

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Західноукраїнський національний університет
Кафедра менеджменту, публічного управління та персоналу

СОЛОВОДЗІНСЬКИЙ Олександр Євгенович

**Управління закладом охорони здоров'я в умовах
військового стану**

спеціальність 073 «Менеджмент»
освітньо-професійна програма
«Менеджмент закладів охорони здоров'я»

Кваліфікаційна робота

Виконав студент групи
МЗОЗм-21
Соловодзінський О.Є.

Науковий керівник:
к.е.н., доцент Смачило І.І.

Кваліфікаційну роботу
допущено до захисту

«___» _____ 20__ р

Завідувач кафедри

_____ М.М. Шкільняк

ТЕРНОПІЛЬ – 2024

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ВІЙСЬКОВОГО СТАНУ	7
1.1. Поняття і види закладів охорони здоров'я.....	7
1.2. Законодавче забезпечення функціонування закладу охорони здоров'я в умовах військового стану.....	14
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ВІЙСЬКОВОГО СТАНУ	19
2.1. Характеристика діяльності досліджуваного закладу охорони здоров'я в умовах військового стану.....	19
2.2. Аналіз системи внутріорганізаційного контролю якості медичних послуг в досліджуваному закладі охорони здоров'я.....	35
РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ВІЙСЬКОВОГО СТАНУ	44
3.1. Телемедицина як інноваційний інструмент надання медичних послуг в умовах військового стану.....	44
3.2. Забезпечення безпеки пацієнта в умовах військового стану.....	51
ВИСНОВКИ	58
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	62

ВСТУП

Актуальність проблеми. Для сучасних керівників медичних закладів складним завданням є побудувати ефективну систему управління закладом охорони здоров'я в умовах воєнного стану. Важливо «вдало поєднати досвід та стандартизувати управлінський процес таким чином, щоб можна було забезпечити високу якість медичної допомоги, максимальний рівень безпеки пацієнтів та працівників, для системи матеріально-технічного супроводу забезпечити безперебійну роботу, налагодити необхідні логістичні потоки тощо» [12].

Реформа медичної галузі триває не дивлячись на війну. На регіональному рівні «відбувається на даний час формування конкурентоспроможної мережі закладів охорони здоров'я шляхом об'єднання їх в кожній області в госпітальний округ, який буде поділений на кластери» [1].

Система охорони здоров'я через стрімку появу та впровадження новітніх технологій характеризуватиметься високою ресурсоемністю та постійно зростатиме в усіх закладах охорони здоров'я. Проте при цьому не можна забувати і про антикризові заходи. Необхідно виробити новий підхід до управління діяльністю закладів охорони здоров'я для подолання кризових ситуацій, який орієнтувався б на всі аспекти суспільного життя. Основні заходи попередження кризових ситуацій, як правило, передбачають максимальне збереження всіх наявних ресурсів, що у сфері охорони здоров'я є не припустимо. Для встановлення діагнозу необхідне новітнє обладнання, подальше лікування не можливе без ліків, для надання медичної допомоги лікарні потребують кваліфікованого персоналу, а не для закупівлі хворим їжі під час лікування.

Ще одна важлива проблема – це повна цифровізація системи охорони здоров'я. Однією з пріоритетних світових тенденцій є розвиток цифрових технологій у медицині. Перспективи використання останніх широкі та багатогранні. На сьогодні вже функціонують системи електронного запису на

прийом з подальшим нагадуванням та надсиланням на смартфон результатів, «хмари» для зберігання та обробки інформації, телемедицина, для щоденної лікарської практики мобільні пристрої та сервіси, для фармакологічної промисловості новітні розробки тощо. Все це підтверджує перспективність та значимість подальшої цифрової трансформації галузевих процесів, що підвищить доступність та якість медичних послуг, а також їх ефективність [].

Ступінь висвітлення в літературі. Сучасні науковці наголошують на важливості пошуку альтернативних і дієвих механізмів державного управління в різних галузях, зокрема в охороні здоров'я. Серед них варто виділити таких дослідників, як М. Білинська, О. Баєва, З. Гладун, Д. Карамішев, В. Лазоришинець, В. Луговий, В. Лобас, З. Надюк, Н. Нижник, А. Пільтяй, М. Ткач, І. Фуртак, О. Черниш, В. Шафранський, Н. Ярош, М. Шкільняк та інших. Значний внесок у вивчення сучасного розвитку охорони здоров'я України, особливо в умовах суперечливих соціально-економічних процесів, зробили такі науковці, як В. Базилевич, В. Біла, Г. Боднар, Л. Гриценко, С. Демченко, В. Євсєєв, С. Кацура, К. Павлюк. Дослідження реформування та функціонування механізмів державного управління у сфері охорони здоров'я, а також взаємодії цих механізмів із ринковими відносинами, здійснювали В. Лобас, Ю. Вороненко, Н. Гойда, Д. Карамішев, Я. Радиш, В. Лехан, Г. Слабкий, Н. Солоненко, Н. Грицяк. Засади державного регулювання у цій сфері розглядалися у працях М. Білинської, Н. Кризиної, З. Надюк, В. Лазоринця, В. Москаленко, М. Шутова та інших.

Попри значний науковий інтерес до питань державного управління соціальними системами, до яких належить і медична галузь, організація надання медичних послуг у закладах охорони здоров'я різних типів не стала предметом окремого спеціального дослідження. Це і зумовлює наукову актуальність, практичну значущість дослідження, а також визначає його основну мету та завдання.

Метою кваліфікаційної роботи є здійснення теоретичних узагальнень

та наведення практичних рекомендацій щодо удосконалення системи управління закладом охорони здоров'я в умовах військового стану.

Відповідно до поставленої мети у кваліфікаційній роботі виконуються наступні **завдання**:

- дослідити поняття і види закладів охорони здоров'я;
- систематизувати законодавче забезпечення функціонування закладу охорони здоров'я в умовах військового стану;
- охарактеризувати діяльність досліджуваного закладу охорони здоров'я в умовах військового стану;
- проаналізувати систему внутріорганізаційного контролю якості медичних послуг в досліджуваному закладі охорони здоров'я;
- окреслити перспективи використання телемедицини як інноваційного інструмента надання медичних послуг в умовах військового стану;
- розробити заходи щодо забезпечення безпеки пацієнта в умовах військового стану.

Об'єктом дослідження є процес управління закладом охорони здоров'я в умовах військового стану.

Предметом дослідження є механізми та технології управління закладом охорони здоров'я в умовах військового стану.

Для досягнення мети дослідження та розв'язання поставлених завдань було застосовано такі **методи дослідження**: метод системного аналізу використовувався для вивчення процесу надання медичних послуг як цілісної системи, що складається з взаємозалежних і взаємопов'язаних елементів; метод структурного аналізу застосовувався для дослідження організаційної структури закладу охорони здоров'я, що є об'єктом дослідження; метод функціонального аналізу використовувався для вивчення функціональної діяльності досліджуваного закладу охорони здоров'я, зокрема аналізу основних функцій і процесів; метод контент-аналізу застосовувався для визначення різновидів закладів охорони здоров'я та видів медичних послуг,

описаних у роботах різних авторів. Ці методи дозволили комплексно та глибоко дослідити об'єкт і предмет дослідження, забезпечуючи системний підхід до аналізу медичних послуг і діяльності закладів охорони здоров'я.

Наукова новизна дослідження полягає у розвитку теоретичних положень управління закладом охорони здоров'я в умовах військового стану.

Практична значущість результатів дослідження полягає в тому, що розроблені в ній теоретичні положення та практичні рекомендації щодо удосконалення системи управління закладом охорони здоров'я в умовах військового стану можуть бути використані в роботі комунального некомерційного підприємства «Тернопільська обласна клінічна лікарня» Тернопільської міської ради.

Апробація. За результатами дослідження опубліковано 2 тез доповідей: на тему «Управління закладом охорони здоров'я в умовах воєнного стану» у збірнику тез доповідей V Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах сучасних викликів» [21] (м. Тернопіль, 16 травня 2024 року) та на тему «Розвиток телемедицини в умовах воєнного стану» у збірнику тез доповідей Наукової інтернет-конференції молодих вчених, аспірантів та студентів кафедри менеджменту, публічного управління та персоналу «Інноваційні технології в менеджменті та публічному управлінні» [22] (м. Тернопіль, 27 листопада 2024 року).

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ВІЙСЬКОВОГО СТАНУ

1.1. Поняття і види закладів охорони здоров'я

Поняття «заклад охорони здоров'я» у первинній редакції Закону України від 19 листопада 1992 року «Основи законодавства України про охорону здоров'я» має визначення: це підприємства, установи та організації, завданням яких є забезпечення різноманітних потреб населення в галузі охорони здоров'я шляхом подання медико-санітарної допомоги, включаючи широкий спектр профілактичних і лікувальних заходів або послуг медичного характеру, а також виконання інших функцій на основі професійної діяльності медичних працівників (ч. 1 ст. 3 цього Закону). Декілька разів дане формулювання піддавалось змінам і на даний час термін «заклад охорони здоров'я» це юридична особа будь-якої форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, що забезпечує медичне обслуговування населення на основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників [4].

Рядом авторів запропоновано різні визначення поняття «заклад охорони здоров'я». За визначенням Пашкова В.М., заклад охорони здоров'я – «це суб'єкт господарювання або негосподарюючий суб'єкт та їх структурний підрозділ, завданням яких є забезпечення різноманітних потреб населення в галузі охорони здоров'я шляхом надання медико-санітарної допомоги або медичних послуг на основі професійної діяльності фармацевтичних та медичних працівників» [5]. Даний автор дещо пізніше формулює, що заклад охорони здоров'я – «це установа з відповідною матеріально-технічною базою та працівниками відповідної кваліфікації, що створена суб'єктом господарювання будь-якої організаційно-правової форми та форми власності, в тому числі у вигляді структурного підрозділу, чи негосподарюючий суб'єкт публічного права, завданням якої є забезпечення різноманітних потреб

населення в охороні здоров'я шляхом надання профілактичної медико-санітарної допомоги чи послуг медичного або фармацевтичного характеру, в тому числі, інформаційно-медичної, санітарно-освітньої та медико-статистичної діяльності на основі професійної діяльності фармацевтичних і медичних працівників» [6, с. 12].

За визначенням Симонян А.В. заклад охорони здоров'я – «це господарська організація будь-якої форми власності та організаційно-правової форми, яка на підставі ліцензії провадить медичну практику самостійно або через відокремлений структурний підрозділ» [7, с. 92].

Чанковської А.В. формулює визначення поняття «заклад охорони здоров'я» як «господарську організацію, що здійснює медичне обслуговування населення самостійно або через її відокремлений підрозділ на основі професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників» [10].

У визначеннях поняття «заклад охорони здоров'я» з різних джерел наявні істотні розбіжності. Тому закладами охорони здоров'я можна вважати певні суб'єкти, які мають характерні ознаки.

Визначальною ознакою є здійснення особливих видів діяльності відповідними суб'єктами, відмінних від діяльності інших суб'єктів права: медичне обслуговування населення. Цій діяльності властиві усі ознаки господарської діяльності: «здійснюється у сфері суспільного виробництва, спрямована на виготовлення та реалізацію певної продукції (лікарських засобів) та надання медичних й деяких інших послуг вартісного характеру, що мають цінову визначеність. (ч.1 ст.3 Господарський кодекс України)» [8].

Ще одна ознака закладів охорони здоров'я наявність у них відповідної ліцензії. Проте аналіз нормативно-правових актів вказує на те, що дана ознака відповідає не всім закладам охорони здоров'я. Для здійснення деяких видів діяльності, що охоплюються поняттям «медичне обслуговування», одержання ліцензії не потрібно. У постанові Кабінету Міністрів України «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики» абз. 2 п. 3 від 2 березня 2016 року зазначено, що «дія цих

Ліцензійних умов не поширюється на господарську діяльність, пов'язану із здійсненням судово-медичної експертизи, судово-медичної гістології, судово-медичної криміналістики, судово-медичної імунології, судово-медичної токсикології, судово-психіатричної експертизи, судово-медичної цитології» [9]. Тобто, ці види діяльності не ліцензуються. Хоча установи судово-медичних (Бюро судово-медичної експертизи (республіканське, обласне, міське), Головне бюро судово-медичної експертизи України) та судово-психіатричних експертиз не отримують ліцензії, такі установи позначаються як заклади охорони здоров'я. Тому одержання ліцензії не є загальною ознакою всіх закладів охорони здоров'я.

Існує декілька класифікації закладів охорони здоров'я, в основу яких покладено різні підстави. «За сферою діяльності заклади охорони здоров'я поділяють на: лікувально-профілактичні; санітарно-профілактичні; фармацевтичні (аптечні); інші заклади; заклади медико-соціального захисту. За організаційно-правовою формою існують: державні заклади охорони здоров'я; приватні заклади охорони здоров'я; комунальні заклади охорони здоров'я; заклади охорони здоров'я, які діють у формі господарських товариств; підприємства, які засновані на власності об'єднання громадян» [15, с. 109-128].

А.В. Симонян запропонувала власну класифікацію закладів охорони здоров'я (табл. 1).

Вищенаведені класифікації закладів охорони здоров'я не є вичерпними. Їх також можна класифікувати за ознакою щодо одержання ліцензії на провадження господарської діяльності: заклади охорони здоров'я, які діють на основі ліцензії та заклади охорони здоров'я, які діють без ліцензії.

За проходженням акредитації закладами охорони здоров'я останні поділяють на ті, які пройшли акредитацію і на ті, які не проходили акредитацію. Щодо можливості приватизації можна запропонувати класифікацію закладів охорони здоров'я: заклади охорони здоров'я, які підлягають приватизації і ті, які не підлягають приватизації.

Таблиця 1.1

Класифікація закладів охорони здоров'я за Симонян А.В.

1.	за метою здійснення господарської діяльності: <ul style="list-style-type: none"> • діють з метою одержання прибутку або без цієї мети, • для досягнення соціальних результатів;
2.	за формою власності: <ul style="list-style-type: none"> • державні, • комунальні, • засновані на приватній власності громадян чи юридичних осіб;
3.	за доступністю медичної допомоги та іншого медичного обслуговування: <ul style="list-style-type: none"> • загальнодоступні, • відомчі та інші заклади охорони здоров'я, що обслуговують лише окремі категорії населення за професійною, відомчою або іншою не пов'язаною із станом здоров'я людини ознакою;
4.	за напрямом діяльності: <ul style="list-style-type: none"> • лікувально-профілактичні, • санітарно-профілактичні, • заклади медико-соціального захисту;
5.	за спеціалізацією: <ul style="list-style-type: none"> • однопрофільні, • багатoproфільні, • спеціалізовані, • особливого типу .

