

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ



Чорноморський національний університет

імені Петра

Навчально-науковий інститут післядипломної
освіти

Кафедра менеджменту

Бардан Галина Анатоліївна

УДОСКОНАЛЕННЯ УПРАВЛІННЯ ПРОЦЕСОМ
ОРГАНІЗАЦІЙНИХ ЗМІН МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ,
ШЛЯХОМ СТВОРЕННЯ ВІДДІЛУ ІНФЕКЦІЙНОГО
КОНТРОЛЮ (ВІК)

Кваліфікаційна робота магістра на здобуття

ступеня вищої освіти магістр

галузі знань 07 «Управління та адміністрування»

спеціальності 073 «Менеджмент»

за освітньо-професійною програмою «Менеджмент у сфері охорони
здоров'я в галузі знань»

Керівник кваліфікаційної роботи магістра:

д-р. екон. наук, доцент Лункіна Т. І.

Рецензент:

д-р. наук, професор Великий Ю.В.

Миколаїв 2024

ЗМІСТ

Вступ-----	4
Розділ 1. Реформування закладів охорони здоров`я-----	7
1.1. Трансформація системи закладів охорони здоров`я -----	7
1.2. Реформи фінансування закладів охорони здоров`я -----	12
Висновки до першого розділу -----	18
Розділ 2. Формування нових напрямів у сфері охорони здоров`я -----	20
2.1. Створення відділу інфекційного контролю (ВІК) як окремого структурного підрозділу-----	20
2.2. Впровадження нових напрямів епідеміологічного нагляду за інфекціями, які пов`язані з наданням медичної допомоги -----	25
Висновки до другого розділу -----	62
Розділ 3. Моніторинг периопераційної антибіотикопрофілактики в КНП МОКЛ МОР та напрями вдосконалення управління процесом організаційних змін медичного закладу -----	63
3.1. Цільовий та базовий рівень антибіотикопрофілактики у КНП «МОКЛ» МОР -----	63
3.2. Напрями вдосконалення та зміни у закладі охорони здоров`я -----	71
Висновки до третього розділу-----	78
Висновки -----	79
Список використаних джерел-----	82

Умовні скорочення

- ММСП – міжнародні медико-санітарні правила
- СЗО – спільна зовнішня оцінка
- ВПО – внутрішньо переміщена особа
- ДМС – добровільне медичне страхування
- ЄС – Європейський Союз
- НСЗУ – Національна служба здоров'я України
- ПДЛ – Програма «Доступні ліки»
- ПМГ – Програма медичних гарантій
- ПМД – первинна медична допомога
- ХБРЯВР – хімічні, біологічні, радіологічні, ядерні та вибухові речовини
- ЦГЗ МОЗу - Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України
- ІПНМД – Інфекційні хвороби, пов'язані з наданням медичної допомоги
- ВЛІ – внутрішньо-лікарняні інфекції
- ПВК – периферичний венозний катетер
- ЦВК – центральний венозний катетер
- КАІК – катетер- асоційовані інфекції кровотоку
- ПМГ – програма медичних гарантій
- ІПВК – інфекції, що пов'язані з внутрішньо судинними катетерами
- ВІТ – відділення інтенсивної терапії
- ВІК – відділ інфекційного контролю

Вступ

Реформи системи охорони здоров'я в Україні тривають і досі. З 2016 року їхнє впровадження значно прискорилося за рахунок створення нових органів управління та механізмів, спрямованих на підвищення ефективності та забезпечення рівності в системі охорони здоров'я. Важливі досягнення були зафіксовані у фінансовій галузі, розвитку первинної медичної допомоги, впровадженні електронної системи охорони здоров'я (e-health), забезпеченні доступу до лікарських засобів та зміцненні систем.

У 2020 році пандемія COVID-19 змусила зосередити увагу на реагуванні на цю глобальну кризу, яка сталася в багатьох країнах світу. Однак, попри виклики, процес реформування системи охорони здоров'я тривав. Європейські країни активно підтримували Україну у боротьбі з пандемією та в реалізації реформ. До лютого 2022 року було досягнуто суттєвого прогресу.

Для досягнення цілей розвитку охорони здоров'я та підвищення добробуту населення, визначених до 2030 року, ВООЗ сприяла Міністерству охорони здоров'я України у розробці Стратегії охорони здоров'я до 2030 року. Уряд планував розкрити проект Стратегії наприкінці лютого 2022 року, але війна, що розпочалася, зупинила ціль.[32]

ВООЗ продовжує підтримувати уповноважені органи та уряд у реагуванні на найбільші потреби населення і медичних працівників, чия відданість і сміливість викликають захоплення. За цей час було отримано безцінний досвід, що підкреслив важливість взаємодії між галузями охорони здоров'я та безпеки в Україні. Безпрецедентна кількість атак на систему охорони здоров'я з початку війни, 24 лютого 2022 року, спонукала уряд до розробки плану післявоєнного відновлення, роботу над якою вже розпочато на підтримку ВООЗ. Охорона здоров'я є ключовою складовою національного відновлення України, оскільки здоров'я є основою для всіх інших аспектів життя.

