ**

### **2.1 Оцінка готовності та надання медичної допомоги приймальним відділенням медзакладу вторинної ланки в осередку інфікування SARS-CoV-2**

Відповідно до Закону України від 30 березня 2020 р. № 539-IX «Про внесення змін до деяких законів України щодо забезпечення лікування коронавірусної хвороби (COVID-19)», а також Постанови Кабінету Міністрів України від 11 березня 2020 р. «Про запобігання поширенню на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2», процес підготовки і оцінку готовності медзакладу вторинної ланки в осередку інфікування SARS-CoV-2 можна згрупувати в наступні блоки [28; 32;34-35]:

- створення ключової команди відповідальних осіб і методології внутрішніх і зовнішніх комунікацій;
- ресурси і приміщення;
- захист даних і обмін інформацією;
- засоби індивідуального захисту, дезінфекція та утилізація відходів;
- сортування, правило першого контакту і розстановка пріоритетів.

#### **Вимоги щодо створення ядра команди (командного штабу) [26]:**

Команда включає адміністрацію, команду, що відповідає за контроль інфекцій (епідеміологи та інфекціоністи), експертів в області інтенсивної терапії, променевої діагностики, лабораторної служби, в області клінічної фармакології, службу режиму, охорону, транспорт тощо. При необхідності підключаються консультанти. Для цієї команди необхідно виконати наступні пункти [26]:

- розподіл і чітке розуміння ролей;
- чітка ідентифікація контактних даних та порядку комунікації;
- розподіл функцій прописано в конкретному документі і всіма прочитано і прийнято; визначено місце і час, в який спосіб ця команда проводить регулярні зустрічі;
- визначено порядок документування всіх рішень і результатів діяльності (протоколи, чек-листи, накази, порядки та ін.);
- визначені і прописані відповідальні за кожну ділянку роботи з інфекцією (адміністрація, управління сестринським персоналом, управління реанімаціями, контроль біобезпеки, інженерна служба, лабораторія);
- визначено порядок лабораторної діагностики COVID-19. При використанні локальної лабораторії визначені процедури взяття біоматеріалу;
- визначено порядок взаємодії служби променевої діагностики. порядок транспортування, графік роботи, порядок надання висновку, стандартна форма укладення, порядок виконання досліджень у відділенні інтенсивної терапії.

Таблиця 2.1 – Запобіжні заходи та засоби індивідуального захисту персоналу. Класифікація комплектів за ступенем захисту

Заходи	Миття рук	рукавички / подвійні рукавички	Хірургічна маска	Маска (респіратор) №95 або №99	Захисний екран або окуляри	PARP система	Хірургічна шапочка	Бахіли
Стандартні Комплект 1		X		X				
Спеціальні для захисту від контактної і повітряно-краплинної шляхів передачі комплект 2		X		X	X		X	
Спеціальні для захисту від аерозолів ** комплект 3		X		X	X		X	



Таблиця 2.2 – Лабораторні дослідження для діагностики COVID-19 відповідно до Методичних рекомендацій МР 3.1.0169-20 від 30 березня 2020 року

Метод	Контактні і мед. персонал з груп ризику	Контактні з симптомами ГРІ	Групи ризику за віком і хронічним захворювань при наявності симптомів ГРІ	Неконтактний пацієнт з симптомами ГРІ
ПЦР-діагностування	У день звернення і на 10-12 день спостереження; 1 раз в 7 днів (мед. персонал)	У день звернення і на 10-12 день	У день звернення і на 10-12 день	Одноразово при зверненні за рішенням медичного працівника

#### **Організаційні питання постачання [36]:**

- відпрацьована процедура закупівель для придбання необхідних матеріалів та витратних матеріалів в найкоротші терміни;
- визначено альтернативні постачальники, якщо в основних постачальників закінчатся запаси (особливо для засобів індивідуального захисту (ЗІЗ)).

#### **Готовність персоналу (людські ресурси) [36]:**

- проведено оцінку потенційної навантаження на медичних працівників для сортування, КТ, відділення інтенсивної терапії, лабораторії і відділень, де будуть розміщені пацієнти;
- оцінено навантаження працівників, які не є медичними працівниками (Наприклад, адміністрація, прибиральники і т.д.);
- кадровий потенціал оцінений з урахуванням ризику лікарняного листа через хворобу або необхідності догляду за хворими людьми на дому, ризику виходу на карантин;
- створено механізм контролю за відсутністю персоналу в щоденному режимі і контрольних обстежень;
- встановлено порогові значення, які призводять до перерозподілу

персоналу або залучення нових співробітників з числа резерву;

- створено психологічна підтримка медичних працівників;
- існує команда для забезпечення безпеки пацієнтів, персоналу та відвідувачів, а також ключових поставок;
- існує план загальної і спеціальної підготовки персоналу, включаючи плани регулярного поновлення навчальних програм для поновлення процесів і підготовки нових співробітників до їх прибуття або відразу ж після прибуття;
- розроблено навчальні / інформаційні матеріали: всі працівники (медичні та немедичні) проінформовані і навчені за вказаними темами відповідно;
- медичні працівники пройшли навчання з метою мінімізації специфічних ризиків, пов'язаних з управлінням підозра чи підтвердження COVID-19 у пацієнтів;
- немедичні працівники пройшли навчання з метою мінімізації специфічних ризиків, пов'язаних з їх роботою, зокрема, з прибирання територій, зайнятої пацієнтами з підозрою або підтвердженням COVID-19;
- співробітники, які повинні носити ЗІЗ, пройшли навчання щодо його використання і знають документи, що визначають процедури їх використання.
- оцінено потреба в ЗІЗ.

Таблиця 2.3 – Маршрутизація пацієнтів з приймального відділення (рішення приймається за гіршим показником)

Фізіологічні параметри	3	2	1	0	1	2	3
Сатурація, SpO2 (без ХОХЛ)	≤91	92-93	94-95	≥96			
Сатурація, SpO2 (пацієнти зХОХЛ)	≤83	84-85	86-87	88-92 ≥93	93-94 на диханні і киснем	95-96 на диханні і киснем	≥97 на диханні киснем
ЧДР, в хвил	≤8		9-11	12-20		21-30	≥30
Додатковий кисень	>6 л/хв	Так	Ні	Ні	Ні	Ні	

Температура, оС	≤35,0		35,2-36,0	36,1-38,0	38,1-39,0	≥39,1	
САД, мм рт.ст	≤90	91-100	101-110	111-219			≥220
ЧСС, уд/хв	≤40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥131
Рівень притомності	Оглушення Сопор Кома			Притомний			Оглушення Сопор Кома

	Госпіталізація на ліжку без кисню
	Госпіталізація на ліжку без кисню
	Госпіталізація на ліжку з киснем
	Госпіталізація в ВРІТ

### **Основні завдання приймального відділення (ПВ) [39]:**

1. Обмеження поширення інфекції і захист персоналу.
2. Первинна сортування пацієнтів – за ймовірністю наявності COVID-19 і за тяжкістю перебігу захворювання.

### **Основні принципи роботи:**

#### **1. Організація кадрового складу [39]:**

- рекомендується організувати роботу персоналу вахтовим методом. Виключено перетин персоналу при передачі зміни. Організовані окремі маршрути для тих, хто йде на роботу, і тих, хто йде з роботи (при перезміні);
- кількість персоналу, що працює одночасно в зоні зараження, повинна бути строго обмежена і продиктована доцільністю і рівнем навантаження;
- оптимальним є стабільний склад бригад, які мають навички спільної роботи, високий рівень розуміння і сприятливий психологічний клімат в колективі;
- розрахунок числа співробітників, що вимагається для роботи на первинному сортуванні і прийомі хворих, слід виробляти з того, що безперервна робота в зоні зараження в повному комплекті ЗІЗ не повинна перевищувати 4 годин;
- загальний час роботи – не більше 12 годин, включаючи 1 годину

відпочинку і прийому їжі. Співробітники однієї зміни приходять на робоче місце і залишають його одночасно. Вихід співробітника за межі ПВ вимагає проходження санпропускника, повної зміни ЗІЗ;

– мінімальним складом бригади є два лікаря, дві медичні сестри, один реєстратор і один співробітник, який здійснює дезінфекцію.

**2. Родичі/супроводжуючі** до ПВ не допускаються. Всі оригінали документів, які передані для копіювання, повертаються родичам в одноразовому поліетиленовому пакеті або залишаються на зберігання в ПВ в спеціально відведеному місці. Всі документи підлягають дезінфекції (кварцування).

**3. Маркування.** Для зручності роботи і прискорення бізнес-процесів всі працюючі в зоні повинні мати маркування (колір халата або інші помітні відмітні знаки – лікар, медична сестра, реєстратор, клінінгові співробітники).

**4. ЗІЗ.** Залежно від функціоналу персонал може мати різні рівні захисту. У більшості випадків – це комплект ЗІЗ2 (хірургічна маска, хірургічних халат, рукавички, захист очей і шапочка). Персонал одягнений в медичний одяг, яка також після зміни піддається дезінфекції та прання. Вхід в зону зараження в особистому одязі, за винятком нижньої білизни, заборонений.

**5. Дотримання дисципліни.** У зміні призначається старший по зміні, який керує всією роботою і приймає рішення – відповідальний черговий. Усі інші члени бригади неухильно дотримуються його команди і доручення.

У зміні призначається людина, яка відповідає за дотримання заходів безпеки. Можливе використання відеофіксації і віддаленого спостереження. при фіксації порушень правил ізоляції (розгерметизація захисту особи і можливість прямого попадання вірусу в ВДП, дії, спрямовані на підвищення ризику зараження інших членів бригади, грубі порушення дисципліни), дане порушення фіксується письмово. Такий співробітник вважається контактним, відсторонюється від роботи після закінчення зміни і підлягає ізоляції згідно з чинними в організації правилами і розпорядженням.

**6. Переміщення персоналу по ПВ.** В організації повинні бути ретельно заздалегідь продумані і намальовані у вигляді зрозумілої схеми, яка доступна всім членам бригади для огляду, все типові переміщення в зоні ПВ, такі як – зона огляду пацієнтів, зона обладнання для обстежень, зона взяття і зберігання біоматеріалу, зона роботи з документами). Маршрути пересування в ПВ пацієнтів/персоналу повинні забезпечувати мінімум близьких контактів і переміщень і мінімум співробітників, які контактують з пацієнтом.

**7. Дезінфекція.** В організації повинен бути розроблений і затверджений протокол дезінфекції ПВ. Дезінфекція повинна бути поточною і після закінчення кожної зміни. Дезінфекції підлягають всі предмети, які контактують з пацієнтом після кожного використання. Клінінговий персонал повинен бути в ЗІЗ (маска, халат, рукавички, екран / окуляри). Комп'ютери, клавіатури і інша техніка обробляється антисептиком не рідше 1 разу на годину. Термометрія, пульсоксиметр, фонендоскоп (після кожного використання обладнання підлягає обробці серветками з антисептиком).

