

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ АГРАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ ЕКОНОМІКИ І МЕНЕДЖМЕНТУ
Кафедра публічного управління та адміністрування

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
другий (магістерський) рівень вищої освіти

на тему: ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ МЕХАНІЗМ СИСТЕМИ НАДАННЯ
ВТОРИННОЇ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Виконав:

Артеменко Артем Олександрович
здобувач спеціальності
073 «Менеджмент»
ОП «Адміністративний менеджмент»

Керівник:

Беляєва Олена Павлівна
к.н.з.держ.упр., ст.викладач кафедри публічного
управління та адміністрування

Рецензент:

Коблянська Інна Ігорівна
к.е.н., доцент кафедри економіки,
підприємництва та бізнес-адміністрування,
Сумський державний університет

Суми – 2024

СУМСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ АГРАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет Економіки і менеджменту

Кафедра Публічного управління та адміністрування

**Освітній
ступінь**

«Магістр»

Спеціальність

073 «Менеджмент»

ОП «Адміністративний менеджмент»

Затверджую:

Завідувач кафедри

(посада, ПІБ)

«_____» _____ 20____р.

ЗАВДАННЯ

НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТУ
Артеменуку Артему Олександровичу
(прізвище, ім'я, по батькові)

1. Тема роботи: Організаційний механізм системи надання вторинної спеціалізованої медичної допомоги

2. База практичного дослідження: КНП СОЗ Сумська обласна клінічна лікарня м.Суми

керівник роботи

Беляєва О.П., к.е.н., доцент

(прізвище, ім'я, по-батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджена наказом по університету від _____ «_____» _____ 20____р. № _____

3. Строк подання студентом закінченого проекту (роботи) «_____» _____ 2023 р.

4. Вихідні дані до проекту (роботи):

первинні та зведені документи, реєстри синтетичного та аналітичного обліку, статутні та установчі документи, фінансова, статистична звітність досліджуваної комунальної установи, законодавчо - нормативні акти з питань діяльності медичних закладів, монографії, фахові наукові статті та доповіді на міжнародних науково-практичних конференціях з питань управління розвитку персоналу організації.

5. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити):

дослідити теоретико-методичні аспекти організаційного механізму системи надання вторинної спеціалізованої медичної допомоги

надати організаційно-економічну характеристику КНП СОЗ Сумська обласна клінічна лікарня;

здійснити аналіз та організаційно-економічну характеристику медичної установи;

здійснити аналіз надання вторинної медичної допомоги в організації;

запропонувати можливі варіанти пропозицій та шляхи удосконалення системи надання вторинної спеціалізованої медичної допомоги КНП СОЗ Сумська обласна клінічна лікарня відповідно сучасних вимог до медичних працівників;

сформулювати висновки.

6. Дата видачі завдання:

«19» вересня 2023 р.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів підготовки кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1.	Визначення та затвердження теми дослідження, складання плану – графіку виконання роботи	вересень 2023 р.	виконано
2.	Підбір та аналіз літературних джерел, підготовка першого теоретичного розділу	жовтень – грудень 2023 р.	виконано
3.	Збір аналітичної інформації, обробка результатів дослідження та підготовка другого розділу роботи	травень-липень 2024 р.	виконано
4.	Підготовка третього розділу кваліфікаційної роботи	серпень – вересень 2024 р.	виконано
5.	Підготовка висновків, пропозицій та узгодження з керівником	жовтень 2024 р.	виконано
6.	Підготовка кінцевого варіанту кваліфікаційної роботи	листопад 2024 р.	виконано
7.	Опрацювання зауважень керівника, перевірка на автентичність	24 листопада 2024 р.	виконано
8.	Рецензування кваліфікаційної роботи	30 листопада – 02 грудня 2024 р.	виконано
9.	Представлення кваліфікаційної роботи на кафедру, деканат	30 листопада – 07 грудня 2024 р.	виконано
10.	Підготовка доповіді, презентації до кваліфікаційної роботи та її попередній захист	02 грудня – 04 грудня 2024 р.	виконано
11.	Захист кваліфікаційної роботи	20 грудня 2024 р.	виконано

Студент _____
(підпис)

А.АРТЕМЕНКО

Керівник роботи _____
(підпис)

О.БЕЛЯЄВА

Перевірку на автентичність проведено.

Н. БАРАННИК

Дипломна робота допущена до захисту

(підпис)

С. ЛУКАШ

АНОТАЦІЯ

Артеменко А.О. Організаційний механізм системи надання вторинної спеціалізованої медичної допомоги.

Кваліфікаційна робота зі спеціальності 073 «Менеджмент», ОП «Адміністративний менеджмент», СНАУ, Суми-2024 р. – Рукопис.

В кваліфікаційній роботі розглянуто основні теоретичні підходи до трактування категорії «управління розвитком персоналу», як відповідного професійного рівня працівників вимогам робочого місця, посади; умов для мобільності працівників, передумови раціональної їх зайнятості і використання; можливості просування працівників як у професійній, так і службовій кар'єрі.

КНП «Сумська обласна клінічна лікарня» ліцензована установа з охорони здоров'я, яка забезпечує медичними послугами високого рівня мешканців Сумської області і міста Суми. Середньооблікова чисельність медичних працівників склала 1109 чоловік із середньою заробітною платою в 15 593 грн., головним джерелом доходів протягом 2021-2023 рр. був Державний Бюджет. Організаційна структура формує функціональність кожен підрозділ виконує чітко визначені функції, спрямовані на досягнення загальної мети забезпечення здоров'я пацієнтів.

Внаслідок війни, яку Росія веде проти населення України, та з урахуванням нових викликів нашого часу були розроблені пакети медичних послуг, які дозволяють надавати необхідну медичну допомогу населенню в умовах важкостей. Програма медичних гарантій включає послуги, пов'язані з принципами екстериторіальності та нейтралітету бюджету, охоплюючи екстрену, первинну, спеціалізовану та паліативну медичну допомогу, а також реабілітацію в сфері охорони здоров'я, медичну допомогу дітям до 16 років і послуги, пов'язані з вагітністю та пологами.

Фінансування другорівневої медичної допомоги буде проводитися за рахунок коштів, отриманих від Національного агентства забезпечення здоров'я за програмою медичних гарантій, місцевого бюджету, платних послуг та інших джерел, які не суперечать законодавству.

Проведено аналіз теоретико-методичні основи організаційного механізму системи надання вторинної спеціалізованої медичної допомоги. В другому розділі здійснено аналіз управління та адміністрування КНП СОЗ Сумська обласна клінічна лікарня; проведена організаційно-економічна характеристика медичного закладу; здійснено аналіз основних показників діяльності КНП СОЗ Сумська обласна клінічна лікарня в контексті менеджменту. Проведено оцінку стану управління ланкою вторинної медичної допомоги КНП СОЗ Сумська обласна клінічна лікарня.

В третьому розділі запропоновано шляхи удосконалення системи надання вторинної спеціалізованої медичної допомоги.

Ключові слова: управління, менеджмент, вторинна медична допомога, система

SUMMARY

Artemenko A.O. Organizational mechanism of the system of providing secondary specialized medical care.

Qualification work in the specialty 073 "Management", OP

"Administrative Management", SNAU, Sumy-2024 - Manuscript.

The qualification work considers the main theoretical approaches to interpreting the category of "personnel development management" as the corresponding professional level of employees to the requirements of the workplace, position; conditions for employee mobility, prerequisites for their rational employment and use; opportunities for employee advancement both in professional and service careers.

MNE "Sumy Regional Clinical Hospital" is a licensed healthcare institution that provides high-level medical services to residents of Sumy region and the city of Sumy. The average number of medical workers was 1,109 people with an average salary of 15,593 UAH., the main source of income during 2021-2023. was the State Budget. The organizational structure forms the functionality, each unit performs clearly defined functions aimed at achieving the overall goal of ensuring the health of patients.

As a result of the war that Russia is waging against the population of Ukraine, and taking into account the new challenges of our time, medical service packages have been developed that allow providing the necessary medical care to the population in difficult conditions. The medical guarantee program includes services related to the principles of extraterritoriality and budget neutrality, covering emergency, primary, specialized and palliative medical care, as well as rehabilitation in the field of health care, medical care for children under 16 years of age, and services related to pregnancy and childbirth.

Financing of secondary medical care will be carried out at the expense of funds received from the National Agency for Health Care under the medical guarantees program, local budget, paid services and other sources that do not contradict the legislation.

The theoretical and methodological foundations of the organizational mechanism of the system for providing secondary specialized medical care are analyzed. In the second section, the management and administration of the Sumy Regional Clinical Hospital of the State Health Service of Ukraine are analyzed; the organizational and economic characteristics of the medical institution are analyzed; the main indicators of the activities of the Sumy Regional Clinical Hospital of the State Health Service of Ukraine in the context of management are analyzed. The state of management of the secondary medical care link of the Sumy Regional Clinical Hospital of the State Health Service of Ukraine is assessed.

The third section proposes ways to improve the system for providing secondary specialized medical care.

Keywords: management, management, secondary medical care, system

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ	7
ВСТУП	8
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ ОРГАНІЗАЦІЙНОГО МЕХАНІЗМУ СИСТЕМИ НАДАННЯ ВТОРИННОЇ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	11
РОЗДІЛ 2 АНАЛІЗ УПРАВЛІННЯ ТА АДМІНІСТРУВАННЯ КНП СОЗ СУМСЬКА ОБЛАСНА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ	21
2.1 Організаційно-економічна характеристика медичного закладу	21
2.2 Аналіз основних показників діяльності КНП СОЗ Сумська обласна клінічна лікарня в контексті менеджменту	24
2.3 Оцінка стану управління ланкою вторинної медичної допомоги КНП СОЗ Сумська обласна клінічна лікарня	33
РОЗДІЛ 3 ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ НАДАННЯ ВТОРИННОЇ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	43
3.1 Розробка системи індикаторів якості медичної допомоги	43
3.2 Кращі практики організації систем надання вторинної медичної допомоги	56
3.3. Формування спроможної мережі закладів охорони здоров'я госпітального округу	61
ВИСНОВКИ	65
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ	68
ДОДАТКИ	73
ДОДАТКИ А Наукові публікації	
ДОДАТКИ Б Фінансова звітність	

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

КНП «СОКЛ» - Комунальне некомерційне підприємство «Сумська обласна клінічна лікарня»

ЗОЗ – заклади охорони здоров'я

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я

МП – медичний персонал

ПВ – професійне вигорання

БПР –безперервне професійний розвиток

ВСТУП

Актуальність теми. У сфері охорони здоров'я діють різні інституції, кожна з яких виконує свою суттєву роль. Розуміння організаційного механізму, розподілу обов'язків та функцій ключових учасників сприятиме глибшому осмисленню функціонування системи охорони здоров'я і дозволить належним чином спрямовувати запитання до тих, хто насправді відповідає за конкретні напрямки, тим самим сприяючи ефективній наданні допомоги.

Стан вивчення проблеми. Дослідженню проблематики пов'язаної з питаннями управління розвитком персоналу приділено значну увагу в роботах багатьох вітчизняних вчених та їх зарубіжних колег, зокрема таких як: Н. Алюшина [1], О.Бериславська [2], О. Баєва [3], А.Бричко [4], Ю. Вороненко [5], О. Волосовець [6], М. Гогот [7], О.Граждан [8], Т. Гринько [10], О.Літвінов [14], Т. Сабецька [21] Р. John [24] J.Herrera [25] та інших.

- **Метою дослідження** є теоретико-методичне узагальнення положень та розробка практичних рекомендацій по вдосконаленню організації системи надання вторинної медичної допомоги в КНП «Сумська обласна клінічна лікарня».

- Відповідно до поставленої мети були поставлені такі **завдання**:
- дослідити теоретико-методичні аспекти організаційного механізму системи надання вторинної спеціалізованої медичної допомоги
- надати організаційно-економічну характеристику КНП СОЗ Сумська обласна клінічна лікарня;
- здійснити аналіз та організаційно-економічну характеристику медичної установи; здійснити аналіз надання вторинної медичної допомоги в організації;
- запропонувати можливі варіанти пропозицій та шляхи удосконалення системи надання вторинної спеціалізованої медичної допомоги КНП СОЗ Сумська обласна клінічна лікарня відповідно сучасних вимог до медичних працівників;

Об'єктом дослідження є процеси управління діяльністю КНП «Сумська обласна клінічна лікарня».

Предметом дослідження є сукупність теоретичних, методичних та практичних аспектів щодо управління системою надання вторинної медичної допомоги.

Елементами наукової новизни одержаних результатів є обґрунтування пропозицій щодо поліпшення управління діяльністю Сумської обласної клінічної лікарні як надкластерного медичного закладу.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що здійснені дослідження дозволяють вдосконалити управління діяльністю КНП СОКЛ. Матеріали досліджень, проведених у кваліфікаційній роботі, передані до Сумської обласної клінічної лікарні. Дослідження та висновки, отримані в результаті написання кваліфікаційної роботи, можуть бути використані викладачами кафедри під час проведення лекційних та семінарських занять для здобувачів вищої освіти спеціальності 073 «Менеджмент» ОП «Адміністративний менеджмент».

При написанні кваліфікаційної роботи використовувались такі **методи дослідження**: методи наукової абстракції, аналізу, синтезу, індукції, дедукції, логічного аналізу, системного підходу тощо. Для розв'язання визначених завдань дослідження також застосовувались методи: монографічний – при вивченні літературних джерел, практики управління персоналом; структурний аналіз, порівняльний аналіз, коефіцієнтний аналіз та інші.

Інформаційна база. Джерелами інформації для написання кваліфікаційної роботи були нормативно-законодавчі акти, установчі документи, фінансова звітність КНП СОК 2021-2023 рр.; наукові статті, тези конференцій, монографії, посібники з теми дослідження.

Апробація результатів кваліфікаційної роботи. Основні результати, положення, висновки та практичні рекомендації кваліфікаційної роботи оприлюднені на Міжнародній науково-практичній інтернет-конференції «Impact of Artificial Intelligence and Other Technologies on Sustainable Development» (28-29 грудня, м. Дніпро) та науково-практичній конференції викладачів, аспірантів та студентів Сумського НАУ (14-16 травня 2024 р.).

Структура і обсяг роботи. Кваліфікаційна робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел з 25 найменувань. Основний текст викладений на 71 сторінках комп'ютерного тексту, робота містить 22 таблиці, 10 рисунків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ ОРГАНІЗАЦІЙНОГО МЕХАНІЗМУ СИСТЕМИ НАДАННЯ ВТОРИННОЇ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Вторинна ланка медицини включає амбулаторні та стаціонарні медичні заклади, які забезпечують пацієнтів консультаціями, діагностикою, лікуванням, а також реабілітацією і профілактикою захворювань, травм, отруєнь та інших станів. До системи вторинної медичної допомоги входять багатoproфільні лікарні, заклади для реабілітації, планового лікування та спеціалізовані медичні центри.

Під час першого етапу медичної реформи до 2018 року медичні заклади вторинного рівня в Україні були об'єднані у 100 госпітальних округів. Оптимізація лікарень дала можливість створити нові спеціалізовані медичні установи.

Основні етапи реформи

Медична реформа в Україні стартувала у жовтні 2017 року після ухвалення закону «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів». Відповідно до цього закону, держава взяла на себе обов'язок фінансувати з державного бюджету екстрену, первинну, вторинну (спеціалізовану), третинну, паліативну медичну допомогу, реабілітацію, супровід вагітності та пологів, а також медичну допомогу дітям до 16 років.