Відомі вчені, такі як: Р. Августин, О. Бойко, В. Горин, П. Гуржій, О.Демченко, Н. Карпишин, В. Лехан, Е. Лібанова, З. Лободіна, С. Онишко, Я.Радиш, Н. Прус, В. Рудий та інші, розглядають теоретичні основи та практичні аспекти реформування галузі охорони здоров'я, формування фінансових ресурсів системи охорони здоров'я, методологічні підходи до управління фінансами медичних установ та інші аспекти розвитку галузі. Проте, для обґрунтування управлінських рішень щодо продовження медичної реформи та вдосконалення фінансування охорони здоров'я необхідно не лише використовувати існуючу теоретичну базу, але й проводити подальші наукові дослідження з урахуванням нових факторів, що актуальні у сучасних умовах.

Мета кваліфікаційної роботи полягає в узагальненні теоретичних основ та розробці рекомендацій щодо напрямів вдосконалення управління процесом організаційних змін медичного закладу шляхом створення відділу інфекційного контролю.

Для досягнення поставленої мети необхідно:

- розкрити сутність та функції процесу управління процесом організаційних змін медичного закладу;
- вивчити принципи управління в закладах охорони здоров'я та організаційні структури;
- дослідити трансформацію системи закладів охорони здоров'я – провести стратегічний аналіз медичного закладу;
- провести аналіз фінансового стану підприємства;
- проаналізувати відділ інфекційного контролю (ВІК) як окремого структурного підрозділу;
- навести нові напрями епідеміологічного нагляду за інфекціями, які пов'язані з наданням медичної допомоги;
- провести моніторинг периопераційної антибіотикопрофілактики в КНП «МОКЛ» МОР;

– обґрунтувати напрями вдосконалення управління процесом організаційних змін медичного закладу.

Об'єктом дослідження є процес управлінням організаційних змін медичного закладу шляхом створення відділу інфекційного контролю.

Предметом дослідження виступають теоретичні основи та практичні аспекти управлінням організаційних змін медичного закладу в сучасних умовах.

Наукова новизна. Наукова новизна отриманих результатів проведеного дослідження полягає в поглибленні теоретичних основ управління медичного закладу шляхом створення відділу інфекційного контролю та в розробці науково-обґрунтованих рекомендацій щодо управління процесом організаційних змін медичного закладу.

Інформаційна база для проведеного дослідження. В роботі використовувались дані фінансової та статистичної звітності медичного закладу, матеріали вчених, що досліджували управління закладом охорони здоров'я, веб-сайт лікарні.

Практичне значення одержаних результатів роботи полягає у науковому обґрунтуванні рекомендацій щодо удосконалення системи управління закладом сфери охорони здоров'я.

Обсяг і структура роботи. Кваліфікаційна робота складається із вступу, трьох розділів, списку використаних джерел, додатків. Робота містить 15 таблиць, 3 рисунків. Список використаних джерел нараховує 65 найменувань.

Загальний обсяг кваліфікаційної роботи складає 99 сторінки.

Розділ 1

Реформування закладів охорони здоров'я.

1.1. Трансформація системи закладів охорони здоров'я.

Головним пріоритетом Уряду України — забезпечення здоров'я та благополуччя громадян. Здоров'я населення є важливим чинником для якісного життя та повної реалізації потенціалу кожної людини. Рішення проблем у сфері охорони здоров'я не лежить лише на плечах медичної галузі, а потребує об'єднання зусиль усіх верств суспільства та активного лідерства з боку уряду на різних рівнях — національному, обласному та місцевому. Останні п'ять років в Україні система охорони здоров'я пережила значні зміни, які розпочались із ухвалення Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», впровадження Програми медичних гарантій (ПМГ) та створення ключових національних установ у сфері охорони здоров'я, таких як Національна служба здоров'я України, Центр громадського здоров'я МОЗ, ДП «Медичні закупівлі України» та іншими важливими реформами, включаючи реорганізацію МОЗ та підпорядкованих йому установ, а також автономізацію медичних закладів. Принцип «гроші слідують за пацієнтом» став основою реформування фінансування медичних послуг, починаючи з первинної медичної допомоги і далі на стаціонарну допомогу, що сприяє покращенню доступу до основних лікарських засобів. Реформа громадського здоров'я акцентує увагу на зміцненні інститутів громадського здоров'я, вдосконаленні системи епіднадзора та біобезпеки, а нова модель закупівель орієнтована на підвищення прозорості та ефективності. Попри значні досягнення за короткий час, система медичної галузі зустрічається з численними викликами, тому потрібна консолідація зусиль уряду та суспільства для досягнення важливих змін у медичній галузі, задоволення потреб населення та зміцнення благополуччя. Крім того, початок пандемії COVID-19 значно вплинув на національну сферу охорони здоров'я [42].

Однією з найбільш очікуваних громадянами змін стала медична реформа, яка розпочалася у 2016 році. На протязі багатьох термінів Україна не дотримувалась належного захисту громадян від фінансового навантаження під час отримання медичних послуг, що негативно впливало на їхнє здоровий стан. Мережа лікарень України має найвищий показник стаціонарних ліжок на одиницю населення, що створює значне фінансове навантаження на державний бюджет. А отже система виявилася малоефективною та не відповідала реальним вимогам населення. Конституційні права, пацієнтів залишалися незахищеними від значних своїх витрат ця ситуація ставила під загрозу їхнє життя та здоров'я через обмежений доступ і низьку якість медичних послуг. Частка певних витрат становила 49% усіх поточних витрат на медичні послуги, цей показник є що є найвищим у Європі [43].