**8. Зв'язок.** Зв'язок між персоналом ПО і іншою частиною стаціонару, а також із зовнішніми особами, може здійснюватися або із застосуванням гарнітури hands free або за допомогою рацій. Всі засоби зв'язку підлягають поточної дезінфекції і повної дезінфекції після закінчення зміни.

**9. Документація.** Оптимальним є ведення електронної. Оптимальним є ведення електронної історії хвороби, в якій попередньо створені поля для заповнення даних опитування, чек-листів та інші строго стандартизовані документи, такі як: протокол клінічного огляду, заповнення шкал ризику, формалізований протокол КТ, рентгенівського дослідження, небажано використання паперових носіїв. Всі документи, отримані від хворого, скануються і підключаються до історії хвороби. Якщо в організації немає можливості вести електронну історію, то паперова історія, оформлена в ПО, повинна зберігатися в ізольованому місці в брудній зоні і піддаватися дезінфекції (кварцування) перш ніж бути переданою на віддалення для зниження

ризик передачі вірусу.

**10. Комунікація** між службами, які беруть участь в прийнятті рішень (приймальне відділення, ВРІТ, стаціонарні відділення, інфекціоніст, пульмонолог, інші фахівці, адміністрація), повинна здійснюватися за заздалегідьпрописаному механізму для економії часу. Рекомендується використовувати аудіо-, відеозв'язку. Порядок обстеження пацієнта і його подальше транспортування здійснюється за заздалегідь визначеними протоколами. Рішення про відхилення від протоколу приймає відповідальний черговий по зміні.

**11. Місця огляду пацієнтів.** Для огляду і обстеження пацієнтів оптимальними є ізольовані приміщення, з закритими дверима, ідеально з витяжкою з негативним тиском (бокси). Всі пацієнти перебувають у масках.

**12. Пацієнти в критичному стані,** які потребують процедури з високим ризиком утворення аерозолів, повинні бути розміщені в ізольованому приміщенні з витяжкою з негативним тиском, фільтрацією повітря.

**13. Забір матеріалу для аналізу** на інфекцію COVID-19 (мазки з носу і ротоглотки) повинні в ідеалі проводитися в окремій кімнаті із закритою дверима. Рівень захисту персоналу ЗІЗ [36].

**14. Збір і знищення відходів.** Всі відходи в зоні ПВ збираються в окремі пакети як відходи класу В і знищуються згідно з правилами в конкретній організації. Відходи збираються на знищення після закінчення кожної зміни [36].

Приблизний чек-лист по оцінці готовності ПВ до початку прийому пацієнтів – таблиця 2.4 [Додаток А].

Таким чином, підбиваючи підсумок, ми можемо наголосити на доцільності розроблення національної антикризової програми, що включає оновлену систему менеджменту з надання медичної допомоги хворим на коронавірусну інфекцію приймальним відділенням медзакладу вторинної ланки, спрямованої на подолання негативних наслідків, спричинених

пандемією COVID-2019, в якій враховано більшість заходів соціально-управлінської підтримки, які, на нашу думку, максимально прийнятні на практиці в процесі виконання саме для України [36].

## **2.2 Аналіз показників ефективності якості надання медичної допомоги приймальним відділенням медзакладу вторинної ланки (ЦРЛ м. Шостки) в умовах протидії епідемії COVID-2019**

Інфекційне відділення є структурним підрозділом Шосткинської ЦРЛ, що здійснює забезпечення спеціалізованої стаціонарної медичної допомоги хворим різного ступеню тяжкості на інфекційні захворювання. Інфекційне відділення ШЦРЛ розміщене в окремому пристосованому приміщенні з відведеною територією, значно віддаленішою від центру міста. Відділення розраховане на 25 ліжок, що розташовані в 15 палатах по групах: кишкова група; крапельна група та боксове відділення у випадку ОНІ. **Відділення включає:** приймальне відділення, палати для роздільної госпіталізації хворих; кабінет завідуючого; ординаторську; кабінет старшої сестри медичної; пост сестри медичної; маніпуляційний кабінет; оглядову; комору для зберігання білизни; кімнату роздачі їжі пацієнтам.

Керівництво відділення здійснюється кваліфікованим фахівцем – Тупіковою Т.В., яка має стаж роботи більше 25 років і має вищу кваліфікаційну категорію, має досвід адміністративної роботи з питань діагностики, лікування інфекційних захворювань у дорослих та дітей.

Ми поставили задачу здійснити моніторинг роботи приймального відділення інфекційної лікарні для отримання подальшого висновку щодо доцільності переобладнання додаткових приміщень під місця лікування хворих на коронавірусну інфекцію. Отже, в ході моніторингу нами було відстежено, здійснено контроль з подальшим аналізом показників динаміки статистичних показників по захворюваності, смертності та одужанню населення м. Шостки та

Шосткинського району від COVID-19 (рис. 2.3.); динаміки зайнятості ліжкового фонду інфекційного профілю ШЦРЛ (рис. 2.1).

Додатково хочемо наголосити, що здійснений моніторинг кількості вільних ліжок для хворих з підозрою на COVID-2019, в тому числі реанімаційних у інфекційному відділенні, виявив: недостатню кількість ліжка-місця; наявність об'єктивних та суб'єктивних гальмівних процесів, пов'язаних із відкриттям додаткових інфекційних ліжок; передачу недостовірної інформації щодо наявної структури ліжкового фонду приймального відділення, дообладнаного відповідно інструкції з метою надання медичної допомоги пацієнтам з коронавірусною інфекцією.

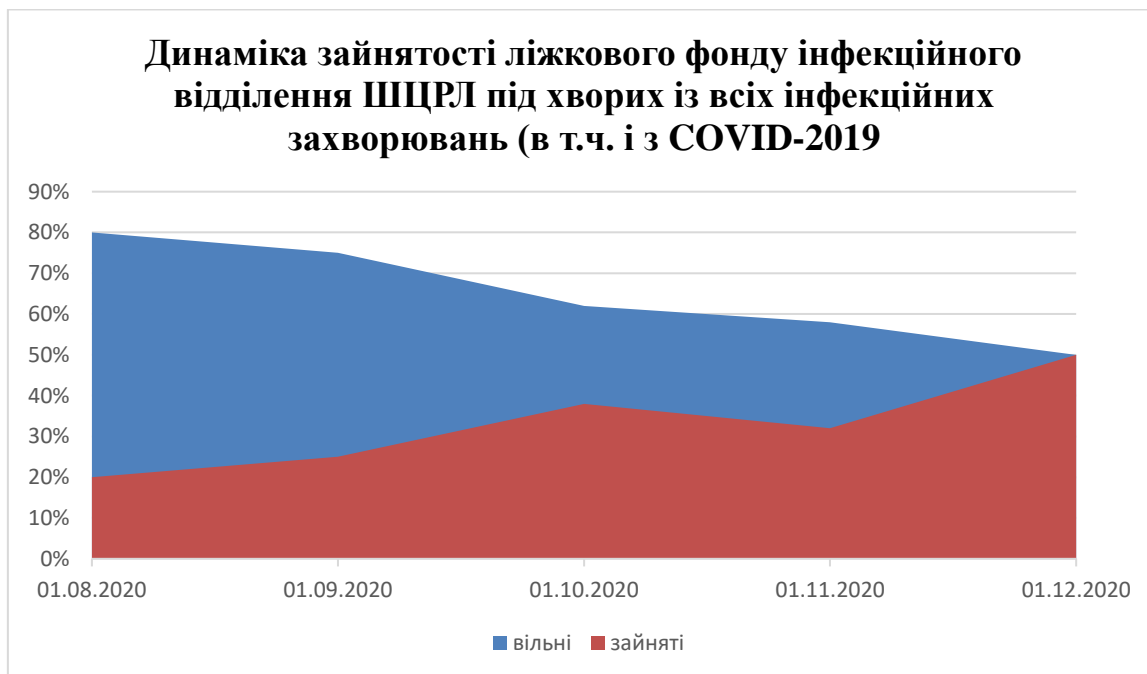
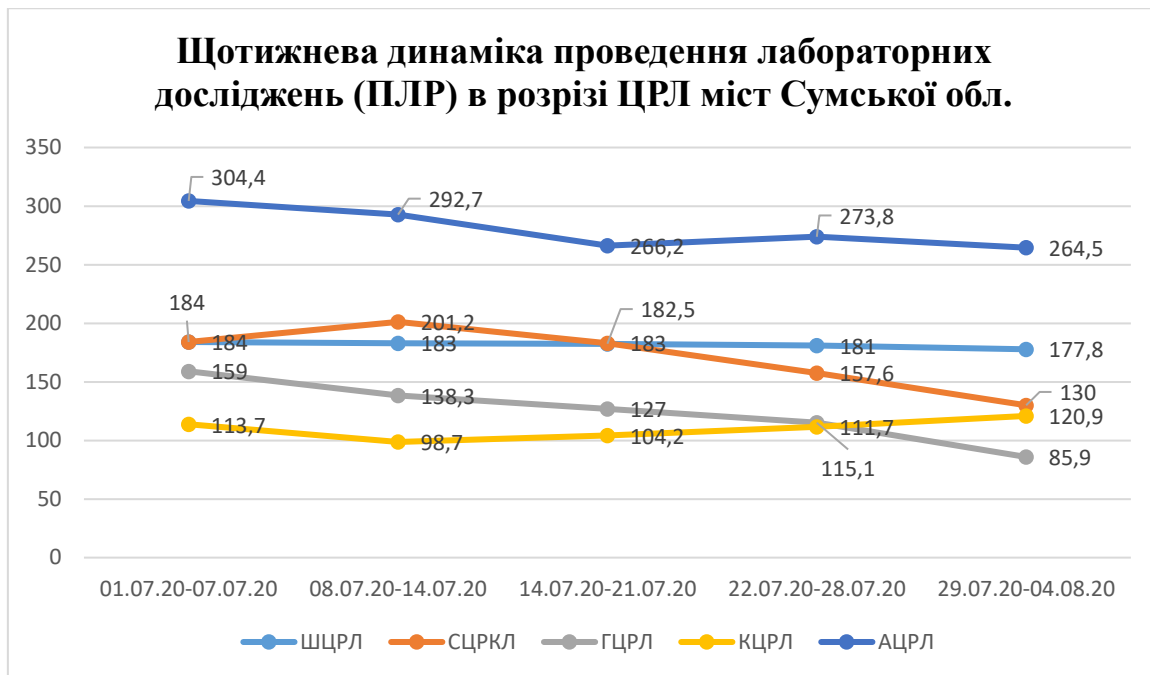


Рисунок 2.1 – Динаміка зайнятості ліжкового фонду інфекційного відділення ШЦРЛ під хворих із всіх інфекційних захворювань, в т.ч. з COVID-2019

Отже на рис. 2.1. ми бачимо, що протягом останніх п'яти місяців кількість вільних місць у інфекційному відділенні ШЦРЛ скоротилась з 80% до 40 % (включаючи і захворювання COVID-2019). Відповідно частка з 40% вільних місць для пацієнтів, заражених на коронавірусну інфекцію буде становити не менше 20%.