У квітні 2018 року, через пів року після початку реформи, стартував перший етап змін, який передбачав укладення українцями декларацій із сімейними лікарями.

Другий етап реформи планували запустити у липні 2019 року, але його було відкладено. У листопаді 2019 року уряд затвердив програму медичних гарантій, що визначила перелік та обсяг послуг і лікарських засобів, які фінансуються з держбюджету. Програма почала діяти з 1 квітня 2020 року, ознаменувавши початок другого етапу реформи. Цей етап, запущений під час пандемічного локдауну, значно збільшив навантаження на вторинну ланку

системи охорони здоров'я, що викликало критику з боку скептиків.

У сфері охорони здоров'я діють різні інституції, кожна з яких виконує свою суттєву роль. Розуміння організаційного механізму, розподілу обов'язків та функцій ключових учасників сприятиме глибшому осмисленню функціонування системи охорони здоров'я і дозволить належним чином спрямовувати запитання до тих, хто насправді відповідає за конкретні напрямки, тим самим сприяючи ефективній наданні допомоги.



Рисунок 1.1 - Основні інституції, які відповідають за забезпечення функціонування системи охорони здоров'я в Україні

Джерело: побудовано автором

Внаслідок війни, яку Росія веде проти населення України, та з урахуванням нових викликів нашого часу були розроблені пакети медичних послуг, які дозволяють надавати необхідну медичну допомогу населенню в умовах важкостей. Програма медичних гарантій включає послуги, пов'язані з принципами екстериторіальності та нейтралітету бюджету, охоплюючи екстрену, первинну, спеціалізовану та паліативну медичну допомогу, а також реабілітацію в сфері охорони здоров'я, медичну допомогу дітям до 16 років і послуги, пов'язані

з вагітністю та пологами.

Перевірка стану здоров'я є безкоштовною для будь-якої особи, яка уклала декларацію з сімейним лікарем, терапевтом або педіатром. У пакет безкоштовних медичних послуг для лікарів первинного рівня входять профілактичні обстеження, кошти на оплату яких надає Національна служба здоров'я України.

Фінансування другорівневої медичної допомоги буде проводитися за рахунок коштів, отриманих від Національного агентства забезпечення здоров'я за програмою медичних гарантій, місцевого бюджету, платних послуг та інших джерел, які не суперечать законодавству.

Документ, який визначає тарифи та особливості закупівлі медичних послуг у надавачів для реалізації Програми медичних гарантій на відповідний рік, називається "Порядок реалізації Програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2023 році" і був схвалений постановою Кабінету Міністрів України від 27.12.2022 № 1464. Програма медичних гарантій складається з двох рівнозначно важливих частин.

Дія цього Порядку розповсюджується на всі заклади охорони здоров'я, незалежно від форми власності, та на фізичних осіб - підприємців, які отримали ліцензію на господарську діяльність у сфері медичної практики та відповідають вимогам до надавачів послуг медичного обслуговування населення. Головні розпорядники бюджетних коштів укладають договори про медичне обслуговування населення з такими закладами, які мають ліцензію і дотримуються вимог до надавачів послуг з медичного обслуговування населення, визначених постановою Кабінету Міністрів України від 28.03.2018 № 391. Цей Порядок також регулює умови закупівлі для суб'єктів господарювання, які мають намір укласти чи вже уклали договір про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій з Національним агентством забезпечення здоров'я, а також для суб'єктів господарювання, які здійснюють роздрібну торгівлю лікарськими засобами і мають укладений договір про реімбурсацію з Національним агентством забезпечення здоров'я.

Вторинна (спеціалізована) медична допомога — це вид медичної допомоги, що надається в амбулаторних або стаціонарних умовах в плановому порядку або екстрених випадках і передбачає надання консультації, проведення

діагностики, лікування, реабілітацію та профілактику хвороб, травм, отруєнь, патологічних і фізіологічних (при вагітності та пологах) станів, які можуть бути надані лікарями відповідної спеціалізації (крім лікарів загальної практики — сімейних лікарів); направлення пацієнта для надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги з іншої спеціалізації або для надання третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.

Завдання вторинної медичної допомоги

Основні завдання БЛЛЛ I та II рівнів — надавати вторинну (спеціалізовану), зокрема й екстрену, медичну допомогу, як-от:

- вести пологи (допомагати під час пологів), лікувати патології вагітності та надавати невідкладну акушерсько-гінекологічну допомогу;
- лікувати хвороби, травми, отруєння;
- проводити хірургічні втручання;
- зменшувати ступінь тяжкості захворювання, травми, отруєння (за винятком паліативної допомоги);
- запобігати загостренню та/або ускладненню хвороби, травми, отруєння, які загрожують життю та здоров'ю пацієнта;
- виконувати діагностичні або терапевтичні процедури, які не можна виконувати в інших умовах (за межами лікарні);
- надавати реабілітаційну допомогу в гострому періоді;
- виконувати інші завдання відповідно до потреб населення в медичній допомозі.

БЛЛЛ I та II рівнів надають вторинну (спеціалізовану) та екстрену медичну допомогу пацієнтам цілодобово. При цьому координують діяльність з іншими закладами охорони здоров'я на території госпітального округу та області й за потреби направляють пацієнтів до закладів третинного рівня відповідно до клінічних маршрутів пацієнта.

Медичну допомогу БЛЛЛ I та II рівнів надають в умовах:

- амбулаторних — у консультативно-діагностичних підрозділах або центрах, що працюють у складі лікарні;
- стаціонару.

ЛЛЛ I та II рівнів надають медичну допомогу в стаціонарних умовах та

діагностують стан пацієнта за лікарськими спеціальностями, зазначеними в Таблицях 1.1, 1.2.

Таблиця 1.1 - Лікарські спеціальності, за якими надають медичну допомогу

Лікарські спеціальності	БЛІЛ I рівня	БЛІЛ II рівня
Акушерство і гінекологія	+	+
Анестезіологія	+	+
Гастроентерологія	-	+
Гематологія	-	+
Дитяча хірургія	-	+
Ендокринологія	-	+
Інфекційні хвороби	-	+
Кардіологія	-	+
Комбустіологія	-	+
Медицина невідкладних станів	+	+
Неврологія	+	+
Нейрохірургія	-	+
Неонатологія	-	+
Нефрологія	-	+
Ортопедія і травматологія	+	+
Отоларингологія	-	+
Офтальмологія	-	+
Патологічна анатомія	+	+
Педіатрія	+	+
Проктологія	-	+
Психіатрія	-	+
Пульмонологія	-	+
Ревматологія	-	+
Судинна хірургія	-	+
Терапія	+	+
Трансфузіологія	+	+
Урологія	-	+
Хірургічна стоматологія	-	+
Хірургія	+	+

Джерело: систематизовано автором

З огляду на медичні потреби населення БЛІЛ I та II рівнів можуть надавати пацієнтам спеціалізовану медичну допомогу й за іншими лікарськими спеціальностями в умовах стаціонару. Таке рішення ухвалює орган управління закладу охорони здоров'я на основі пропозицій та рекомендацій госпітальної ради.

Таблиця 1.2 - Лікарські спеціальності, за якими діагностують стан пацієнта

Лікарські спеціальності	БЛІЛ І рівня	БЛІЛ ІІ рівня
Ендоскопія	+	+
Клінічна лабораторна діагностика, клінічна імунологія, клінічна біохімія	+	+
Рентгенологія	+	+
Ультразвукова діагностика	+	+

Джерело: систематизовано автором

БЛІЛ І рівня можуть створювати структурні підрозділи, які надають паліативну та реабілітаційну допомогу.

БЛІЛ І та ІІ рівнів мають урахувати вимоги до надання:

- екстреної медичної допомоги;
- медичної допомоги під час пологів, лікування патології вагітності та невідкладної акушерсько-гінекологічної допомоги.

Ці вимоги визначені в додатках 1 і 2 до Об'єму № 1881. Що вони передбачають?

Екстрена медична допомога

БЛІЛ І та ІІ рівнів надають екстрену медичну допомогу пацієнтам:

- які перебувають у невідкладних станах;
- із гострим інфарктом міокарда (далі — ГІМ);
- із мозковим інсультом (далі — МІ).

Аби надати допомогу пацієнтам, які перебувають у невідкладних станах, заклади виконують визначені вимоги. Допомогу пацієнтам із ГІМ БЛІЛ І та ІІ рівнів надають залежно від рівня лікарень та наявності в них відділень інтервенційної кардіології та реперфузійної терапії

БЛІЛ І рівня та БЛІЛ ІІ рівня, на базі яких немає відділення інтервенційної кардіології та реперфузійної терапії, мають забезпечити систему підготовки та направлення пацієнтів із ГІМ до таких відділень.

Основою реформування вторинної медичної допомоги стала зміна системи фінансування за принципом «гроші йдуть за пацієнтом». Це означає, що держава компенсує вартість медичних послуг, наданих пацієнтам у конкретних

зкладах, через Національну службу здоров'я України (НСЗУ). У 2020 році на реалізацію цієї моделі з держбюджету було виділено 70,4 млрд грн. Такий підхід має запобігти завищенню кількості ліжко-місць, адміністративних витрат і необґрунтованого розширення штату співробітників.

З 1 квітня 2020 року заклади охорони здоров'я, які уклали договори з НСЗУ, отримали статус комунальних некомерційних підприємств (КНП). Для співпраці з НСЗУ заклади повинні відповідати низці вимог, зокрема:

- наявність ліцензії на надання медичних послуг;
- повна комп'ютеризація;
- підключення до медичної інформаційної системи (МІС).

НСЗУ закуповує медичні послуги у закладів за визначеними тарифами, а їхній дохід та заробітна плата лікарів залежать від кількості та якості наданих послуг. Пацієнти самі обирають заклад і послуги, що стимулює лікарів вторинної ланки забезпечувати високий рівень медичного обслуговування.

Програма медичних гарантій для вторинної медичної допомоги передбачає п'ять пріоритетних напрямків, які фінансуються за підвищеними тарифами:

- Лікування гострого інфаркту міокарда.
- Лікування гострого мозкового інсульту.
- Акушерська допомога при пологах.
- Неонатальна допомога.
- Ендоскопічні та скринінгові дослідження для раннього виявлення онкологічних захворювань.

Ці види медичної допомоги забезпечують особливу увагу до найважливіших потреб пацієнтів і стимулюють розвиток якісної медицини.

З початком реформи держава взяла на себе роль страховика, забезпечивши кожному пацієнту можливість безкоштовного лікування через зміни в організаційній структурі системи охорони здоров'я. Пацієнт має право скористатися безкоштовним лікуванням, гарантованим державою, або обрати послуги приватних клінік чи відомчих організацій, якщо це відповідає його потребам і можливостям. Водночас він може звертатися і до посередницьких організацій чи страхових компаній за власним бажанням.

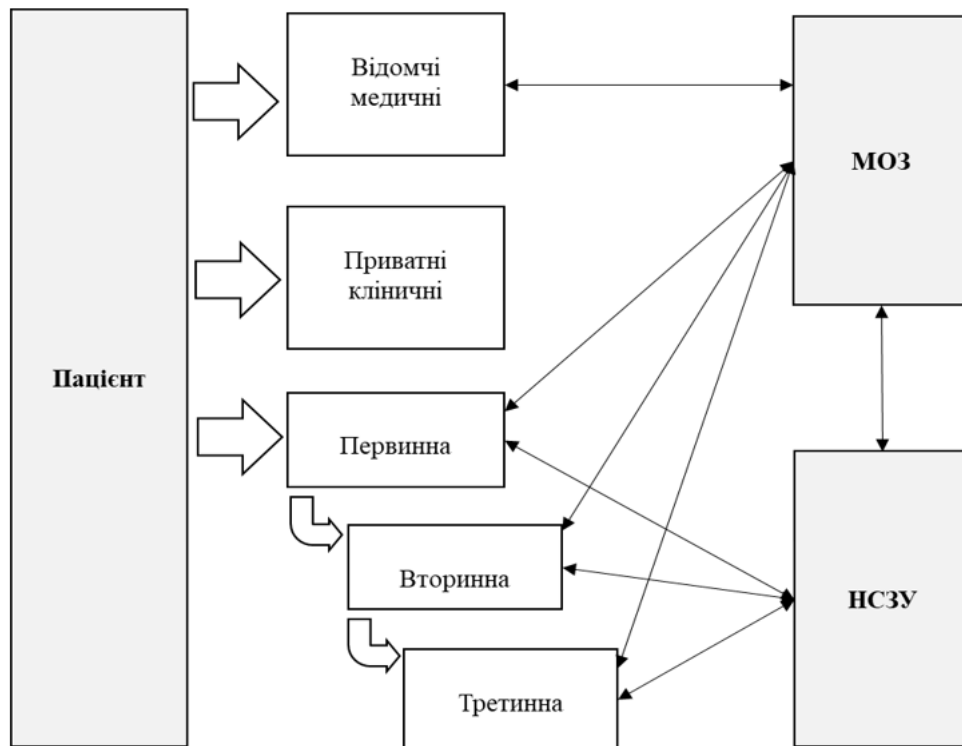


Рисунок 1.2 - Взаємодія суб'єктів ринку в рамках організаційно-управлінського механізму державного регулювання ринку медичних послуг

Джерело: розробка автора

При зверненні за медичною допомогою пацієнт спочатку повинен звернутися до закладів первинної ланки. За результатами діагностики його можуть направити до закладів вторинної або, у разі потреби, третинної медичної допомоги. Взаємодію пацієнта з державними медичними закладами координує Національна служба здоров'я України (НСЗУ), тоді як інші форми взаємодії контролюються Міністерством охорони здоров'я України.

Міністерство охорони здоров'я України спільно з місцевими органами виконавчої влади здійснює моніторинг роботи підпорядкованих медичних установ, відповідаючи за якість надання медичних послуг. Це забезпечується шляхом впровадження лікувальних протоколів, ліцензування діяльності лікарень, сертифікації лікарів та акредитації медичних закладів. Варто зазначити, що однакові вимоги висуваються як до державних, так і до приватних установ, а також до дорадчих, кваліфікаційних та науково-кваліфікаційних комісій.

У реформованій системі охорони здоров'я ключову роль відіграє фінансування. Зміна фінансової моделі трансформувала взаємовідносини між пацієнтом і медичним закладом, що дало змогу вирішити низку нагальних

проблем галузі.

Пацієнти отримали право вільно обирати лікаря, якому довіряють. На сьогодні понад 70% населення країни вже визначилися зі своїми лікарями, а в електронній системі охорони здоров'я зареєстровано понад 29 мільйонів декларацій. Після вибору лікаря пацієнт подає декларацію, і Національна служба здоров'я України (НСЗУ) оплачує медичне обслуговування цьому закладу. Держава гарантує безоплатну допомогу лікаря первинної ланки та чітко визначений перелік послуг, який охоплює необмежену кількість консультацій, базові дослідження, вакцинацію згідно з календарем щеплень тощо.

Запровадження принципу фінансування «гроші йдуть за пацієнтом» і збільшення бюджетного фінансування первинної медичної допомоги в півтора рази дозволили успішним медичним закладам отримувати значно більші кошти від НСЗУ порівняно з попереднім періодом. Це сприяло зростанню зарплат лікарів та медичного персоналу в 2–3 рази, покращенню умов прийому пацієнтів і впровадженню додаткових сервісів.

Реформування системи медичних послуг суттєво змінило взаємовідносини між пацієнтом і надавачем медичних послуг. Нова система забезпечує пацієнтам державне страхування, яке покриває лікування за умови укладення договору із сімейним лікарем.