Примітка. Наведено за [7, с. 92].

Також заклади охорони здоров'я можна класифікувати за органом підпорядкування: «заклади, які підпорядковуються МОЗ України як центральному органу виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я та заклади, які підпорядковуються Міністерству внутрішніх справ України, Міністерству оборони України, Службі безпеки України, Державній прикордонній службі України, Державній кримінально-виконавчій службі України та іншим правоохоронним органам спеціального призначення та військовим формуванням, які провадять свою діяльність з урахуванням особливостей, визначених законодавством» [16-22].

В законі України «Про заклади охорони здоров'я та медичне обслуговування» в статті 2 наведено класифікацію закладів охорони здоров'я залежно від форми власності, організаційно-правової форми та виду медичної допомоги, яку надає заклад.

Заклади охорони здоров'я залежно від форми власності є: комунальні,

державні, приватні.

Ознакою закладу охорони здоров'я є його спеціалізація. Вона характеризує здатність закладу надавати медичну допомогу за відповідною лікарською спеціальністю, спеціальністю молодших спеціалістів з медичною освітою або за кількома пов'язаними спеціальностями та певної інтенсивності, провадити іншу діяльність у сфері охорони здоров'я передбачену законодавством. За цією ознакою заклади охорони здоров'я поділяють на заклади, які надають медичну допомогу за однією спеціалізацією – однопрофільні (спеціалізовані) та заклади, які надають медичну допомогу за кількома спеціалізаціями – багатoproфільні.

Заклади охорони здоров'я за видами медичної допомоги поділяються на:

1) «заклади охорони здоров'я, які забезпечують надання первинної медичної допомоги. До останніх належать центри первинної медичної (медико-санітарної) допомоги, які забезпечують надання населенню в амбулаторних умовах первинної медичної допомоги. До складу центрів медичної допомоги можуть входити амбулаторії, фельдшерсько-акушерські пункти, медичні пункти, медичні кабінети»;

2) «заклади охорони здоров'я, які забезпечують надання стаціонарної та/або амбулаторної вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. До даної групи належать: багатoproфільна лікарня інтенсивного лікування, багатoproфільна дитяча лікарня інтенсивного лікування; лікарня планового лікування; дитяча лікарня планового лікування, консультативно-діагностичний центр, спеціалізований медичний центр (спеціалізована лікарня)» (табл. 1.2);

3) «заклади охорони здоров'я із забезпечення третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. До даної групи відносять: багатoproфільна обласна (республіканська для Автономної Республіки Крим, центральна міська для м. Києва та Севастополя) лікарня (у тому числі клінічна лікарня), багатoproфільна обласна (республіканська для Автономної Республіки Крим, центральна міська для м. Києва та Севастополя) дитяча

лікарня (у тому числі клінічна лікарня), високоспеціалізований медичний центр (лікарня)» (табл. 1.3);

Таблиця 1.2

Перелік закладів охорони здоров'я, які надають стаціонарну, або амбулаторну вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу.

Назва закладу	Визначення
Багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування	багатопрофільний заклад охорони здоров'я, який надає вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу дітям і дорослим як у гострому стані захворювання, так і з хронічними захворюваннями, яким необхідне інтенсивне лікування, з обов'язковою наявністю відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги;
Багатопрофільна дитяча лікарня інтенсивного лікування	багатопрофільний заклад охорони здоров'я, який забезпечує надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги дітям у гострому стані захворювання або з хронічними захворюваннями, що потребують інтенсивного лікування, з обов'язковою наявністю відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги;
Лікарня планового лікування	заклад охорони здоров'я, який забезпечує надання дорослим планової спеціалізованої консультативної та стаціонарної медичної допомоги, що не потребує інтенсивного лікування;
Дитяча лікарня планового лікування	заклад охорони здоров'я, який забезпечує надання дітям планової спеціалізованої консультативної та стаціонарної медичної допомоги, що не потребує інтенсивного лікування;
Консультативно-діагностичний центр	заклад охорони здоров'я, який забезпечує надання консультативно-діагностичної вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги населенню і утворюється у складі багатопрофільної лікарні інтенсивного лікування або як окрема юридична особа;
Спеціалізований медичний центр (спеціалізована лікарня)	однопрофільний заклад охорони здоров'я, що забезпечує надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги за однією спеціалізацією.

Примітка. Наведено за [5]

4) «заклади охорони здоров'я системи екстреної медичної допомоги, які діють відповідно до положень, визначених законом»;

5) «хоспіси – заклади охорони здоров'я, які надають паліативну допомогу пацієнтам з невиліковно прогресуючим захворюванням та соціальної, психологічної і духовної підтримки як пацієнтам, та і членам їх

родин».

б) «заклади охорони здоров'я з медичної реабілітації. Це лікарні відновного (реабілітаційного) лікування, які в умовах стаціонару, зокрема денного, надають планову реабілітаційну допомогу населенню».

Таблиця 1.3.

**Перелік закладів охорони здоров'я, які забезпечують третинну
(високоспеціалізовану) медичну допомогу.**

Назва закладу	Визначення
Багатопрофільна обласна (республіканська для Автономної Республіки Крим, центральна міська для м. Києва та Севастополя) лікарня (у тому числі клінічна лікарня)	багатопрофільний заклад охорони здоров'я, який забезпечує надання третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги в умовах цілодобового стаціонару, денного стаціонару або амбулаторних умовах дорослим хворим у гострому стані або з хронічними захворюваннями, що потребують високоспеціалізованого медичного втручання, з обов'язковою наявністю відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги;
Багатопрофільна обласна (республіканська для Автономної Республіки Крим, центральна міська для м. Києва та Севастополя) дитяча лікарня (у тому числі клінічна лікарня)	багатопрофільний заклад охорони здоров'я, який забезпечує надання третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги в умовах цілодобового стаціонару, денного стаціонару або амбулаторних умовах хворим дітям у гострому стані захворювання або з хронічними захворюваннями, що потребують високоспеціалізованого медичного втручання, з обов'язковою наявністю відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги;
Високоспеціалізований медичний центр (лікарня)	заклад охорони здоров'я, що забезпечує надання третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги за однією спеціалізацією.

Примітка. Наведено за [5]

Також медичну допомогу можуть надавати інші заклади охорони здоров'я відповідно до їх спеціалізації та профілю. Це заклади соціально-медичної допомоги (сестринського догляду), які забезпечують надання соціально-медичної допомоги особам, які мають хронічні захворювання,

потребують медичного нагляду і не потребують активного лікування за станом здоров'я.

Заклади охорони здоров'я Міністерства внутрішніх справ України, Міністерства оборони України, Служби безпеки України, інших утворених відповідно до законів правоохоронних органів спеціального призначення та військових формувань провадять свою діяльність з урахуванням особливостей, визначених законодавством.

6 квітня 2017 р. до законодавства внесено зміни, які стосуються класифікації закладів охорони здоров'я. Згідно чинною редакцією ст.16 Основ законодавства України про охорону здоров'я за формою власності вирізняються державні, комунальні, приватні або засновані на змішаній формі власності заклади охорони здоров'я. За організаційно-правовою формою заклади охорони здоров'я державної власності можуть утворюватися та функціонувати як казенні підприємства або державні установи, а заклади комунальної власності – як комунальні некомерційні підприємства або комунальні установи. Заклади охорони здоров'я приватної власності не обмежені у виборі організаційно-правової форми.

1.2. Законодавче забезпечення функціонування закладу охорони здоров'я в умовах військового стану

Міністерство охорони здоров'я (МОЗ) Після Указу Президента України №64 від 24.02.2022 «Про введення воєнного стану в Україні» одразу видало наказ від 24 лютого 2022 року № 374 про Тимчасові заходи у закладах охорони здоров'я з метою забезпечення їх готовності для надання медичної допомоги постраждалим внаслідок військової агресії Російської Федерації проти України [30].

У вище згаданому документі передбачалося тимчасове припинення планових госпіталізацій, забезпечення надання екстреної меддопомоги в повному обсязі, підготовка для допомоги пораненим додаткової хірургічної команди.

Міністерство охорони здоров'я затвердило примірники стандартних операційних процедур та про підготовку додаткових хірургічних команд. «При цьому зазначено, що продовжуватимуть надавати медичну допомогу через ускладнений перебіг вагітності, пологи у закладах охорони здоров'я та хворим на онкологічні захворювання у спеціалізованих відділеннях закладів охорони здоров'я, паліативну медичну допомогу в паліативних відділеннях тощо» [44].

У період воєнних дій на територіях госпітального кластера багатопрофільні лікарняні заклади забезпечать потреби населення щодо медичного обслуговування за напрямками, які вказані Кабінетом Міністрів України. У найбільш складних, рідкісних випадках захворювань медичне обслуговування населення всього госпітального округу забезпечать надкластерні заклади охорони здоров'я, які мають відповідні ресурси та технології (табл. 1.4) [19; 49].

Таблиця 1.4.

Порівняльна характеристика понять «кластерний заклад охорони здоров'я» і «надкластерний заклад охорони здоров'я»

<i>Кластерний заклад охорони здоров'я</i>	<i>Надкластерний заклад охорони здоров'я</i>
✓ Багатопрофільний лікарняний заклад	✓ Багатопрофільний лікарняний заклад
	✓ Наявні ресурси та технології
✓ Стаціонарні умови	✓ Стаціонарні умови
✓ Найпоширеніші захворювання	✓ Складні випадки захворювань пацієнтів

Примітка. Узагальнено автором на основі [1; 2; 6].

Реаліями воєнного часу продиктоване зазначене рішення. Тому що внаслідок військової агресії росії постійно зростає кількість потерпілих, збільшується число пацієнтів, які отримали опіки, з подальшою необхідністю пересадки у вигляді шкіри анатомічного матеріалу.

У зв'язку з виникненням ускладнень логістики, було надано рекомендації щодо збільшення надання допомоги із використанням

телемедицини та проведенням заочно і за спрощеною процедурою медико-соціальної експертизи.

Міністерством охорони здоров'я враховує зміни, які відбулися впродовж лютого-травня 2022 року та сприяє координації для закладів охорони здоров'я гуманітарної допомоги. Необхідно відмітити, що станом на 22 лютого 2022 року ключовим суб'єктом у питаннях гуманітарної допомоги було Міністерство соціальної політики України, а на 01 червня 2022 року ключового суб'єкта вже немає, тому що було розділено повноваження між консультативно-дорадчими органами та різними органами влади, які і регулюють процеси щодо забезпечення гуманітарної допомоги.

У сучасній сфері охорони здоров'я застосування логістики зумовлено появою великої кількості бар'єрів (воєнних дій, зокрема), які пов'язані із діяльністю у ланцюгах постачання. Це відображається у показниках ефективності функціонування медичних закладів [16].

В медичні галузі напрями застосування логістики включають:

- біометричну та клінічну інженерію,
- медичні послуги та постачання,
- фармацію та персонал медичного закладу [27].

Міністерство охорони здоров'я разом із Світовим банком розпочали проєкти із закупівель, які є прикладом логістичних зв'язків. Так, Всесвітня організація з охорони здоров'я надала додатково 1100 генераторів для українських лікарень та 170 генераторів для медичних закладів. Велися перемовини щодо припинення ринку збуту лікарських засобів країни – агресора.

Термін «медична логістика» полягає не тільки в управлінні, плануванні, контролі ефективності потоків, а також і в транспортуванні, збереженні медичних приладів та устаткування, відповідного медичного та хірургічного обладнання, фармацевтичних препаратів. Усе це забезпечує роботу персоналу в медичних закладах, аптеках, санаторіях тощо.

Медична логістика сприяє оптимізації ефективного лікування,

мінімізації витрат при цьому, покращення якості надання медичних послуг в цілому [37]. В Україні запровадження воєнного стану спонукало уряд прийняти зміни, які забезпечать безперервне фінансування медичних закладів в цих умовах. Національна служба здоров'я України (НСЗУ) перед повномасштабною війною вчасно законтрактувала медичні заклади на 2022 рік. 5 березня 2022 року було внесено зміни до Програми державних гарантій медичного обслуговування населення, щоб забезпечити безперервне фінансування лікарень [5; 43].

Щомісяця НСЗУ почала сплачувати фіксовану суму коштів закладам (фактична вартість відповідних медичних послуг, наданих протягом січня 2022 року; 1/n від запланованої вартості медичних послуг за відповідним пакетом) [8; 45].

Уряд з 1 липня повернув систему оплати за фактично надані медичні послуги та обов'язкове подання про них електронних звітів. Проте, для лікарень, які працюють у зоні бойових дій, на лінії фронту, у тимчасовій окупації, фіксовані виплати тривають.

Додано зміни у відповідному Законі України щодо доступності медичної допомоги та реабілітаційної допомоги. Фахівців-іноземців дозволено залучати, при умові їх реєстрації в інформаційно-комунікаційній системі, окрім громадян Російської Федерації та громадян Республіки Білорусь [23].

На даний час в Україні працюють 230 медиків-іноземців. Зазначено, що до надання медичної допомоги, на волонтерських засадах, можуть залучатися медичні працівники та фахівців з реабілітації. Проте вносити, вести первинну облікову медичну документацію, управляти медичною інформацією, вести облік медичних послуг, використовувати інші функціональні можливості електронної системи охорони здоров'я можуть виключно медичні працівники, які визначені керівником [17; 40].

Україна взяла на себе зобов'язання змінити та наблизити законодавчу базу до прав, стандартів та практик Європейського Союзу щодо зайнятості, рівних можливостей, соціальної політики. Тому 25 листопада 2022 року

Кабінет Міністрів України підтримав проект Закону України «Про внесення змін до Кодексу законів про працю України щодо права наступництва у трудових відносинах»[16], який розроблено для гармонізації українського та європейського законодавства. Зазначений документ сприятиме працевлаштуванню, збереженню робочих місць, зменшенню безпідставних скорочень працівників з економічних мотивів, що стосується і управління медичними установами в умовах воєнного стану [27; 53].