З 2017 року розпочалася повномасштабна трансформація системи з ухваленням Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [3]. У квітні 2018 року було створено єдиний національний замовник медичних послуг — Національну службу здоров'я України (НСЗУ). Водночас, відповідно до постанови Кабінету Міністрів № 391, яка визначила вимоги до надавачів медичних послуг, розпочався процес автономізації закладів охорони здоров'я зі зміною принципів їх управління. Уже в липні 2018 року НСЗУ уклала перші договори з автономізованими надавачами первинної медичної допомоги (ПМД) на основі капітаційної ставки [44]. Пацієнти отримали право вільного вибору лікарів, а державні та приватні надавачі ПМД — рівні умови надання послуг у рамках Програми медичних гарантій (ПМГ).

З квітня 2019 року НСЗУ почала адмініструвати реімбурсацію лікарських засобів за електронним рецептом. Також при Міністерстві охорони здоров'я було створено Центр громадського здоров'я, що стало початком трансформації системи громадського здоров'я в Україні. З 1 квітня 2020 року стартувала реформа спеціалізованої медичної допомоги, в межах якої значення частини

державних видатків на охорону здоров'я було централізовано та включено до Програми медичних гарантій (ПМГ).

Програма визначає перелік послуг і лікарських засобів, оплата за які здійснюється через Національну службу здоров'я України (НСЗУ). Для забезпечення розподілу публічних ресурсів було створено нові фінансові механізми оплати медичних послуг. Лікувальні заклади, що отримали можливість перейти від фінансування за статтями кошторисів до оплати за результатами (наприклад, за фактично проліковані випадки чи обслуговування пацієнтів). Виходячи з цього, фінансування стало орієнтованим на пацієнта, а не на утримання інфраструктури.

В Україні на протязі чотирьох років теж розпочалися масштабні перетворення з цифровізації системи охорони здоров'я. Ці інструменти стали базовим елементом реформ, спрямованих на підвищення ефективності та прозорості галузі. Одним із важливих результатів першого етапу реформ стало покращення доступності до лікарських засобів. Запроваджено систему реімбурсації, нові підходи до ціноутворення на лікарські засоби та затверджено Національний перелік основних лікарських препаратів на основі методології оцінки медичних технологій (ОМТ). Водночасна пандемія COVID-19 суттєво вплинула на роботу систем охорони здоров'я, зокрема на доступність лікарських засобів.

Тонкі аспекти системи, такі як доступ до даних, забезпечення лікарень обладнанням і персоналом, а також виробничі можливості для ліків, обмежили здатність оновленої системи оперативно реагувати на нові виклики.

Протягом чотирьох років в Україні було впроваджено масштабні ініціативи з цифровізації системи охорони здоров'я. Цифрові технології стали ключовим елементом реформ, спрямованих на покращення прозорості та підвищення ефективності галузі. Одним із значущих досягнень першого етапу реформ було поліпшення доступності до лікарських засобів. Виходячи з цього було створено систему реімбурсації, нові підходи до формування цін на лікарські

препарати а також затверджено Національний перелік основних лікарських засобів із використанням методології оцінки медичних технологій (ОМТ).

Пандемія COVID-19 суттєво вплинула на систему охорони здоров'я, у тому числі на забезпечення лікарськими засобами. Проблеми, пов'язані з доступністю даних, оснащенням лікарень обладнанням, кадровим забезпеченням і можливостями для виробництва ліків, обмежили здатність оновленої системи вчасно та ефективно реагувати на нові виклики.

Держава у рамках Програми медичних гарантій забезпечує повну оплату необхідних медичних послуг і лікарських засобів за кошти Державного бюджету для Українців, іноземних громадян, біженців, осіб без громадянства, що проживають в Україні, а також тих, хто потребує додаткового захисту. Перелік включає:

- екстрену, первинну, вторинну та третинну медичну допомогу;
- паліативну допомогу;
- реабілітаційні послуги;
- медичну допомогу дітям до 16 років та у зв'язку з вагітністю чи пологами.

Станом на 2022 рік Програма медичних гарантій охоплювала 31 пакет послуг, включаючи ті, що були створені у відповідь на пандемію COVID-19, а в подальшому розширилася до 36 пакетів. Перехід до деталізованих пакетів послуг ще триває. Оплата послуг здійснюється за договорами між надавачами послуг та НСЗУ, зокрема на основі капітації, глобального бюджету, ставки за пролікований випадок чи конкретну послугу.

Разом з тим, певні аспекти охорони здоров'я, такі як довготривалий догляд, залишаються недостатньо розвиненими. З огляду на старіння населення та зростання тривалості життя, цей напрямок потребує термінового розвитку. Повільна трансформація медичної галузі значною мірою обумовлена сформованими культурними й соціальними практиками, що іноді не відповідають сучасним науковим підходам. Це потребує проведення навчань серед населення та медичних працівників для впровадження інноваційних

методів лікування та управління на основі доказової медицини. **Пацієнтоорієнтованість (фокус на людині).** Головним метою системи охорони здоров'я є робота з пацієнтами, де кожен користувач медичних послуг розглядається як основна цінність. Такий підхід передбачає не лише надання медичних послуг, але й формування комплексної моделі підтримки здоров'я людини. Це означає, що медична система має інтегрувати послуги, орієнтовані на різні аспекти здоров'я, уникати дублювання функцій та забезпечувати доступ до якісного лікування незалежно від захворювання чи соціального статусу. Інтеграція різних напрямів охорони здоров'я у єдину систему дозволить ефективніше використовувати ресурси та забезпечить пацієнтам більш персоналізовану допомогу.