	Шосткинська ЦРЛ
	Сумська ЦРКЛ
	Глухівська ЦРЛ
	Конотопська ЦРЛ
	Ахтирська ЦРЛ

Рисунок 2.2 – Щотижнева динаміка проведення лабораторних досліджень (ПЛР)

Відповідно з рис. 2.2. спостерігаємо порушення в регламенті проведення тестування (ПЛР). Моніторинг термінів очікування на результативність показників ПЛР-досліджень виявив значне збільшення термінів у виконанні лабораторних досліджень біологічного матеріалу щодо виявлення COVID-19, а саме: під час передачі результатів лабораторних досліджень на COVID-19 з приймального відділення інфекційного філіалу ШЦРЛ, що відповідно спрямовували проби, встановлено недостатню кількість реактивів в лабораторіях медичних організацій. Недостатній відсоток вірогідності висновків ПЛР-досліджень було виявлено в ході моніторингу результатів проведення тестування лабораторних досліджень біологічного матеріалу на наявність COVID-19. Так, в Шосткинському районі за період з 01.10.20 року по 01.11.20 року в ряді лабораторій відсоток підтверджених при вірусологічній лабораторії проб становить до 40%.

### Структура кодів остаточних патологоанатомічних діагнозів згідно з МКБ-10

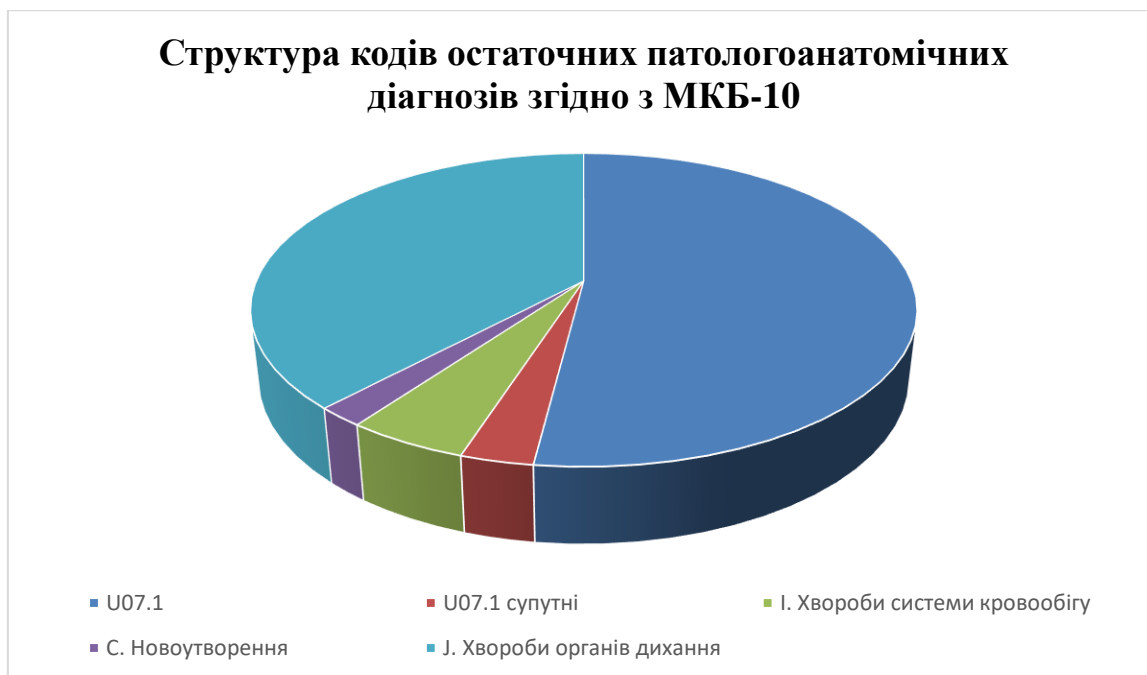
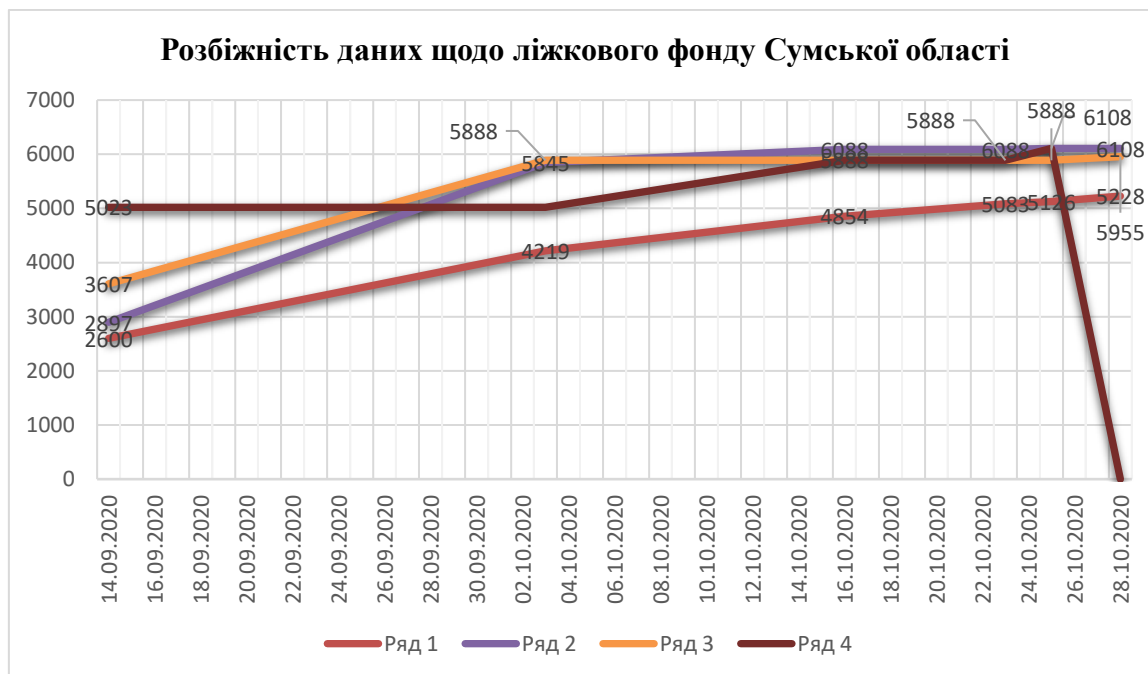


Рисунок 2.3 – Структура кодів остаточних патологоанатомічних діагнозів по МКБ-10

В ході дослідження було виявлено, що хворим, які померли у ШЦРЛ, неперефільованих під COVID-19, у 69% встановлювався кінцевий патологоанатомічний висновок, що був безпосередньо пов'язаний із хворобами системи кровообігу, і лише в 13% випадках – діагноз «COVID-19». Згідно отриманих даних, наведених на рис. 2.3 спостерігаємо, що 5% померлих хворих на перепрофільованих ліжках під коронавірусну інфекцію, відповідають діагнозам, пов'язаних з психо-соматичними розладами і зовнішніми причинами смерті, що є недопустимим в медичних установах відповідного напрямку. Аналізуючи дані діаграми 2.3, робимо висновок, що основною причиною смерті пацієнтів (52%) на перепрофільованих ліжках під COVID-19 став діагноз «нова коронавірусна інфекція», а в 3% випадках постановка відповідного діагнозу визнається як супутньою.

На території декількох центральних районних лікарень (м. Конотоп, м. Глухів, м. Ромни, м. Ахтирка) були проведені позапланові перевірки Держпродспоживслужбою, в ході яких виявлені не тільки дефекти в організації надання медичної допомоги споживачам медичних послуг з підозрою або

підтвердженою нової коронавірусної інфекцією (COVID-19), а й розбіжності у статистичній інформації, що має щомісячно надаватися до національної статистичної інформаційної системи, зокрема, інформації щодо наявного фонду ліжко-місця.



	<b>Накази МОЗ</b>
	<b>Данні ІЦК</b>
	<b>Дані МОЗ</b>
	<b>Дані Держпродспоживслужби</b>

Рисунок 2.4 – Розбіжність даних щодо ліжкового фонду Сумської області

Отже, беручи до уваги статистичні показники поширення коронавірусної інфекції серед жителів Сумської області, м. Шостки та Шосткинського району, керівництво ШЦРЛ прийняло рішення щодо перепрофілювання непрофільного установи, а саме ЛОР-відділення з подальшою метою надання медичної допомоги хворим з підтвердженим діагнозом COVID-19 або з підозрою на нову коронавірусну інфекцію COVID-19. Відповідний проект можливий за умов додержання наступних етапів:

- I етап – формування робочої групи;
- II етап – здійснення додаткового обстеження щодо статистичних показників;

- III етап – розробка плану заходів з подальшою поетапною постановкою завдань із відповідними термінами щодо виконання відповідальними особами;
- IV етап – запровадження на практику сукупності сформованих заходів згідно плану і адміністративного контролю;
- V етап – оцінка готовності установи до надання медичної допомоги пацієнтам з підтвердженим діагнозом нової COVID-19 або з підозрою на нову коронавірусну інфекцію COVID-19 в приймальному відділенні.

При цьому варто враховувати наявність епідемічної ситуації на ділянці, в залежності від змін якої можуть виникнути необхідність у відповідних змінах щодо маршрутів хворих з формуванням в найкоротший строки на базі перепрофілюваного ЛОР-відділення нових підрозділів, на які покладені відповідні функції у подальшому вирішенні переліку поставлених завдань.

Крім того під час перепрофілювання непрофільного відділення під приймальне (стаціонарне) під хворих із підозрою на коронавірусну інфекцію, було забезпечено взаємодію з Головним управлінням Держпродспоживслужби між групами фахівців, задіяних в заходах щодо перепрофілювання, налагоджений оперативний контроль за виконанням плану заходів.

Таблиця 2.5 – Таблиця Цілепокладання по системі SMART

<b>Таблиця Цілепокладання по системі SMART</b>	
<b>МЕТА: Перепрофілювання ЛОР-відділення ШЦРЛ на роботу з пацієнтами з новою коронавірусною інфекцією COVID-19</b>	
S (Specific)	Конкретна: Перепрофілювати вузькопрофільний стаціонар під роботу з COVID
M (Measurable)	Вимірна: Підготувати і відкрити 58 ліжок для роботи з пацієнтами з COVID
A (Achievable)	Досяжна: Мобілізувати всі людські, технічні, організаційні ресурси
R (Relevant)	Актуальна: Забезпечити прикріплений контингент ліжками для лікування хворих
T (Time-bound)	Обмежена: В часі провести перепрофілювання лікарні протягом 5 діб

Під час експерименту управлінський апарат ШЦРЛ зазнав відповідного

поділу на п'ять оперативних груп: **медичну; кадрову; інформаційно-звітну; фінансово-економічну; адміністративно-господарську.**

Групи тісно взаємоділяли між собою згідно всіх сформованих керівництвом напрямкам (рис. 2.5). З метою профілактики поширення інфекції, спричиненої поширенням коронавірусної інфекції SARS-CoV-2, взаємодія планується здійснювалося (а за деякими показниками вже практикувалась із позитивними показниками) за допомогою відеоконференцій, електронної пошти, радіо- і телефонного зв'язку.