Таблиця 1.3 - Ключові характеристики первинної медичної допомоги

Характеристика	Опис характеристики
Комплексна медична допомога	постачальники первинної медичної допомоги пропонують широкий спектр медичних послуг, включаючи планові огляди, вакцинацію та профілактичне лікування
Безперервність медичної допомоги	первинна медична допомога наголошує на побудові довгострокових стосунків з пацієнтами, забезпеченні безперервної та послідовної медичної допомоги протягом тривалого часу.
Перша точка контакту	у більшості випадків первинна медична допомога є місцем, де пацієнти звертаються за первинною медичною консультацією та лікуванням, що робить її важливим входом до системи охорони здоров'я
Цілісний підхід	постачальники первинної медичної допомоги враховують загальний стан здоров'я та благополуччя пацієнта, беручи до уваги фізичні, психічні та емоційні аспекти.
Зміцнення здоров'я та профілактика захворювань	первинна медична допомога зосереджена на навчанні пацієнтів здоровому способу життя та запобіганні захворюванням до того, як вони стануть більш серйозними.

Джерело: сформовано автором

Водночас лікарі отримують справедливу винагороду, пропорційну їх

зусиллям і часу, витраченому на обслуговування пацієнтів. Це створює умови, за яких пацієнти можуть покрити витрати на лікування за рахунок державного фінансування, а лікарі отримують гідну оплату праці.

Вторинна допомога: спеціалізована експертиза

Вторинна медична допомога, з іншого боку, вступає в дію, коли пацієнти потребують спеціалізованої медичної допомоги або послуг, що виходять за рамки первинної медичної допомоги. Цей рівень допомоги надають фахівці, такі як кардіологи, хірурги-ортопеди та дерматологи, які мають глибокі знання та підготовку в конкретних галузях медицини. Вторинна медична допомога часто включає діагностичні та терапевтичні послуги, які потребують спеціалізованого обладнання та досвіду.

Таблиця 1.4 - Ключові характеристики вторинної медичної допомоги

Характеристика	Опис характеристики
Спеціалізовані послуги	вторинна медична допомога пропонує спеціалізовані медичні послуги, такі як операції, розширена діагностика та лікування певних захворювань
На основі направлення	пацієнти зазвичай отримують вторинну медичну допомогу за направленням від свого постачальника первинної медичної допомоги, оскільки це стосується конкретних проблем зі здоров'ям.
На базі лікарні	багато послуг вторинної медичної допомоги надаються в умовах лікарні, де є спеціалізоване обладнання та засоби.
Складні випадки	вторинна медична допомога обладнана для лікування складних медичних випадків, які потребують спеціальних знань і процедур
Спільний підхід	вторинна медична допомога часто передбачає співпрацю між постачальниками первинної медичної допомоги та фахівцями для забезпечення комплексного догляду за пацієнтами.

Джерело: сформовано автором

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ УПРАВЛІННЯ ТА АДМІНІСТРУВАННЯ КНП СОЗ СУМСЬКА ОБЛАСНА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ

1.1. Організаційно-економічна характеристика медичного закладу

Комунальне некомерційне підприємство Сумської обласної ради «Сумська обласна клінічна лікарня» (далі КНП «СОКЛ») - це сучасна акредитована вищою категорією та відповідним чином ліцензована установа з охорони здоров'я, яка забезпечує медичними послугами високого рівня мешканців Сумської області і міста Суми.

Обласна лікарня в Сумській області була створена 28 жовтня 1948 р. на базі Сумської міської лікарні. Установа мала стаціонар на 310 ліжко-місць з 9-ма відділеннями, у поліклініці прийом виконувався за 9-ма спеціальностями, медичні послуги надавали 16 лікарів і 39 медичних працівників середньої ланки. Впродовж 1961-1968 рр. добудовані 2 лікувальні корпуси закладу. Статус клінічної Сумська обласна лікарня отримала у 1992 році. На базі даної установи здійснюють науково-практичні заходи 3 кафедри зі складу Сумського Державного університету.

Власником, засновником і органом управління балансовим майном КНП «СОКЛ» є Сумська обласна рада, представлена виконавчим комітетом, а на час дії воєнного стану - Сумська обласна військова адміністрація. КНП «СОКЛ» є підзвітним, підпорядкованим і підконтрольним МОЗ України в особі його регіонального представництва, а саме Управління охорони здоров'я Сумської обласної (військової) адміністрації. КНП «СОКЛ» провадить некомерційну господарську діяльність, метою якої є підтримка та покращення здоров'я населення Сумської області без мети забезпечення прибутковості. КНП «СОКЛ» створено у визначеному Законом порядку, який регулює діяльність комунальних неприбуткових закладів охорони

здоров'я щодо надання ними медичних послуг. КНП «СОКЛ» функціонує в обласному центрі на двох майданчиках – по вулиці Троїцькій та по вулиці Ковпака. Лікарня має Сертифікат якості ISO, що підтверджує високу якість надання медичних послуг. Крім того, КНП «СОКЛ» є центром методично-організаційного управління лікувально-профілактичними установами Сумської області та інших областей, клінічною базою з навчання та стажування студентів - медиків, проходження ними інтернатури, підвищення кваліфікації медсестер, фельдшерів та лікарів. Майно КНП «СОКЛ» є комунальною власністю обласної громади Сумської області та закріплюється за нею на праві поточного управління. Майно КНП «СОКЛ» складається із оборотних і необоротних активів, товарно-матеріальних цінностей, а також грошових коштів, залишкова вартість яких показується у балансі КНП «СОКЛ» та в інших формах періодичної звітності. Робота медичного закладу представлена на рисунку 2.1, організовується відповідно до його Положення та Правил внутрішнього трудового розпорядку, а також затверджених у встановленому чинним законодавством порядку планів діяльності по виконанню державного та місцевих бюджетів.

Лікарня, як самостійна одиниця охорони здоров'я, здійснює свою діяльність відповідно до чинного законодавства та затверджених нормативів. Сама структура розробляється з урахуванням напрямків діяльності та завдань лікарні, погоджується з Департаментом охорони здоров'я військової адміністрації. Весь штатний розпис формується на основі діючих нормативів та обмежень фонду оплати праці. Вся системи оплати встановлюються згідно із законодавством та за погодженням з Департаментом охорони здоров'я. Застосовуються різноманітні форми матеріального заохочення (доплати, надбавки тощо). Всі відносини лікарні з іншими установами, організаціями та громадянами регулюються договорами. Лікарня активно співпрацює з іншими медичними закладами та організаціями для забезпечення якісного надання медичної допомоги. Надалі більш деталізовано дослідимо організаційно-економічну діяльність даного медичного закладу за інформацією з його обліку та звітності.

Поетапно переходимо до організаційної структури КНП «СОКЛ» та визначити в ній підпорядкування відповідних відділень та клінік, це складна

система взаємопов'язаних підрозділів, що забезпечують ефективну роботу закладу та надання якісної медичної допомоги населенню. Структура може змінюватися залежно від потреб та завдань лікарні і сформована на рисунку 2.2.



Рисунок 2.1 – Організаційна структура Комунальне некомерційне підприємство «Сумська обласна клінічна лікарня»

Загальні принципи її побудови формує функціональність тобто кожен

підрозділ виконує чітко визначені функції, спрямовані на досягнення загальної мети – забезпечення здоров'я пацієнтів; ієрархічність це визначена система підпорядкування, що забезпечує ефективне управління. Типові підрозділи:

Адміністрація здійснює керівництво лікарнею, розробку стратегії розвитку, управління персоналом, фінансами та матеріально-технічними ресурсами. Відповідні медичні відділення такі як терапевтичне, хірургічне, гінекологічне, дитяче та інші відділення, що надають спеціалізовану медичну допомогу. Радіологічне, ультразвукове, лабораторне, ендоскопічне відділення проводять різноманітні дослідження для встановлення діагнозу. Лікувально-діагностичні центри об'єднують в собі кілька відділень для надання комплексної медичної допомоги при певних захворюваннях. Аптеки забезпечує лікарню лікарськими засобами та медичними виробами. Господарська служба займається обслуговуванням будівель та споруд, забезпеченням харчування, транспортом тощо.

Особливості організаційної структури КНП Сумської обласної клінічної лікарні це її профільність, заклад надає високоспеціалізовану медичну допомогу, тому має більш складну структуру порівняно з районними лікарнями. Можлива інтеграція з іншими медичними закладами області для створення єдиної мережі надання медичних послуг. Для підвищення ефективності роботи можуть впроваджуватися електронні системи документообігу, телемедицина та інші сучасні технології.

2.4 Аналіз основних показників діяльності КНП СОЗ Сумська обласна клінічна лікарня в контексті менеджменту

Переходячи до аналізу основних показників діяльності медичного закладу, проведемо аналіз його доходів і витрат. Аналіз витрат представлений в таблиці 2.1.

На основі даних таблиці 2.1 можна зробити висновок, що динаміка середньорічної вартості різних видів необоротних активів відрізняється, хоча загалом їх сукупна вартість має позитивну тенденцію. Зокрема, нематеріальні

активи залишаються найменш вартісними серед інших категорій активів і за період 2021–2024 років втратили лише 4% (13 тис. грн) своєї початкової вартості. Будівлі та споруди протягом аналізованого періоду не оновлювалися, тому їх залишкова вартість зменшилася через нарахування зносу. Для інших груп активів спостерігається загалом позитивна динаміка середньорічної вартості. Найбільший приріст продемонстрували транспортні засоби та машини й обладнання, які зросли у вартості на 163% та 134,5% відповідно. Це стало можливим завдяки придбанню нових об'єктів у цих групах та капітальному ремонту наявних. Отже, можна говорити про задовільний рівень матеріально-технічного забезпечення діяльності КНП «СОКЛ». Окремої уваги заслуговує розширення лікарняних приміщень новими корпусами на вулиці Ковпака у 2019 році. Нестабільність у вартості незавершених капітальних інвестицій пов'язана із тривалим будівництвом технічних споруд поблизу нових корпусів, проте у 2023 році порівняно з 2021 роком їх балансова вартість зросла на 18,1% (538 тис. грн). У таблиці 2.23 буде здійснено аналіз витрат діяльності зазначеної установи.

Таблиця 2.2 - Структура і динаміка витрат КНП «СОКЛ» за 2021-2023

Групи витрат	Види витрат	2021р.		2022р.		2023р.		2023 р. до 2021 р., +/-	
		тис. грн.	%	тис. грн.	%	тис. грн.	%	тис. грн.	%
Оплата праці	Оплата праці працівників	128064,6	34,8	198897,3	49,2	207508	52,1	79443,4	62,0
	Нарахування на заробітну плату	28186,0	7,7	43678,1	10,8	45629,7	11,5	17443,7	61,9
Закупівля товарів і послуг	Предмети, матеріали, обладнання і інвентар	2581,0	0,7	2900,4	0,7	2900,4	0,7	319,4	12,4
	Медикаменти і перев'язувальні матеріали	135419,9	36,8	63285,9	15,7	63285,9	15,9	-72134,0	-53,3
	Продукти харчування	2255,6	0,6	2538	0,6	2538	0,6	282,4	12,5
	Оплата послуг (крім комунальних)	3955,9	1,1	2356,4	0,6	2356,6	0,6	-1599,3	-40,4
	Видатки на відрядження	282,5	0,1	525	0,1	525,2	0,1	242,7	85,9
	Оплата комунальних послуг та енергоносіїв	15365,1	4,2	23544,7	5,8	25265,9	6,3	9900,8	64,4
Соціальні виплати	Соціальне забезпечення	591,6	0,2	672,5	0,2	672,5	0,2	80,9	13,7
	Виплата пенсій і допомоги	591,4	0,2	672,2	0,2	672,2	0,2	80,8	13,7
	Страхування медпрацівників	0,2	0,0	0,3	0,0	0,3	0,0	0,1	50,0
Амортизація		37899,0	10,3	33152,2	8,2	34383,2	8,6	-3515,8	-9,3
Податок на землю		401,0	0,1	-	0,0	247,2	0,1	-153,8	-38,4
Капітальні витрати		12190,1	3,3	31756,7	7,9	12056,7	3,0	-133,4	-1,1
Разом витрат		367783,9	100	403979,7	100	398041,8	100	30257,9	8,2

Джерело: розраховано за даними фінансового плану КНП «СОКЛ»

Дані таблиці 2.2 свідчать про те, що структура та динаміка різних видів витрат зазнали змін протягом аналізованого періоду. У 2021 році, ще до повномасштабного російського вторгнення, найбільша частка витрат установи припадала на закупівлю медикаментів і перев'язувальних матеріалів, яка становила 36,8% (135,4 млн грн). На другому місці були витрати на заробітну плату – 34,8% (128 млн грн). Наступними за обсягом були витрати на амортизацію, нарахування на заробітну плату, комунальні платежі та капітальні витрати. Інші категорії витрат мали незначний вплив на загальну структуру витрат КНП «СОКЛ», займаючи менше 1%.

Починаючи із 2022 року найбільший відсоток витрат приходить на заробітну плату – 49,2% (199 млн. грн.), що пояснюється суттєвим підвищенням заробітних плат для медичного персоналу починаючи з цього періоду. Наступною за значущістю статтею витрат є витрати на закупівлю медикаментів і перев'язувальних матеріалів, які складають 15,7% (63 млн. грн.). при цьому стрімке зростання цін на матеріали пояснюють стабільність даної тенденції. Логічно, що покриття витрат вимагає аналізу дохідної частини медичного закладу, яка представлена в табл. 2.3.

Таблиця 2.3 - Структура і динаміка доходів КНП «СОКЛ» за 2021- 2023 рр.

Види доходів	2021р.		2022р.		2023р.		2023 р. до 2021 р., +/-	
	тис. грн.	%	тис. грн.	%	тис. грн.	%	тис. грн.	%
Доходи від надання послуг, з них	217924,2	52,3	304515,6	73,1	306177,0	74,4	88252,8	40,5
- від послуг за договором з НСЗУ	213342,7	51,2	299955,1	72,0	301160,4	73,1	87817,7	41,2
- від інших платних послуг	4581,5	1,1	4560,5	1,1	5016,6	1,2	435,1	9,5
Дохід з місцевого бюджету від фінансової підтримки	19434,6	4,7	30405,1	7,3	34116,8	8,3	14682,2	75,5
Дохід з місцевого бюджету за цільовими програмами	6018,0	1,4	-	-	-	-	-	-
Інші доходи, з них	173384,9	41,6	81510,7	19,6	71441,6	17,4	-101943,3	-58,8
- благодійна і гумдопомога	4971,5	1,2	13500	3,2	13500	3,3	8528,5	171,5
- відшкодування, пілотні проекти, постачання з Державного Бюджету	168413,4	40,4	68010,7	16,3	57941,6	14,1	-110471,8	-65,6
Доходи разом	416761,7	100	416431,4	100	411735,4	100	-5026,3	-1,2

Джерело: розраховано за даними фінансового плану КНП «СОКЛ»

Дані таблиці 2.3 дозволяють зробити кілька ключових висновків. По-перше, основним джерелом доходів КНП «СОКЛ» у 2021–2023 роках залишався Державний бюджет, проте структура бюджетного фінансування за цей період

зазнала значних змін. Це пов'язано насамперед із викликами, які постали перед Україною та її системою охорони здоров'я через повномасштабну російську агресію в лютому 2022 року. Зокрема, більшу частину фінансування почала забезпечувати Національна служба здоров'я України (НСЗУ), оскільки для прифронтової Сумщини цей механізм потребує мінімальних погоджень і бюрократичних процедур. У результаті цей вид доходів став пріоритетним для КНП «СОКЛ» протягом усього досліджуваного періоду.