Отже, в умовах воєнного стану відбулося ряд законодавчих змін щодо управління діяльністю медичних установ: забезпечення безперебійним фінансуванням лікарень, тимчасове припинення планових госпіталізацій, забезпечення в повному обсязі наданням екстреної медичної допомоги, налагодження логістичних зв'язків, спрощений доступ до безоплатної первинної медичної допомоги, підготовка додаткової хірургічної команди для допомоги пораненим, залучення до програми реімбурсації (виплати компенсацій) тощо.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ВІЙСЬКОВОГО СТАНУ

2.1. Характеристика діяльності досліджуваного закладу охорони здоров'я в умовах військового стану

В Тернопільській області клінічним лікувально-профілактичним закладом охорони здоров'я є КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» Тернопільської обласної ради (КНП «ТОКЛ» ТОР). «Дана установа виконує функцію головного лікувально-профілактичного закладу області, являється клінічною базою для кафедр Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського». Це база для підвищення кваліфікації як середнього медичного персоналу, так і лікарів, проходження практики студентів медичних коледжів і медичних університетів, підготовки лікарів-інтернів» [34].

КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» вирішує наступні основні завдання:

- ✓ «в повному обсязі забезпечує населення області консультативно-поліклінічною та високоспеціалізованою стаціонарною медичною допомогою;
- ✓ з метою підвищення якості лікувально-профілактичного обслуговування населення області надає організаційно-методичну допомогу міським, районним, селищним та сільським лікувально-профілактичним закладам;
- ✓ забезпечує умови для проведення навчально-педагогічного процесу з використанням сучасних досягнень медичної науки і техніки;
- ✓ здійснює підвищення якості підготовки медичних кадрів;
- ✓ створює умови для виконання науково-практичних досліджень за тематикою клінік;
- ✓ забезпечує проходження практики студентів ТНМУ ім. І.Я. Горбачевського, медичних коледжів, підвищення кваліфікації лікарів,

медичних сестер на робочих місцях, спеціалізація сестринського персоналу міських, районних, селищних, сільських лікувально-профілактичних закладів області;

✓ за завданням органів охорони здоров'я здійснює напрацювання заходів, що забезпечують підвищення охорони здоров'я населення та якості медичного обслуговування, зниження захворюваності, лікарняної летальності» [34].

На рис. 2.1 представлена вибудована розгалужена організаційна структура КНП «ТОКЛ» ТОР, яка спрямована на виконання вище зазначених завдань.

Найчисельнішими підрозділами в структурі досліджуваного закладу охорони здоров'я є стаціонар і параклініка (рис. 2.1).

В структурі КНП «ТОКЛ» ТОР в умовах стаціонару працює наступні двадцять відділень: «1) кардіологічне відділення для інфарктних хворих з палатами інтенсивної терапії; 2) відділення анестезіології та інтенсивної терапії; 3) торакальна хірургія; 4) відділення хірургічної стоматології; 5) нейрохірургічне відділення; 6) хірургія №1; 7) хірургія №2; 8) ортопедо-травматологічне відділення; 9) ендокринологічне відділення; 10) гематологічне відділення; 11) гастроентерологічне відділення; 12) отоларингологічне відділення; 13) нефрологічне відділення; 14) урологічне відділення; 15) ревматологічне відділення; 16) офтальмологічне відділення; 17) відділення судинної хірургії; 18) пульмонологічне відділення; 19) кардіохірургічне відділення; 20) відділення інтервенційної радіології, кардіології та реперфузійної терапії» [29].

Параклініка у своїй структурі налічує тринадцять відділень: 1) «консультативна поліклініка; 2) приймальне відділення; 3) клініко-діагностична лабораторія; 4) рентгенологічне відділення; 5) відділення ультразвукової діагностики (УЗД); 6) ендокринологічний диспансер»; 7)

«кардіологічний диспансер; 8) відділення гіпербаричної оксигенації (ГБО); 9) фізіотерапевтичне відділення з кабінетом лікувальної фізкультури; 10) спеціалізоване диспансерне відділення радіаційного захисту; 11) відділення функціональної діагностики; 12) відділ з інфекційного контролю (ВІК); 13) відділення гемодіалізу» [29].

КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» ТОР налічує 535 стаціонарних ліжок. 12594 пацієнтів госпіталізовано впродовж 2022 року, що на 13,67 % більше, ніж за 2021 рік (11079 пацієнтів). Відмічено збільшення числа госпіталізованих пацієнтів і по хірургічному профілю (15,80%) і по терапевтичному (9,93%) (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

**Кількість госпіталізованих пацієнтів на стаціонарні ліжка
КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» ТОР**

№ п/п	Назва відділення	Кількість госпіталізованих пацієнтів			
		<i>профілю ліжка</i>	2021	2022	Приріст в % (+/-)
1	Кардіологія		773	1053	+36,22
2	Ревматологія		513	498	-2,92
3	Пульмонологія		354	491	+38,70
4	Ендокринологія		715	561	-21,54
5	Гастроентерологія		442	355	-19,68
6	Гематологія		583	654	+12,18
7	Нефрологія		326	462	+41,72
Всього терапевтичного профілю			3706	4074	+9,93
8	Хірургія № 1		920	1041	+13,15
	<i>Гнійної хірургії</i>		77	128	+66,23
	<i>Проктологічні</i>		389	442	+13,62
	<i>Хірургічні</i>		454	471	+3,74
9	Судинна хірургія		432	372	-13,89
	<i>Судинної хірургії</i>		353	277	-21,53
	<i>Кардіохірургічні</i>		79	95	+20,25
10	Торакальна хірургія		208	224	+7,69
11	Ортопедія		1486	1672	+12,52
12	Хірургічна стоматологія		435	430	-1,15
13	Урологія		639	667	+4,38
14	Хірургія № 2		458	655	+43,01
15	Нейрохірургія		383	462	+20,63
16	Офтальмологія		1164	1525	+31,01
17	Отоларингологія		564	698	+23,76
Всього хірургічного профілю			6689	7746	+15,80
Всього по стаціонару			11079	12594	+13,67

Примітка. Наведено за матеріалами КНП «ТОКЛ» ТОР

23,49 пацієнта пролікувалося в середньому на одному стаціонарному ліжку впродовж 2022 року. В порівнянні з 2021 роком (19,30 пацієнта) це на 21,71% більше. Також у 2022 році відмічено зростання обігу ліжка терапевтичного профілю, яке становило 21,91. Це на 27,77% більше в порівнянні з 2021 роком (17,16). Щодо ліжок хірургічного профілю, то у 2022 році обіг ліжка становив 25,05, що порівняно з 2021 роком (20,27) на 23,53% більше (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

**Кількість пролікованих пацієнтів на одному стаціонарному ліжку
КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» ТОР**

№ п/п	Назва відділення <i>профілю ліжка</i>	Обіг ліжка		
		2021	2022	Приріст в % (+/-)
1	Кардіологія	17,29	24.54	+41,93
2	Ревматологія	15,40	27.63	+79,42
3	Пульмонологія	16,54	11.32	-31,56
4	Ендокринологія	19,83	31.11	+56,88
5	Гастроентерологія	16,83	27.18	+61,50
6	Гематологія	20,10	21.77	+8,31
7	Нефрологія	12,90	18.60	+44,19
	Всього терапевтичного профілю	17,15	21.91	+27,76
8	Хірургія № 1	21,47	25.94	+20,82
	<i>Гнійної хірургії</i>	<i>11,29</i>	<i>24.90</i>	<i>+120,55</i>
	<i>Проктологічні</i>	<i>25,40</i>	<i>29.67</i>	<i>+16,81</i>
	<i>Хірургічні</i>	<i>22,00</i>	<i>23.40</i>	<i>+6,36</i>
9	Судинна хірургія	11,68	9.78	-16,27
	<i>Судинної хірургії</i>	<i>15,52</i>	<i>13.75</i>	<i>-11,40</i>
	<i>Кардіохірургічні</i>	<i>6,11</i>	<i>5.80</i>	<i>-5,07</i>
10	Торакальна хірургія	9,90	11.23	+13,43
11	Ортопедія	28,97	33.36	+15,15
12	Хірургічна стоматологія	19,20	21.53	+12,14
13	Урологія	18,88	22.22	+17,69
14	Хірургія № 2	22,75	32.78	+44,09
15	Нейрохірургія	12,97	15.53	+19,74
16	Офтальмологія	31,15	50.85	+63,24
17	Отоларингологія	17,45	23.25	+33,24
	Всього хірургічного профілю	20,27	25.04	+23,53
	Всього по стаціонару	19,30	23.49	+21,71

Примітка. Наведено за матеріалами КНП «ТОКЛ» ТОР

Збільшення кількості пролікованих хворих на відповідно-профільному ліжку серед терапевтичних відділень зафіксовано у всіх відділеннях, за

винятком пульмонологічного.

Також відмічено збільшення кількості пролікованих хворих на відповідно-профільному ліжку у всіх відділеннях серед хірургічних, за винятком судинної хірургії.

В 2022 році по закладу загалом одне стаціонарне ліжко працювало впродовж 221,63 днів, що на 24,07% більше в порівнянні з 2021 роком (178,67 днів). По хірургічному профілю впродовж 2022 року 220,16 днів працювало одне стаціонарне ліжко, що на 24,15% більше в порівнянні з 2021 роком (177,45 днів). Впродовж 2022 року по терапевтичному профілю одне стаціонарне ліжко працювало 199,24 днів, що в порівнянні з 2021 роком (160,09 днів) більше на 24,44%.

По закладу загалом в 2022 році план ліжка днів виконано на 65,25%. 64,83% щодо хірургічного профілю та 58,66% щодо терапевтичного профілю.

В таблиці 2.3 представлена робота стаціонарних ліжок в межах стаціонарних відділень.

Таблиця 2.3.

**Робота стаціонарних ліжок в розрізі відділень КНП «Тернопільська
обласна клінічна лікарня» ТОР**

№ п/п	Назва відділення <i>профілю ліжка</i>	Зайнятість ліжка			Відсоток виконання плану ліжко-днів (в %) 2021 рік
		2021	2022	Приріст в % (+/-)	
1	2	3	4	5	6
1	Кардіологія	149,15	194,24	+30,23	57,20
2	Ревматологія	151,90	292,54	+92,59	86,14
3	Пульмонологія	157,40	124,78	-20,72	36,74
4	Ендокринологія	182,08	281,33	+54,51	82,84
5	Гастроентерологія	151,16	244,77	+61,93	72,08
6	Гематологія	194,77	217,57	+11,71	64,07
7	Нефрологія	142,32	196,48	+38,06	57,86
Всього терапевтичного профілю		160,09	199,22	+24,44	58,66
8	Хірургія № 1	201,20	246,75	+22,64	72,66
	<i>Гнійної хірургії</i>	<i>276,10</i>	<i>514,80</i>	<i>+86,45</i>	<i>151,59</i>
	<i>Проктологічні</i>	<i>194,73</i>	<i>268,87</i>	<i>+38,07</i>	<i>79,17</i>
	<i>Хірургічні</i>	<i>180,50</i>	<i>163,15</i>	<i>-9,61</i>	<i>48,04</i>
9	Судинна хірургія	138,88	11,58	-17,50	33,74
	<i>Судинної хірургії</i>	<i>165,14</i>	<i>149,75</i>	<i>-9,46</i>	<i>44,10</i>
	<i>Кардіохірургічні</i>	<i>100,92</i>	<i>79,40</i>	<i>-21,32</i>	<i>23,38</i>

Продовження табл. 2.3

1	2	3	4	5	6
10	Торакальна хірургія	120,26	171,55	+42,65	50,52
11	Ортопедія	252,05	288,42	+14,43	84,93
12	Хірургічна стоматологія	170,98	167,55	-2,01	49,34
13	Урологія	178,03	235,47	+32,26	69,34
14	Хірургія № 2	178,65	270,70	+51,53	79,71
15	Нейрохірургія	164,70	206,40	+25,32	60,78
16	Офтальмологія	132,73	202,83	+52,81	59,73
17	Отоларингологія	179,67	261,17	+45,36	76,90
Всього хірургічного профілю		177,40	220,15	+24,10	64,83
Всього по стаціонару		178,66	221,62	+24,05	65,26

Примітка. Наведено за матеріалами КНП «ТОКЛ» ТОР

В таблиці 2.4 наведені дані розрахунків кількості ліжок, на яких безпосередньо надавалася стаціонарна допомога. При розрахунку даних показників береться до уваги за останні 3 роки динаміка показників роботи стаціонарних ліжок.

Таблиця 2.4

**Кількість ліжок КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» ТОР,
на яких безпосередньо надавалася стаціонарна допомога**

№ п/п	Профіль ліжок	2020 рік			2021 рік			2022 рік			Зарєст	Середня фактична кількість ліжок, що працювали у період 2020-2022 рр.
		К-сть відпр альов	Факт	К-сть відпр альов	Факт	К-сть відпр альов	Факт					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
1	Кардіологічні	24055	75	24390	72	13597	70	70	72			
2	Ревматологічні	14032	45	12038	35	5219	18	30	33			
3	Пульмонологічні	8031	25	8028	24	6441	52	20	34			
4	Ендокринологічні	15588	50	12656	37	5019	18	30	35			
4	Гастроентерологічні	9108	40	8534	27	3111	13	20	27			
5	Гематологічні	11604	30	10188	30	6527	30	30	30			
6	Нефрологічні	9245	30	9108	27	4912	25	25	27			
7	Гнійної хірургії	3435	10	2316	7	2574	5	5	7			
8	Проктологічні	5721	15	5094	15	4033	15	15	15			
9	Хірургічні	1960	15	6792	20	3263	20	20	18			
10	Судинної хірургії	7788	30	8028	24	2995	20	20	25			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
11	Кардіохірургічні	2209	10	5555	16	1588	20	20	15			
12	Торакальної хірургії	5930	25	7410	22	3431	20	20	22			
13	Ортопедичні	17240	55	17598	52	14421	50	50	52			
14	Хірург.стоматології	7638	30	8028	24	3351	20	20	25			
15	Урологічні	11529	40	11424	34	7064	30	30	35			
16	Хірургії № 2	6308	20	6792	20	5414	20	20	20			
17	Нейрохірургічні	9525	30	10188	30	6192	30	30	30			

<i>Продовження табл. 2.4</i>									
18	Офтальмологічні	10437	50	11446	37	6085	30	30	39
19	Отоларингологічні	13455	40	11424	34	7835	30	30	35

Примітка. Наведено за матеріалами КНП «ТОКЛ» ТОР

У 2022 році загалом працювало 535 ліжок при кількості по лікарні 535 ліжок. В 2022 році впродовж 9,43 л/днів в середньому по закладу перебував хворий на одному стаціонарному ліжку. У порівнянні з 2021 роком (9,89 л/днів) це на 4,54 % менше. Щодо хірургічного профілю середнє перебування хворого на стаціонарному ліжку становило в 2022 році 8,79 л/днів, що лише на 0,46% більше в порівнянні з 2021 роком (8,76 л/ днів), по терапевтичному профілю дане значення відповідно становило 10,41 л/днів, що на 11,46% більше в порівнянні з 2021 роком (9,34 л/днів).