Рисунок 2.5 – Схема взаємодії сформованих оперативних груп

Планова взаємодія має відбуватися не менше двох разів протягом доби із відповідною відправкою основоположної звітності керівництву. Головними завданнями медичної групи були:

- аналіз роботи приймального та стаціонарного відділень інфекційного та перепрофільованого ЛОР-відділення з надання спеціалізованої медичної допомоги пацієнтам з COVID-19;

- визначення актуальної потреби в зміцненні професійних кадрів (лікарі-інфекціоністи, лікарі-педіатри, анестезіологи, пульмонологи, терапевти, фельдшери «швидкої»);

- розробки з наступними рекомендаціями оптимальної тривалості зміни з

урахуванням фізичного та психологічного навантаження медичних працівників, а також встановлених відповідних державних стандартів;

- оптимізації кількості професійного кадрового складу для роботи в особливих умовах;

- організація потоків пацієнтів, персоналу та біологічних матеріалів з поділом на «червоні» і «зелені» зони;

- формування заявок на закупівлю лікарських засобів, медичних виробів, дезінфікуючих засобів і засобів індивідуального захисту;

- створення та актуалізація локальних нормативних актів з питань діагностики, лікування і маршрутизації.

Згідно сформованого плану, членами робочої групи був розроблений алгоритм дій медичних працівників на випадок надходження хворого до приймального відділення перепрофільованого ЛОР-стаціонару ШЦРЛ з підозрою на нову коронавірусну інфекцію або при зверненні відповідного споживача медичних послуг до КДЦ.

При розробці відповідного алгоритму дій специфічна увага була приділена саме системі оповіщення, що включала до свого складу перелік оперативних дій як основних, так і дублюючих медичних кадрів із відповідним зазначенням номерів їх мобільних телефонів з метою реагування в максимально обмежені терміни. Додатково був підготовлений перелік наочних інформаційно-аналітичних матеріалів з подальшою метою щодо зручності й швидкості використання різними категоріями професійних кадрів на своїх індивідуальних робочих місцях.

Значним пунктом із вищенаведених заходів було обрання точок доступу споживачів медичних послуг і професійного кадрового складу на територію інфекційного та перепрофільованого ЛОР-відділення, зокрема, у приймальне відділення для екстрених пацієнтів і приймальне відділення для планових пацієнтів, контрольно-пропускний пункт на в'їзд автотранспорту. Через актуальну необхідність організації контрольних пунктів огляду в точках

доступу частина входів на територію вищезазначених оновлених структурних підрозділів була тимчасово закрита, тому внутрішня маршрутизація як хворих з підозрою на коронавірусну інфекцію, так і медичних співробітників мала бути відкоректована. У точках доступу до приймального відділення в обов'язковому порядку було організовано платформи для обробки рук безконтактним способом (автоматизовані стійки з шкірними антисептиками), пункти огляду лікарем з обов'язковим вимірюванням температури і збором епідеміологічного анамнезу.

Згідно проекту введено обмежувальні заходи з доступу в приймальне відділення інфекційного та перепрофільованого ЛОР-відділення (стаціонару) супроводжуваних осіб і відвідувачів, мета візиту яких безпосередньо не була пов'язана з питаннями надання медичної допомоги. Був введений перелік забороняючих заходів із відвідування хворих, які перебувають в стаціонарі. З метою дотримання заходів із запобігання поширенню COVID-2019 організований скринінг температури тіла медичних кадрів при вході в підрозділ і протягом робочого дня (згідно показань) із запровадженням відповідної апаратури для виміру температури тіла безконтактним або контактним способом з наступною обов'язковою фіксацією в журналі в електронній або друкованій формі, з відстороненням від знаходження на робочому місці осіб з підвищеною температурою тіла і з ознаками інфекційного захворювання.

Протягом трьох тижнів листопада 2020 р. (до початку перепрофілювання ЛОР-відділення в приймальне та стаціонарне відділення для хворих з діагнозом COVID-2019) відбулось відсторонення від роботи 39 співробітників з субфебрильними показниками температури тіла та початковими ознаками ГРВІ, додатково введено заборонену на вживання їжі на робочих місцях, натомість організований прийом їжі в спеціально відведеній кімнаті або їдальні для працівників.

Під час проекту особливу увагу було приділено професійній підготовці медичних співробітників. Всі медичні працівники пройшли додаткову

перекваліфікацію з питань епідеміології, клініки, діагностики, лікування, профілактики інфекції, викликаної COVID-19, на порталі безперервної медичної освіти МОЗ України. Регулярно проводилися курси, тренінги, вебінари, круглі столи-онлайн з тематики освоєння процесів застосування засобів індивідуального захисту (ЗІЗ), додатково організовані навчання медичного персоналу з техніки взяття біологічного матеріалу на SARS-CoV-2 і дотримання вимог безпеки при роботі з патогенними біологічними агентами II групи патогенності.

У приймальному відділенні переобладного ЛОР-відділення було додатково введено контроль над обов'язковим запровадженням маскового режиму для співробітників і хворих, збільшена кратність прибирання приміщень із застосуванням дезінфікуючих коштів віруліцидної дії, приділено особливу увагу дезінфекції дверних ручок, вимикачів, поручнів, перил, контактних поверхонь. Забезпечено регулярне (кожні 2 години) провітрювання робочих приміщень протягом 15 хвилин. У робочих приміщеннях і місцях масового перебування пацієнтів встановлені бактерицидні опромінювачі повітря закритого типу з метою регулярного знезараження повітря.

### **2.3 Оцінка ефективності оновленої системи менеджменту з надання медичної допомоги приймальним відділенням медзакладу вторинної ланки Сумської області (ЦРЛ м. Шостка)**

Заходи щодо перепрофілювання ЛОР-відділення з подальшим розподілом на приймальне та стаціонарне з метою розвантаження інфекційного відділення ШЦРЛ з метою надання медичної допомоги пацієнтам з новою коронавірусною інфекцією з урахуванням показників несприятливого епідеміологічного середовища в Сумській області та за її межами, у м. Шостка та Шосткинського району, зростання потреби в госпіталізації хворих з інфекцією, викликанною COVID-19, спирались на розробку із подальшим



затвердженням плану перепрофілювання ліжкового фонду стаціонару ЛОР-відділення на випадок надходження інфекційних хворих, в тому числі затверджений паспорт перепрофілювання приймального відділення ЛОР-поліклініки.

Варто наголосити, що зміна пріоритетів в роботі новоутвореного ЛОР-відділення по боротьбі із коронавірусною інфекцією вимагала розроблення із подальшим запровадженням особливого режиму функціонування структурних підрозділів, а також наявності можливості оперативної передачі інформації безперервно в обох напрямках вертикалі та горизонталі управління медичним закладом і доведення її до кожного медичного співробітника.

Згідно проекту підсумком перепрофілювання стало утворення нового приймального відділення хворих із підозрою на коронавірусну інфекцію з подальшим виділенням 55 ліжко-місць на базі ЛОР-відділення ШЦРЛ (з них 13 реанімаційних). Перепрофілювання відбулось 3 листопада 2020 року і приймальне відділення розпочало прийом пацієнтів з 6 листопада 2020 року. За час роботи приймальним відділенням зафіксовано 114 хворих, з них 102 (93,4%) отримували лікування в перепрофілюваному стаціонарному ЛОР-відділенні.

Аналіз вікового складу надійшли хворих показав, що 72 (67,2%) з надійшли були старше 50 років. Летальність серед пролікованих хворих склала 4,3% (20 померлих, з них 14 з підтвердженим ПЛР-тестом на COVID-19).

Таблиця 2.6 – Динаміка звернень громадян до ШЦРЛ з приводу підозри на вірусну інфекцію COVID-19

<b>Період/види звернень</b>	<b>З 01.10.20 по 31.10.20</b>	<b>З 01.11.20 по 30.11.20</b>	<b>% приросту</b>
<b>Всього звернень</b>	<b>140</b>	<b>203</b>	<b>48%</b>
<b>З питань лікарських препаратів і медичних виробів</b>	<b>245</b>	<b>370</b>	<b>65%</b>
<b>З питань якості надання медичної допомоги</b>	<b>237</b>	<b>346</b>	<b>49%</b>

За період роботи нового проекту до ЛОР-відділення було додатково працевлаштовано 28 співробітників, включаючи штатний персонал ШЦРЛ та зовнішніх сумісників. З числа працювали в госпіталі 6 (27%) співробітників перенесли різні захворювання, які спричинили тимчасову втрату працездатності, з них: 3 (11%) – ГРВІ, 3 (11%) – підтверджено на лабораторному рівні коронавірусну інфекцію COVID-2019 (при цьому у 2 співробітників вірус ідентифікований при взятті біоматеріалу безпосередньо перед першим входом в «червону» зону), 1 (4%) – інші причини. В результаті захворюваність персоналу пернепрофільованого ЛОР-відділення новою коронавірусною інфекцією SARS-CoV-2 склала 11% (3 співробітники), що нижче середніх даних офіційних джерел [56]. Госпіталізація потрібна була 2 співробітникам перепрофільованої установи, у яких відзначена середньо-важка форма захворювання, інші перенесли захворювання в легкій формі або у формі інфікування без клінічних проявів.

Таблиця 2.7 – Кількість працівників проходять через приймальне відділення на роботу в будні і вихідні дні

	Будні дні		Вихідні і святкові дні	
	З 8.00 до 20.00	З 8.00 до 20.00	З 8.00 до 20.00	З 8.00 до 20.00
<b>Головний корпус</b>	56-60	45-49	65	60
<b>Лор-відділення</b>	24-37	29-40	40	40
<b>Всього</b>	97	99	105	105

Відповідно концепції всіма оперативними групами були своєчасно виконані поставлені перед ними завдання. Протягом наступних п'яти діб після погодження плану перепрофільювання велись активні заходи щодо поступового запровадження пунктів проекту, а саме: перепрофільювання стаціонару ЛОР-відділення в інфекційний стаціонар з приймальним відділенням на 13+50 ліжок з метою надання спеціалізованої медичної допомоги хворим з новою коронавірусною інфекцією (COVID-19). Відповідні заходи з адміністрування

були завершені завдяки двом основним чинникам:

- тісній внутрішньовідомчий і міжвідомчої взаємодії і використанню сучасної управлінської стратегії цілепокладання SMART;

- ефективним заходам з внутрішньовідомчої і міжвідомчої взаємодії з метою кадрового, методичного, матеріально-технічного забезпечення закладу, що, в свою чергу, дозволило здійснити акцент саме на перепрофілюванні в найкоротші терміни, в повному обсязі, відповідно до мінімального стандарту медичної організації для лікування пацієнтів з COVID-19.