Так, у 2021 році на фінансування через НСЗУ припадало 51,2% загального обсягу надходжень (213,3 млн грн), проте у 2022 та 2023 роках ця частка зросла до 72% та 73% відповідно. У грошовому вираженні обсяг фінансування через НСЗУ у 2023 році перевищив показник 2021 року на 88 млн грн.

Інші надходження з Державного бюджету (на відшкодування окремих видатків, пілотні проєкти у медичній практиці, матеріально-технічне забезпечення) у 2021 році займали значну частку у структурі доходів – 40,4% (168,4 млн грн). Однак у 2022–2023 роках ця частка суттєво зменшилася, що зумовлено доцільністю спрямування бюджетних коштів через НСЗУ відповідно до чинних нормативів та потреб пацієнтів. Водночас деякі прямі бюджетні трансферти залишаються необхідними, наприклад, для забезпечення бази практики для інтернів, постачання ліків з обмеженим доступом та надання третинної медичної допомоги. Це пояснює друге місце цього виду доходів у структурі фінансування у 2022–2023 роках.

Загалом фінансова діяльність КНП «СОКЛ» демонструє стабільність і ефективне управління. Протягом кожного року досліджуваного періоду доходи перевищували витрати, що свідчить про здатність установи не лише забезпечувати основну діяльність, але й розвиватися навіть у складних умовах війни.

КНП «СОКЛ» залучає до роботи 227 лікарів, з яких 56,2% мають першу або вищу атестаційну категорію. У штаті установи працюють 29 кандидатів і 1 доктор медичних наук, а також 8 заслужених лікарів України. Установа співпрацює з Національною службою здоров'я України для виконання державних програм, спрямованих на реалізацію медичних гарантій для населення.

Поліклініка лікарні, розрахована на 380 відвідувань за зміну, забезпечує прийоми лікарів 32 спеціальностей, серед яких 9 є унікальними для Сумської області. Попри це, середня кількість відвідувань становить 550 осіб щодня, що

вказує на перевантаження поліклініки на 45%.

Таблиця 2.4 - Динаміка і структура працюючих за структурними підрозділами КНП «СОКЛ» за 2021-2023 рр.

Категорії працюючих за структурними підрозділами	2021 р.		2022 р.		2023 р.		2023 р. у % до 2021 р.
	Число штатних одиниць	структура, %	Число штатних одиниць	структура, %	Число штатних одиниць	структура, %	
Всього в т. ч.	1095	100	1092	100	1109	100	101,3
Адміністративний і господарський СП, із них	62	5,7	60	5,5	62	5,6	100,0
адміністрація	4	0,4	4	0,4	4	0,4	100,0
бухгалтерія	11	1,0	11	1,0	11	1,0	100,0
планово-економічна служба	7	0,6	7	0,6	7	0,6	100,0
господарсько-технічна служба	40	3,7	38	3,5	40	3,6	100,0
Допоміжний СП, із них	238	21,7	240	22,0	249	22,5	104,6
харчоблок	14	1,3	14	1,3	14	1,3	100,0
приймальне відділення	29	2,6	32	2,9	34	3,1	117,2
стерилізаційне відділення	5,5	0,5	4,5	0,4	5	0,5	90,9
реєстратура	6,5	0,6	6	0,5	6,5	0,6	100,0
клініко-діагностична лабораторія	42,5	3,9	39	3,6	43	3,9	101,2
відділення функціональної діагностики	39,5	3,6	39,5	3,6	38,5	3,5	97,5
рентгенологічне відділення	29	2,6	29	2,7	29	2,6	100,0
реабілітаційне відділення	21	1,9	24	2,2	26	2,3	123,8
анестезіологічне відділення	47	4,3	45	4,1	46	4,1	97,9
патологоанатомічне відділення	18	1,6	21	1,9	21	1,9	116,7
Основний СП, із них	795	72,6	792	72,5	798	72,0	100,4
терапевтичні відділення, в т. ч.	364	33,2	363	33,2	365	32,9	100,3
інтенсивної терапії	45	4,1	44	4,0	45	4,1	100,0
пульмонологічне	34	3,1	33	3,0	35	3,2	102,9
отоларингологічне	38	3,5	37	3,4	38	3,4	100,0
гастроентерологічне	35	3,2	35	3,2	35	3,2	100,0
неврологічне	30	2,7	30	2,7	30	2,7	100,0
нефрологічне	24	2,2	24	2,2	23	2,1	95,8
гематологічне	19	1,7	19	1,7	19	1,7	100,0
ендокринологічне	25	2,3	25	2,3	25	2,3	100,0
хронічного гемодіалізу	20	1,8	20	1,8	20	1,8	100,0
ревматологічне	23	2,1	21	1,9	20	1,8	87,0
алерго-імунологічне	22	2,0	22	2,0	22	2,0	100,0
екстреної медичної допомоги	28	2,6	36	3,3	36	3,2	128,6
інтервенційної радіології	21	1,9	17	1,6	17	1,5	81,0
хірургічні відділення, в т. ч.	277	25,3	277	25,4	277	25,0	100,0
хірургічне	52	4,7	51	4,7	53	4,8	101,9
нейрохірургічне	47	4,3	45	4,1	45	4,1	95,7
ортопедично-травматологічне	38	3,5	39	3,6	38	3,4	100,0
урологічне	37	3,4	36	3,3	38	3,4	102,7
опікове	28	2,6	30	2,7	30	2,7	107,1
мікрохірургії ока	21	1,9	22	2,0	19	1,7	90,5
судинної хірургії	14	1,3	14	1,3	14	1,3	100,0
торакальної хірургії	22	2,0	22	2,0	22	2,0	100,0
ендоскопічне	18	1,6	18	1,6	18	1,6	100,0
консультативна поліклініка	154	14,1	152	13,9	156	14,1	101,3

Джерело: розраховано за даними штатного розпису КНП «СОКЛ»

У стаціонарі лікарні функціонують 19 спеціалізованих відділень із загальною місткістю 625 ліжок. Щорічно тут лікується близько 20 000 пацієнтів, проводиться приблизно 10 000 хірургічних операцій, із яких 40% відносяться до категорії підвищеної складності. Зокрема, здійснюються високотехнологічні втручання: ендоскопічні операції (350–370 на рік), лазерні операції (270–290 на рік) та до 100 операцій із вживлення ендопротезів суглобів.

Найціннішим ресурсом кожного лікувального закладу є його висококваліфіковані фахівці. Саме тому доцільно почати аналіз із кадрового забезпечення, розглядаючи як структурні підрозділи КНП «СОКЛ» (табл. 2.4), так і основні групи спеціалістів: адміністративно-господарський, допоміжний та основний персонал. Кадровий склад обласної лікарні є багатoproфільною командою професіоналів, які спільно працюють задля забезпечення якісного медичного обслуговування населення.

Аналіз даних із таблиці 2.4. дає змогу глибше зрозуміти тенденції у кадровій чисельності та структурі КНП «СОКЛ». Загальна середньорічна чисельність працівників протягом 2021–2023 років залишалася стабільною, змінюючись лише на кілька штатних одиниць навколо показника 1100. Це свідчить про мінімальну плинність кадрів у закладі, навіть попри виклики, зумовлені повномасштабною агресією РФ у лютому 2022 року. Наприклад, у 2022 році середньорічна чисельність персоналу зменшилася лише на 3 штатні одиниці порівняно з 2021 роком. У 2023 році чисельність зросла на 14 штатних одиниць (1,3%) і досягла 1109 осіб, перевищивши показник базового року. Ця стабільність засвідчує роль КНП «СОКЛ» як одного з провідних роботодавців не лише міста Суми, а й Сумської області загалом.

Також важливо відзначити, що:

- Адміністративний і господарський персонал не зазнав жодних змін у чисельності.
- У складі допоміжного персоналу кадрові зміни були відсутні у трьох відділеннях, а серед основного персоналу – у дванадцяти відділеннях.
- Там, де відбувалися зміни чисельності, вони були незначними і природними (вихід на пенсію, декретні відпустки, затвердження нових штатних одиниць, внутрішні кадрові переходи тощо).

Це підтверджує, що функціональна здатність закладу забезпечувати населення медичними послугами залишалася на високому рівні, підкріпленому достатньою кількістю висококваліфікованих фахівців. Кадрова структура КНП «СОКЛ» відповідає оптимальним рекомендаціям МОЗ України для медичних закладів подібного типу:

- Адміністративно-господарський персонал становив менше 6% від загальної кількості працівників.
- Допоміжний персонал – близько 22%.
- Основний персонал – близько 72%.

Динаміка та структура відвідувань лікарів КНП «СОКЛ» за 2021-2023 рр.

Спеціальність лікаря	Кількість відвідувань	2021 р.		2022 р.		2023 р.		2023 р. до 2021р., %
		кількіс ть	питома вага %	кількіс ть	питома вага %	кількіс ть	питома вага %	
терапевт	всього:	123703	59,6	68241	48,9	19110	18,9	15,4
	з приводу захворювань	81606	*	50421	*	16241	*	19,9
дерматовенеролог	всього:	13530	6,5	10638	7,6	6068	6,0	44,8
	з приводу захворювань	4977	*	4829	*	4279	*	86,0
невропатолог	всього:	18937	9,1	17889	12,8	20638	20,5	109,0
	з приводу захворювань	14256	*	15782	*	18577	*	130,3
уролог	всього:	7751	3,7	7347	5,3	6686	6,6	86,3
	з приводу захворювань	6936	*	6288	*	5817	*	83,9
акушер -гінеколог	всього:	1336	0,6	3071	2,2	6899	6,8	516,4
	з приводу захворювань	852	*	1905	*	5273	*	618,9
отоларинголог	всього:	10763	5,2	6568	4,7	11368	11,3	105,6
	з приводу захворювань	5654	*	3998	*	8463	*	149,7
хірург	всього:	16172	7,8	12862	9,2	13102	13,0	81,0
	з приводу захворювань	11219	*	10534	*	11349	*	101,2
офтальмолог	всього:	15504	7,5	13005	9,3	17034	16,9	109,9
	з приводу захворювань	11425	*	10759	*	14764	*	129,2
Всього	всього:	207696	100,0	139621	100,0	100905	100,0	48,6
	з приводу захворювань	136925	*	104516	*	84763	*	61,9

Джерело: розраховано та складено автором за даними організаційно-методичного відділу КНП

Це вказує на ефективне управління медично-лікувальним процесом без зайвого адміністративного навантаження, що є важливою умовою для

стабільної роботи закладу навіть у кризових умовах. Наступним доцільно провести аналіз динаміки та структури відвідування лікарів закладу в розрізі спеціальностей - таблиця 2.5. Дані таблиці 2.5 свідчать про суттєве зростання кількості відвідувань лікарів у КНП «СОКЛ» протягом 2021–2023 років. Загальний приріст становив 51,4%, зокрема з приводу захворювань – 38,1%. Найбільш помітне збільшення спостерігалось у терапевтів – на 84,6% (із них на 80,1% з приводу захворювань). Водночас за більшістю вузькопрофільних спеціалістів також зафіксовано значне зростання кількості прийомів, особливо у акушерів-гінекологів, де приріст становив 416,4%.

Причини динаміки:

- Реформа охорони здоров'я:

Частина функцій та обов'язків терапевтів КНП «СОКЛ» була передана вузькопрофільним спеціалістам і сімейним лікарям районних поліклінік міста Суми. Це є прямим наслідком реформування галузі охорони здоров'я, яке спрямоване на децентралізацію медичних послуг.

- Військова агресія рф:

Повномасштабне вторгнення рф суттєво вплинуло на роботу медичних закладів. Через бойові дії тимчасово зупинялася планова госпіталізація, включаючи проведення планових операцій. Основними пацієнтами лікарні стали військовослужбовці, які не завжди входять до загальної статистики.

- Пандемія COVID-19:

Початок третьої хвилі пандемії COVID-19 у 2023 році також суттєво вплинув на роботу медичного закладу. Це призвело до зростання кількості як відвідувань, так і випадків госпіталізації з важкими формами захворювання.

- Загальна криза галузі:

Вихід лікарів широкого профілю з медичної практики свідчить про структурну кризу в системі охорони здоров'я, що характерно для всієї галузі, а не лише для КНП «СОКЛ».

Медична діяльність персоналу КНП «СОКЛ» загалом відображає типову ситуацію для закладів охорони здоров'я в умовах реформування галузі та зовнішніх викликів, таких як військова агресія та пандемія. Хоча заклад демонструє адаптацію до сучасних викликів, загальна ситуація вказує на

необхідність подальшого вдосконалення системи охорони здоров'я для ефективного реагування на зростаючі потреби населення.

На завершення цього розділу доцільно представити таблицю 2.9, яка відобразить оцінку ефективності роботи адміністративного апарату КНП. Директором КНП СОР СОКЛ є Володимир ГОРОХ – заслужений лікар України, кандидат медичних наук. У його команді три заступники: медичний директор, заступник медичного директора та заступник директора з амбулаторної допомоги й лікарсько-трудової експертизи. Він відповідає за широкий спектр питань, пов'язаних із діяльністю закладу, включаючи як медичні, так і адміністративні аспекти роботи лікарні.

Таблиця 2.6 – Вихідна інформація для оцінки ефективності апарату управління СОКЛ

Показники	Рік		Відхилення (+;-)	2023р. в % до 2021р.
	2021	2023		
Середньооблікова чисельність працівників, чол.	1095	1109	+14	101,3
в тому числі адмінперсонал	43	45	+2	104,6
Фонд оплати праці для штатних працівників, разом, тис. грн.	128 064,6	207 508,0	+79443,4	78,6
Середня заробітна плата 1-ого штатного працівника, грн./міс.	9 746	15 593	+5847	160,0
в т. ч. адмінперсоналу	13120,5	20120,5	+7000	153,3

Джерело: розраховано автором на основі ф. 1-ПВ «Звіт з праці». ф. 2 «Звіт про фінансові результати (Звіт про сукупний дохід)», первинна документація адміністрації

Керівник КНП, відповідно до своїх посадових обов'язків, забезпечує контроль і ефективне управління персоналом лікарні, розробляє та затверджує штатний розпис і посадові інструкції, організовує матеріально-технічне забезпечення та управляє фінансовими ресурсами закладу. Він також відповідає за професійний розвиток медичного персоналу, моніторинг пропозицій відділу кадрів щодо термінів підвищення кваліфікації чи стажування працівників. Директор КНП обласної лікарні є ключовою фігурою в управлінні закладом, і від його професійних навичок, досвіду та лідерських якостей залежить ефективність роботи лікарні та якість медичної допомоги населенню..

2.2 Оцінка стану управління ланкою вторинної медичної допомоги КНП СОЗСумська обласна клінічна лікарня

У II кварталі відбулася реорганізація: з 1 травня 2023 року, згідно з рішенням Сумської обласної ради від 17 лютого 2023 року «Про реорганізацію комунального некомерційного підприємства Сумської обласної ради «Сумський обласний діагностичний центр», до обласної клінічної лікарні було приєднано Сумський обласний діагностичний центр як структурний підрозділ.

Станом на 1 січня 2023 року для надання стаціонарної допомоги було розгорнуто 625 ліжок, із яких 336 (53,8%) — хірургічного профілю, 272 (43,5%) — терапевтичного профілю та 17 ліжок для відділення екстреної медичної допомоги. З 1 січня 2023 року кількість ліжок було зменшено на 20: скорочено 10 ендокринологічних і 2 імунологічні ліжка у складі ендокринологічного відділення, 3 стоматологічні та 5 пульмонологічних ліжок відповідно до наказу лікарні № 602-ОД від 28 грудня 2022 року.