В таблиці 2.5 представлена динаміка середнього перебування хворого на стаціонарному ліжку в розрізі стаціонарних відділень.

Таблиця 2.5

**Середнє перебування хворого на стаціонарному ліжку
КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» ТОР**

№ п/п	Назва відділення <i>профілю ліжка</i>	Середнє перебування хворого		
		2021	2022	Приріст в % (+/-)
1	2	3	4	5
1	Кардіологія	8,62	10,56	+22,51
2	Ревматологія	9,86	10,59	+7,40
3	Пульмонологія	9,52	12,75	+33,93
4	Ендокринологія	9,18	9,04	-1,53
5	Гастроентерологія	8,98	9,00	+0,22
6	Гематологія	9,69	10,00	+3,20
7	Нефрологія	11,03	10,56	-4,26
Всього терапевтичного профілю		9,34	10,41	+11,46
8	Хірургія № 1	9,37	9,51	+1,49
	<i>Гнійної хірургії</i>	24,45	20,67	-15,46
	<i>Проктологічні</i>	7,67	9,06	+18,12
	<i>Хірургічні</i>	8,20	6,97	-15,00
9	Судинна хірургія	11,90	11,72	-1,51
	<i>Судинної хірургії</i>	10,64	10,89	+2,35
	<i>Кардіохірургічні</i>	16,51	13,69	-17,08
10	Торакальна хірургія	12,15	15,28	+25,76

Примітка. Наведено за матеріалами КНП «ТОКЛ» ТОР

Середній термін перебування хворого на ліжку серед відділень хірургічного профілю скоротився по судинній хірургії (кардіохірургічний профіль), хірургії (гнійна хірургія та хірургічний профіль), офтальмології, ортопедії та хірургічній стоматології.

По всіх відділеннях терапевтичного профілю, за виключенням ендокринології, скоротився середній термін перебування хворого на ліжку.

Впродовж 2022 року 12320 пацієнтам надана стаціонарна медична допомога, що в порівнянні з 2021 роком (11097 пацієнтам) на 11,02% більше. Померло в 2022 – 219 пацієнтів, що в порівнянні з 2021 роком (210 пацієнтів померло) на 4,29% більше. У 2021 році показник лікарняної летальності становив 1,86%, а в 2022 році – 1,78%.

В таблиці 2.6 представлені показники летальності щодо стаціонарних відділень. Летальність серед відділень зросла по хірургії (хірургічний профіль), кардіології, нейрохірургії, пульмонології, урології, гематології.

Таблиця 2.6

**Показники летальності в розрізі стаціонарних відділень
КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» ТОР**

№ п/п	Назва відділення	Летальність по відділу		Летальність з урахуванням переведених у ВАІТ/ПІТ		Летальність по нозологічному профілю	
		2021	2022	2021	2022	2021	2022
	<i>профілю ліжка</i>						
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Кардіологія	0,16	0,26	0,96	0,46	1,04	0,72
2	Ревматологія	0,18		0,00	0,61	0,18	0,61
3	Пульмонологія	0,26	6,14	1,02	13,33	1,27	17,72
4	Ендокринологія						
5	Гастроентерологія	0,44		1,08		1,72	
6	Гематологія	1,33	1,38	1,16	0,92	2,46	2,28
7	Нефрологія					3,62	
Всього терапевтичного профілю		0,32	0,70	0,96	1,30	1,26	1,95
8	Хірургія № 1		0,39	2,39	1,53		
	<i>Гнійної хірургії</i>			2,53	0,82	2,53	0,82
	<i>Проктологічні</i>			0,26	0,22	0,26	0,22
	<i>Хірургічні</i>		0,36	4,14	2,95		
9	Судинна хірургія	1,50	0,24	2,95	2,85	4,76	3,08
	<i>Судинної хірургії</i>	1,63		1,37	1,80	2,96	1,80

<i>Кардіохірургічні</i>		<i>1,00</i>	<i>0,73</i>	<i>8,33</i>	<i>4,90</i>	<i>10,81</i>	<i>5,56</i>
10	Торакальна хірургія	0,93	0,89	1,38	0,45	1,83	1,33
11	Ортопедія	0,07		0,46	0,24	0,20	0,24
12	Хірург. стоматологія			0,00	0,23	0,00	1,00
13	Урологія		0,30	0,63	0,45	0,63	0,75
14	Хірургія № 2			0,66	0,61	0,22	0,61
15	Нейрохірургія	0,26	0,43	1,27	0,85	2,27	1,27
16	Офтальмологія						
17	Отоларингологія			0,34		0,17	
Всього хірургічного профілю		0,18	0,14	0,88	0,58	0,91	0,72
18	ВАІТ	9,70	12,82	5,63	8,17	4,42	3,52
19	ПШТ	11,25	6,90	6,72	4,98	6,56	5,62
Всього по стаціонару		1,86	1,78	1,86	1,78	1,86	1,78

Примітка. Наведено за матеріалами КНП «ТОКЛ» ТОР

Впродовж 2022 року прооперовано 6510 пацієнтів у стаціонарних відділеннях КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» ТОР. У порівнянні з 2021 роком (5666 пацієнтів) це на 8,01% більше. Також у 2022 році серед відділень хірургічного профілю збільшився показник хірургічної активності – на 6,04% (2021 рік – 75,84%, 2022 рік – 80,42%). Відповідно було проведено і більше число операцій: у 2021 році – 6646 операцій, а в 2022 році – 8472 операцій, що на 27,48% більше порівняно з попереднім роком.

В таблиці 2.7 представлена хірургічна робота стаціонарних відділень хірургічного профілю.

Таблиця 2.7

Хірургічна робота стаціонарних відділень хірургічного профілю КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» ТОР

№ п/п	Назва відділення	Хірургічна активність			Кількість операцій		
		2021	2022	Приріст в % (+/-)	2021	2022	Приріст в % (+/-)
1	Хірургія № 1	75,45	80,02	+6,06	723	830	+14,80
2	Судинна хірургія	81,37	86,04	+5,74	506	334	-33,99
3	Торакальна хірургія	65,28	66,53	+1,91	181	155	-14,36
4	Ортопедія	82,25	91,06	+10,71	1450	1520	+4,13
5	Хірург. стоматологія	91,63	88,94	-2,94	433	385	-11,09
6	Урологія	57,23	69,51	+21,46	384	476	+23,96
7	Хірургія № 2	90,99	91,88	+0,98	435	609	+40,00
8	Нейрохірургія	51,67	62,70	+21,35	206	306	+48,54
9	Офтальмологія	84,37	87,78	+4,04	1200	1334	+11,17

10	Отоларингологія	78,19	79,69	+1,92	509	561	+10,22
Всього хірургічного профілю		75,84	80,42	+6,04	6027	6510	+8,01

Примітка. Наведено за матеріалами КНП «ТОКЛ» ТОР

Серед відділень хірургічного профілю відмічено збільшення у 2022 році хірургічної активності – відношення кількості оперованих до загальної кількості вибулих хворих, окрім відділення хірургічної стоматології. У відділеннях торакальної хірургії, судинної хірургії, та хірургічної стоматології абсолютна кількість проведених оперативних втручань зменшилася.

У відділеннях хірургічного профілю на стаціонарному лікуванні один прооперований хворий в 2022 році перебував в середньому 10,24 дні, в той час як у 2021 році термін перебування становив 10,61 дні. Це на 3,49 % більше, ніж в 2022 році. На 42,46% зменшився середній доопераційний період: у 2021 році він становив 2,52 дні, а в 2022 році – 1,45 дні. Проте збільшився на 18,42% середній післяопераційний період: в 2021 році – 6,73 дні, в 2022 році – 7,97 дні.

В таблиці 2.8 наведена динаміка середніх термінів хірургічної роботи серед стаціонарних відділень хірургічного профілю.

Таблиця 2.8

Структура середніх термінів хірургічної роботи стаціонарних відділень хірургічного профілю КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня»

ТОР

№ п/п	Назва відділення	Середня тривалість лікування оперованих			Середній доопераційний період			Середній післяопераційний період		
		2021	2022	Приріст в % (+/-)	2021	2022	Приріст в % (+/-)	2021	2022	Приріст в % (+/-)
1	Хірургія № 1	11,84	9,68	-18,24	2,26	1,49	-34,07	8,13	8,40	+3,32
2	Судинна хірургія	15,77	12,78	-18,96	3,99	2,84	-28,82	8,52	8,00	-6,10
3	Торакальна хірургія	16,63	15,57	-6,37	2,97	2,34	-21,21	10,95	13,14	+20,00
4	Ортопедія	10,21	8,31	-18,61	3,22	2,67	-17,08	4,76	5,55	+16,60
5	Хірург. стоматологія	11,01	7,87	-28,52	1,93	1,31	-32,12	8,19	7,00	-14,53
6	Урологія	12,54	10,52	-16,11	3,87	3,17	-18,09	7,71	8,57	+11,15
7	Хірургія № 2	9,37	8,41	-10,24	1,85	0,69	-62,70	6,73	7,36	+9,36

8	Нейрохірургія	16,36	13,99	-14,49	3,29	2,98	-9,42	11,81	11,27	-4,57
9	Офтальмологія	5,01	4,01	-19,96	1,51	0,92	-39,07	2,69	2,82	+4,83
10	Отоларингологія	11,62	11,29	-2,84	1,42	0,87	-38,73	9,53	10,35	+8,60
Всього хірургічного профілю		10,61	10,24	-3,49	2,52	1,45	-42,46	6,73	7,97	+18,42

Примітка. Наведено за матеріалами КНП «ТОКЛ» ТОР

По відділеннях у 2022 році терміни доопераційного періоду зменшилися. Навпаки, відмічено зростання терміну післяопераційний період у всіх відділеннях, за виключенням судинної хірургії, нейрохірургії та хірургічної стоматології.

За 2021 рік померло 85 (1,78%) пацієнта від загальної кількості прооперованих хворих. Це суттєво більше (на 33,83%), ніж у 2022 році – 77 (1,33%). Збільшення післяопераційної летальності зафіксовано у відділенні хірургії (хірургічний профіль).

В таблиці 2.9 представлена в розрізі відділень структура післяопераційної летальності.

Таблиця 2.9

**Структура післяопераційної летальності в розрізі відділень
КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» ТОР**

№ п/п	Назва відділення	Летальність оперованих по відділу			Летальність оперованих з урахуванням переведених у ВАІТ/ПІТ			Летальність оперованих по нозологічному профілю		
		2021	2022	Приріс т в % (+/-)	2021	2022	Приріс т в % (+/-)	2021	2022	Приріс т в % (+/-)
	<i>профілю ліжка</i>	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	Хірургія № 1		0,39		2,87	2,01	-29,96	2,59	2,24	-13,51
	<i>Гнійної хірургії</i>				1,99	1,06	-46,73	1,99	1,06	-46,73
	<i>Проктологічні</i>				0,47	0,72	+53,19	0,47	0,72	+53,2
	<i>Хірургічні</i>		0,86		4,85	2,94	-39,38	4,27	3,35	-21,54
2	Судинна хірургія	1,81	0,24	-86,74	3,80	3,47	-8,68	6,63	3,47	-47,66
	<i>Судинної хірургії</i>	2,17			1,82	2,31	+26,92	3,91	2,31	-40,92
	<i>Кардіохірургічні</i>	0,90	0,73	-18,88	8,33	5,38	-35,41	12,70	5,38	-57,64
3	Торакальна хірургія	1,40	0,89	-36,43	0,70	0,64	-8,57	1,40	1,90	+35,71
4	Ортопедія				0,48	0,26	-45,83	0,16	0,26	+62,5
5	Хірург. стоматологія					0,26			0,26	
6	Урологія		0,30		0,82	0,42	-48,78	0,82	0,42	-48,78

7	Хірургія № 2				0,72	0,49	-31,94	0,72	0,49	-31,94
8	Нейрохірургія		0,43		1,47	1,61	+9,52	2,90	1,92	-33,79
9	Офтальмологія	0,10								
10	Отоларингологія				0,22					
<i>Всього хірургічного профілю</i>		<i>0,19</i>	<i>0,14</i>	<i>-26,32</i>	<i>0,98</i>	<i>0,69</i>	<i>-29,59</i>	<i>1,15</i>	<i>0,76</i>	<i>-33,91</i>
<i>Всього терапевтичного профілю</i>										
11	ВАІТ	45,4 5	12,8 2		20,5 9	8,17		15,6 3	3,52	
РАЗОМ		1,33	1,78	+33,83	1,33	1,78	+33,83	1,33	1,78	+33,83

Примітка. Наведено за матеріалами КНП «ТОКЛ» ТОР

У 2022 році з урахуванням переведених у ВАІТ померло 85 пацієнтів, а в 2021 році – 77 пацієнтів.

Функція лікарської посади у 2021 році на 100% не виконана у всіх відділеннях.

Загалом в 2022 році у рентгенологічному відділенні на базі КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» ТОР проведено 10928 досліджень. Це на 15,4 % менше в порівнянні з 2021 роком, де було проведено 12907 досліджень. Серед них рентгенологічні дослідження органів грудної клітки в 2022 році становили 4761 дослідження, а в 2021 році – 5734 досліджень. Тому відмічено зменшення кількості даних досліджень на 17%. Подібна тенденція спостерігалася щодо рентгенологічних досліджень на органах травлення: в 2022 році проведено 1421 дослідження, а в 2021 році – 1672 досліджень (на 15,01% менше). Відмічено різке зростання на 124,84% рентгенологічних досліджень кістково-суглобної системи: в 2021 році проведено 2540 досліджень, а в 2022 році – 3285 досліджень. Також проведено 1461 інші рентгенологічні дослідження.