Слід зазначити, що завдяки комплексному підходу до вирішення поставлених завдань в установі не зареєстровано жодного важкого випадку захворювання серед медичного персоналу установи, пов'язаного з наданням медичної допомоги пацієнтам з новою коронавірусною інфекцією. збільшився в 5,8 рази витрата антисептичних засобів в порівнянні з аналогічним періодом минулого року, при тому, що планова медична допомога в очному форматі скасована;

- збільшилась у 1,58 рази витрата дезінфікуючих засобів, більшого зростання вдалося уникнути за рахунок скорочення площі збирання (консервація ряду філій) і переходу на деззасіб, що дозволяє зменшити обсяг вихідного розчину для отримання колишнього обсягу робочого розчину;

- досягла 100% частка взяття під спостереження / контроль потенційно інфікованих пацієнтів в день передачі до ПВ поліклініки;

- зросла з 90% до 100% частка напрямки мазків в день забору;

- частка повторної передачі інформації про одного й того ж пацієнта склала 15,6% за рахунок використання єдиного реєстру пацієнтів, що дозволило оперативно уникати дублюванню інформації щодо хворих;

- вирівнено навантаження між бригадами інфекційного профілю в діапазоні від 2 до 14 пацієнтів на бригаду в зміну на початку листопада від 8 до 12 пацієнтів на кінець листопада;

- 100% автомобілів, що використовуються для роботи бригадами

інфекційного профілю, піддається дезінфекції;

– співвідношення оглядів в поліклініці пацієнтів, які перебувають на диспансерному спостереженні з приводу хронічних неінфекційних захворювань, по оглядам на дому і дистанційному консультуванні склало 1:1, 3:3,5 відповідно;

– досягнуто співвідношення листків непрацездатності в електронній та паперовій формах 3:1 за рахунок «дистанційного відкриття» електронних листків тимчасової непрацездатності.

## **Висновки до розділу 2.**

1. Відповідно до Закону України від 30 березня 2020 р. № 539-IX «Про внесення змін до деяких законів України щодо забезпечення лікування коронавірусної хвороби (COVID-19)» процес підготовки і оцінку готовності медзакладу вторинної ланки в осередку інфікування SARS-CoV-2 можна згрупувати в наступні блоки: створення ключовий команди відповідальних осіб і методології внутрішніх і зовнішніх комунікацій; ресурси і приміщення; захист даних і обмін інформацією; засоби індивідуального захисту, дезінфекція та утилізація відходів; сортування, правило першого контакту і розстановка пріоритетів.

2. Проаналізовано показники ефективності якості надання медичної допомоги приймальним відділенням медзакладу вторинної ланки, серед яких:

- динаміка зайнятості ліжкового фонду;
- терміни виконання лабораторних досліджень біологічного матеріалу щодо виявлення COVID-19;
- структура кодів остаточних патологоанатомічних діагнозів по МКБ-10.

## **РОЗДІЛ 3 НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ ПРИЙМАЛЬНИМ ВІДДІЛЕННЯМ МЕДЗАКЛАДУ ВТОРИННОЇ ЛАНКИ В УМОВАХ ПРОТИДІЇ ЕПІДЕМІЇ КОРОНАВІРУСУ**

### **3.1 Управління ризиками в закладах вторинної медичної допомоги в умовах поширення на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої поширенням коронавірусу SARS-CoV-2**

Як відомо, головне завдання, визначене нормативними вимогами для закладу вторинної медичної допомоги, полягає у забезпеченні населення комплексними та інтегрованими послугами зі всебічної, безперервної і орієнтованої на пацієнта, спрямованої на задоволення потреб населення у відновленні та збереженні здоров'я, попередження розвитку захворювань, зменшення потреби в госпіталізації та покращення якості життя [17]. Отже, з метою ефективного забезпечення діяльності закладу вторинної медичної допомоги згідно обраного напрямку в період пандемії, в першу чергу, необхідно віднайти важелі впливу на ризики як на потенційні події з метою попередження їх подальшого запровадження на практиці, тобто, керувати ризиками.

Відповідний процес керування ризиком передбачає застосування переліку альтернативних рішень згідно результатів оцінки ризику та, за умов виникнення додаткової необхідності – вибору з подальшим провадженням на практиці відповідних системних засобів управління (контролю).

Іншими словами, запровадження адміністративно-організаційних ризиків представлена введенням обмежувальних карантинних заходів на загальнонаціональному рівні, що безпосередньо чинить вплив на запроваджений реформований механізм вторинної медичної допомоги.

За карантинних умов, викликаних пандемією захворювань на COVID-19, діяльність закладів вторинної медичної допомоги спрямована на:

- задоволення потреб у медичному обслуговуванні хворих на COVID-19 з легким перебігом захворювання;
- пацієнтів з іншими захворюваннями (не COVID-19), що потребують надання невідкладної медичної допомоги;
- спостереження дітей, вагітних;
- здійснення заходів із планової імунізації;
- вчасне забезпечення лікарськими засобами пацієнтів, що мають хронічні захворювання (цукровий діабет, хвороби системи кровообігу, органів дихання, психічні розлади і т. і.);
- інформаційно-просвітницьку роботу;
- комунікації та обмін відповідною інформацією з іншими медичними установами та різними соціальними інституціями дистанційним шляхом.

Нормативно-правові ризики знайшли своє втілення у декількох редакціях наказів МОЗ України з організації надання медичної допомоги хворим на коронавірусну хворобу (COVID-19), змінах у протоколах лікування, алгоритмах дій та клінічних маршрутах пацієнта [11, 12]. З цими ризиками тісно пов'язані операційно-технологічні і кадрові ризики, що також вже реалізувались. На виконання нормативних вимог, що неодноразово змінювались, виникла потреба постійного моніторингу цих документів та внесення за короткий проміжок часу відповідних змін у діяльність закладу ПМД з впровадження нових стандартів, протоколів, клінічних маршрутів пацієнтів з наступним їх переглядом. Надалі виникла потреба у навчанні персоналу й впровадженні відповідних організаційних технологій, зокрема, з забезпечення епідемічної безпеки, посилення заходів інфекційного контролю, удосконалення програмно-технічного ресурсу та інформаційних технологій [11].

Фінансово-господарські ризики мали місце саме під час запровадження другої хвилі медичної реформи (02.04.2020). Надалі ризики можуть безумовно вплинути на систему взаємодій первинної і вторинної ланки, призвести до небажаної безперервності і своєчасності надання медичної допомоги хворим,

що потребують певного переліку спеціалізованої або стаціонарної медичної допомоги.

Наведені вище приклади реалізації ризиків потребують більш детальних оцінок в умовах кожного закладу ВМД, що дозволить удосконалити підходи до системи управління ризиками, яка вже існує, в умовах змін, що відбулись внаслідок карантинних обмежень, та епідемії, що триває. З конструктивної точки зору, події, що відбулись у системі охорони здоров'я, відкривають можливості для перегляду і приведення у відповідність зовнішнім викликам системи ризик-менеджменту закладу ВМД [12].

Враховуючи світовий досвід та перелік міжнародних рекомендацій, процес із подальшого удосконалення існуючої системи ризик-менеджменту в установі ВМД має охоплювати декілька ключових чинників. По-перше – це посилення керівництва закладом за допомогою запровадження кваліфікованої функціонально зорієнтованої структури при керівникові – своєрідного штабу з управління установою в умовах пандемії COVID-2019. До складу штабу входитимуть представники апарату управління, лінійні і функціональні керівники за основними напрямками діяльності з подальшою метою запровадження чіткої координації в роботі та оперативності.

Одним з провідних напрямків штабу на передовій позиції являється дослідження змін у епідемічній нормативно-правовій базі, формування оцінки фактичної діяльності установи відповідно нормативно-правовим документам, напрацювання проєктів розпоряджень і наказів керівництва з метою усунення недоліків з подальшим внесенням перспективних напрацювань, моніторинг впровадження останніх та інформування керівника.

В обов'язковому порядку штаб надає оцінку резервним можливостям установі ВМД щодо медичного супроводу пацієнтів з підозрою на COVID-19, що полягають у розробці маршрутів транспортування хворих, налагодженні комунікаційних зв'язків з пацієнтами, веденні індивідуального обліку, наданні консультативної допомоги, належної організації госпіталізації, за потреби,

спостереження після виписки зі стаціонару та/або завершення амбулаторного лікування.

Слід оцінити також можливості надійних комунікацій з екстреною медичною допомогою, лабораторними службами, стаціонарами опорних лікарень для лікування пацієнтів з COVID-19. Привести існуючі можливості надання медичної допомоги пацієнтам з COVID-19 у відповідність стандартам і протоколам у частині, яка стосується закладів ПМД, з розробкою локального нормативного акту [33].

Наступним кроком, актуальність якого стоїть на першому місці – це вжиття заходів із розробки ефективної стратегії профілактики та інфекційного контролю з подальшою метою щодо мінімізації ризику занесення із подальшим небажаним поширення нової коронавірусної інфекції серед потенційних пацієнтів, працівників та інших відвідувачів закладу ВМД. Стратегія повинна включати перелік наступних напрямків:

- інформаційно-освітній (інформування та навчання споживачів медичних послуг і відвідувачів обов'язковим правилам респіраторної гігієни, гігієни рук, соціального дистанціювання; медичних працівників – стандартним засобам профілактики внутрішньолікарняних інфекцій [14], правилам одягання, роздягання та утилізації/дезінфекції (де можливо) засобів індивідуального захисту [15]; контроль за дотриманням вимог);

- ресурсну (забезпечення закладу засобами для дистанційної термометрії; забезпечення працівників антисептиками та засобами індивідуального захисту; встановлення санітайзерів для відвідувачів; забезпечення аерації приміщень, дезінфекції поверхонь та обладнання; контроль обсягів запасів та якості закупаваних товарів та їх логістики) [16, 17];

- систему сортування споживачів медичних послуг (відвідувачів), раннього виявлення та ізоляції пацієнтів з ймовірним інфікуванням новою коронавірусною інфекцією COVID-19. Ефективність відповідного механізму досягається через розробку системи пунктів сортування, проведенням



скринінгу температури тіла відвідувачів на предмет виявлення осіб з симптомами ГРВІ та подальшої ізоляції осіб з ймовірним інфікуванням коронавірусною інфекцією COVID-19 до відокремленого боксу до моменту подальшого транспортування до інфекційного відділення.

Відокремленим напрямом розробки дієвого механізму ризик-менеджменту є робота з удосконалення підходів до управління кадровим потенціалом. Відповідний напрям спирається на перегляд професійного особового складу та посадових інструкцій медиків, оцінку необхідності додаткового залучення професіоналів, уточнення особових контактних даних, забезпечення якісної комунікації і доступу до точної і актуальної інформації для усього кадрового складу, навчання з опорних питань зосередження професійної діяльності в умовах пандемії з налагодженою системою надання медичної допомоги хворим з підозрою на COVID-19, здійснення процедури ротації кадрів з подальшою метою періодичної заміни сформованих задач з високим психологічним ступенем стресу на більш лояльні умови, застосування системи напарництва, введення гнучкого графіку робочої зміни з подальшим контролем дотримання перерв, забезпечення доступу працівників до психологічних служб і невідкладної психологічної допомоги.