З 15 вересня 2023 року створено відділення репродуктивного здоров'я на 15 ліжок шляхом перепрофілювання 14 нейрохірургічних ліжок та 1 гематологічного. Ефективність використання ліжкового фонду зросла з 82,4% у 2022 році до 104,2% у 2023 році. Середня зайнятість одного ліжка становила 353,2 дні (у 2022 році — 278,6 дні, норматив — 340,0 днів).

Структура причин госпіталізації залишилася стабільною. Провідними залишаються захворювання органів травлення (13,5%, по Україні — 12,44%), хвороби кістково-м'язової системи (13,4%, по Україні — 7,99%), хвороби ока та його придаткового апарату (10,9%, по Україні — 6,11%), а також хвороби сечостатевої системи (9,4%, по Україні — 8,99%).

Середня тривалість лікування у стаціонарі склала 9,6 дн., що відповідає рівню минулого року, але залишається вищою, ніж по ОП України (8,82 дн.) за рахунок високих термінів лікування по класам – Таблиця 2.7.

Аналіз тривалості лікування у стаціонарі, днів

	СОКЛ (дн.)	Україна ОЛ 2021 (дн.)
1. Новоутворень	9,64	8,85
у т.ч. злоякісні новоутворення	9,88	8,9
злоякісні новоутворення кровотворних органів	10,10	8,29
2. Хвороби органів дихання	10,21	10,76
хронічний обструктивний бронхіт	9,72	8,45
бронхіальна астма	9,61	9,15
3. Хвороби органів травлення	9,24	8,22
у т.ч. ротової порожнини	8,75	7,46
гострий апендицит	8,25	6,26
грижа	9,00	7,22

Джерело: узагальнено автором за аналітичними даними СОКЛ

У звітному періоді у лікарні померло 421 пацієнт (у 2022 році — 354), однак рівень летальності знизився з 2,03% у 2022 році до 1,8% (середній показник по обласних лікарнях України — 2,85%).

Летальність на неврологічних ліжках перевищує середні показники по обласних лікарнях України у 2,4 рази — 5,2% (Україна ОЛ — 2,19%), що пов'язано з високою летальністю (15,4%) у відділенні судинної неврології. У торакальному відділенні летальність зросла у 1,5 рази порівняно з 2022 роком (з 3,32% до 5,2%; Україна ОЛ — 1,05%). У стоматологічному відділенні померло 3 пацієнти, рівень летальності становив 0,3% при середньому державному показнику 0,07%.

На проктологічних ліжках хірургічного відділення у 2023 році померло 2 пацієнти, летальність склала 1,2%, що значно перевищує середній показник по Україні (0,26%). У відділенні інтервенційної радіології з рентгенхірургічним блоком летальність на кардіологічних ліжках знизилася з 4,22% у 2022 році до 2,6%, але все ще перевищує середній рівень по Україні (2,41%).

Додобово померло 125 пацієнтів (2022 рік — 93), що збільшило частку дододової летальності у загальній структурі з 26,3% у 2022 році до 29,7%. Найвищі показники дододової летальності зафіксовано у стоматологічному відділенні (66,7%), на кардіологічних ліжках (43,8%), у хірургічному відділенні (34,5%), торакальному (29,6%), урологічному (27,3%) та судинної хірургії (20,0%).

Протягом 2023 року проведено 16 261 оперативне втручання (2022 рік

— 13 056), з яких 161,4 операції припадає на одну зайняту посаду лікарів хірургічного профілю (у 2022 році — 128,6). У стаціонарних відділеннях хірургічного профілю виконано 11 963 операції, що становить 73,6% від усіх оперативних втручань лікарні.

Структура операцій розподілилася наступним чином:

- операції на органах зору — 27,7% (Україна ОЛ — 26,67%);
- операції на кістково-м'язовій системі — 17,4% (Україна ОЛ — 15,03%);
- операції на шкірі та підшкірній клітковині — 10,5% (Україна ОЛ — 8,89%);
- операції на органах травлення та черевній порожнині — 9,0% (Україна ОЛ — 13,57%).

Серед операцій на органах зору 43,4% виконано з приводу катаракти (Україна ОЛ — 29,82%), із яких 71,3% включали імплантацію штучного кришталіка (Україна ОЛ — 30,1%). Оперативні втручання з приводу глаукоми становили 88 операцій (2,7%; Україна ОЛ — 38,55%).

Хірургічна активність у лікарні зросла з 97,37% у 2022 році до 100,0% у 2023 році, що обумовлено підвищенням показників у всіх відділеннях, окрім стоматологічного, урологічного та реанімаційних ліжок центральної районної лікарні (ЦРХ).

Середня тривалість перебування пацієнта до операції у хірургічних відділеннях склала 1,66 дні (2022 рік — 1,26 дні), а загальний час перебування прооперованого пацієнта скоротився до 7,57 днів (2022 рік — 8,83 днів).

Після операцій у 2023 році померло 119 пацієнтів (2022 рік — 92). Загальний рівень післяопераційної летальності незначно зріс з 0,98% у 2022 році до 0,99% (середній показник по обласних лікарнях України — 1,2%). Найвищі показники післяопераційної летальності зафіксовані у:

- нейрохірургічному відділенні (зросла з 4,51% у 2022 році до 5,02% у 2023 році),
- торакальному відділенні (з 3,77% до 4,91%),
- урологічному відділенні (з 0,31% до 0,49%),
- на реанімаційних ліжках ЦРХ (з 11,02% до 11,48%).

У стоматологічному відділенні зафіксовано післяопераційну летальність на рівні 0,27%, яка у 2022 році не реєструвалася.

Разом із цим, спостерігалось зниження післяопераційної летальності у таких відділеннях:

- хірургічному (з 2,11% у 2022 році до 1,73% у 2023 році),
- опіковому (з 0,52% до 0,36%),
- судинної хірургії (з 0,79% до 0,55%),
- на кардіохірургічних ліжках (з 2,95% до 2,17%).

Структура летальності за причинами залишилася незмінною. Основна частка припадає на:

- хвороби системи кровообігу (50,6%),
- хвороби органів травлення (12,6%),
- новоутворення (12,1%),
- травми (11,6%).

Ці чотири причини разом становлять 86,9% усіх летальних випадків, інші причини — 13,1%. Найбільшу частку у структурі летальності займають хвороби системи кровообігу, що становлять 50,6% усіх померлих у стаціонарі. Летальність через хвороби системи кровообігу знизилася з 7,91% у 2022 році до 7,74%, але залишається вищою за середній показник по обласних лікарнях України (6,12%).

Високі показники летальності відмічаються від наступних хвороб –
Таблиця 2.8.

Аналіз показників летальності по медичному закладу

	СОКЛ (%)	Україна ОЛ - 2023 (%)
Гострий інфаркт міокарда	11,48	12,15
Цереброваскулярні хвороби	14,33	12,85
у т.ч. інфаркт головного мозку	14,89	14,10
Гастрит та гастродуоденіт	2,22	0,14
у т.ч. гострий геморагічний гастрит	4,76	0,78
Цироз печінки	14,2	10,40
Хвороби ротової порожнини	0,92	0,34

Джерело: узагальнено автором за аналітичними даними СОКЛ

Протягом звітнього року лікарями було прийнято 100 345 пацієнтів (у 2022 році — 77 471), з яких 5 568 — військовослужбовці. На одну зайняту посаду лікаря, який здійснює консультативний прийом, припало 3 185 відвідувань (2022 рік — 2 718).

Лікарі першої та вищої категорії проконсультували 76,3% пацієнтів (2022 рік — 78,6%), другої категорії — 6,4% (2022 рік — 6,8%), без категорії — 17,3% (2022 рік — 14,7%). Завідувачі відділень здійснили прийом 9,1% хворих від загальної кількості пацієнтів (2022 рік — 8,0%).

Виїзна планово-консультативна робота обласної клінічної лікарні

У 2023 році 19 спеціалістів лікарні виконали 15 виїздів:

5 виїздів — невропатологи та ендокринологи,

3 виїзди — офтальмологи,

2 виїзди — кардіологи,

по 1 виїзду — гастроентеролог, ревматолог, судинний хірург, лікар з функціональної діагностики.

Із них 13 виїздів було здійснено до закладів охорони здоров'я первинного рівня, 2 — до ЦРЛ. У 2022 році такі виїзди не проводились.

На виїзних консультаціях оглянуто 460 пацієнтів, серед яких 250 (54,3%) — жителі сільської місцевості. За результатами обстежень на спеціалізовані ліжка госпіталізовано 46 пацієнтів, з них 30 (65,2%) — жителі сіл.

Організаційна робота

Проведено 7 нарад для обговорення проблемних питань та визначення шляхів їх вирішення, за підсумками яких внесено 3 пропозиції.

Організовано 48 семінарів і конференцій.

На рівень Міністерства охорони здоров'я підготовлено 9 матеріалів, видано 6 інструктивних документів і 11 інформаційних листів (2022 рік — 23, 10 і 21 відповідно).

У підготовці матеріалів для заслуховування на колегіях управління охорони здоров'я взяли участь 8 спеціалістів (2022 рік — 6), для обговорення на оперативних нарадах — 3 (2022 рік — 13).

У II кварталі відбулася реорганізація: з 1 травня 2023 року, згідно з рішенням Сумської обласної ради від 17 лютого 2023 року «Про реорганізацію комунального некомерційного підприємства Сумської обласної ради «Сумський обласний діагностичний центр», до обласної клінічної лікарні було приєднано Сумський обласний діагностичний центр як структурний підрозділ.

Станом на 1 січня 2023 року для надання стаціонарної допомоги було

розгорнуто 625 ліжок, із яких 336 (53,8%) — хірургічного профілю, 272 (43,5%) — терапевтичного профілю та 17 ліжок для відділення екстреної медичної допомоги. З 1 січня 2023 року кількість ліжок було зменшено на 20: скорочено 10 ендокринологічних і 2 імунологічні ліжка у складі ендокринологічного відділення, 3 стоматологічні та 5 пульмонологічних ліжок відповідно до наказу лікарні № 602-ОД від 28 грудня 2022 року.

З 15 вересня 2023 року створено відділення репродуктивного здоров'я на 15 ліжок шляхом перепрофілювання 14 нейрохірургічних ліжок та 1 гематологічного. Ефективність використання ліжкового фонду зросла з 82,4% у 2022 році до 104,2% у 2023 році. Середня зайнятість одного ліжка становила 353,2 дні (у 2022 році — 278,6 дні, норматив — 340,0 днів).

Структура причин госпіталізації залишилася стабільною. Провідними залишаються захворювання органів травлення (13,5%, по Україні — 12,44%), хвороби кістково-м'язової системи (13,4%, по Україні — 7,99%), хвороби ока та його придаткового апарату (10,9%, по Україні — 6,11%), а також хвороби сечостатевої системи (9,4%, по Україні — 8,99%).

Середня тривалість лікування у стаціонарі склала 9,6 дн., що відповідає рівню минулого року, але залишається вищою, ніж по ОП України (8,82 дн.) за рахунок високих термінів лікування по класам – Таблиця 2.7.

Аналіз тривалості лікування у стаціонарі, днів

	СОКЛ (дн.)	Україна ОЛ 2021 (дн.)
1. Новоутворень	9,64	8,85
у т.ч. злоякісні новоутворення	9,88	8,9
злоякісні новоутворення кровотворних органів	10,10	8,29
2. Хвороби органів дихання	10,21	10,76
хронічний обструктивний бронхіт	9,72	8,45
бронхіальна астма	9,61	9,15
3. Хвороби органів травлення	9,24	8,22
у т.ч. ротової порожнини	8,75	7,46
гострий апендицит	8,25	6,26
грижа	9,00	7,22

Джерело: узагальнено автором за аналітичними даними СОКЛ

У звітному періоді у лікарні померло 421 пацієнт (у 2022 році — 354), однак рівень летальності знизився з 2,03% у 2022 році до 1,8% (середній показник по обласних лікарнях України — 2,85%).

Летальність на неврологічних ліжках перевищує середні показники по обласних лікарнях України у 2,4 рази — 5,2% (Україна ОЛ — 2,19%), що пов'язано з високою летальністю (15,4%) у відділенні судинної неврології. У торакальному відділенні летальність зросла у 1,5 рази порівняно з 2022 роком (з 3,32% до 5,2%; Україна ОЛ — 1,05%). У стоматологічному відділенні померло 3 пацієнти, рівень летальності становив 0,3% при середньому державному показнику 0,07%.

На проктологічних ліжках хірургічного відділення у 2023 році померло 2 пацієнти, летальність склала 1,2%, що значно перевищує середній показник по Україні (0,26%). У відділенні інтервенційної радіології з рентгенхірургічним блоком летальність на кардіологічних ліжках знизилася з 4,22% у 2022 році до 2,6%, але все ще перевищує середній рівень по Україні (2,41%).

Додобово померло 125 пацієнтів (2022 рік — 93), що збільшило частку додобової летальності у загальній структурі з 26,3% у 2022 році до 29,7%. Найвищі показники додобової летальності зафіксовано у стоматологічному відділенні (66,7%), на кардіологічних ліжках (43,8%), у хірургічному відділенні (34,5%), торакальному (29,6%), урологічному (27,3%) та судинної хірургії (20,0%).

Протягом 2023 року проведено 16 261 оперативне втручання (2022 рік — 13 056), з яких 161,4 операції припадає на одну зайняту посаду лікарів хірургічного профілю (у 2022 році — 128,6). У стаціонарних відділеннях хірургічного профілю виконано 11 963 операції, що становить 73,6% від усіх оперативних втручань лікарні.

Структура операцій розподілилася наступним чином:

- операції на органах зору — 27,7% (Україна ОЛ — 26,67%);
- операції на кістково-м'язовій системі — 17,4% (Україна ОЛ — 15,03%);
- операції на шкірі та підшкірній клітковині — 10,5% (Україна ОЛ — 8,89%);
- операції на органах травлення та черевній порожнині — 9,0% (Україна ОЛ — 13,57%).

Серед операцій на органах зору 43,4% виконано з приводу катаракти (Україна ОЛ — 29,82%), із яких 71,3% включали імплантацію штучного

кришталика (Україна ОЛ — 30,1%). Оперативні втручання з приводу глаукоми становили 88 операцій (2,7%; Україна ОЛ — 38,55%).

Хірургічна активність у лікарні зросла з 97,37% у 2022 році до 100,0% у 2023 році, що обумовлено підвищенням показників у всіх відділеннях, окрім стоматологічного, урологічного та реанімаційних ліжок центральної районної лікарні (ЦРХ).

Середня тривалість перебування пацієнта до операції у хірургічних відділеннях склала 1,66 дні (2022 рік — 1,26 дні), а загальний час перебування прооперованого пацієнта скоротився до 7,57 днів (2022 рік — 8,83 днів).

Після операцій у 2023 році померло 119 пацієнтів (2022 рік — 92). Загальний рівень післяопераційної летальності незначно зріс з 0,98% у 2022 році до 0,99% (середній показник по обласних лікарнях України — 1,2%). Найвищі показники післяопераційної летальності зафіксовані у:

- нейрохірургічному відділенні (зросла з 4,51% у 2022 році до 5,02% у 2023 році),
- торакальному відділенні (з 3,77% до 4,91%),
- урологічному відділенні (з 0,31% до 0,49%),
- на реанімаційних ліжках ЦРХ (з 11,02% до 11,48%).