Рівність і фінансовий захист. Цей принцип передбачає справедливий доступ до медичних послуг, особливо для соціально незахищених верств населення, таких як люди, що зазнали наслідків конфліктів, гендерно зумовленого насильства, або ті, хто страждає на фізичні чи психічні розлади. Захист пацієнтів від надмірних фінансових витрат на лікування є критично важливим, оскільки він запобігає соціальній нерівності та знижує ризик катастрофічних витрат, які можуть призвести до подальшого зубожіння. Особливий акцент слід зробити на підтримці людей літнього віку, які мають хронічні захворювання та обмежені фінансові можливості.

Стійкість (резильєнтність). Резильєнтність є ключовою характеристикою ефективної системи охорони здоров'я, яка здатна адаптуватися до кризових ситуацій, таких як пандемії, війни чи економічні потрясіння. Це включає як швидке реагування на надзвичайні ситуації, так і відновлення після них із мінімальними втратами для населення. Щоб створити стійку систему охорони здоров'я потрібно ефективно управляти ресурсами, розбудови інституційної спроможності та впровадження сучасних підходів до моніторингу загроз. Прикладом може бути адаптація медичних закладів під час війни, що включала перерозподіл ресурсів, підготовку медичного персоналу та зміну маршрутів пацієнтів у зоні конфлікту.

Ефективність і стабільність. Раціональне використання ресурсів є необхідною умовою для забезпечення доступності медичних послуг. Ефективність передбачає, що фінансування має бути спрямоване на найбільш нагальні потреби та резервування ресурсів для потенційних викликів. У сучасних умовах важливо адаптувати систему до змін, пов'язаних із демографічними тенденціями, економічними обмеженнями та воєнними діями. Стабільність системи охорони здоров'я забезпечується її здатністю досягати довгострокових цілей, таких як універсальне медичне охоплення, навіть у складних умовах.

Підзвітність. Прозорість у використанні ресурсів і залучення громадськості до процесів планування та контролю є фундаментальними для побудови довіри до системи охорони здоров'я. Це вимагає чіткого розподілу функцій між органами управління, такими як МОЗ, НСЗУ та інші установи, стандартизованого бюджетування, мінімізації корупційних ризиків та забезпечення чіткої комунікації з населенням. Механізми підзвітності включають моніторинг витрат, інтеграцію коштів, що надходять через різні канали, і координацію між державними та приватними структурами.

Ці принципи вже закладені в стратегії розвитку охорони здоров'я України, і їхнє впровадження сприятиме створенню стійкої, ефективної та доступної системи, яка відповідатиме сучасним викликам і потребам суспільства.

1.2. Реформи фінансування закладів охорони здоров'я.

Протягом останніх десятиліть система охорони здоров'я в Україні характеризувалася постійним дефіцитом фінансування, зношеністю основних фондів, скороченням кількості кваліфікованих кадрів, браком медикаментів і лікарських засобів. Ці фактори негативно впливали на якість медичних послуг і їхню доступність для широких верств населення.

Одним із найбільш руйнівних наслідків стало неефективне управління фінансовими ресурсами через відсутність сучасних підходів до їх розподілу та використання в організації медичного обслуговування. Це створило нагальну

потребу в системній медичній реформі, спрямованій на кардинальну зміну підходів до фінансування. У рамках таких змін передбачалося запровадження ринкових механізмів, які б забезпечували зв'язок між виділеними ресурсами та результатами діяльності, стимулювали конкуренцію за пацієнта та підвищували якість послуг.

Основними завданнями реформ стають оптимізація використання фінансових ресурсів та забезпечення високої якості медичних послуг. Запровадження ринкових механізмів у цій сфері сприяє підвищенню ефективності роботи медичних закладів та розвитку конкуренції між ними.

Однак під час впровадження реформ важливо запобігти зростанню соціальної нерівності в доступі до медичних послуг. Реформи повинні забезпечити рівний доступ до якісної медичної допомоги для всіх верств населення. Ефективна система охорони здоров'я є ключовим фактором для добробуту суспільства та економічного розвитку. Інвестиції в цю сферу та реалізація реформ можуть значно покращити якість життя громадян і сприяти загальному розвитку країни [34].

Фінансування охорони здоров'я залишається багатогранною проблемою. Недостатнє фінансування обмежує можливості системи надавати якісні послуги, особливо в умовах сучасних викликів, таких як військові конфлікти чи пандемії. Разом із тим, проблема криється не лише у фінансовому дефіциті, але й у застарілих моделях управління ресурсами, що призводить до недооцінки важливих напрямів, таких як профілактика захворювань чи впровадження нових медичних технологій.

Для досягнення фінансової стабільності необхідно переглядати моделі фінансування, впроваджувати інноваційні методи оплати медичних послуг і залучати альтернативні джерела фінансування, такі як страхова медицина чи партнерство з приватним сектором.