Суттєвою складовою управління ризиками є швидкий взаємний обмін інформаційними каналами щодо наявних статистичних показників гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричинену коронавірусом SARSCoV-2, між відповідними сторонами. Згідно поставленій задачі в установі ВМД варто врахувати посилення системи з епідемічного моніторингу та відповідного контролю, вагомою складовою якого є процес виокремлення та оповіщення згідно встановленого протоколу факту надзвичайної події, аналіз лабораторних і епідеміологічних показників, вдосконалення комунікаційних систем з якісного обміну відповідними інформаційними даними між керівником установи ВМД і іншими членами штабу, лінійними керівниками, кадровим складом, закладом ВМД і вищими органами управління.

В умовах пандемії гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, в установах ВМД реалізувались управлінсько-організаційні, нормативно-правові, фінансово-господарські, операційно-технологічні, кадрові ризики [56]. Існує крайня необхідність у процесі поживлення системи ризик-менеджменту в установах ВМД. Доцільно зосередити увагу на перегляді застарілих, на нашу думку, підходів до управління ризиками у зв'язку із щомісячним погіршенням показників епідемічної ситуації, утримання якої, нажаль, ми можемо спостерігати досить тривалий період часу.

Отже, запропонуємо деякі підходи з удосконалення системи управління ризиками в закладі вторинної ланки в умовах протидії пандемії коронавірусу COVID-2019:

- посилення керівництва установою через введення додаткової одиниці – спеціалізованої функціональної структури при керівникові – штабу керівництва установою в умовах пандемії, спричиненої поширенням коронавірусу SARS-CoV-2;

- розробка з поступовим впровадженням на практиці ефективних стратегічних заходів з епідемічного моніторингу, профілактики та інфекційного контролю;

- регулярне оновлення контенту інформаційних даних щодо наявних ризиків з метою прискореного обміну між усіма зацікавленими сторонами;

- перегляд кадрової політики та кадрового забезпечення медзакладу вторинної ланки.

### **3.2 Системні засоби удосконалення менеджменту надання медпослуг приймальним відділенням медзакладу вторинної ланки в умовах пандемії COVID-2019**

«Постановою уряду від 8 липня 2020 р. № 612 «Про деякі питання створення приймальних відділень в опорних закладах охорони здоров'я у

**госпітальних округах»** затверджено умови фінансування реалізації проектів з будівництва (реконструкції, капітального ремонту) приймальних відділень в опорних закладах охорони здоров'я у госпітальних округах. Також до вищезазначеної постанови був розроблений та затверджений відповідно **«Порядок та умови надання субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на реалізацію проектів з реконструкції, капітального ремонту приймальних відділень в опорних закладах охорони здоров'я у госпітальних округах»** [34].» Порядок та умови визначають механізм надання та використання субвенції на реалізацію проектів з реконструкції, капітального ремонту приймальних відділень в опорних закладах охорони здоров'я у госпітальних округах за рахунок коштів, виділених з фонду боротьби з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2, та її наслідками (далі – субвенція). Забігаючи наперед, ми хочемо підсумувати, що прийняття вищезазначених документів надасть додаткові можливості щодо своєчасності реагування медичними працівниками на виниклу інфекційну загрозу COVID-19, **удосконалить менеджмент надання медпослуг** в умовах запобігання поширенню нової коронавірусної інфекції відразу на декількох напрямках, головні з яких:

- моніторинг якості надання медичної допомоги пацієнтам з діагностованим COVID-19 в перепрофільованих стаціонарах і організація спрощеної процедури державної реєстрації медичних виробів, тест-систем та лікарських препаратів, необхідних для лікування і діагностики гострої респіраторної хвороби на COVID-2019, спричиненою поширенням коронавірусу SARS-CoV-2;

- правильні організаційні рішення, чіткість і оперативність дій, злагоджена взаємодія з іншими відомствами допоможуть стабілізувати складну епідеміологічну обстановку в нашій країні.

Розподіл субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на реалізацію проектів з реконструкції, капітального ремонту приймальних

відділень в опорних закладах охорони здоров'я у госпітальних округах визначено в Додатку Ж.

Всього планується реконструювати та капітально відремонтувати 210 приймальних відділень. Виконання робіт по цих об'єктах входить до Програми Президента України «Велике будівництво» [38].

Мінрегіон провів верифікацію готовності опорних лікарень до старту робіт, та наразі контролює терміни та якість будівельних робіт по цій програмі. Передбачено, що 100% приймальних відділень будуть відповідати вимогам сучасного облаштування та наповнення медичним обладнанням, перелік якого погоджено з Міністерством охорони здоров'я України [38].

До старту програми загальна площа зі створення сучасних приймальних відділень складала 77 286 кв. м, після завершення планується суттєве її збільшення – до 130 563 кв. м. [38].

Отже, з подальшою метою обладнання приймальних відділень в опорних лікарнях, зокрема, в закладах, визначених для госпіталізації пацієнтів з гострою респіраторною хворобою COVID-19, необхідно виділити кошти з фонду боротьби з гострою респіраторною хворобою COVID-19 в обсязі 1 млрд 680 млн грн.

На нашу Сумську область відповідно Програми Президента України «Велике будівництво» виділено 56 млн. грн. (див. дод. Ж). Шосткинська ЦРЛ підпала під дію програми: на її реконструкцію планується витратити приблизно 7-7,5 млн. грн. За наслідками реконструкції першого поверху праворуч від центрального входу лікарні має з'явитися додаткове приймальне відділення невідкладної допомоги, яке буде належним чином облаштоване з подальшою метою надання переліку екстрених медичних допоміжних заходів хворим з підозрою на COVID-2019 (додаток 3).

До жовтня 2020 року в ШЦРЛ знаходилось одне приймальне відділення, куди потрапляли пацієнти із різноманітними діагнозами, що потребували медичної допомоги. Ситуація з прийомом пацієнтів у приймальне відділення

під час пандемії COVID-2019 значно ускладнилася, так як одне й те ж саме приміщення не могло вміщувати на початковому етапі хворих з підозрою на COVID-2019, а також інших хворих, діагнози яких були достатньо небезпечними у порівнянні. Отже протягом жовтня місяця було перепрофільоване ЛОР-відділення, а також додатково навантажене інфекційне відділення. Однак епідемічна ситуація у місті, районі та в Україні в цілому вкрай важка і загострюється з кожним тижнем.

В додатковому приймальному відділення планується обладнати реанімаційну та малу операційну палати. З'явиться можливість, що вкрай необхідно, для прийому інфекційних хворих в окремому блоці, як наслідок – додаткова можливість проведення госпіталізації пацієнта до додатково обладнаного ізольованого боксу з подальшим тестуванням та постановкою правильного діагнозу.

Отже, створення окремого приймального відділення для хворих з підозрою на COVID-19 надасть можливості щодо:

- прискореної процедури реєстрації;
- забезпечення оперативного надходження лікарських препаратів і тест-систем до медичних установ;
- застосування виняткового порядку фармаконагляду щодо лікарських препаратів і медичних виробів для лікування COVID-19 із подальшим контролем Держспоживслужбою;
- забезпечення епідеміологічної безпеки середовища;
- організація надання допомоги пацієнтам, які вимагають ізоляції (передбачається оцінку знань персоналу щодо алгоритму тимчасової (до евакуації в спеціалізовану МО) ізоляції пацієнта та ізоляції на дому (самоізоляція));
- організація роботи приймально-оглядових боксів і (або) фільтр-боксів, виїзних бригад і допуску співробітників до роботи в умовах пандемії COVID-19.

Крім ремонту приймальних відділень в опорних лікарнях країни, у рамках програми «Велике будівництво» планується наповнення медичних закладів сучасним обладнанням за єдиними стандартами, де люди зможуть отримувати якісні медичні послуги. Так, в ШЦРЛ в одному з кабінетів, де нині знаходиться рентгенапарат, здійснюються підготовчі заходи із встановлення коп'ютерного томографу. Комп'ютерний томограф в умовах пандемії, спричиненої поширенням коронавірусу SARS-CoV-2 – це додаткова суттєва допомога, адже місцевий діагностичний центр, на жаль, не може в повному обсязі забезпечити всі необхідні нам дослідження.

Відповідно до Закону України «Про Державний бюджет України на 2021 рік» (реєстр. № 4000 від 14.09.2020) маємо спробу внести рекомендації щодо дії пакету медичних послуг в Україні в умовах пандемії COVID-2019, а саме:

- спрямування залишків субвенції на індивідуальні потреби окремих медичних закладів;

- здійснення видатків із фонду боротьби із гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-CoV-2 на підвищення заробітних плат медикам первинної та вторинної ланки;

- розробка та впровадження цілеспрямованих бюджетних програм, що дозволять належним чином здійснювати фінансове забезпечення засобами індивідуального захисту робітників галузі охорони здоров'я, забезпечення готовності медичних закладів первинної та вторинної ланки до ймовірних спалахів захворюваності на COVID-19, госпіталізації хворих пацієнтів.

### **Висновки до розділу 3**

1. З метою удосконалення системи управління ризиками в закладі вторинної ланки в умовах протидії пандемії коронавірусу COVID-2019 рекомендуємо здійснити акцент на посиленні керівництва установою через введення додаткової одиниці – штабу керівництва установою в умовах пандемії, спричиненої поширенням коронавірусу SARS-CoV-2; здійснити сприяння розробці ефективних стратегічних заходів з епідемічного

моніторингу, профілактики та інфекційного контролю; переглянути наявну кадрову політику медзакладу вторинної ланки.

2. Станом на сьогодні до найефективніших засобів з удосконалення менеджменту надання медпослуг приймальним відділенням медзакладу вторинної ланки в умовах пандемії COVID-2019 на місцях, згідно з особистим практичним досвідом, являється створення **окремого приймального відділення** для хворих з підозрою на COVID-19 надасть можливості щодо:

- прискореної процедури реєстрації;
- забезпечення оперативного надходження лікарських препаратів і тест-систем до медичних установ;
- організація роботи приймально-оглядових боксів і (або) фільтр-боксів, виїзних бригад і допуску співробітників до роботи в умовах пандемії COVID-19.

## ВИСНОВКИ

В ході нашого дослідження згідно обраної тематики відповідно теоретичним та практичним аспектам існуючої проблематики, нами:

**1.** Виокремлено специфічні особливості функціонування медзакладів вторинної ланки (приймального відділення) в умовах поширення COVID-2019:

– по-перше, реформування національної системи охорони здоров'я було розпочато із прийняття Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19 жовтня 2017 року;

– по-друге, до вторинної ланки було долучено перелік медзакладів, що автономізувалися, закупили необхідне обладнання, комп'ютеризувались та отримали перелік відповідних ліцензій, тобто стали комунальними неприбутковими підприємствами;

– по-третє, не дивлячись на широке коло нововведень, спостерігаються проблеми в умовах посиленої пандемічної ситуації: вбачається велика проблема у поступовому перевищенні допустимого бар'єру хворих на коронавірусну інфекцію; неефективність прокладених маршрутизаційних і координаційних напрямків для споживачів медичних послуг; відсутності необхідної кількості персоналу (в тому числі в приймальному відділенні), що впливає на повноцінність та якість виконання ним власних професійних обов'язків; підвищення фактору захворюваності серед працівників медзакладу через перевтому і надмірне навантаження.