У стоматологічному відділенні зафіксовано післяопераційну летальність на рівні 0,27%, яка у 2022 році не реєструвалася.

Разом із цим, спостерігалось зниження післяопераційної летальності у таких відділеннях:

- хірургічному (з 2,11% у 2022 році до 1,73% у 2023 році),
- опіковому (з 0,52% до 0,36%),
- судинної хірургії (з 0,79% до 0,55%),
- на кардіохірургічних ліжках (з 2,95% до 2,17%).

Структура летальності за причинами залишилася незмінною. Основна частка припадає на:

- хвороби системи кровообігу (50,6%),
- хвороби органів травлення (12,6%),
- новоутворення (12,1%),
- травми (11,6%).

Ці чотири причини разом становлять 86,9% усіх летальних випадків, інші причини — 13,1%. Найбільшу частку у структурі летальності займають хвороби системи кровообігу, що становлять 50,6% усіх померлих у стаціонарі. Летальність через хвороби системи кровообігу знизилася з 7,91% у 2022 році до 7,74%, але залишається вищою за середній показник по обласних лікарнях України (6,12%).

Високі показники летальності відмічаються від наступних хвороб –
Таблиця 2.8.

Таблиця 2.8 – Аналіз показників летальності по медичному закладу

	СОКЛ (%)	Україна ОЛ - 2023 (%)
Гострий інфаркт міокарда	11,48	12,15
Цереброваскулярні хвороби	14,33	12,85
у т.ч. інфаркт головного мозку	14,89	14,10
Гастрит та гастродуоденіт	2,22	0,14
у т.ч. гострий геморагічний гастрит	4,76	0,78
Цироз печінки	14,2	10,40
Хвороби ротової порожнини	0,92	0,34

Джерело: узагальнено автором за аналітичними даними СОКЛ

Протягом звітного року лікарями було прийнято 100 345 пацієнтів (у 2022 році — 77 471), з яких 5 568 — військовослужбовці. На одну зайняту посаду лікаря, який здійснює консультативний прийом, припало 3 185 відвідувань (2022 рік — 2 718).

Лікарі першої та вищої категорії проконсультували 76,3% пацієнтів (2022 рік — 78,6%), другої категорії — 6,4% (2022 рік — 6,8%), без категорії — 17,3% (2022 рік — 14,7%). Завідувачі відділень здійснили прийом 9,1% хворих від загальної кількості пацієнтів (2022 рік — 8,0%).

Виїзна планово-консультативна робота обласної клінічної лікарні

У 2023 році 19 спеціалістів лікарні виконали 15 виїздів:

5 виїздів — невропатологи та ендокринологи,

3 виїзди — офтальмологи,

2 виїзди — кардіологи,

по 1 виїзду — гастроентеролог, ревматолог, судинний хірург, лікар з функціональної діагностики.

Із них 13 виїздів було здійснено до закладів охорони здоров'я

первинного рівня, 2 — до ЦРЛ. У 2022 році такі виїзди не проводились.

На виїзних консультаціях оглянуто 460 пацієнтів, серед яких 250 (54,3%) — жителі сільської місцевості. За результатами обстежень на спеціалізовані ліжка госпіталізовано 46 пацієнтів, з них 30 (65,2%) — жителі сіл.

Організаційна робота

Проведено 7 нарад для обговорення проблемних питань та визначення шляхів їх вирішення, за підсумками яких внесено 3 пропозиції.

Організовано 48 семінарів і конференцій.

На рівень Міністерства охорони здоров'я підготовлено 9 матеріалів, видано 6 інструктивних документів і 11 інформаційних листів (2022 рік — 23, 10 і 21 відповідно).

У підготовці матеріалів для заслуховування на колегіях управління охорони здоров'я взяли участь 8 спеціалістів (2022 рік — 6), для обговорення на оперативних нарадах — 3 (2022 рік — 13).

.

РОЗДІЛ 3

ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ НАДАННЯ ВТОРИННОЇ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

3.1 Розробка системи індикаторів якості медичної допомоги

Клінічні індикатори, або індикатори якості медичної допомоги, є невід'ємною частиною системи професійного менеджменту в охороні здоров'я у більшості країн ЄС, а також у розвинених країнах, таких як Австралія та США. Їх головним призначенням є використання лікарями-практиками, на відміну від індикаторів результативності, які переважно застосовуються організаціями. Водночас обидва види індикаторів можуть застосовуватися як на місцевому, так і на національному рівнях.

Основна мета індикаторів — управління процесами підвищення якості надання медичних послуг шляхом порівняння, встановлення стандартів та оптимізації цих процесів на місцевому рівні. Вони охоплюють ключові аспекти, такі як:

- Безпека пацієнтів
- Результативність і якість процесів
- Досвід пацієнтів

Клінічний індикатор є інструментом для виявлення потенційних проблем чи можливостей для покращення якості обслуговування пацієнтів або безпосереднього процесу лікування. При правильному застосуванні вони дозволяють порівнювати способи надання медичних послуг у різних сферах, оцінювати їх відповідність національним стандартам, а також використовуються як база для аналізу сучасної практики й вдосконалення догляду за пацієнтами (QIS – система забезпечення якості).

Міжнародна практика акцентує на важливості уникнення прямого порівняння окремих медичних закладів або регіональних служб за допомогою індикаторів. Таке порівняння у форматі “рейтингових таблиць” вважається

неконструктивним і може бути шкідливим. Подібний підхід не дає можливості глибоко зрозуміти конкретні аспекти якості послуг чи знайти реальні шляхи для їх вдосконалення. Спроби маніпулювати даними з метою покращення статистичних показників створюють ризик втрати реального уявлення про стан речей.

Індикатори, як правило, не забезпечують прямих оцінок якості. Натомість вони вказують на проблемні зони або потенційні можливості для покращення. Їхня роль полягає у приверненні уваги до сфер, що потребують додаткових досліджень чи заходів для підвищення якості, та у забезпеченні стандартизованого підходу до оцінювання результатів через еталонні порівняння.

Індикатори якості медичної допомоги — це ефективний інструмент, який дозволяє вдосконалювати роботу медичних закладів і підвищувати рівень надання медичних послуг. Однак, як і будь-який інструмент, вони можуть бути неправильно застосовані, що створює певні ризики та загрози.

Індикатори відображають реальний стан справ через фіксований набір формальних значень. При цьому виникають неминучі спрощення та втрата важливої інформації, а також можливі систематичні похибки. Крім того, існує ризик свідомого приховування даних, якщо показники використовуються як підстава для організаційного тиску, прийняття управлінських або кадрових рішень.

їх некоректного використання. Міжнародна практика демонструє, що не існує У проекті стратегії впровадження клінічних індикаторів у національній системі охорони здоров'я, як складової системи підвищення якості медичних послуг, визначено дві основні проблеми, що виникають при їх розробці та використанні:

- створення індикаторів, які є технічно надійними;
- забезпечення їх коректного трактування та використання..

При розробці індикаторів якості медичної допомоги важливо заздалегідь врахувати можливість і не може існувати універсального індикатора, який би повністю охоплював та відображав складність і багатогранність такого поняття, як якість медичної допомоги. Головною метою системи охорони

здоров'я є не поліпшення значень окремих індикаторів, а підвищення загальної якості медичних послуг. Водночас кожен індикатор може забезпечити цінну інформацію щодо окремих аспектів діяльності медичних закладів.

Кожен індикатор повинен містити чіткі інструкції щодо його обчислення, аналізу, інтерпретації та практичного використання. Важливо пам'ятати:

Перед будь-якими порівняннями, аналізом або висновками необхідно оцінити якість і достовірність методологій та вихідних даних, що використовуються для розрахунків.

Значення більшості індикаторів залежать від випадкових факторів, і зміни цих значень при невеликій кількості спостережень можуть не відображати реальних відмінностей.

Забезпечення однорідності груп пацієнтів, що порівнюються, не завжди є можливим.

Тому для коректного аналізу значень індикаторів необхідно застосовувати відповідні статистичні методи та інструменти.

Розробка індикаторів повинна здійснюватися систематично, з урахуванням доказової бази з наукової літератури та консенсусу серед клінічних експертів. Індикатори мають бути органічно інтегровані в національну систему стандартизації медичної допомоги, а їх структура та процеси – гармонізовані з існуючими клінічними рекомендаціями та національними стандартами. Це дозволяє ефективно вимірювати й моніторити впровадження стандартів та досягнення критеріїв якісної медичної допомоги.

Однак, як вже зазначалося, використання систем індикаторів для прямих порівнянь або адміністративного тиску слід уникати, адже це може знизити їх здатність об'єктивно відображати рівень якості медичних послуг.

Індекси довіри споживачів мають потенціал бути корисними інструментами для оцінки якості діяльності різних організацій, регіонів або навіть країн, за умови достовірності наданих даних.

У рамках дослідження проєкту «Індикатори якості медичних послуг, що надаються» (звіт за 2006 рік), яке охопило 32 країни, був визначений набір клінічних індикаторів, які є достатньо надійними й можуть застосовуватися для міжкраїнових порівнянь. Ці індикатори не залежать від специфіки окремих

країн, що робить їх ефективним інструментом для оцінки якості на міжнародному рівні.

Країни-учасники Організації економічного співробітництва та розвитку (ОЕСР), які залучені до регулярних досліджень з впровадження індикаторів якості медичних послуг, включають: Австралію, Австрію, Бельгію, Канаду, Чехію, Данію, Фінляндію, Францію, Німеччину, Грецію, Угорщину, Ісландію, Ірландію, Італію, Японію, Корею, Мексику, Нідерланди, Нову Зеландію, Норвегію, Польщу, Португалію, Словаччину, Іспанію, Швецію, Швейцарію, Туреччину, Об'єднане Королівство та США.

З 22 клінічних індикаторів, обраних для дослідження в межах цього проєкту, 15 є достатньо універсальними, щоб їх можна було використовувати для порівняння якості систем охорони здоров'я між країнами. Ці індикатори включають:

- Частка пацієток із раком молочної залози, які вижили протягом п'яти років.
- Частка виконаних мамографічних обстежень.
- Частка пацієток із раком шийки матки, які вижили протягом п'яти років.
- Частка проведених обстежень на виявлення раку шийки матки.
- Частка пацієнтів із раком кишечника, які вижили протягом п'яти років.
- Частка нових випадків захворювань, які можна було попередити завдяки вакцинації (коклюш, кір, гепатит В).
- Охоплення базовою програмою вакцинації дітей до двох років (коклюш, кір, гепатит В).
- Рівень смертності від астми серед осіб віком 5–39 років.
- Частка смертей у лікарнях протягом 30 днів після госпіталізації з гострим інфарктом міокарда.
- Частка смертей у лікарнях протягом 30 днів після госпіталізації з інсультом.
- Середній час очікування операції при переломі шийки стегна.
- Рівень вакцинації проти грипу серед осіб віком 65 років і старше.
- Частка населення, яке регулярно вживає тютюн.
- Частка пацієнтів із діабетом, які пройшли обстеження сітківки ока.
- Частка госпіталізованих пацієнтів із діагнозом "астма".

- Частка пацієнтів із післяопераційним переломом шийки стегна або смертю внаслідок цього.

- Рівень виконання щорічного тесту на глікозильований гемоглобін у пацієнтів із діабетом.

- Рівень глікозильованого гемоглобіну, який свідчить про недостатній контроль цукру в крові.

- Частка високих ампутацій у пацієнтів із цукровим діабетом.

- Частка випадків трансфузійної реакції.

- Частка неконтрольованих госпіталізацій пацієнтів із цукровим діабетом.

- Частка пацієнтів, госпіталізованих із гіпертензією.

У Великій Британії в системі охорони здоров'я використовується близько 400 клінічних індикаторів для оцінки якості послуг у лікарнях. Нещодавно опублікований повний перелік цих індикаторів відкрито для обговорення серед медичних фахівців задля їх подальшого вдосконалення.

Єдині індикатори якості медичних послуг розробляються для забезпечення точного порівняльного аналізу на національному рівні. У Великій Британії вони поділені на 14 категорій:

- Рак – 56 індикаторів
- Серцево-судинні захворювання – 60 індикаторів
- Діти, сім'я, материнство – 9 індикаторів
- Інфекції, пов'язані з наданням медичної допомоги – 34 індикатори
- Хронічні захворювання – 33 індикатори
- Психічне здоров'я – 17 індикаторів
- Смертність – 69 індикаторів
- Досвід пацієнтів – 58 індикаторів
- Умови перебування пацієнтів – 32 індикатори
- Звіти про результати лікування пацієнтів – 4 індикатори
- Безпека пацієнтів – 39 індикаторів
- Повторні госпіталізації – 30 індикаторів
- Хірургічні втручання – 17 індикаторів
- Своєчасність лікування – 7 індикаторів

За результатами обговорення у Великій Британії було запропоновано

використовувати обмежену кількість індикаторів, які відображають національні пріоритети та якість наданих послуг у системі охорони здоров'я. Важливим є узгодження цих індикаторів з іншими національними ініціативами, такими як діяльність Комісії з контролю якості медичних послуг.

При розробці індикаторів необхідно заповнювати всі структурні елементи їхнього опису послідовно й ретельно, щоб забезпечити їхню ефективність та відповідність національним стандартам.

Першим кроком у розробці індикатора є визначення організації, установи або посадової особи, яка здійснюватиме обчислення цього індикатора на практиці. Для ефективного запровадження індикатора важливо забезпечити доступність усієї необхідної первинної та допоміжної інформації, а також гарантувати організаційну підтримку для реалізації запропонованого алгоритму обчислення.

Наступний етап — визначення вихідних даних для обчислення індикатора. До таких даних можуть відноситися:

- первинна медична документація;
- автоматизовані бази даних, що базуються на первинній медичній документації;
- інші джерела та бази даних, які містять суттєву інформацію, за умови можливості їх отримання та обробки при обчисленні індикатора.

При визначенні чисельника та знаменника індикатора необхідно дотримуватися кількох основних правил:

Знаменник має визначати досліджувану множину об'єктів. Ця множина повинна мати чіткий фізичний зміст у контексті надання медичної допомоги і бути ясно окресленою за допомогою первинних медичних або реєстраційних документів, загальноприйнятих баз даних або інших структурованих носіїв інформації, що містять значущі характеристики для оцінки якості медичної допомоги.

Найпоширенішими об'єктами для аналізу є:

- заклад охорони здоров'я;
- фізична особа (хворий, пацієнт і т.д.);
- окремий випадок захворювання (діагноз);

- окремий факт госпіталізації;
- окремий факт надання медичної допомоги.

При визначенні досліджуваних об'єктів важливо детально вказати первинний медичний документ, який визначатиме кожен окремий екземпляр об'єкта. Це дозволить забезпечити точність і узгодженість даних для обчислення індикатора.

При визначенні чисельника індикатора важливо забезпечити відповідність між типами об'єктів чисельника та знаменника (досліджуваної множини). Чисельник має бути підмножиною знаменника. Це дозволяє формувати коректні індикатори, що мають чітке лінгвістичне оформлення, яке чітко окреслює зміст індикатора. Наприклад, фраза «з числа хворих, яким вперше в житті було встановлено діагноз злоякісного новоутворення, прожили 5 років і більше» є коректною, оскільки вказує на підмножину досліджуваного об'єкта. Натомість фраза «з числа злоякісних діагнозів прожило 5 років і більше» є некоректною, оскільки не узгоджує чисельник і знаменник, що може свідчити про невідповідність об'єктів.