Переосмислення та адаптація практик функціонування системи охорони здоров'я в сучасних умовах дозволять розробити більш гнучкі й ефективні

стратегії фінансування, що враховують поточні виклики та потреби суспільства [34].

Забезпечення доступу до якісних медичних послуг залишається проблемою однією з головних у системі охорони здоров'я України. Конституція гарантує громадянам право на медичну допомогу, наголошуючи на соціальному характері послуг та обов'язку держави забезпечувати їх доступність.

Попри цього, існують численні виклики у забезпеченні ефективного фінансування та управління системою охорони здоров'я [36]:

1. Нестача фінансових ресурсів: навіть при зростанні видатків на охорону здоров'я, існує значний дефіцит фінансування, що обмежує можливості системи надавати якісні послуги.

2. Домінування державних та комунальних медичних закладів: хоча реформи спрямовані на автономізацію медичних закладів, бюджетні ресурси все ще переважають, а це може обмежувати їхню фінансову стійкість та можливості.

3. Високий рівень регулювання: У сфері медичної послуги може обмежувати можливості медичних закладів у формуванні власних доходів та розвитку альтернативних джерел фінансування.

Розбудова ефективної фінансової моделі охорони здоров'я в Україні вимагає комплексного підходу та перегляду наявних підходів [37]:

1. Диверсифікація джерел фінансування: Розвиток альтернативних джерел фінансування, таких як страхування здоров'я або партнерства з приватним сектором, може зменшити залежність від державного бюджету.

2. Збільшення ефективності управління ресурсами: Оптимізація управління фінансовими ресурсами та впровадження сучасних підходів до розподілу коштів може покращити ефективність системи.

3. Стимуляція розвитку приватного та некомерційного секторів охорони здоров'я може зробити систему більш гнучкою та конкурентоспроможною.

Фінансову моделі охорони здоров'я потрібно постійно переглядати та націлювати на забезпечення ефективного та стабільного фінансування системи, яке відповідало б сучасним викликам та потребам суспільства.

Вітчизняне законодавство у сфері охорони здоров'я передбачає значний перелік джерел її фінансування, проте їх основу формують ресурси бюджетної системи та власні кошти населення (табл. 1.1).

Таблиця 1.1

Джерела фінансування та напрями використання коштів системи охорони здоров'я

СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	
Джерела формування	Напрями використання
- бюджетні кошти	- утримання лікарень, поліклінік та амбулаторій
- добродійні фонди	- гарантований рівень медико-санітарної допомоги населенню
- кошти добровільного медичного страхування	- фінансування державних і місцевих програм охорони здоров'я та наукових досліджень
- кошти обов'язкового медичного страхування	- утримання територіальних медичних об'єднань і фельдшерсько-акушерських пунктів
- кошти підприємств, організацій	- станції швидкої та невідкладної допомоги, станції переливання крові
- інші джерела	- інші заклади охорони здоров'я

Джерело: сформовано автором на основі матеріалів [39]

Неофіційні платежі за медичні послуги є поширеною практикою в Україні. Дана ситуація обумовлена кількома факторами [36]:

1. Соціальні переконання та практика недофінансування. Довготривала практика недофінансування медичної галузі та низькі заробітні плати медичних працівників сприяли утвердженню ідеї про необхідність неофіційних платежів як компенсації за якісні медичні послуги.

2. Відмінності у системі фінансування. Порівнюючи з розвиненими країнами, де бюджетні або страхові механізми покривають більшість витрат на

послуги медицини, в Україні пацієнти часто змушені самостійно оплачувати багато послуг та медикаментів.

3. Медична реформа та новації. Початок медичної реформи та отримання від держави гарантій та пакета медичної допомоги, створення єдиного національного замовника медичних послуг та інші новації мають на меті покращити фінансову систему охорони здоров'я в Україні.

Щоб вдало реалізувати реформи необхідно забезпечити ефективну реалізацію запропонованих заходів та контроль за їхнім впровадженням. Важливо створити умови для забезпечення якісних та доступних послуг медичних закладів для всього населення без потреби у неофіційних платежах.

В Україні медична реформа призвела до зміни способу фінансування медичних закладів що сприяло централізації фінансових ресурсів і демократизації доступу до медичних послуг. У результаті медичні заклади підтримують витрати від Національної служби здоров'я як головного замовника послуг.

Це призвело до збільшення фінансування з державного бюджету, а також до розширення можливостей для приватних провайдерів медичних послуг отримувати оплату за свої послуги шляхом бюджетних коштів.

Реформована модель в Україні має різноманітні джерела формування фінансових ресурсів для галузі. Основними з них є [40] :

1. Державні та місцеві бюджети та фонди соціального страхування. Кошти з державного бюджету спрямовуються на фінансування Програми медичних гарантій населенню, яка охоплює гарантований пакет медичних послуг. Це передбачає оплату послуг лише у закладах з ліцензією на медичну практику. Місцеві бюджети також можуть покривати додаткові кошти на медичну галузь та реалізовувати програми розвитку медичної інфраструктури.