**2.** Проаналізовано вітчизняну та світову практику функціонування медичного менеджменту в період пандемії COVID-2019. З'ясовано, що країнами світу в якості боротьби із пандемією COVID-2019 застосовано наступний перелік організаційно-правових, управлінських, менеджерських, медичних заходів, а саме:

– (початкові заходи) відстеження контактів потенційних носіїв коронавірусної інфекції і доступність процедури тестування,



– телемедицина, підвищення ефективності медичного менеджменту з метою побудови комплексного управління потоками пацієнтів, переформатування застарілих стандартних протоколів лікування з подальшим відтворенням дієвого механізму надання допомоги в «потрібних місцях»;

– підтримка на відповідному рівні мінімальних запасів засобів індивідуального захисту аптечними закладами, а також державними та приватними і фармацевтичними установами,

– запровадження додаткових медичних курсів для всього кадрового складу кожної медичної установи (ЗІЗ і інфекційний контроль), крос-тренінги, зміна і продовження графіка робочого часу, здійснення чіткого перерозподілу переліку функціональних обов'язків, підвищення психологічного стану й збільшення відсотку стресостійкості.

**3.** Відповідно до Закону України від 30 березня 2020 р. № 539-IX «Про внесення змін до деяких законів України щодо забезпечення лікування коронавірусної хвороби (COVID-19)» процес підготовки і оцінку готовності медзакладу вторинної ланки в осередку інфікування SARS-CoV-2 можна згрупувати в наступні блоки:

– створення ключовий команди відповідальних осіб і методології внутрішніх і зовнішніх комунікацій;

– ресурси і приміщення;

– захист даних і обмін інформацією;

– засоби індивідуального захисту, дезінфекція та утилізація відходів;

– сортування, правило першого контакту і розстановка пріоритетів.

**4.** Проаналізовано показники ефективності якості надання медичної допомоги приймальним відділенням медзакладу вторинної ланки в умовах протидії епідемії коронавірусу (Шосткинська ЦРЛ), серед яких:

– динаміка зайнятості ліжкового фонду (від 30 до 80% протягом липня-листопада місяців 2020 року);

– щотижнева динаміка проведення лабораторних досліджень (ПЛР)

(порушення термінів у виконанні лабораторних досліджень біологічного матеріалу щодо виявлення COVID-19 – за період з 01.10.20 року по 01.11.20 року в Шосткинському районі в ряді лабораторій відсоток підтверджених при вірусологічній лабораторії проб становить до 40%);

– структура кодів остаточних патологоанатомічних діагнозів по МКБ-10 виявила, що основною причиною смерті пацієнтів (52%) на перепрофільованих ліжках під COVID-19 став діагноз «нова коронавірусна інфекція», а в 3% випадках постановка відповідного діагнозу визнається як супутньою.

У зв'язку із поглибленням пандемії й відсутності додаткових ліжко-місць в інфекційному відділенні ШЦРЛ, було впроваджено експеримент, а саме: перепрофілювання ЛОР-відділення на базі ШЦРЛ у приймальне відділення для хворих з підтвердженим діагнозом на коронавірусну інфекцію. Під час експерименту управлінський апарат ШЦРЛ зазнав відповідного поділу на п'ять оперативних груп: **медичну, кадрову, інформаційно-звітну, фінансово-економічну, адміністративно-господарську.**

5. Надано оцінку ефективності оновленої системи менеджменту з надання медичної допомоги приймальним відділенням медзакладу вторинної ланки Сумської області (ЦРЛ м. Шостка). Згідно проекту підсумком перепрофілювання стало утворення нового приймального відділення хворих із підозрою на коронавірусну інфекцію з подальшим виділенням 55 ліжко-місць на базі ЛОР-відділення ШЦРЛ (з них 13 реанімаційних). Перепрофілювання відбулось 3 листопада 2020 року і приймальне відділення розпочало прийом пацієнтів з 6 листопада 2020 року. За час роботи приймальним відділенням зафіксовано 114 хворих, з них 102 (93,4%) отримували лікування в перепрофільованому стаціонарному ЛОР-відділенні. Аналіз вікового складу надійшли хворих показав, що 72 (67,2%) з надійшли були старше 50 років. Летальність серед пролікованих хворих склала 4,3% (20 померлих, з них 14 з підтвердженим ПЛР-тестом на COVID-19).

6. Розроблено рекомендації з удосконалення системних засобів

менеджменту надання медпослуг приймальним відділенням медзакладу вторинної ланки в умовах пандемії COVID-2019, а саме:

- здійснити акцент на посиленні керівництва установою через введення додаткової одиниці – штабу керівництва установою в умовах пандемії, спричиненої поширенням коронавірусу SARS-CoV-2;

- сприяти подальшій розробці ефективних стратегічних заходів з епідемічного моніторингу, профілактики та інфекційного контролю;

- переглянути наявну кадрову політику медзакладу вторинної ланки;

- створити **окреме приймальне відділення** для хворих з підозрою на COVID-19, що надасть можливості:

- прискореної процедури реєстрації;

- забезпечення оперативного надходження лікарських препаратів і тест-систем до медичних установ;

- організація роботи приймально-оглядових боксів і (або) фільтр-боксів, виїзних бригад і допуску співробітників до роботи в умовах пандемії COVID-19.

## ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авраменко Н. В. Развитие механизмов государственного управления охраной здоровья в Украине / Н. В. Авраменко // Государство та регіони. Сер. : Государственное управление. – 2010. – № 4. – С. 38-43.
2. Баева О. В. Менеджмент у галузі охорони здоров'я / О. В. Баева. – К. : Центр учбової л-ри. – 2008. – 680 с.
3. Білинська М. Кваліметричне забезпечення системи управління якістю підготовки фахівця охорони здоров'я / М. Білинська // Актуальні проблеми державного управління: Зб. наук. пр. НАДУ. – К.: Вид-во НАДУ, 2015. – Вип. 1(10). – С. 57-63.
4. Всемирная организация здравоохранения : Обновление Программы «Здоровье – 21». – Женева : Всемирн. организация здравоохранения, 2005. – 97 с.
5. Герасимчук З. В. Регіональна політика розвитку ринків медичних послуг: напрямки формування і реалізації / З. В. Герасимчук, І. Б. Шевчук // Монографія. – Луцьк : Надстир'я, 2019. – 200 с.
6. Грузева Т. С. Забезпечення рівності і справедливості в охороні здоров'я – стратегічна мета нової Європейської політики «Здоров'я – 2020» / Т. С. Грузева // Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. – 2014. – № 2-3 (18-19). – С. 87-91.
7. Доклад о состоянии здравоохранения в мире [Электронный ресурс] / ВОЗ. – 2008. – Режим доступа: <http://www.who.int/whr/2008/overview/ru/index4.html>. - Название с титул. экрана.
8. Доклад о состоянии здравоохранения в мире «Финансирование систем здравоохранения: путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью» [Электронный ресурс] / ВОЗ. – 2015. – Режим доступа: <http://www.who.int/whr/2010/ru/index.html>. - Название с титул. экрана.

9. Карамішев Д.В. Державна політика фінансування галузі охорони здоров'я в Україні / Д. В. Карамішев, О. Є. Вашев, А. С. Немченко, Б. О. Волос // Державне будівництво [Електронний ресурс]. – 2007. – 199 № 1. Режим доступу : [http://www.kbuara.kharkov.ua/ebook/n\\_1\\_2007\\_1/doc/2/02.pdf](http://www.kbuara.kharkov.ua/ebook/n_1_2007_1/doc/2/02.pdf). – Назва з титул. екрану.

10. Конституція України: [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=254%EA%2F96%E20> – Назва з титул екрану.

11. Концепція розвитку охорони здоров'я населення України: Указ Президента України від 7 грудня 2000 р. № 1313/2000 // Офіційний вісн. України. – 2000. – № 49. – Ч.1. – 216 с.

12. Корвецький О. Вплив кадрового забезпечення закладів охорони здоров'я на доступність медичної допомоги населенню Херсонщини / О. Корвецький, Л. Бондарева // Актуальні проблеми державного управління : зб.наук. пр. ОРІДУ. – Одеса : ОРІДУ НАДУ, 2011. – Вип. 2 (46). – С. 86-90.

13. Матюха Л. Ф. Стан модернізації первинної медичної допомоги в Україні / Л. Ф. Матюха, К. О. Надутий, Н. Ю. Кондратюк // Україна. Здоров'я нації. – 2013. – № 2 (26). – С. 76-83.

14. Медведовська Н. В. Сучасний стан та регіональні особливості кадрового забезпечення лікувальних закладів системи МОЗ України / Н. В. Медведовська // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2020. – № 4. – С. 34-47.

15. Основи законодавства України про охорону здоров'я [Електронний ресурс] : Закон України N 2802-XII від 19.11.92. – [чинний] / Верховна Рада України // Відомості Верховної Ради України. – 1993. – № 4. – Ст. 19. із змінами внесеними згідно з Законом N 2592-VI ( 2592-17 ) від 07.10.2010. – (Нормативно-правовий документ ВРУ. Закон). – Режим доступу : <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=2801-12>. – Назва з титул. екрану.

16. Основні засади діяльності у сфері охорони здоров'я [Електронний ресурс] // проект Закону України від 20.08.2009 № 5054. – Режим доступу : [http://search.ligazakon.ua/l\\_doc2.nsf/link1/JF3WE00A.html](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/JF3WE00A.html). – Назва з титул. екрана.

17. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні / Під заг. ред. В. М. Лехан, В. М. Рудого. — К., Вид-во Раєвського, – 2005. – 168 с.

18. Охорона громадського здоров'я: управлінські аспекти : навчальний посібник / [Жаліло Л., Солоненко І., Волос Б. та ін.]. – Одеса : Вид-во УАДУ, 2001. – 142 с.

19. Пак С. Я. Внутрішньоорганізаційна структура державного управління охороною здоров'я на регіональному та місцевому рівні в Україні: сучасний стан та перспективи [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.academy.gov.ua/ej/ej13/txts/Pak.pdf>. – Назва з титул. екрана.

20. Первинна медико-санітарна допомога/сімейна медицина : [монографія] / за заг. ред. В. М. Князевича ; Міністерство охорони здоров'я України. К., 2010. – 404 с.

21. Петрова И. А. Правовое обеспечение доступности медицинской помощи / И. А. Петрова // Правовые вопросы в здравоохранении, 2011. – № 1. [Электронный ресурс] ; Режим доступа : <http://www.mcfr.ru/journals/1/20729/35637/35640/index.php>. – Название с титул. Эк.

22. Питання Державної служби України з питань протидії COVID-2019 [Електронний ресурс] Указ Президента України від 08.04.2020 № 441/2011 (із змінами внесеними згідно з Указом Президента України № 85/2012 від 14.03.2020 [чинний] / Адміністрація Президента України. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/85/2012/>. – Назва з титул. екрана.