Також важливо уникати використання суб'єктивних термінів та понять, які можуть бути неоднозначно інтерпретовані, оскільки це може призвести до непорозумінь при обчисленні індикаторів. Наприклад, терміни, як «первинний хворий» чи «радикальне лікування», можуть мати різні трактування в різних контекстах. Якщо такі терміни необхідно використовувати, їх слід чітко визначити через базові первинні поняття, які об'єктивно фіксуються в медичних документах, наприклад, через дати або факти медичних втручань за загальноприйнятими класифікаціями.

Алгоритм обчислення індикатора, який дозволяє виокремити чисельник із знаменника, має бути чітко сформульований. Існують два основні способи обчислення індикаторів:

Експертний аудит, який передбачає вибіркове або повне опрацювання первинної медичної інформації кваліфікованим експертом, здатним зробити висновок по кожному конкретному випадку.

Автоматизована обробка баз даних, що використовує формальні алгоритми для обчислення індикаторів.

Перелік деяких клінічних індикаторів для оцінки результатів діяльності лікарень.

Обмеження інтерпретації: Зазначення ситуацій, коли значення індикатора може не відображати реальних розбіжностей у якості медичної допомоги. Наприклад, варто враховувати зовнішні фактори, які можуть впливати на результати, такі як різні умови в закладах охорони здоров'я, організаційні чи соціальні аспекти, які можуть бути неочевидні при простому порівнянні індикаторів.

Рекомендації щодо застосування індикатора: Опис умов і обставин, при яких індикатор може бути корисним для покращення практики. Це допомагає уникнути недооцінки або переоцінки його значення. Завдяки такій детальній характеристиці індикатора можна забезпечити його правильне використання, забезпечуючи точність висновків та ефективність у досягненні високої якості медичної допомоги.

Індикатор 1. Частота нововиявлених випадків пролежневих виразок

Чому використовується індикатор?	Пролежневі виразки можуть бути надзвичайно болісними, викликати дискомфорт і в деяких випадках призводити до ускладнень, що загрожують життю пацієнтів. Відповідне лікування перешкоджає їх виникненню під час перебування пацієнта у лікувальному закладі.
Питання	Яким є показник поширеності пролежневих виразок у госпіталізованих пацієнтів у певний час минулого року?
Чисельник	Кількість пацієнтів з пролежневими виразками, виявлених у лікарні у певний час у поточному році
Знаменник	Загальна кількість пацієнтів на ту ж саму дату.
Тип індикатора	Індикатор кінцевого результату
Збирання фактичних даних	- Медичні карти (на підставі інформаційної системи лікарні) - Лікарняна статистика епізодів за звітний період
Відповідальна особа (збирання даних)	Ім'я, прізвище та посада відповідальної особи
Виключення	Пацієнти, у яких спостерігалися ознаки пролежневих виразок при надходженні в стаціонар

Джерело: розробка автора

Опис індикатора має включати детальну інформацію, що дозволяє правильно інтерпретувати його значення та уникати помилкових або

недостатньо обґрунтованих висновків. Це дозволяє максимально ефективно використовувати отримані дані для поліпшення якості медичної допомоги. Опис має враховувати наступні аспекти:

Пояснення значень індикатора: Чітке визначення того, що саме вимірюється і як це допомагає оцінити якість медичної допомоги.

Таблиця 3.2 - Індикатор 2. Відсоток трансфузійних реакцій

Чому використовується індикатор?	Трансфузійні реакції можуть призводити до серйозних наслідків для пацієнта. Статистика подібних випадків в Україні не вивчена. Однак високий рівень даного індикатора не обов'язково свідчить про недостатню увагу, що приділяється цій проблемі, але може бути результатом оптимізації обліку подібних випадків. При необхідності вдосконалення методики обліку трансфузійних реакцій може сприяти зниженню частоти їх прояву.
Питання	Який відсоток трансфузійних реакцій був зафіксований у минулому році?
Чисельник	Кількість випадків трансфузійних реакцій у пацієнтів лікарні в період з 1 січня по 31 грудня
Знаменник	Загальна кількість пацієнтів, які перенесли переливання крові в період з 1 січня по 31 грудня
Тип індикатора	Індикатор кінцевого результату
Збирання фактичних даних	- Медичні карти (на підставі інформаційної системи лікарні) - Лікарняна статистика епізодів за звітний період
Відповідальна особа (збирання даних)	Ім'я, прізвище та посада відповідальної особи
Складання звітів	В електронному вигляді (таблиці Excel у відповідності до стандартних шаблонів) Наявність протоколу з класифікаційною шкалою для переливання крові - Дата та час процедури - Чисельник, кількість випадків трансфузійних реакцій:..... - Знаменник, кількість пацієнтів, що перенесли переливання крові:.... - Відсоткове відношення: %
Звітний період	Щокварталу
Джерело (первинний документ)	Basic set of hospital performance indicators. Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra. The Hague, January 2005.

Джерело: розробка автора

Індикатор 3. коефіцієнт внутрішньолікарняної летальності від ГІМ
(гострий інфаркт міокарду)

Чому використовується індикатор?	ГІМ – одна з найчастіших причин смертності і та інвалідності. При лікуванні ГІМ особливе значення мають правильна діагностика, вибір методу лікування та наступне амбулаторне спостереження. Вірогідність летального кінця залежить від таких особливостей пацієнта, як його вік та якість наданої йому медичної допомоги.
Питання	Яким є відсоток смертності пацієнтів, госпіталізованих з діагнозом ГІМ (коефіцієнт смертності госпіталізованих пацієнтів) незалежно від конкретної причини смерті?
Чисельник	Кількість померлих пацієнтів з основним діагнозом ГІМ за період з 1 січня по 31 грудня
Знаменник	Кількість пацієнтів, виписаних з основним діагнозом ГІМ в період з 1 січня по 31 грудня
Тип індикатора	Специфічний для даного захворювання кінцевий індикатор
Збирання фактичних даних	- Медичні картки (на підставі інформаційної системи лікарні) - Лікарняна статистика епізодів за звітний період
Відповідальна особа (збирання даних)	Ім'я, прізвище та посада відповідальної особи
Виключення	Пацієнти, яких було переведено до інших лікувальних закладів
Складання звітів	- В електронному вигляді (таблиці Excel у відповідності до стандартних шаблонів) - Чисельник, кількість померлих пацієнтів з основним діагнозом ГІМ:..... - Знаменник, кількість пацієнтів, виписаних з основним діагнозом ГІМ:..... Коефіцієнт внутрішньолікарняної летальності:..... %
Звітний період	Щорічно
Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора	

Джерело: розробка автора

Індикатор 4. коефіцієнт внутрішньолікарняної летальності від інсульту

Чому використовується індикатор?	Інсульт –одна з найчастіших причин смертності й найчастіша причина інвалідності в Україні. Комплексне лікування пацієнтів, які перенесли інсульт (наприклад, у спеціалізованих відділеннях), допомагає знизити рівень смертності. Загальний коефіцієнт смертності – один з індикаторів якості медичної допомоги, яка надається хворим, які перенесли інсульт.
Питання	Яким є відсоток пацієнтів, що померли після госпіталізації з діагнозом «інсульт» (коефіцієнт внутрішньолікарняної летальності), незалежно від конкретної причини смерті?
Чисельник	Кількість померлих пацієнтів з основним діагнозом «інсульт» в період з 1 січня по 31 грудня.
Знаменник	Загальна кількість пацієнтів, виписаних з основним діагнозом «інсульт» в період з 1 січня по 31 грудня.
Тип індикатора	Специфічний для даного захворювання кінцевий індикатор
Збирання фактичних даних	- Медичні картки (на підставі інформаційної системи лікарні) - Лікарняна статистика епізодів за звітний період
Відповідальна особа (збирання даних)	Ім'я, прізвище та посада відповідальної особи
Виключення	Пацієнти з транзиторною ішемічною атакою або субарахноїдальним крововиливом, яких переведено до іншого лікарняного закладу
Складання звітів	- В електронному вигляді (таблиці Excel у відповідності до стандартних шаблонів) - Чисельник, кількість померлих пацієнтів з основним діагнозом «інсульт»:.... -Знаменник, кількість пацієнтів, виписаних з основним діагнозом «інсульт»:..... Коефіцієнт внутрішньолікарняної летальності: ...%
Звітний період	Щорічно

Джерело: розробка автора

Індикатор 5. Загальний коефіцієнт повторної госпіталізації протягом 28 днів після виписки

Чому використовується індикатор?	Коефіцієнт повторної госпіталізації пацієнтів є важливим критерієм, який дозволяє визначити, чи пов'язані зміни кількості пацієнтів із якістю медичної допомоги, що надається. В той час, як в деяких випадках повторна госпіталізація є частиною лікувального плану і тому є бажаною, в інших випадках вона свідчить про недостатньо якісне лікування внаслідок скорочення строків перебування пацієнта в стаціонарі та дострокової виписки.
Питання	Яким є відсоток повторних госпіталізацій протягом 28 днів після виписки в період з 1 січня по 31 грудня?
Чисельник	Кількість пацієнтів, яких було госпіталізовано повторно протягом 0-27 днів після виписки в період з 1 січня по 31 грудня
Знаменник	Загальна кількість пацієнтів, виписаних з лікарні в період з 1 січня по 31 грудня
Тип індикатора	Динамічний індикатор
Збирання фактичних даних	- Медичні картки (на підставі інформаційної системи лікарні) - Лікарняна статистика епізодів за звітний період
Відповідальна особа (збирання даних)	Ім'я, прізвище та посада відповідальної особи
Виключення	Пологи, госпіталізація в акушерські відділення, психічно хворих пацієнтів, виписка з причини смерті
Складання звітів	- В електронному вигляді (таблиці Excel у відповідності до стандартних шаблонів) - Дата і час повторної госпіталізації - Чисельник, кількість пацієнтів, яких було повторно госпіталізовано протягом 0-27 днів з моменту попередньої виписки:..... - Знаменник, загальна кількість виписаних пацієнтів (живих):..... Відсоткове відношення: %
Звітний період	Щокварталу

Джерело: розробка автора

Урахування статистичної похибки: Врахування можливих похибок у даних, пов'язаних із вибіркою або методами вимірювання. Це важливо для запобігання хибним висновкам на основі статистичних коливань або недостатньо репрезентативних даних.

Під час планування розробки та впровадження клінічних індикаторів важливо

враховувати кілька ключових моментів, зокрема:

Відсутність інформації щодо індивідуальної професійної практики — це суттєва перешкода на шляху до більш широкого залучення медичних працівників до процесу вдосконалення якості медичних послуг. Відсутність зворотного зв'язку та даних про індивідуальні досягнення лікарів може знизити їх мотивацію до покращення професійної діяльності і впровадження нових методів.

У медичних працівників є певні побоювання щодо публікації персональних даних про результати їх клінічної діяльності. Також висловлюються побоювання, що відкриті публічні звіти про якість медичних послуг можуть призвести до низки небажаних наслідків.

Таким чином, нова національна система індикаторів якості з одного боку створює умови для подолання бар'єрів у підвищенні якості, а з іншого — вимагає розробки таких шляхів її впровадження, які не викликать опору з боку практикуючих лікарів, не призведуть до дезорганізації та інших небажаних наслідків.

Кожна система порівняння клінічних індикаторів діяльності постачальників медичних послуг повинна вирішувати дві основні проблеми: • Розробка надійних і таких параметрів, які можна буде коректно інтерпретувати; • Створення систем, що стимулюють використання даних у програмах підвищення якості обслуговування.

Провідні організації, де працюють медики, часто можуть оцінити реакцію найчутливіших споживачів послуг на порівняльні клінічні індикатори, зокрема індекс споживацької довіри. Ці організації разом зі своїм висококваліфікованим медичним персоналом повинні бути основною цільовою групою для визначення індексу споживацької довіри.

Особливо важливо підкреслити необхідність взаєморозуміння з тими, чия діяльність вимірюється, а також переконання їх у тому, що інформація збирається і аналізується з метою вивчення, а не оцінки.

В Україні ще з радянських часів зберігся менталітет покарання за погану роботу як окремих працівників, так і організацій в цілому, а також реальний страх автоматичного осуду та покарання за недосконалі результати. Тому останній

пункт є особливо важливим, коли йдеться про справжнє підвищення якості.

3.2. Кращі практики організації систем надання вторинної медичної допомоги

Доступ до послуг вторинної медичної допомоги було зазначено як одну з перешкод для впровадження комплексності в HCN. Цей рівень догляду характеризується як «вузьке місце» у впровадженні HCN . Картування мережі медичних послуг менеджерами та фахівцями охорони здоров'я є першим кроком до встановлення контрольних показників для відвідуваної групи населення, після чого слід визначення критеріїв потоку та зустрічного потоку відвідувань.

Відсутність інтеграції між різними закладами охорони здоров'я, неадекватність формальних потоків до третинної медичної допомоги та розрізненість політики, яка регулює вторинну медичну допомогу, є перешкодами для гарантування цілісної медичної допомоги, що робить цей процес неповним у мережі. У цьому дослідженні респонденти повідомили про важливість створення загальних механізмів направлення та контрнаправлення як допоміжного компонента моделі догляду, дотримуючись тієї самої моделі класифікації ризиків у муніципальних та державних установах управління. Класифікація ризиків у службах невідкладної допомоги має на меті визначити пріоритетність пацієнтів на основі найбільшого ризику, шкоди здоров'ю чи рівня страждань відповідно до клінічної тяжкості, замість того, щоб задовольняти потреби в порядку прибуття .

Основні стратегії для інтеграції рівнів медичної допомоги включають створення та зміцнення регуляторних структур у муніципальних департаментах охорони здоров'я з децентралізацією функцій на місцевий рівень, організацією потоків, впровадженням ІТ-систем з електронними медичними записами та розширенням пропозицій спеціалізованих комунальних послуг. В інтегрованій системі охорони здоров'я надання

спеціалізованих послуг має відбуватися у найбільш відповідному місці, переважно у позалікарняних умовах .

Одним із основних інструментів інтеграції первинної та вторинної медичної допомоги у Флоріанополісі було впровадження комп'ютеризованих центрів для регулювання та планування процедур у центрах охорони здоров'я (інформаційна система амбулаторної допомоги) (13) , що підтверджено опитаними в цьому дослідженні. Іншою стратегією, яка розширила доступ до спеціалізованої допомоги та інтеграцію муніципальної мережі, було створення послуг за територіальним принципом.

Підвищення ефективності первинної медичної допомоги залежить від доступу до консультацій і процедур, доступних у вторинній ланці. Хороший зв'язок між первинною та вторинною медичною допомогою є одним із визначальних факторів такої ефективності , яка була визначена в цьому дослідженні. Інвестиції у вторинну медичну допомогу підвищують ефективність первинної медичної допомоги. З іншого боку, низька ефективність первинної медичної допомоги підвищує вимоги до вторинної медичної допомоги, про що також повідомили респонденти цього дослідження. Водночас зазначається про потребу вторинної медичної допомоги належним чином обслуговувати надзвичайні ситуації, щоб первинна медична допомога могла повернутися до своїх планових обов'язків.

Вертикалізована ієрархізація системи охорони здоров'я перешкоджає потокам використання послуг. Організація системи в мережі з горизонтальними взаємозв'язками, що базуються на логіці потреб користувачів , є хорошою практикою для залучення до системи вторинної медичної допомоги як закладу охорони здоров'я. Слід взяти до уваги, що важлива частина ресурсів, необхідних для забезпечення комплексності медичної допомоги, зосереджена у вторинній медичній допомозі. Однак, у контексті опитаних, погане фінансування, обмежене впровадження технологій, відсутність технічного обслуговування наявного обладнання та професіонали, які недостатньо підготовлені для роботи на цьому рівні охорони здоров'я, – це

всі елементи, які потребують вирішення менеджерами UHS. Подолання цих проблем, які не обмежуються лише економічною сферою, кваліфікує включення вторинної медичної допомоги в мережу та сприяє кращій практиці охорони здоров'я.