6142 обстеження проведено в 2022 році в ендоскопічному відділенні. Для порівняння в 2021 році аналогічних досліджень було проведено на 8,22% більше: 7473 обстеження. Серед них в 2022 році проведено 4020 обстежень зофагогастродуоденоскопій, а в 2021 році – 5157 обстежень, що на 22,05% більше, ніж в 2022 році. Протилежна тенденція відмічена щодо проведення колоноскопій. В 2022 році проведено на 23,25% більше даних обстежень

(1214), ніж в 2021 році (985 обстежень). В 2022 році проведено лише 874 обстеження бронхоскопій, що менше на 34,33%, ніж в 2021 році (1331 обстеження). Також проведено 34 обстеження дуоденоскопій.

З таблиці 2.10 видно, що зменшилась кількість езофагогастродуоденоскопій та бронхоскопій, порівнюючи з попереднім роком. Але кількість колоноскопій зростає (табл. 2.10).

Таблиця 2.10

**Показники роботи ендоскопічного відділення
КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» ТОР**

	2021	2022
Езофагогастродуоденоскопії	69,01	65,45
Колоноскопії	13,18	19,76
Бронхоскопії	17,81	14,23

Примітка. Наведено за матеріалами КНП «ТОКЛ» ТОР

За 2022 рік у відділенні ультразвукової діагностики проведено 19160 досліджень. У 2021 році було проведено на 22,61% більше даних досліджень (24758). Суттєво зменшилася (на 55,92%) кількість досліджень щитоподібної залози: в 2022 році проведено лише 559 досліджень, а в 2021 році таких досліджень було 1268. Подібна тенденція (зменшення на 46,10%) спостерігалася щодо досліджень молочної залози: 62 дослідження в 2022 році та 115 досліджень в 2021 році (табл. 2.11). Було проведено 2544 досліджень ехокардіографії. В 2022 році проведено на 14,33% менше досліджень органів черевної порожнини (4878) в порівнянні з 2021 роком (5694 дослідження). Щодо досліджень нирок було проведено практично однакова їх кількість: в 2022 році – 4762, в 2021 році – 4846 досліджень. Також було проведено 1143 дослідження сечового міхура, 845 досліджень передміхурової залози, 874 дослідження жіночих статевих органів (що на 9,80% менше в порівнянні з 2022 році – 969 досліджень). В 2022 році проведено 116 досліджень кістково-суглобною системою, що на 24,18% менше, ніж в 2021 році (153 дослідження). В 2022 році проведено 2408 доплерівське дослідження периферичних судин, що

на 8,04% більше в порівнянні з 2021 роком (2229 досліджень). Зроблено 100 досліджень пункційної біопсії та дренування за ультразвуковим променем, 35 інтраопераційні ультразвукові дослідження, 834 інших досліджень.

Таблиця 2.11

Структура УЗД-досліджень

КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» ТОР

Дослідження	2021	2022
Органів черевної порожнини	5694	4878
Жіночих статевих органів	969	874
Молочної залози	115	62
Щитоподібної залози	1268	559
Кістково-суглобної системи	153	116
Доплерівське дослідження периферичних судин	2229	2408
Дослідження нирок	4846	4762

Примітка. Наведено за матеріалами КНП «ТОКЛ» ТОР

Лабораторією КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» ТОР проведено 1395454 аналізів у 2022 році, що на 7,95% більше, ніж у 2021 році (1292768 аналізів). Кількість проведених аналізів за 2021 та 2022 роки наведена в таблиці 2.12.

Таблиця 2.12

Структура проведених аналізів КНП «ТОКЛ» ТОР

	2021	2022
Загально-клінічні	29,84	27,47
Гематологічні	23,15	19,21
Цитологічні	0,13	0,17
Біохімічні	40,10	42,08
Мікробіологічні	4,41	1,32
Імунологічних	2,37	9,75

Примітка. Наведено за матеріалами КНП «ТОКЛ» ТОР

Відмічено зменшення кількості проведених загально-клінічних, гематологічних та мікробіологічних аналізів, але в 4,11 раза зросла кількість імунологічних. Серед них на гепатити В проведено 1586 досліджень і на

гепатити С 1808 досліджень.

23386 осіб обстежено за 2022 рік у відділенні функціональної діагностики, що лише на 2,28% менше в порівнянні з 2021 роком (23932 осіб). Серед них 6162 осіб обстежено в поліклініці в 2022 році, що дещо менше (11,87%), ніж в 2021 році (6992 осіб). 22210 осіб обстежено в 2022 році в стаціонарі, що на третину більше (31,11%), ніж в 2021 році (16940 осіб).

Впродовж 2022 року у відділенні функціональної діагностики проведено 28372 досліджень, а в 2021 році було зроблено 29590 аналогічних досліджень (на 4,12% більше). 6162 дослідження проведено в поліклініці в 2022 році, що на 25,63% менше, ніж в попередньому році (8286 досліджень).

Серед них 20144 ЕКГ-досліджень, 1128 досліджень спірографій, 362 дослідження реовазографій, 88 велоергометрій, 6650 інших досліджень.

1688 пацієнтів пролікувалися в 2022 році у фізіотерапевтичному відділенні, що не значно перевищувало кількість (на 6,30% більше) пацієнтів у порівнянні з 2021 роком (1588 осіб). Загальна кількість фізіотерапевтичних процедур в 2022 році становила – 25771, що було майже на рівні 2021 року (25664 процедур) (табл. 2.13).

Таблиця 2.13

**Результати роботи фізіотерапевтичного відділення
КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» ТОР**

Відділення	Число відпущених процедур					
	На одну особу, яка закінчила лікування		Приріст (+/-) %	На одного вибулого із стаціонару		Приріст (+/-) %
	2021	2022		2021	2022	
Кардіологія	10,10	10,41	+3,07	2,93	0,89	-69,62
Ревматологія	21,80	20,93	-3,99	7,47	10,42	+39,49
Пульмонологія	30,15	27,06	-10,25	2,08	3,23	+55,29
Ендокринологія	31,17	26,31	-15,59	10,97	11,02	+0,45
Гастроентерологія	20,34	20,03	-1,52	4,56	9,00	+97,37
Гематологія	8,80	28,00	+218,18	0,07	0,17	+142,86
Нефрологія	12,81	14,88	+16,16	1,18	0,79	-31,30
Хірургія № 1	10,14	10,00	-1,38	0,54	0,97	+79,63
Судинна хірургія	15,00	13,00	-13,33	0,19	1,27	+568,42
Торакальна хірургія	-	9,60		-	0,21	
Ортопедія	16,70	10,91	-34,67	0,19	0,07	-63,16
Стоматологія	7,07	10,27	+45,26	0,62	1,21	+95,16

Урологія	17,95	13,17	-26,63	0,56	0,57	+1,78
Хірургія № 2	6,75	8,00	+18,52	4,57	2,78	-39,17
Офтальмологія	8,23	6,40	-22,23	0,09	0,21	+133,33
Отоларингологія	15,33	7,00	-54,34	2,92	2,49	-14,73
Нейрохірургія	21,50	20,00	-6,98	2,76	3,45	+25,00
Всього по лікарні	16,16	15,27	-5,51	2,27	2,05	-9,69

Примітка. Наведено за матеріалами КНП «ТОКЛ» ТОР

За 2022 рік у відділенні гіпербаричної оксигенації проведено 272 сеансів. Це на 26,84% менше, ніж в попередньому році (369 сеансів). Одна діюча барокамера провела 135 сеансів у 2022 році, що значно менше (на 26,83%) у порівнянні з 2021 роком (185,5 сеансів).

18478 процедур у 2022 році було проведено у відділенні гемодіалізу. Це майже на рівні попереднього року (18919 гемодіалізів). Аналогічна тенденція відмічена щодо кількості гемодіалізів, які провів один апарат та кількості гемодіалізів на одного хворого. У 2022 році було проведено 803,39 гемодіалізів (на один апарат), а у 2021 році – 822,57 (на 2,33% більше). На одного хворого в 2022 році припало 106,81 гемодіалізів а в 2021 році – 109,36 (на 2,33% більше).

Результати роботи відділення ЛФК представлені в таблиці 2.14. Наведені дані показують, що в 2022 році 1341 пацієнт пролікувалися у відділенні ЛФК, що на третину менше (39,35%), ніж у 2021 році (2211 осіб). 18774 процедур провели в 2022, а в 2021 році таких процедур було проведено 22597, що на 16,92% більше, ніж в попередньому році (табл. 2.14).

Таблиця 2.14

Результати роботи відділення ЛФК КНП «ТОКЛ» ТОР

Відділення	Число відпущених процедур					
	На одну особу, яка закінчила лікування		Приріст (+/-) %	На одного вибулого із стаціонару		Приріст (+/-) %
	2021	2022		2021	2022	
Кардіологія	11,59	17,01	+46,76	7,63	7,37	-3,41
Ревматологія	11,88	12,69	+6,82	9,12	8,71	-4,49
Пульмонологія	17,73	11,94	-32,66	0,50	0,74	+48,00
Ендокринологія	9,79	13,13	+34,12	4,94	1,89	-61,74
Гастроентерологія	8,79	7,91	-10,01	0,36	0,52	+44,44
Гематологія	8,33	11,00	+32,05	0,12	0,02	-83,33

Нефрологія	11,08	9,43	-14,89	0,77	0,28	-63,64
Хірургія № 1	11,92	8,37	-29,78	0,16	0,22	+37,50
Судинна хірургія	20,75	5,83	-71,90	0,18	0,34	+88,88
Торакальна хірургія	6,00	9,00	+50,00	0,17	0,08	-52,94
Ортопедія	-	-		-	-	
Стоматологія	5,94	3,92	-34,01	2,46	0,23	-90,65
Урологія	-	-		-	-	
Хірургія № 2	5,53	-		1,98	-	
Офтальмологія	-	-		-	-	
Отоларингологія	5,37	7,03	+30,91	0,94	0,74	-21,28
Нейрохірургія	15,28	11,94	-21,86	2,24	0,94	-58,03
Всього по лікарні	10,22	14,00	+36,99	1,99	1,50	-24,62

Примітка. Наведено за матеріалами КНП «ТОКЛ» ТОР

Отже, проведений аналіз діяльності досліджуваного закладу охорони здоров'я показав, що в умовах воєнного часу він надає широкий спектр медичних послуг як цивільному населенню, так і військовим, розширює перелік медичних послуг та підвищує їх якість.

2.2. Аналіз системи внутріорганізаційного контролю якості медичних послуг в досліджуваному закладі охорони здоров'я

На рівні закладу охорони здоров'я якість медичної допомоги забезпечують чотири групи факторів:

1) ресурси (медичні кадри, обсяг фінансування, ефективність використання ресурсів, обладнання);

2) державне нормативно-правове забезпечення (законодавчі акти щодо акредитації, ліцензування, стандартизації; зовнішній аудит; шляхи фінансування (в межах єдиного бюджету або фінансування за статтями); уніфіковані клінічні протоколи; державне регулювання в галузі охорони здоров'я діяльності суб'єктів господарювання недержавних форм власності; медичне страхування);

3) управління/організація, яка здійснюється на рівні закладу охорони здоров'я (технології лікування, стандартизація етапів надання медичної допомоги, локальні протоколи, система мотивації, навчання персоналу, механізм внутрішнього аудиту, деонтологічні фактори);

4) ставлення споживачів (пацієнтів) медичних послуг до збереження власного здоров'я (фактори здорового способу життя, відповідальне ставлення до здоров'я, виконання призначень лікаря, рівень інформаційної обізнаності, ставлення до профілактичних рекомендацій лікаря, щодо формуванням здоров'язберігаючих мотивацій).

В закладі охорони здоров'я чітко сформульовані фактори забезпечення якості медичної допомоги визначають шляхи можливих напрямків підвищення якості медичного обслуговування. На даний час, в умовах військового часу, не можливе суттєве збільшення ресурсів щодо підвищення якості медичного обслуговування. Тому постає питання ефективного використання наявних ресурсів. На процеси забезпечення якості у сфері охорони здоров'я впливають фактори групи «державне нормативно-правове забезпечення», які динамічно розвиваються. Так, розроблена Галузева програма стандартизації медичної допомоги, впроваджений порядок контролю якості – вертикально організована функціональна структурна система, яка включає всі рівні управління (від найвищого, МОЗ до найнижчого, окремих лікувальних закладів), запроваджена Формулярна система щодо забезпечення лікарськими засобами. На рівні закладу охорони здоров'я дані напрями є базовими регуляторами, що створюють механізми управління якістю медичної допомоги.

Чинники групи «ставлення пацієнтів до збереження власного здоров'я», мають на меті сформулювати відповідальне ставлення людини до власного здоров'я, передбачають у поведінці населення зміни соціально-ціннісних установок та для досягнення сталих змін поведінки здійснення ефективних комунікацій.

Фактори групи «управління/організація на рівні закладу охорони здоров'я» сприяють на рівні закладу охорони здоров'я підвищенню ефективності управління якістю медичної допомоги.

Рівень закладу охорони здоров'я є перспективним напрямом для здійснення швидких змін щодо поліпшення якості медичної допомоги. Власне

на сьогодні, медична установа володіє значним потенціалом гнучкого та динамічного реагування щодо очікування і потреб пацієнтів для підвищення якості медичного обслуговування.

В КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» внутріорганізаційний контроль якості медичної допомоги забезпечується виконанням наступних організаційних заходів: «проведення медичних рад, оперативних нарад, клінічних і клініко-адміністративних обходів, лікарських конференцій, контроль за виконанням санітарно-епідемічного режиму заняття з молодшим медичним персоналом; рад медичних сестер; атестація лікарів; підвищення кваліфікації лікарів; атестація середнього медичного персоналу; підвищення кваліфікації середнього медичного персоналу; щорічний аналіз динаміки статистичних показників; виконання планів робіт структурних підрозділів; запровадження новітніх технологій; щоденна ретельна експертна оцінка історій хвороб та карт виписаних із стаціонару; цільові перевірки якості надання медичної допомоги; одноденні зрізи; оцінка якості за моделями кінцевих результатів».

В КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» експертиза якості надання медичної допомоги пацієнтам, відповідно проведеному дослідженню, має п'ятирівневий контроль якості, який представлено в таблиці 2.15.

У всіх випадках летальних наслідків, післяопераційних ускладнень, у т.ч. післяопераційних втручань, повторної госпіталізації, розходження діагнозу клінічного та патологоанатомічного, у випадках лікарняного ускладнення та інфікування, повторної госпіталізації впродовж року з приводу одного захворювання, для осіб працездатного віку первинного виходу на інвалідність та у випадках скарг пацієнтів або їх родичів проводиться цільова експертиза. В досліджуваному закладі охорони здоров'я проведення оцінки якості медичної допомоги мало за мету не тільки виявити та зафіксувати помилки, але і запропонувати ефективні заходи підвищення якості медичної допомоги. В КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» окрім вище наведених видів експертної оцінки, систематично заступником головного

лікаря з лікувальної роботи та головною медичною сестрою здійснюються огляди хворих. Обов'язково фіксуються всі виявлені недоліки, проводиться аналіз усіх аспектів лікувального процесу та в спеціальних «Журналах обходів» надаються рекомендацій щодо виправлення.

Таблиця 2.15

Структура п'ятирівневого контролю якості КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня»

№ рівня	Відповідальні, за виконання контролю якості
I	завідувачі структурними підрозділами
II	заступників головних лікарів
III	клініко-експертних комісій закладів охорони здоров'я
IV	експертної комісії обласного (міського) управління охорони здоров'я
V	експертної комісії МОЗ України

Примітка. Наведено за матеріалами КНП «ТОКЛ»

Отже, існує два види контролю якості надання медичної допомоги:

- метод безпосереднього контролю у медичному закладі за роботою лікарів;
- метод експертної оцінки якості лікувального процесу, який здійснюється за даними статистичної облікової інформації.

Для стаціонару основними документами для проведення експертної оцінки є: карта стаціонарного хворого, журнал запису оперативних втручань та карта вибулого із стаціонару. Для поліклініки: карта диспансерного спостереження та амбулаторна карта, журнал реєстрації листків непрацездатності.

Завідувачі структурних підрозділів та лікарі КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» для оцінки якості надання медичної допомоги використовують протоколи лікування, схеми експертної оцінки (якості лікування (комплексне, повне, неповне), раціонального використання ліжкового фонду, діагностики, яка враховує наступні показники – діагноз, обґрунтування госпіталізації (за швидкою допомогою або планова), кількість обстеження в амбулаторних умовах планових хворих та дублювання

лабораторних досліджень, тривалість встановлення діагнозу та його обґрунтування), недоліки в записах історій хвороб, результати лікування у стаціонарі (одужання, поліпшення, без змін) тощо Також оцінюється використання допоміжних методів лікування: фізіотерапія та лікувальна фізична культура.

Значна увага в КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» приділяється терміну перебування пацієнта в стаціонарі, необхідність подальшого лікування його в амбулаторних умовах, числу хворих, які скеровані до медико-соціальної експертної комісії. Вивчення документації в КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня», яка «стосується заходів із забезпечення технологічної компоненти якості медичної допомоги та процесу її надання показав, що у вище згаданому медичному закладі використовуються уніфіковані протоколи лікування та локальні, формуляри лікарських засобів, медичні стандарти, посібники з питань контролю за інфекцією, форми медичної реєстрації, прийняті до виконання».

В досліджуваному медичному закладі прийнята офіційна процедура реєстрації скарг пацієнтів, щодо якості обслуговування постійно проводяться опитування хворих. Для оцінки якості в медичному закладі використовуються показники тестування передопераційної експертизи. В лікарнях передопераційна підготовка включає клінічні, інструментальні (загальний аналіз крові, електрокардіографія, флюорографія, загальний аналіз сечі та ін.), функціональні методи дослідження. Під час проведення моніторингу встановлено, що КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» функціонує в межах норм із контролю та експертизи якості медичної допомоги (табл. 2.16).

Під час проведення в КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» моніторингу якості надання стаціонарної допомоги оцінюються ряд показників: виконання стандарту обсягу медичної допомоги та її якості; повнота обстежень (інструментальних та лабораторних); потреба госпіталізації; своєчасність і комплексність лікування; тривалість лікування в стаціонарі (у т.ч. до та після операції); супутні захворювання; ускладнення;

якість ведення документації.

Таблиця 2.16

**Основні заходи із забезпечення якості медичної допомоги
в КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня»**

Назва заходів із гарантії якості	Оцінка по 100 бальній шкалі
1	2
Наявність офіційних документів (наказів, інструкцій, положень, локальних протоколів) галузевого, обласного, установчого рівнів щодо гарантії якості	100
Наявність уніфікованих протоколів та схем експертних оцінок	40
Застосування експертних оцінок якості лікувально-діагностичного процесу: - чотирирівневого - трирівневого - цільового контролю	18 85 100
Проведення медико-соціологічного дослідження пацієнтів протягом останнього року з метою виявлення їх думки про якість медичного обслуговування	48
Використання результатів опитування для підвищення якості медичної допомоги	36
Виконання уніфікованих локальних медичних протоколів у лікарні	46
Наявність офіційної процедури реєстрації скарг пацієнтів	100
Детальне вивчення та аналіз розходжень патологоанатомічного і клінічного діагнозів, аналіз показників летальності	100
Використання АСУ в медичних закладах	3,5
Комп'ютеризація реєстрації пацієнтів в амбулаторно-поліклінічних відділеннях	2,5

Примітка. Розраховано автором на основі проведеного дослідження

В КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» проводиться обов'язковий аналіз розходження клінічного та патологоанатомічного діагнозів. Також один раз на місяць проходять науково-практичні конференції з питань розходжень цих діагнозів. Перелік категорії усіх випадків розходжень діагнозів подано в таблиці 2.17.

У досліджуваному медичному закладі на нарадах предметом спеціального обговорення є кожний випадок розходження в оцінці якості на різних етапах експертизи. Висновки по кожному окремому випадку служать основою підвищення рівня знань для медичних працівників і формують єдині підходи до лікувально-діагностичного процесу.

Середня тривалість перебування хворого в стаціонарі є серед основних показників використання ресурсів в КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня». У 2022 році даний показник становив 14,2, дні. в є одним із критеріїв якості надання медичної допомоги для лікарні служить ефективно та раціональне використання ліжкового фонду.

Таблиця 2.17

Категорії випадків розходжень діагнозів

№ категорії	Характеристика категорії
I	летальний результат не залежав від медичного персоналу у зв'язку з пізнім зверненням і значним прогресуванням хвороби
II	у розходженні діагнозів винні медичні працівники, але це не вплинуло на результат
III	у розходженні діагнозів винні медичні працівники, і це вплинуло на результат

Примітка. Наведено за матеріалами КНП «ТОКЛ»

В КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» головними критеріями оцінки якості надання медичної допомоги є: «організація прийому хворих, що доставляються машиною екстреної допомоги; організація прийому планових хворих; повнота і своєчасність поліклінічних обстежень; своєчасність та якість діагностики та комплексність лікування з дня поступлення; якість та своєчасність консультацій; спостереження за хворим, уточнення діагнозу та корекція лікування; середнє перебування хворого на ліжку; результати лікування (поліпшення, одужання, без змін); показники летальності; виконання плану ліжко-днів; в комплексному лікуванні застосування допоміжних і нетрадиційних методів; матеріали анкетного опитування пацієнтів; обґрунтовані скарги хворих».

Охоплення та ефективність диспансеризації хворих із керованою патологією є важливим показником якості надання медичних послуг в КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня». Сюди відносяться пацієнти з цукровим діабетом, стенокардією, артеріальною гіпертензією, інфарктом міокарда, бронхіальною астмою, пневмонією, жовчнокам'яною та виразковою

хворобами тощо).

За даними моніторингу весь сестринський персонал має 100,0% медичну кваліфікацію. Медичні сестри відіграють суттєву роль в якісному наданні медичної допомоги. Тому в КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» велика увага приділяється питанню підвищення кваліфікації сестринського персоналу. На рівні апарату управління лікарні та медичних сестер ведеться дискусія щодо новітніх методів та форм підвищення кваліфікації медперсоналу лікарні, розроблені інструкції для продовження освіти медсестер «План підвищення кваліфікації медсестер». Також систематично оцінюється робота середнього медичного персоналу відділень і служб. Для медсестринського персоналу існує офіційна структура – рада медсестер, в якій представлені всі медсестри (6-12 разів на рік проводяться зібрання). Систематично проводяться конкурси на кращу медсестру. Старшими медичними сестрами складаються звіти щодо роботи середнього медичного персоналу, здійснюється профілактика внутрішньолікарняної інфекції, розробляються заходи щодо підвищення ефективності та якості роботи. У відділеннях, на лікарсько-сестринських конференціях предметом розгляду є кожний випадок післяопераційного ускладнення.

Загалом, в КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» функціонує система контролю якістю медичної допомоги, яка діє згідно наказів та інструкцій, відповідає нормативним документами МОЗ України, що стосуються внутрішнього контролю якості.

Отже, медична експертиза (ревізія) є основним методом контролю якості медичної допомоги в КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня», яка проводиться на відомчому рівні. За допомогою кількісних показників переважно оцінюється якість медичної допомоги. Останні розробляються державною статистичною службою. Також до показників якості надання медичних послуг належать цілий ряд показників діяльності медичних закладів, які відображають обсяги наданої допомоги. Серед них: захворюваність, смертність, інвалідність, річний план зайнятості ліжка, план

виконання ліжко-днів, оберненість ліжка тощо. Варто зазначити, що найбільша увага приділяється контролю за втратою працездатності (тимчасовою і стійкою). Оцінювання якості медичної допомоги на рівні медичного закладу постійно потребує вдосконалення відповідно до сучасних вимог та потреб діяльності медичних установ на основі механізмів акредитації, атестації кадрів, ліцензування, стандартизації медичної допомоги на принципах доказової медицини. Стимулювання підвищення якості роботи медичних працівників має скоріше не економічний, а в більшій мірі моральний статус.

РОЗДІЛ 3

ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ ЗАКЛАДОМ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ВІЙСЬКОВОГО СТАНУ

3.1. Телемедицина як інноваційний інструмент надання медичних послуг в умовах військового стану

На якість та доступність медичної допомоги суттєво вплинуло масове переміщення населення, яке було спричинене повномасштабним вторгненням росії в Україну в лютому 2022 року. Вразливі групи населення ще до повномасштабної війни стикалися з перешкодами в особистому отриманні медичних послуг. Атаки на медичні заклади та масове переміщення населення збільшили потенціал телемедицини для відновлення та підтримання доступу до медичної допомоги.

В Україні виникли «об'єктивні обставини на період дії воєнного стану, які обмежують можливість надання своєчасних та якісних медичних послуг. є Застосування віддаленої телемедичної взаємодії з медичним фахівцем є одним з варіантів підтримки роботи системи охорони здоров'я. В медицині використання телекомунікаційних інструментів, особливо в умовах військового стану, забезпечує безпечний, оперативний та захищений спосіб комунікації між закладами охорони здоров'я, лікарями, медичними працівниками для того, щоб як на найвищому рівні надати медичні послуги пацієнтам при пораненнях, травмах та інших станах».

На час дії воєнного стану застосування телемедицини регулюється нормативно-правовими актами [12].

Попит на послуги телемедицини збільшився у зв'язку з пандемією COVID-19 ще у 2020 році через обмеження доступу до медичної допомоги. Пацієнти і лікарі користуватися такими послугами стали частіше через припинення транспортного сполучення (міжміського та обласного) і необхідність для пересування мати спеціальну перепустку зменшилися. Тому можливості для особистого відвідування закладів первинної та спеціалізованої

медичної допомоги зменшилися. Почали поступово і спорадично по всій країні з'являтися телемедичні послуги. Через месенджери, медичні інформаційні системи або міжнародні телемедичні платформи українським громадянам онлайн лікарі надавали безоплатні медичні консультації. Серед методів телемедицини у 2022 році, які використовувалися в Україні, були медичні послуги пов'язані з використанням діагностичних пристроїв (телеметрія) та телеконсультації (телевідеоконсультації).

Для підтримання доступу до медичної допомоги під час воєнних дій при вторгненні росії в Україну телемедицина стала важливим інструментом, хоча її розвиток перебуває ще на відносно ранніх стадіях. Можливість отримати консультацію лікаря, відповідне лікування має вирішальне значення для пацієнтів навіть якщо фахівець недоступний особисто. Також через військові дії багато лікарів покинули країну або стали внутрішньо переміщеними особами. На прифронтових територіях відбувається зменшення штату медичних працівників, що збільшує навантаження на останніх. Тому для надання медичної допомоги телемедичні послуги стають одним із варіантом.

Телемедичні послуги за даними НСЗУ, надавалися по всій Україні. В районах зони активних бойових дій відсоток телемедичних послуг загалом був вищим. Наприклад, «від загальної кількості послуг телемедичні послуги у Луганській області становили 13 %, 10,2 % –у Харківській області, 9,9 % –у Херсонській області Загалом в Україні Середнє значення консультацій за допомогою засобів зв'язку становить 4,7 % від загальної кількості послуг, а середній відсоток пацієнтів, які отримали такого роду медичні послуги становить 8 %» [8].

Деякі заклади охорони здоров'я після початку широкомасштабної збройної агресії росії, особливо в зоні бойових дій, призупинили тимчасово надання як медичної так і реабілітаційної допомоги. Також довелося частині медичних установ призупинити надання планових операцій та госпіталізацій. До лав Збройних Сил України вступила значна кількість медичних працівників та фахівців з реабілітації; за межі України виїхала частина жінок-медиків, які

рятували своїх дітей від війни.

В результаті бойових дій зазнали травм і поранень як військовослужбовці, так і цивільні особи, у тому числі діти. Надавати медичну допомогу доводиться пацієнтам із складними травмами, пораненнями та опіками. Серед них велика кількість становлять політравмами і мінно-вибухові травми. Тому великою необхідністю є залучення високоспеціалізованих медичних фахівців та фахівців з реабілітації, у тому числі іноземних, які можуть долучитися до надання допомоги (медичної і реабілітаційної), маючи досвід роботи в надзвичайних ситуаціях під час військових дій.