23. Поживілова О. Державна політика України в галузі охорони здоров'я: стан та перспективи розвитку / О. Поживілова // Державне управління та

місцеве самоврядування : зб. наук. пр. – Д. : ДРІДУ НАДУ, 2011. – Вип. 1 (8). – С. 122-132.

24. Положение о доступности медицинской помощи. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nred=990\\_030](http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nred=990_030). – Назва з титул. екрану.

25. Порядок планування та прогнозування розвитку мережі комунальних закладів охорони здоров'я у пілотних регіонах [Електронний ресурс] Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 05.10.2020р. № 646 [чинний] / Міністерство охорони здоров'я України – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з титул. екрану.

26. Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації на 2020 – 2022 роки» [Електронний ресурс] : Постанова Кабінету Міністрів України від 10.01.2002 № 14 «Офіційний Вісник України. – № 23. – С. 131-138 [чинний] / Міністерство охорони здоров'я України – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з титул. екрану.

27. Про внесення змін до основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги [Електронний ресурс] : Закон України N 3611-VI від 07.07.19. [чинний] / Верховна Рада України // Відомості Верховної Ради України. – 2012. – № 14. – Ст. 86. – (Нормативно-правовий документ ВРУ. Закон). – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/3611-17>. – Назва з титул. екрану.

28. Про заклади охорони здоров'я [Електронний ресурс] // проект Закону України від 31.12.2013. №3850. – Режим доступу : [http://search.ligazakon.ua/l\\_doc2.nsf/link1/JG2YY00I.html](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/JG2YY00I.html). – Назва з титул. екрану.

29. Про затвердження положення про Державну службу України з лікарських засобів [Електронний ресурс] : Указ Президента України від 08.04.2019 № 440/2019 (із змінами внесеними згідно з Указом Президента України № 89/2019 від 28.02.2019 [чинний] / Адміністрація Президента

України. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/89/2013/> – Назва з титул. екрану.

30. Про затвердження Примірного положення про центр первинної медичної (медико-санітарної допомоги) та примірних положень про його підрозділи [Електронний ресурс] : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 23 лют. 2012 р. № 131 [чинний] / Міністерство охорони здоров'я України. – Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з титул. екрану.

31. Програма економічних реформ на 2020-2021 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www.president.gov.ua/docs/Programa\\_reform\\_FINAL\\_2.pdf](http://www.president.gov.ua/docs/Programa_reform_FINAL_2.pdf). – Назва з титул. екрану.

32. Про екстрену медичну допомогу [Електронний ресурс] : Закон України від 05 липн. 2012 р. № 5081-VI [чинний] / Верховна Рада України // Відомості Верховної Ради України. – 2013. – № 30. – Ст. 340. із змінами внесеними згідно з Законом N 333-VII від 18.06.2013. (Нормативно-правовий документ ВРУ. Закон). – Режим доступу : <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/5081-17>. – Назва з титул. екрану.

33. Про деякі питання створення приймальних відділень в опорних закладах охорони здоров'я у госпітальних округах [Електронний ресурс] : Постанова уряду від 8 липн. 2020 р. № 612 [чинний] / Верховна Рада України // Відомості Верховної Ради України. – 2020. – № 30. – Режим доступу: [http://samopomich.ua/wpcontent/uploads/2014/11/Koalicyyna\\_uhoda\\_parafovana\\_20.11.pdf](http://samopomich.ua/wpcontent/uploads/2014/11/Koalicyyna_uhoda_parafovana_20.11.pdf). - Назва з титул. екрану.

34. Порядок та умови надання субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на реалізацію проектів з реконструкції, капітального ремонту приймальних відділень в опорних закладах охорони здоров'я у госпітальних округах [Електронний ресурс] : додаток до Постанови уряду від 8 липн. 2020 р. № 612 [чинний] / Верховна Рада України // Відомості Верховної Ради України.



– 2020. – № 30. – Режим доступу:  
[http://samopomich.ua/wpcontent/uploads/2014/11/Koaliciyna\\_uhoda\\_parafovana\\_20.11.pdf](http://samopomich.ua/wpcontent/uploads/2014/11/Koaliciyna_uhoda_parafovana_20.11.pdf). - Назва з титул. екрану.

35. Про положення про Державну санітарно-епідеміологічну службу України [Електронний ресурс] : Указ Президента України від 06.04.2011 № 400/2011 (із змінами внесеними згідно з Указом Президента України № 85/2012 від 14.02.2012 [чинний] / Адміністрація Президента України. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/85/2012/>. – Назва з титул екрану.

36. Про положення про Міністерство охорони здоров'я України [Електронний ресурс] : Указ Президента України від 13.04.2019 № 467/2011 (із змінами внесеними згідно з Указом Президента України № 85/2019 від 14.02.2019 [чинний] / Адміністрація Президента України. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/467/2011/>. – Назва з титул екрану.

37. Про управління якістю медичної допомоги [Електронний ресурс] : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 24 лют. 2010 р. № 163 [чинний] / Міністерство охорони здоров'я України. – Режим доступу: [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20100224\\_163.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20100224_163.html). – Назва з титул. екрану.

38. Про затвердження Форм первинної облікової документації з інфекційної, дерматовенерологічної, онкологічної захворюваності та інструкцій щодо їх заповнення (із змінами, внесеними згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України від 25 січня 2013 року № 56) [Електронний ресурс] : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 10 січ. 2006 року № 1 [чинний] / Міністерство охорони здоров'я України. – Режим доступу: [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20100224\\_163.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20100224_163.html). – Назва з титул. екрану.

39. Про затвердження Порядку організації проведення епідеміологічного нагляду за грипом та гострими респіраторними вірусними інфекціями, заходів з готовності в міжепідемічний період і реагування під час епідемічного сезону захворюваності на грип та ГРВІ [Електронний ресурс] : Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 17 травня 2019 року № 1126 [чинний] /

Міністерстві юстиції України – Режим доступу:  
[http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20100224\\_163.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20100224_163.html). – Назва з титул. Екрану.

40. Про затвердження форм первинної облікової документації та Інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування [Електронний ресурс] : Наказ Міністерства охорони здоров'я від 14 лютого 2012 року № 110 [чинний] / Міністерстві юстиції України – Режим доступу:  
[http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20100224\\_163.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20100224_163.html). – Назва з титул. Екрану.

41. Реформування системи охорони здоров'я на муніципальному рівні : навч. посіб. / І. М. Солоненко, О. П. Попов, Л. І. Жаліло, К. О. Надутий. – К. : Вид-во НАДУ, 2007. – 211 с.

42. Реформування сфери охорони здоров'я в Україні: організаційне, нормативно-правове та фінансово-економічне забезпечення / [авт. Тексту Т. П. Попченко]. – К., НІСД, 2011. – 41 с.

43. Сенюта І. А. Право людини на медичну допомогу: деякі теоретико-практичні аспекти / Матеріали II Всеукраїнської науково-практичної конференції (Львів, 17 – 18 квітня 2008 року), [Електронний ресурс] // Режим доступу : [http://medicallaw.org.ua/uploads/media/02\\_277.pdf](http://medicallaw.org.ua/uploads/media/02_277.pdf). – Назва з титул. екрану.

44. Система здравоохранения в Соединенных Штатах Америки: страхование нации [Электронный ресурс] // Режим доступа : <http://healthua.com/articles/2775.htm>. – Название с титул. экрана.

45. Соціальні результати державних програм : теоретико-методологічні та прикладні аспекти оцінювання [монографія] / За ред. Е. М. Лібанової. – К.: Ін-т демографії та соц. дослідж. НАНУ, – Умань : Видавець «Сочинський», 2013. – 312 с.

46. Управління охороною здоров'я на місцевому рівні: національний та зарубіжний досвід : навч. посіб. / О. Ю. Оболенський, І. М. Солоненко, Л. І. Жаліло та ін. – К. : Асоц. міст України та громад, 2017. – 191 с.

47. Устінов О. Реформування охорони здоров'я: стратегія, тактика, ризики / О. Устінов // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.umj.com.ua/article/6648>. – Назва з титул. екрану.

48. Федорчак О. В. Класифікація механізмів державного управління / О. В. Федорчак // Демократичне врядування [Електронний ресурс]: наук. вісн. – Вип. 1. – Львів : ЛРІДУ НАДУ 2008. – Режим доступу: [http://www.nbu.gov.ua/e-journals/DeVr/2008-01/O\\_Fedorchak.pdf](http://www.nbu.gov.ua/e-journals/DeVr/2008-01/O_Fedorchak.pdf). – Назва з титул. екрану.

49. Худоба О. Система охорони здоров'я в Україні : термінологічний аналіз / О. Худоба // Ефективність державного управління [Текст] : зб. наук. пр. Львівського регіонального інституту державного управління Національної академії державного управління при Президентові України. – Вип. 21 [ за заг. ред. чл.-кор. НАН України В. С. Загорського, доц. А. В. Ліпінцева]. – Львів : ЛРІДУ НАДУ, 2009. – С. 145-150.

50. Ціборовський О. М. Шляхи систематизації законодавства України у сфері охорони здоров'я / О. М. Ціборовський, С. В. Істомін, В. М. Сорока. – К., 2011. – 72 с.

51. Covid-19 coronavirus pandemic – [Електронний ресурс] – Режим доступу до статті <https://www.worldometers.info/coronavirus/> заголовок з екрану.

52. International Committee on Taxonomy of Viruses (ICTV) – [Електронний ресурс] – Режим доступу до статті: <https://talk.ictvonline.org> 3. Wrapp, Daniel (2020). Cryo-EM structure of the 2019-nCoV spike in the prefusion conformation. / Wrapp, Daniel; Wang, Nianshuang; Corbett, Kizzmekia S.. et al. // Science. – 367 (6483): – P. 1260–1263. – doi:10.1126/science.abb2507.

53. WHO / 2019-nCoV / Surveillance Guidance / 2020.3 Global Surveillance for human infection with novel coronavirus (2019-nCoV) Interim guidance v3 31 January 2020, [Електронний ресурс]. - Режим доступу: [https://www.who.int/publications-detail/global-surveillance-for-human-infection-with-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/publications-detail/global-surveillance-for-human-infection-with-novel-coronavirus-(2019-ncov)).

54. Novel Coronavirus (2019-nCoV) technical guidance: Early investigations [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical guidance](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance)

55. Home care for patients with suspected novel coronavirus (nCoV) infection presenting with mild symptoms and management of contacts Interim guidance 20 January 2020 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [https://www.who.int/publications-detail/home-care-for-patients-with-suspected novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts](https://www.who.int/publications-detail/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-(ncov)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts).

56. Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (2019-nCoV) infection is suspected Interim guidance 28 January 2020 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus -\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected).

57. Novel Coronavirus (2019-nCoV) v2 Operational Support & Logistics Disease Commodity Packages [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/dcp-ncov.pdf?sfvrsn=f5fe62346&download=true>.

58. Шепотило О. Вплив COVID-19 на світову економіку та зовнішню торгівлю України. URL : <https://voxukraine.org/uk/vpliv-covid-19-na-svitovu-ekonomiku-tazovnishnyu-torgivlyu>.