2. Кошти приватного сектору, власні кошти населення та ресурси громадського суспільства. Приватні бізнеси та населення можуть спрямовувати

свої кошти на пряму оплату медичних послуг, які не входять до пакету медичних гарантій держави. Ці послуги можуть бути надані за цінами, визначеними медичними закладами. Також існує добровільне та обов'язкове та медичне страхування, через які приватний сектор та населення забезпечуються медичним обслуговуванням. Інституції громадянського суспільства, такі як благодійні фонди та релігійні громади, також вносять значний внесок у фінансування медичних закладів та програм у галузі охорони здоров'я.

Підвівши ризику, можна сказати модель охорони здоров'я, що пройшла реформування має на меті забезпечити єдність стандартів медичної допомоги та однаковий доступ до послуг для всіх громадян, незалежно від їх місця проживання. Ця модель передбачає справедливий розподіл коштів, який базується на обсягах діяльності та її ефективності. Нова схема фінансування охорони здоров'я відзначається високою адаптивністю до змін зовнішнього середовища, що дозволяє зберігати надання якісних медичних послуг навіть за умов фінансових труднощів у державі. Наприклад, у регіонах, що постраждали від конфліктів, нова модель розподілу бюджетного фінансування зможе залучити приватний сектор щоб населення отримало якісну медичну допомогу. Також, у випадку відсутності коштів на відновлення медичних закладів, держава буде оплачувати лише медичні послуги в рамках встановлених стандартів, передаючи основне навантаження на приватні медичні установи.

У липні 2022 року Верховна Рада ухвалила закон №2347, який започаткував новий етап медичної реформи, спрямований на створення спроможної мережі лікарень. Для виконання положень цього закону Кабінет Міністрів України прийняв постанову від 28 лютого 2023 року №174 «Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я» [41].

Відповідно до реформи, кожна область стала госпітальним округом, який поділяється на кластери. У межах округу лікарні розділено на надкластерні, кластерні та загальні. Основна ідея реформи полягає в тому, щоб найпростіші захворювання лікувалися в загальних лікарнях, розташованих найближче до

пацієнтів. У разі складніших проблем пацієнтів скеровуватимуть до кластерних або надкластерних лікарень, які забезпечують високоспеціалізовану медичну допомогу.

Ця реформа спрямована на ефективний розподіл ресурсів у медичних закладах залежно від їхньої ролі у спроможній мережі, включно з модернізацією інфраструктури, оновленням обладнання та проведенням закупівель високоякісної техніки.

У червні-липні 2023 року було затверджено перелік лікарень, які увійшли до спроможної мережі, станом на 20 грудня 2023 року. У 19 областях включено 562 заклади: 123 надкластерні, 157 кластерних і 282 загальні лікарні. Реформа охоплює ті регіони, де не ведуться активні бойові дії. Водночас у Запорізькій, Донецькій, Луганській, Херсонській, Миколаївській областях та на території АР Крим реформа поки не впроваджується. Ці регіони повинні подати пропозиції щодо спроможної мережі лікарень протягом шести місяців після завершення воєнного стану.

Висновок до розділу 1: Трансформація системи охорони здоров'я України є етапом у забезпеченні здоров'я та благополуччя громадян. Реформи, започатковані з прийняттям в Україні Закону «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», дали можливість запровадити нові принципи фінансування, розширити доступ до якісних медичних послуг та забезпечити фінансовий захист населення. Успішне створення Національної служби здоров'я України, автономізація закладів охорони здоров'я та цифровізація стали ключовими елементами змін, які сприяють підвищенню ефективності.

Водночасна пандемія COVID-19 та виклики, пов'язані з війною, висвітлили вразливі аспекти системи, які потребують додаткових зусиль для зміцнення. Таким чином, це стосується доступу до медичних послуг, забезпечення ресурсами та швидкого реагування на кризові ситуації. Впровадження Програми медичних гарантій та розширення її служб дозволили зменшити фінансовий тягар для громадян, але зберігається необхідність подальшої роботи над розвитком довготривалого обслуговування та забезпечення рівного доступу до медичних послуг для всіх верств населення.

Для досягнення реформи важливий пацієнтоорієнтований підхід, забезпечення рівності та прозорості у фінансуванні, а також зміцнення стійкості системи охорони здоров'я. Дієва співпраця уряду, медичної спільноти та суспільства є ключовою умовою для створення ефективної, доступної та стабільної системи, яка може відповідати сучасним викликам .

Заклади охорони здоров'я України на протязі певного часу стикаються зі значними проблемами у сфері фінансування , що обмежує доступність та якість медичних послуг для населення. Вимагали застарілі механізми управління, недостатнє фінансування та залежність від неофіційних платежів. Запроваджені зміни спрямовані на підвищення ефективності розподілу фінансових ресурсів через впровадження ринкових механізмів, розвиток конкурентоспроможності між медичними закладами та стимулювання якісного обслуговування. Також, реформована модель фінансування, зосереджена на прозорості та результативності, включає централізацію сектору фінансування через Національну службу охорони здоров'я України, автономізацію закладів та залучення приватного сектору. Важливим кроком стало формування сприятливої мережі лікарень, яка забезпечує ефективний розподіл ресурсів між загальними, кластерними та надкластерними закладами. Ця модель покликана підвищити доступність базової медичної допомоги та оптимізувати витрати на спеціалізовані послуги.