Таким чином, прийняте визначення належних практик, таких як набір методів, процесів і заходів, які вважаються найкращими для виконання конкретного завдання, дозволяє пов'язати практики, описані опитаними, враховуючи кожен із цих елементів. Таким чином, контекст цього дослідження показує, що набір методів на рівні вторинної медичної допомоги передбачає використання електронних медичних записів, функціонуючої нормативної системи та системи класифікації ризиків, спільної для різних служб охорони здоров'я, які складають мережу. Пропозиція консультацій у запланований час і з вищим рівнем технологічної щільності є хорошою практикою в сфері діяльності з догляду, як встановлення норм і виконання організаційних директив в управлінській діяльності. Нарешті, потоки направлень і зустрічних направлень, гарантія повторного запису на прийом, ефективне транспортування пацієнтів, планування дій і послуг, а також ефективність первинної медичної допомоги включені до процесів.

Внесок матеріально-технічного компоненту елемента операційної системи, наголошений опитаними, включає встановлення чітко визначеного потоку доступу та інвестиції для навчання медичних працівників та імплантацію центру управління ліжками.

Труднощі, найкращі практики та внески вторинної медичної допомоги відповідно до компонентів моделювання для HCN (Health Care network)

Компоненти для моделювання HCN	Труднощі	Кращі практики	Внески до HCN
Населення/територія	Нечіткість меж доступу до закладів охорони здоров'я; Нерозуміння ролі вторинної медичної допомоги та її послуг	Консультації за розкладом; професійна увага; Гарантія зворотного запису в деякі заклади охорони здоров'я.	Просвітницька робота серед населення щодо функціонування HCN; Сприяння комплексності в HCN
Операційна система	Відсутність або не обслуговування обладнання; Незастосування норм безпеки; Невідповідна транспортна система; Проблеми в системі зв'язку	Використання електронних медичних карток; Використання інформаційної системи амбулаторної допомоги; Транспортування пацієнтів групи ризику	Чітко окреслені потоки доступу; Інвестиції для безперервної освіти та впровадження центру управління ліжками.
Модель догляду Допоміжний компонент	Недостатня ефективність первинної медичної допомоги; незадоволений попит; Обмеження доступу; Невизначеність потоків направлень та зустрічних направлень; Не впровадження шляхів догляду	Ефективна первинна допомога; Організоване направлення та зустрічне направлення системи; Визначення точок дотику між первинною та вторинною допомогою; Загальний метод класифікації ризиків	Розширення доступу до спеціалізованих консультацій та процедур.
Модель догляду Компонент управління	Відсутність кваліфікації та підготовки медичних працівників; Початковий процес планування послуг і робочих процедур; Дефіцит фінансових ресурсів; Неадекватність інфраструктури.	Спільне планування дій та послуг з директоратами муніципального секретаріату; Пропозиція послуг з більш високим рівнем технологічної щільності; Встановлення норм; Виконання директив	Покращення процесу планування та постійного оцінювання

Джерело: розроблено автором

У моделі догляду (допоміжний компонент) внесок цього рівня в найкращі

практики в мережі, перераховані, були: внутрішня артикуляція (між різними закладами охорони здоров'я на тому самому рівні); зовнішнє сполучення (між вторинною медичною допомогою та іншими рівнями медичної допомоги); розширення доступу до консультацій та спеціалізованих процедур. У компоненті управління було наголошено на вдосконаленні процесу планування та безперервної оцінки з визначенням цілей і цілей та встановленням протоколів. Також були згадані можливі внески, що впливають із: збільшення структури компонентів мережі догляду; безперервна освіта в галузі охорони здоров'я; і з дебатів про роль вторинної медичної допомоги в мережі. В таблиці 3.6 узагальнено труднощі, практики, які вважаються найкращими, і найкращі практики, порівняні з компонентами моделювання для HCN.

Доступ до послуг вторинної медичної допомоги було зазначено як одну з перешкод для впровадження комплексності в HCN. Цей рівень догляду характеризується як «вузьке місце» у впровадженні HCN/. Картування мережі медичних послуг менеджерами та фахівцями охорони здоров'я є першим кроком до встановлення контрольних показників для відвідуваної групи населення, після чого слід визначення критеріїв потоку та зустрічного потоку відвідувань. У моделюванні HCN ці елементи відповідають компонентам населення/території та операційної системи, які представляють визначення меж доступу та потоків до закладів охорони здоров'я.

Особливо на рівні вторинної медичної допомоги, картографування та характеристика мережі медичних послуг є корисними для муніципальних і регіональних менеджерів для кращої організації HCN). Принцип всебічності, хоча він частково розглядався респондентами, заслуговує на особливу увагу, якщо взяти до уваги, що чіткі дії як у сфері політики охорони здоров'я, так і в організації послуг та реорганізації робочого процесу на всіх рівнях охорони здоров'я системи внутрішньо пов'язані з оперативними можливостями вторинної медичної допомоги в HCN.

Відсутність інтеграції між різними закладами охорони здоров'я,

неадекватність формальних потоків до третинної медичної допомоги та розрізненість політики, яка регулює вторинну медичну допомогу, є перешкодами для гарантування цілісної медичної допомоги, що робить цей процес неповним у мережі. У цьому дослідженні респонденти повідомили про важливість створення загальних механізмів направлення та контрнаправлення як допоміжного компонента моделі догляду), дотримуючись тієї самої моделі класифікації ризиків у муніципальних та державних установах управління. Класифікація ризиків у службах екстреної допомоги спрямована на визначення пріоритетності пацієнтів на основі найбільшого ризику, шкоди здоров'ю чи рівня страждань відповідно до клінічної тяжкості, замість того, щоб задовольняти потреби в порядку прибуття.

3.3 Формування спроможної мережі закладів охорони здоров'я госпітального округу

Насамперед слід зазначити, що спроможною мережею закладів охорони здоров'я є така мережа надавачів медичних послуг, яка здатна забезпечити медичне обслуговування в межах відповідного госпітального округу, включаючи випадки надзвичайних ситуацій, а також під час надзвичайного або воєнного стану. Така мережа дозволяє організувати належну якість обслуговування, своєчасність і доступність для населення, а також ефективне використання матеріальних, трудових та інших ресурсів (п. 2 Порядку № 174).

З визначення видно, що спроможна мережа ЗОЗ формується на основі госпітальних округів, які охоплюють території, де забезпечено надання якісної, комплексної, безперервної медичної та реабілітаційної допомоги, орієнтуючись на потреби пацієнтів (абз. 2 ст. 3 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 № 2801-XII).

Госпітальні округи, в свою чергу, поділяються на госпітальні кластери. В межах госпітальних округів функціонують загальні, кластерні та надкластерні

багатопрофільні лікарняні заклади охорони здоров'я, а також інші надавачі медичних послуг.

Ці лікарняні заклади відрізняються за обсягом та складністю наданої медичної та реабілітаційної допомоги, а також за кількістю обслуговуваного населення. Визначення таких закладів було введено до «Основ» влітку 2022 року. Постанова № 174 детальніше конкретизує оптимальну мережу та спеціалізацію цих закладів.

Види багатопрофільних лікарняних закладів у складі спроможної мережі визначаються відповідно до мінімального переліку напрямів медичного обслуговування згідно з додатком до Порядку № 178.

Для формування мережі госпітального округу визначається лікарня інтенсивного лікування, яка стане основною і найпотужнішою в окрузі. Саме такою і може бути КНП СОР «Сумська обласна клінічна лікарня».

Інші лікарні будуть перепрофільовані таким чином, щоб надавати послуги, які не потребують високотехнологічного обладнання.

До складу госпітального округу має входити хоча б одна багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування першого та/або другого рівня, а також інші заклади охорони здоров'я.

На сьогодні ми маємо найбільш узгоджений варіант, як має виглядати Сумський госпітальний округ у найближчі три роки».

В рамках створення госпітального округу доцільно приєднати КНП СОР «Обласна спеціалізована лікарня у м. Глухів» до КНП СОР «Обласна клінічна спеціалізована лікарня» (надкластерний заклад).

Приєднати КНП СОР «Регіональний клінічний фтизіопульмонологічний медичний центр» до КНП СОР «Медичний клінічний центр інфекційних хвороб та дерматології імені З.Й.Красовицького» (надкластерний заклад). Залишити окремими закладами у спроможній мережі закладів охорони здоров'я Сумського госпітального округу КНП СОР «Сумський обласний спеціалізований диспансер радіаційного захисту населення», КНП СОР

«Сумський обласний клінічний госпіталь ветеранів війни», КНП СОР «Сумський обласний клінічний лікарсько-фізкультурний диспансер». У разі створення єдиного кластерного закладу, як спеціалізованого реабілітаційного центру для осіб з обмеженими можливостями, чорнобильського контингенту та ветеранів війни, вищевказані заклади доцільно приєднати до Сумського обласного спеціалізованого диспансеру радіаційного захисту населення і створити на його базі єдиний потужний реабілітаційний центр.

Доцільно залишити окремими закладами в спроможній мережі закладів охорони здоров'я Сумського госпітального округу КНП СОР «Обласний клінічний медичний центр соціально небезпечних захворювань»; КНП СОР «Обласний центр паліативної медичної допомоги»; КНП СОР «Сумська обласна клінічна стоматологічна поліклініка».

Це дасть можливість, в тому числі й обласній раді, як власнику лікарень, побачити де наразі є прогалини в наданні медичної допомоги, неефективний менеджмент, дефіцит обладнання чи кадрових ресурсів. Тому ми підійшли дуже ретельно, враховуючі всі нюанси, до формування спроможної мережі медичних закладів. Бо саме до них пріоритетно будуть спрямовані фінансові та матеріально-технічні ресурси, які значно обмежені у війну».

Важливою також є тема прикордонних лікарень. Ряд цих медичних закладів варто включити до спроможної мережі, аби люди мали змогу отримувати якісні послуги.

Пропонується створити дві кластерні лікарні. Першу – на базі Центральної міської клінічної лікарні, міської лікарні №4 та міської дитячої клінічної лікарні Святої Зінаїди. Другу – на базі міської клінічної лікарні №5 та клінічної лікарні Святого Пантелеймона.

На Сумщині спроможна мережа може включати сім надкластерних, шість кластерних (по одному у кожному з районів області, за винятком Сумського) та 10 загальних медичних закладів – три у Сумському районі, по дві у Конотопському та Шосткинському районах, по одній в Охтирському та Роменському районах.

Нагадаємо, наприкінці лютого в Україні стартував інфраструктурний етап медичної реформи. Її основна мета - переформатувати мережу медзакладів за принципом якості та доступності для людей.

ВИСНОВКИ

У сфері охорони здоров'я діють різні інституції, кожна з яких виконує свою суттєву роль. Розуміння організаційного механізму, розподілу обов'язків та функцій ключових учасників сприятиме глибшому осмисленню функціонування системи охорони здоров'я і дозволить належним чином спрямовувати запитання до тих, хто насправді відповідає за конкретні напрямки, тим самим сприяючи ефективній наданні допомоги.

Внаслідок війни, яку Росія веде проти населення України, та з урахуванням нових викликів нашого часу були розроблені пакети медичних послуг, які дозволяють надавати необхідну медичну допомогу населенню в умовах важкостей. Програма медичних гарантій включає послуги, пов'язані з принципами екстериторіальності та нейтралітету бюджету, охоплюючи екстрену, первинну, спеціалізовану та паліативну медичну допомогу, а також реабілітацію в сфері охорони здоров'я, медичну допомогу дітям до 16 років і послуги, пов'язані з вагітністю та пологами.

Перевірка стану здоров'я є безкоштовною для будь-якої особи, яка уклала декларацію з сімейним лікарем, терапевтом або педіатром. У пакет безкоштовних медичних послуг для лікарів первинного рівня входять профілактичні обстеження, кошти на оплату яких надає Національна служба здоров'я України.

Фінансування другорівневої медичної допомоги буде проводитися за рахунок коштів, отриманих від Національного агентства забезпечення здоров'я за програмою медичних гарантій, місцевого бюджету, платних послуг та інших джерел, які не суперечать законодавству.

Документ, який визначає тарифи та особливості закупівлі медичних послуг у надавачів для реалізації Програми медичних гарантій на відповідний рік, називається "Порядок реалізації Програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2023 році" і був схвалений постановою Кабінету Міністрів України від 27.12.2022 № 1464. Програма медичних гарантій складається з двох рівнозначно важливих частин.

Дія цього Порядку розповсюджується на всі заклади охорони здоров'я, незалежно від форми власності, та на фізичних осіб - підприємців, які отримали ліцензію на господарську діяльність у сфері медичної практики та відповідають вимогам до надавачів послуг медичного обслуговування населення. Головні розпорядники бюджетних коштів укладають договори про медичне обслуговування населення з такими закладами, які мають ліцензію і дотримуються вимог до надавачів послуг з медичного обслуговування населення, визначених постановою Кабінету Міністрів України від 28.03.2018 № 391. Цей Порядок також регулює умови закупівлі для суб'єктів господарювання, які мають намір укласти чи вже уклали договір про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій з Національним агентством забезпечення здоров'я, а також для суб'єктів господарювання, які здійснюють роздрібну торгівлю лікарськими засобами і мають укладений договір про реімбурсацію з Національним агентством забезпечення здоров'я.

Запропонована нова національна система індикаторів якості з одного боку створює умови для подолання бар'єрів у підвищенні якості, а з іншого – вимагає розробки таких шляхів її впровадження, які не викликатимуть опору з боку практикуючих лікарів, не призведуть до дезорганізації та інших небажаних наслідків.

Кожна система порівняння клінічних індикаторів діяльності постачальників медичних послуг повинна вирішувати дві основні проблеми:

- Розробка надійних і таких параметрів, які можна буде коректно інтерпретувати;
- Створення систем, що стимулюють використання даних у програмах підвищення якості обслуговування.

Провідні організації, де працюють медики, часто можуть оцінити реакцію найчутливіших споживачів послуг на порівняльні клінічні індикатори, зокрема індекс споживацької довіри. Ці організації разом зі своїм висококваліфікованим медичним персоналом повинні бути основною цільовою групою для визначення індексу споживацької довіри.

Відсутність інтеграції між різними закладами охорони здоров'я, неадекватність формальних потоків до третинної медичної допомоги та розрізненість політики, яка регулює вторинну медичну допомогу, є перешкодами для гарантування цілісної медичної допомоги, що робить цей процес неповним у мережі. У цьому дослідженні респонденти повідомили про важливість створення загальних механізмів направлення та контрнаправлення як допоміжного компонента моделі догляду), дотримуючись тієї самої моделі класифікації ризиків у муніципальних та державних установах управління. Класифікація ризиків у службах екстреної допомоги спрямована на визначення пріоритетності пацієнтів на основі найбільшого ризику, шкоди здоров'ю чи рівня страждань відповідно до клінічної тяжкості, замість того, щоб задовольняти потреби в порядку прибуття.

Для формування мережі госпітального округу визначається лікарня інтенсивного лікування, яка стане основною і найпотужнішою в окрузі. Саме такою і може бути КНП СОР «Сумська обласна клінічна лікарня».

Інші лікарні будуть перепрофільовані таким чином, щоб надавати послуги, які не потребують високотехнологічного обладнання.