Для забезпечення умов відповідності наявним реаліям та потребам правового регулювання суттєвих доопрацювань за останні роки зазнало законодавче регулювання надання медичної та реабілітаційної допомоги іноземними медичними працівниками та фахівцями з реабілітації. Було внесено зміни у 2022 році до ряду законів України: «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я», «Основи законодавства України про охорону здоров'я», «Про захист персональних даних». В таблиці 3.1. наводимо зміни, які діють у період воєнного стану та протягом шести місяців з дня припинення дії воєнного стану.

Таблиця 3.1.

Перелік змін, які діють у період воєнного стану щодо надання медичної та реабілітаційної допомоги

№ п/п	Зміни, які діють у період воєнного стану щодо надання медичної та реабілітаційної допомоги
1.	Медичними працівниками та фахівцями з реабілітації, що перебувають із закладами охорони здоров'я у трудових відносинах може надаватися медична та реабілітаційна допомога. Також цю допомогу можуть надавати фізичні особи – підприємці, які одержали відповідну ліцензію та зареєстровані в установленому законом порядку. Додано, що дані послуги можуть надавати і медичні працівники, фахівці з реабілітації, які залучені як волонтери до надання медичної та реабілітаційної допомоги у встановленому законом порядку.
2.	Медична та реабілітаційна допомога може надаватися поза місцем провадження господарської діяльності з медичної практики, яке зазначене у заяві про отримання ліцензії та доданих до неї документах, якщо заклад охорони здоров'я, що забезпечує надання медичної допомоги, реабілітаційної допомоги, або фізична особа – підприємець, який зареєстрований та одержав відповідну ліцензію, знаходиться на

	території територіальної громади, що розташована або була розташована в районі проведення воєнних (бойових) дій або яка перебуває чи перебувала в тимчасовій окупації або оточенні (блокуванні).
3.	До надання медичної та реабілітаційної допомоги можуть залучатися медичні працівники та фахівці з реабілітації, які є іноземцями (крім громадян російської федерації та республіки білорусь) або особами без громадянства та прибули в Україну для надання медичної допомоги, реабілітаційної допомоги на запрошення закладу охорони здоров'я або іншого підприємства, організації чи установи, що залучають до волонтерської діяльності іноземців та осіб без громадянства, якщо такі медичні працівники, фахівці з реабілітації відповідають вимогам до освіти та професійної кваліфікації тієї країни, в якій вони працюють, та мають документи про освіту та відповідну професійну кваліфікацію, засвідчені в порядку консульської легалізації або шляхом проставлення апостилю у відповідній країні.
4.	До надання медичної допомоги із застосуванням телемедицини можуть залучатися медичні працівники, які є іноземцями та перебувають на території іноземних держав (крім російської федерації та республіки білорусь), якщо такі медичні працівники відповідають вимогам до освіти та професійної кваліфікації тієї країни, в якій вони працюють, та пройшли процедуру реєстрації на відповідних телемедичних платформах.

Примітка. Наведено за [12]

МОЗ, реагуючи на сучасні виклики, було внесено ряд відповідних нормативно-правових змін на період дії воєнного стану, які подано в таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

Нормативно- правові зміни на період воєнного стану щодо застосування телемедицини

№ п/п	Нормативно- правові зміни
1.	Застосовується Порядок надання медичної та/або реабілітаційної допомоги із застосуванням телемедицини на період дії воєнного стану в Україні або окремих її місцевостях.
2.	Про кожен випадок надання медичної та/або реабілітаційної допомоги із застосуванням телемедицини лікар або інший медичний працівник, фахівець з реабілітації робить медичний запис про медичний огляд, надання консультації або лікування відповідно до Порядку ведення Реєстру медичних записів, записів про направлення та рецептів в електронній системі охорони здоров'я, затвердженого наказом МОЗ від 28 лютого 2020 р. № 587.
3.	Надання медичної та/або реабілітаційної допомоги із застосуванням телемедицини надається за рішенням лікаря та/або фахівця з реабілітації відповідно до вимог законодавства України.
4.	Зкладам охорони здоров'я та фізичним особам - підприємцям, які зареєстровані та одержали в установленому законом порядку ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, рекомендовано використовувати у своїй діяльності засоби телемедицини.

Примітка. Наведено за [12]

Такі заходи щодо телемедицини в Україні свідчать про сталий прогрес у її розвитку. Це забезпечує упорядкування роботи медичних закладів та доступність медичних послуг для пацієнтів.

Також важливим елементом для розвитку телемедицини стали гуманітарні телемедичні рішення, що були надані МОЗ України від резидентів і нерезидентів, фізичних та юридичних осіб, гранти та дарунки для задоволення медичних потреб, як благодійна або гуманітарна допомога в умовах воєнного стану в Україні та в період реабілітації після нього.

Шість телемедичних проєктів працює в Україні. Власне вони забезпечують надання телемедичних консультацій та використання засобів телемедицини.

Першим є проєкт з використання телемедичної платформи «Teladoc Solo platform». Дана платформа багатофункціональна. За допомогою останньої відбувається консультаційної взаємодії пацієнтів та лікарів у вигляді віртуальної допомоги, що охоплює кожен етап: від профілактики та оздоровлення до невідкладної допомоги, комплексних потреб у медичній допомозі. Телемедичну платформу SOLO Україні було надано в межах гуманітарної допомоги. Вона включала для користувачів необмежену кількість ліцензій, 8 планшетів Surface Pro 7 , 40 пристроїв віртуальної присутності (робот TelaDoc Lite v.3). 3,5 млн доларів становила їх загальна вартість.

За допомогою платформи з початку проєкту було впроваджено три проєкти, перелік яких наведено в таблиці 3.3.

Згодом, всі ці проєкти було об'єднано в один – «Телемедичне консультування «Teladoc» (з квітня 2023 року).

Другим телемедичним проєктом є телемедична реабілітація з напряму нейросенсативних розладів – «Rehabilitation Gaming System». Це науково обґрунтоване нейрореабілітаційне рішення. Ця платформа застосовується для комплексного лікування дефіцитів у пацієнтів, які виникають при

пошкодження опорно-рухового апарату та мозку, з використанням гаджетів, комп'ютерів та інших інструментів доповненої реальності.

Таблиця 3.3

Перелік впроваджених проектів з використання телемедичної платформи «Teladoc Solo platform»

№ п/п	Перелік впроваджених проектів
1.	Організація телемедичних консультацій між закладами, які приймають пацієнтів із вибухо-вогнепальними пораненнями та консультативними медичними центрами вищого рівня.
2.	Організація телемедичних консультацій між закладами, які надають комбустіологічну допомогу пацієнтам, постраждалим внаслідок дії термічного, електротермічного, хімічного чинників, з консультативними медичними центрами вищого рівня.
3.	Створення консультативної мережі телемедичних програмно-апаратних комплексів віртуальної присутності лікаря біля пацієнта.

Примітка. Наведено за []

Третім телемедичним проектом є віртуальна операційна «Eriqar». Це новітня, сучасна платформа інтерактивного телеконсультування, яка використовується під час проведення хірургічних втручань. Система дозволяє в режимі реального часу транслювати та коментувати відео контент хірургічних маніпуляцій. Дана система побудована на основі хмарних технологій, володіє високим захистом та має за мету підвищити продуктивність лікарів-хірургів, покращити результати хірургічного лікування пацієнтів. Також для студентів та інтернів медичних навчальних закладів дана платформа забезпечує безперервний навчальний процес.

Четвертим телемедичним проектом є медичний робот «HomeDoctor» – це медичний робот, який встановлений в пацієнта (вдома, у місцях тимчасового укриття, у лікарні тощо). Дана система дозволяє відстежувати показники життєдіяльності та виявляти патології, аномалії. Під час проведення консультації в режимі реального часу за допомогою Medical bot «HomeDoctor» лікар може контролювати життєво важливі показники пацієнта. Медичний робот має автоматичний зв'язок з лікарнею, тому лікарі мають

можливість швидко оцінити стан пацієнта, професійно поставити діагноз.

П'ятим телемедичним проєктом є телемедична кардіотокографія «Carebits». Це програмно-апаратний комплекс, який містить мобільний пристрій для віддаленого моніторингу вагітних пацієнток. Це дозволяє за допомогою переносних портативних апаратів тококардіографії «Sigmafon» провести діагностику стану плоду при взаємодії з «System Carebits». Україні донори надали гуманітарну допомогу: телемедичну платформу, необмежену кількість ліцензій для користувачів, 300 портативних апаратів тококардіографії «Sigmafon».

Шостим телемедичним проєктом є штучний інтелект «Brain Scan». Це стартап, який з використанням штучного інтелекту розробляє програмне забезпечення для аналізу КТ зображень та виявлення уражень головного мозку. Даний проєкт прискорює та спрощує процес виявлення патологій. Це дозволяє зменшити час для постановки діагнозу, підвищує якість діагностики, надає підтримку менш досвідченому персоналу.

«Умови впровадження телемедицини після повномасштабного вторгнення росії в Україну суттєво змінилися. Медичним працівникам та фахівцям з реабілітації, які не є громадянами України, під час дії воєнного стану дозволено надавати допомогу (як медичну, так реабілітаційну) із застосуванням телемедицини. Єдиною умовою є використання інформаційно-комунікаційних систем відповідно до вимог чинного законодавства. Україна шляхом впровадження телемедицини має змогу відновити доступ пацієнтів до медичних послуг. Телемедицина дає можливість надавати допомогу пацієнтам з інфекційними та хронічними захворюваннями, а також надавати послуги з підтримки психічного здоров'я. Окремі групи населення – люди з інвалідністю, сільське населення, люди похилого віку стикалися з перешкодами в доступі до медичної допомоги до повномасштабної війни. Це також стосується внутрішньо-переміщених осіб населення, та/або яке мешкає на нещодавно деокупованих територіях. Ці групи повинні бути пріоритетними для розширення доступу до якісної медичної допомоги з застосуванням

телемедицини».

У воєнний час та під час пандемії COVID-19 надавачі медичних послуг набули позитивний досвід застосування телемедицини. Тому і надалі необхідно підтримувати та поширювати даний досвід. Для того, щоб ширше застосовувати телемедицину і подолати організаційні, контекстуальні, нормативні та фінансові перешкоди необхідно використати підтримку партнерів з розвитку та співпрацю між зацікавленими сторонами.

Спостерігається позитивна динаміка щодо надання стратегічних інвестицій та технічної допомоги постачальників телемедичних технологій, щоб перетворити досвід та виклики воєнного часу у сильнішу та стійкішу систему.

3.2. Забезпечення безпеки пацієнта в умовах військового стану

Коли розглядають питання про безпеку та якість лікування, то серед головних характеристик розглядають досвід лікарів, рівень технічного обладнання, культура ставлення до пацієнтів, комфортність і облаштованість медичного закладу. Всі ці ознаки є складовими єдиної макросистеми – системи безпеки та якості медичної діяльності. Власне безпека пацієнта залежить від системного підходу щодо керування якістю медичної допомоги.

Принципи ціннісного підходу. Система безпеки та якості медичної діяльності завжди є у будь-якому закладі охорони здоров'я. Проте тільки від вміння керівників вийти на рівень цільового (ціннісного) управління залежатиме рівень розвитку цієї системи.

Провідні медичні заклади в усьому світі на даний час орієнтуються на міжнародні стандарти JCI (Joint Comission International). Це авторитетна міжнародної організації, діяльністю якої є просування та покращення якості обслуговування у медичних закладах та безпеки пацієнтів. Стандарт JCI з безпеки медичної діяльності – це «золотий стандарт акредитації», який характеризує вищий рівень якості охорони здоров'я [24].

Для досягнення цього стандарту насамперед використовується

системний підхід: змінюючи систему в цілому, можна попередити помилки, які були запрограмовані системно також. Вже доведеним фактом є те, що лише 15 % з усієї кількості медичних помилок було скоєно через людський фактор, а через хибну працю всієї системи – 75 % .

Дисципліна ератологія (з латинського «errata» – помилки) – дисципліна про дефекти, помилки, порушення. Власне остання потрібна при розробці сучасної системи безпеки. Для того щоб підвищити якість, перш за все потрібно шукати причину, а не винного. Виявивши причину, не карати винного, а залучити його, бо це є шлях до налагодженого функціонування всієї системи, а не просто «команди зверху». Відповідно із сучасними стандартами, це шлях до забезпечення безпеки пацієнта [35].

Вчені розрізняють та виділяють латентні та активні помилки. Помилки, які закладено власне у системі та всіх її складових відносять до латентних. Це помилки в системі роботи з пацієнтами, в штатній чи організаційній структурі, в системі догляду за обладнанням тощо. Певний відсоток латентних помилок передбачається, якщо діяльність системи упорядкована відповідно до золотого стандарту. Звичайно, постійно проводиться робота із співробітниками, які працюють з обладнанням, з пацієнтом, з умовами, щоб останні уникали активних помилок. Тому постійно існує система внутрішнього навчання, в результаті якої персонал підвищує свої компетентності.

Ще один важливий момент – це комунікація. Під час діагностики та лікування пацієнтів великий відсоток проблем, які виникають пов'язані з передачею інформації. Тому, сучасна система безпеки повинна мати чітко відпрацьований алгоритм повідомлень. До прикладу, повідомлення від співробітників медичних лабораторій чи лікарів-лаборантів, бригади інтенсивної допомоги або лікуючого лікаря чітко передаються як в робочий, так і в позаробочий час. Це необхідна умова, щоб попередити невірність прийняття інформації та щоб не утворилося викривлення інформаційного потоку [].

Підходи до управління безпекою. На трьох підходах базується сучасна

система безпеки. Перший підхід включає обов'язкові повідомлення про інциденти, що підлягають ретельному обліку. Всі ці повідомлення про інциденти необхідно обліковувати для з'ясування слабких місць, а в подальшому їх стабілізувати та запропонувати на рівні закладу та його структурних підрозділів певний рівень безпеки, що дозволить в подальшому уникати помилок через низьку компетентність [42].