Разом із тим, реформування потребує подальшого вдосконалення, зокрема:

- диверсифікації джерел фінансування через розвиток медичного страхування;
- модернізація інфраструктури медичних закладів;
- збереження соціальної рівності.

Впровадження реформи є етапом забезпечення стабільності фінансового стану медичних та надання якосних медичних послуг в умовах сучасних викликів. Ці зміни сприяють зміцненню здоров'я населення та соціально-економічного розвитку країни.

Розділ 2. Формування нових напрямів у сфері охорони здоров'я.

2.1. Створення відділу інфекційного контролю (ВІК) як окремого структурного підрозділу.

Госпітальні інфекції, незважаючи на значні досягнення епідеміології, залишаються важливою проблемою сучасної медичної науки та практики як в Україні, так і в світі. Високий рівень захворюваності серед населення і медичного персоналу лікувально-профілактичних закладів, частини несприятливих досліджень, постійного впровадження складних технологічних діагностичних і лікувальних процедур, що підвищують ризик виникнення внутрішньолікарняних інфекцій, необхідні пошук нових лікарських засобів та значущі матеріальні втрати інфекційного контролю як один із змінних систем охорони здоров'я як на регіональному, так і на державному рівнях [46]. Ефективна профілактика, що забезпечує добре організовану систему інфекційного контролю, є ключовим напрямком зниження частоти ускладнень, спричинених внутрішньолікарняними інфекціями, смертності від

нозокоміальних захворювань та соціально-економічних втрат. Внутрішньолікарняні інфекції в медичних закладах України щороку стають усе актуальнішою загрозою як для населення, так і для медичного персоналу. Ця невідома загроза, боротьба з якою триває десятиліттями, ускладнюється через постійне народження мільярдів мікроорганізмів із новими вадами, зокрема резистентних до антимікробних препаратів.

Однією з найбільших загроз, пов'язаних із внутрішньолікарняними інфекціями (ВЛІ), є спосіб їх передачі. Руки, як основний інструмент у діяльності людини, служать основним шляхом поширення збудників інфекцій у лікарняних приміщеннях. Крім того, патогенні мікроорганізми можуть бути перенесені за допомогою традиційного прибирального інвентарю, коли санітарний персонал, часто не усвідомлюючи це, завдяки їх розповсюдженню. За даними ВООЗ, ВЛІ є однією з провідних причин смертності серед госпіталізованих пацієнтів. Проблема має глобальний характер і поширена навіть у високорозвинених країнах, таких як США та Великобританія. Для боротьби з проявами ВЛІ лікарні закладають значні бюджетні витрати.

Інфекційний контроль – це система організаційних, профілактичних та протиепідемічних заходів, спрямованих на запобігання виникненню та поширенню інфекційних захворювань, пов'язаних із наданням медичної допомоги, що базується на даних епідеміологічного нагляду. Профілактика інфекцій та заходів інфекційного контролю є критичною для зменшення ризику передування збудників, а також для забезпечення готовності до можливих спалахів і запобігання їм [47].

З 2021 року в Україні діє наказ МОЗ №1614 від 03.08.2021 р. «Про організацію профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я та установах/закладах надання соціальних послуг/соціального захисту населення», [47] який регулює ключові аспекти інфекційного контролю.

Інфекційний контроль і профілактика інфекцій є основними питаннями громадського здоров'я, оскільки вони є основою для забезпечення безпеки медичної допомоги і зміцнення системи охорони здоров'я. Інфекційні хвороби, пов'язані з наданням медичної допомоги, а також епідемії та пандемії, що викликають міжнародну тривогу (наприклад, епідемія вірусу Ебола 2013–2016 років, пандемія грипу 2009 року чи захворювання 2019 року), підкреслюють заходи профілактичного та інфекційного контролю. ВООЗ вважає, що «доступ до послуг охорони здоров'я, організованих із надання мінімізації ризиків розвитку інфекцій, пов'язаних із наданням медичної допомоги, є одним із функцій прав людини» [48]

Реформа системи охорони здоров'я в Україні порушила чинну систему профілактики та інфекційного контролю, що вимагало термінових змін. У відповідь фахівці Центру громадського здоров'я та Міністерства охорони здоров'я розробили та затвердили Наказ МОЗ України від 03.08.21р №1614 «Про організацію профілактичного інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я та установах/закладах надання соціальних послуг/соціального захисту».[47]

Наказ закладає основу для поетапного впровадження цієї системи профілактики інфекцій та інфекційного контролю, включаючи створення в закладах охорони здоров'я окремого структурного підрозділу — відділу з інфекційного контролю.

З ухваленням наказу №1614 в Україні впроваджуються сучасні підходи до профільного, епідеміологічного нагляду та обліку інфекційних захворювань, пов'язаних із наданням медичної допомоги [47].

Основні напрями діяльності [47]

- Організація епідеміологічного спостереження та обліку інфекційних захворювань, пов'язаних із наданням медичної допомоги;

- Впровадження профілактичних заходів у ЗОЗ, які надають стаціонарну медичну допомогу;
- Покращення гігієни рук у закладах охорони здоров'я та соціального захисту;
- Впровадження системного адміністрування антимікробних препаратів у стаціонарних медичних установах;
- Створення та організація роботи відділу інфекційного контролю в ЗОЗ

Відділ інфекційного контролю є окремою структурною одиницею у закладах охорони здоров'я та установах/закладах соціального обслуговування або соціального захисту населення, незалежно від їхньої форми власності та підпорядкування.