Другий підхід включає управління та забезпечення. Якщо між системою управління та якістю проводити паралель, то найбільші проблеми виникають на рівні їхнього планування та організації, а не на рівні старту або виконання будь-яких процесів.

Третій підхід включає алгоритми, які забезпечують належну комунікацію. Прикладом може слугувати система використання чек-листів. Останні бувають двох типів: «зробив та відміть» і «зробив та скажи». Їх не тільки потрібно використати зовні, але вони повинні у закладі вбудовуватись. За цієї умови чек-листи будуть конгруентні та синхронні. Адже люди виконують легше те, що вони власне самі розробили, і як наслідок існує добре розуміння [].

Рівні культури безпеки пацієнта. Вчені виділяють такі рівні культури безпеки пацієнта: патологічний, реактивний, проактивний та продуктивний.

Усім нам добре відомий патологічний рівень. Ми всі за ринкових умов зорієнтовані на «дешевше та швидше». Як наслідок, орієнтуючись на заробіток грошей, є тільки «бюджет виживання». Ми не робимо інвестиції в стабілізацію, а саме в бюджет розвитку. При умові появи мінімального бюджету розвитку, першочергово закупляється нове обладнання, а не проводиться навчання людей. Такий підхід, звичайно, є помилковим і обмеженим. Тому що жодне, високоякісне і найсучасніше обладнання ще пацієнта не вилікувало – тільки людина [42].

Реактивний рівень. За нього лише після катастрофи приділяють увагу безпеці. Намагаються усунути проблеми, які б могли і не виникнути, за умови керування ситуацією. Даний підхід дуже поширений, який усуває лише

наслідки помилок, але не проводяться зміни із системою, де можливі ці помилки [15].

Проактивний рівень. Не тільки економічну складову має будь-яка наша діяльність. Повинно бути розуміння, що ризики з'являються там, де є економіка. Якщо ми не будемо управляти ризиками, тоді ризики будуть управляють нами [22].

При продуктивному рівні ризики враховуються. Необхідно розробити таку стратегію розвитку, яка буде містити моделі управління ризиками при різних сценаріях (реалістичному, оптимістичному та песимістичному). Повинно бути чітке розуміння та визначення який з ризиків можна прийняти та який можна передати [8].

Управління ризиками при наданні медичної допомоги. Без знання та розуміння процесів ризики визначити неможливо. Для цього дослідники розробили низку моделей в галузі безпеки, що допомагає зрозуміти процеси та керувати ними в подальшому.

Системний підхід до якості лікарень запропонував А. Донабедіан. Згідно його моделі оцінювання якості медичної допомоги відбувається з позиції оцінювання трьох її компонентів: структури, процесу і результату [13].

Структура – це матеріально-технічні та людські ресурси, які використовують для надання медичних послуг.

Процес – це фактичне лікування, яке запропоноване хворому.

Те, що відбувається з хворим у процесі лікування – це результат. Прикладом результату може бути летальність або тривалість перебування в ліжку, нозокоміальні інфекції, частота медичних помилок, задоволеність пацієнта та сім'ї наданою послугою, якість життя з точки зору стану здоров'я, якість помирання та смерті, ступінь виснаження (так званого «вигорання») медперсоналу. «Тріада Донабедіана» це є взаємозв'язок структури, процесу і результату (рис. 3.4). Характеристика елементів тріади А. Донабедіана якості структури, якості технології та якості результату – складових якості медичних послуг, які надає заклад, подана в таблиці 3.4.

Характеристики елементів тріади А. Донабедіана.

Якість структури	Якість технології	Якість результату
-освіту й рівень підготовки кадрів (кваліфікація); -забезпечення обладнанням (наявність і оперативний ремонт); -стан території, будівель, корпусів, кабінетів, приміщень; -постачання лікарськими засобами та медичними виробами; -грамотність задіяння всіх видів ресурсів; -фінансовий стан і забезпечення медичного закладу.	-процесом надання медичної допомоги на момент прийняття пацієнта до приймального покою, поставлення діагнозу до виписування; -оптимальністю комплексу лікувально-діагностичних заходів, наданих конкретному хворому: кількість медичної допомоги (маніпуляцій) повинна бути оптимальною, алгоритм її виконання чітким, зрозумілим, доступним; - відсутністю/наявністю лікарської помилки.	-динамікою перебігу здоров'я хворого; - результатом надання медичної допомоги всім пацієнтам у лікарні; -рівнем здоров'я жителів регіону (конкретної території)

Примітка. Наведено за [5]

Щодо якості структури можна виділити кілька її рівнів: медичну установу (матеріально-технічна база, організація роботи, сервісні умови, кадрове забезпечення) та медичного працівника (професійні та особисті якості).

У 1982 році було розроблено так звану модель SEIPS (Ініціатива системної інженерії для безпеки пацієнтів, або Safety Engineering Initiative for Patient Safety). Тріаду Донабедіана дана модель підсилює ще чотирма позиціями: передбачає комунікаційну складову – визначає можливі взаємозв'язки; додає результати співробітників; окрім лікувальних вмикає інші процеси; більш широко та повно пропонує визначення поняття «структура». Акцент в даній моделі робиться на двох підходах: процесному та проєктному. Це допомагає управляти організацією надання медичної допомоги. Наступними йдуть процеси: клінічні, інформаційні, допоміжні, та результати.

Вартує зазначити, що модель SEIPS не є сталою, вона відповідно до

вимог часу змінюється. Ізольовані процеси (тільки лікувально-діагностичні) розглядає початкова модель. SEIPS 3.0 розглядає вже локальні маршрути пацієнтів. SEIPS 5.0-7.0 – це модель робочої системи та безпеки пацієнтів, яка передбачає управління, лікування та забезпечення. Отже, згідно із золотим стандартом, якщо керівництво сучасного закладу хоче не підкорятися умовам, а ними керувати, то використовуватиме останні моделі: 5.0 і 7.0. Перш за все для цього необхідно поміняти систему цінностей, ціле визначення, ціле покладання і доведення до персоналу.

Методологія створення системи високої надійності. Існує модель організації високої надійності, головна мета якої підвищити надійність системи безпеки пацієнта. Для досягнення цього використовують декілька підходів (табл.3.5).

Таблиця 3.5

Характеристика підходів при створенні моделі організації високої надійності

№ п/п	Назва підходу	Основні характеристики
1.	Створення функціональних чи організаційних систем управління якостями	Функціональна система – це коли, наприклад, керівництво призначає людину, яка контролює якість, на неї покладають додаткове функціональне навантаження і за це їй преміюють, заохочуючи фінансово, чи дають їй якісь інші соціальні пільги. Організаційна система – це коли утворюється відділ контролю, забезпечення або стандартизації, який несе відповідальність за стандартизацію та регулярний перегляд чек-листів, алгоритмів, регламентів і стандартних операційних процедур.
2.	Відмова від спрощення пояснень	Якщо трапилася помилка, передусім треба не шукати пояснення, а знайти корінну причину для усунення чи зменшення ризику її виникнення в майбутньому.
3.	Акцент на конкретних виробничих процесах	Це не означає аналіз усього підряд, на що впаде око. Потрібно аналізувати все те, що дає додатковий прибуток або впливає на безпеку.
4.	Стійкість до несприятливих впливів	Мається на увазі розроблення моделі діяльності закладу за умов виникнення надзвичайних ситуацій: природного, техногенного чи соціального характеру.
5.	Повага до професійного досвіду і кваліфікації	Це вже побудова гуртків якості, якщо переходити на інший рівень розвитку, і так далі.

Примітка. Наведено за [5]

Напрями, щодо забезпечення безпеки пацієнта. Існує 11 основних напрямів, які лежать в основі заходів із забезпечення безпеки пацієнта, які наведено в таблиці 3.6.

Таблиця 3.6.

Перелік основних напрямів, які лежать в основі заходів із забезпечення безпеки пацієнта.

№ п/п	Основні напрями
1.	Управління та менеджмент персоналу або формування HR-відділів
2.	Ідентифікація особистості
3.	Епідеміологічна безпека
4.	Медикаментозна безпека
5.	Контроль якості та безпеки медичних виробів
6.	Організація екстреної та невідкладної допомоги
7.	Спадкоємність медичної допомоги
8.	Хірургічна безпека
9.	Профілактика ризиків, пов'язаних з переливанням крові
10.	Безпека середовища в закладі
11.	Організація надання медичної допомоги на підставі даних доказової медицини

Примітка. Наведено за [5]

Отже, в умовах військового стану в Україні безпека пацієнта виступає одним із найважливіших аспектів якості медичних послуг.

ВИСНОВКИ

Проведене в кваліфікаційній роботі дослідження системи управління закладом охорони здоров'я в умовах військового стану на прикладі КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» дозволило зробити наступні висновки та навести пропозиції:

Дослідження поняття та видів закладів охорони здоров'я, які розроблені різними науковцями, дозволило запропонувати уточнене визначення поняття «заклад охорони здоров'я», під яким розуміється «господарська організація, що здійснює медичне обслуговування населення самостійно або через її відокремлений підрозділ на основі професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників. Заклади охорони здоров'я запропоновано класифікувати за такими критеріями: за органом підпорядкування; за організаційно-правовою формою; за формою власності; за ознакою ліцензування господарської діяльності; за ознакою проходження акредитації; д) за можливістю приватизації».

Вивчення законодавчого забезпечення функціонування закладів охорони здоров'я в умовах свійського стану дало змогу виявити, що в його основі лежить «Наказ про тимчасові заходи у закладах охорони здоров'я з метою забезпечення їх готовності для надання медичної допомоги постраждалим внаслідок військової агресії Російської Федерації проти України». В ньому передбачено тимчасове припинення планових госпіталізацій, забезпечення надання екстреної меддопомоги в повному обсязі, підготовка для допомоги пораненим додаткової хірургічної команди.

Міністерство охорони здоров'я затвердило примірники стандартних операційних процедур та про підготовку додаткових хірургічних команд. При цьому зазначено, що продовжуватимуть надавати медичну допомогу через ускладнений перебіг вагітності, пологи у закладах охорони здоров'я та хворим на онкологічні захворювання у спеціалізованих відділеннях закладів охорони здоров'я, паліативну медичну допомогу в паліативних відділеннях тощо.

КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» ТОР є клінічним лікувально-профілактичним закладом охорони здоров'я Тернопільської області. КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» – «головний лікувально-профілактичний заклад області, який є клінічною базою для кафедр Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського, базою підвищення кваліфікації лікарів та середнього медичного персоналу, підготовки лікарів-інтернів, проходження практики студентів медичних університетів і медичних коледжів».

На рівні з КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» ТОР якість медичної допомоги забезпечують чотири групи факторів: «1) ресурси; 2) державне нормативно-правове забезпечення; 3) управління/організація, яка здійснюється на рівні закладу охорони здоров'я; 4) ставлення споживачів (пацієнтів) медичних послуг до збереження власного здоров'я».

В КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» внутріорганізаційний контроль якості медичної допомоги забезпечується виконанням наступних організаційних заходів: «проведення медичних рад, оперативних нарад, клінічних і клініко-адміністративних обходів, лікарських конференцій, контроль за виконанням санітарно-епідемічного режиму заняття з молодшим медичним персоналом; рад медичних сестер; атестація лікарів; підвищення кваліфікації лікарів; атестація середнього медичного персоналу; підвищення кваліфікації середнього медичного персоналу; щорічний аналіз динаміки статистичних показників; виконання планів робіт структурних підрозділів; запровадження новітніх технологій; щоденна ретельна експертна оцінка історій хвороб та карт виписаних із стаціонару; цільові перевірки якості надання медичної допомоги; одноденні зрізи; оцінка якості за моделями кінцевих результатів».

В КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» експертиза якості надання медичної допомоги пацієнтам, відповідно проведеному дослідженню, має п'ятирівневий контроль якості.

В КНП «Тернопільська обласна клінічна лікарня» головними критеріями оцінки якості надання медичної допомоги є: «організація прийому хворих, що доставляються машиною екстреної допомоги; організація прийому планових хворих; повнота і своєчасність поліклінічних обстежень; своєчасність та якість діагностики та комплексність лікування з дня поступлення; якість та своєчасність консультацій; спостереження за хворим, уточнення діагнозу та корекція лікування; середнє перебування хворого на ліжку; результати лікування (поліпшення, одужання, без змін); показники летальності; виконання плану ліжко-днів; в комплексному лікуванні застосування допоміжних і нетрадиційних методів; матеріали анкетного опитування пацієнтів; обґрунтовані скарги хворих».

Для підтримання доступу до медичної допомоги під час воєнних дій при вторгненні росії в Україну телемедицина стала важливим інструментом, хоча її розвиток перебуває ще на відносно ранніх стадіях. Можливість отримати консультацію лікаря, відповідне лікування має вирішальне значення для пацієнтів навіть якщо фахівець недоступний особисто. Також через військові дії багато лікарів покинули країну або стали внутрішньо переміщеними особами. На прифронтових територіях відбувається зменшення штату медичних працівників, що збільшує навантаження на останніх. Тому для надання медичної допомоги телемедичні послуги стають одним із варіантом.

В результаті бойових дій зазнали травм і поранень як військовослужбовці, так і цивільні особи, у тому числі діти. Надавати медичну допомогу доводиться пацієнтам із складними травмами, пораненнями та опіками. Серед них велика кількість становлять політравмами і мінно-вибухові травми. Тому великою необхідністю є залучення високоспеціалізованих медичних фахівців та фахівців з реабілітації, у тому числі іноземних, які можуть долучитися до надання допомоги (медичної і реабілітаційної), маючи досвід роботи в надзвичайних ситуаціях під час військових дій. Саме це можна реалізувати за допомогою технологій телемедицини.

Для удосконалення системи управління закладом охорони здоров'я в умовах військового стану в першу чергу потрібно подбати про безпеку пацієнта. В роботі запропоновано одинадцять основних напрямів, які доцільно покласти в основу заходів із забезпечення безпеки пацієнта: «управління та менеджмент персоналу або формування HR-відділів; ідентифікація особистості; епідеміологічна безпека; медикаментозна безпека; контроль якості та безпеки медичних виробів; організація екстреної та невідкладної допомоги; спадкоємність медичної допомоги; хірургічна безпека; профілактика ризиків, пов'язаних з переливанням крові; безпека середовища в закладі; організація надання медичної допомоги на підставі даних доказової медицини».

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