Основна мета діяльності ВІК полягає в організації профілактики інфекцій та впровадженні інфекційного контролю в ЗОЗ/ЗСЗ. Це спрямовано на запобігання поширенню інфекційних захворювань, зокрема тих, що пов'язані з наданням медичних послуг, поширенню мікроорганізмів із антимікробною резистентністю та формування культури безпеки у зазначених закладах.

Відповідно до покладених функцій, ВІК виконує такі завдання:[47]

1. Розробляє плани дій/заходів для ЗОЗ/ЗСЗ відповідно до нормативно-правових актів у сфері профілактики інфекцій та інфекційного контролю.
2. Здійснює розрахунок і обґрунтування щорічного бюджету для реалізації цих планів.
3. Проводить моніторинг, оцінку та надає зворотний зв'язок щодо реалізації заходів з профілактики інфекцій та інфекційного контролю, покращення гігієни рук, профілактики інфекційних хвороб, пов'язаних із медичною допомогою, а також впровадження управління використанням антимікробних препаратів.

4. Проведення епідеміологічного нагляду та ведення обліку інфекційних захворювань у ЗОЗ/ЗСЗ відповідно до чинного законодавства.
5. Поширення сучасних знань у сфері профілактики інфекцій та інфекційного контролю, а також сприяння формуванню культури безпеки в ЗОЗ/ЗСЗ.
6. Підготовка звітів і надання консультацій керівництву, підрозділам та працівникам ЗОЗ/ЗСЗ щодо профілактики інфекцій, покращення гігієни рук, профілактики інфекційних захворювань, пов'язаних із наданням медичної допомоги, та застосування антимікробних препаратів.
7. Консультування з питань вибору та закупівлі обладнання й витратних матеріалів для забезпечення дотримання санітарних норм і впровадження заходів профілактики інфекцій та інфекційного контролю.
8. Розробка стандартних операційних процедур.
9. Впровадження нових клінічних протоколів з емпіричної антимікробної терапії та периопераційної антибіотикопрофілактики відповідно до вимог законодавства.
10. Проведення ретроспективного аудиту щодо правильності призначення антимікробних препаратів.
11. Організація навчання та перевірки знань персоналу ЗОЗ/ЗСЗ з питань профілактики інфекцій, покращення гігієни рук, профілактики інфекційних хвороб, пов'язаних із наданням медичних послуг, та раціонального використання антимікробних препаратів.
12. Надання керівництву ЗОЗ/ЗСЗ пропозицій щодо оптимізації робочого навантаження медичних працівників, укомплектування персоналу, а також раціонального розташування ліжок, приміщень, матеріалів і обладнання для забезпечення профілактики інфекцій та ефективного інфекційного контролю.
13. Розробка попереднього плану розслідування спалахів інфекційних захворювань, пов'язаних із наданням медичної допомоги, та заходів для запобігання їх поширенню.

14. Передача даних про споживання антимікробних препаратів до закладів громадського здоров'я, які здійснюють заходи з протидії антимікробній резистентності у межах відповідної адміністративно-територіальної одиниці.
15. Популяризація заходів з профілактики інфекційних захворювань серед персоналу ЗОЗ/ЗСЗ, пацієнтів і відвідувачів, а також співпраця з громадськими організаціями у цій сфері.
16. Виконання заходів інфекційного контролю за туберкульозом відповідно до Стандарту інфекційного контролю для закладів охорони здоров'я, що надають допомогу хворим на туберкульоз, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 1 лютого 2019 року № 287 і зареєстрованого у Міністерстві юстиції України 17 квітня 2019 року за № 408/33379.[10]

2.2. Впровадження нових напрямів епідеміологічного нагляду за інфекціями, які пов'язані з наданням медичної допомоги в КНП «МОКЛ» МОР

Сьогодні в Україні, у процесі реформування системи охорони здоров'я, заклади охорони здоров'я працюють у умовах, що вимагають максимально ефективного управління та раціональної фінансово-економічної діяльності. Основними напрямками реформування є зниження постійних витрат, підвищення ефективності використання наявних ресурсів, залучення додаткових позабюджетних джерел фінансування, підвищення конкурентоспроможності на ринку медичних послуг, а також впровадження сучасних маркетингових і інформаційних технологій. Заклади, які не зможуть

адаптуватися до нових умов, ризикують опинитися в ситуації, що унеможливило їх подальше функціонування.

Наразі перед закладами охорони здоров'я стоїть завдання розвивати свої потужності, мінімізувати слабкі сторони та ефективно використовувати свої переваги для уникнення загроз і реалізації нових можливостей. Це має ключове значення для планування їхньої діяльності. Необхідно визначити способи використання сприятливих умов для розвитку. Сильні та слабкі сторони медичного закладу визначають його здатність адаптуватися та ефективно використовувати можливості в конкурентному середовищі.

SWOT-аналіз широко використовується у сфері охорони здоров'я не лише для оцінки діяльності закладів охорони здоров'я, але й для аналізу впровадження профілактичних програм серед різних груп населення, а також нових методів діагностики та лікування.

Цей інструмент є незамінним при оцінці впровадження інноваційних технологій, які суттєво впливають на розвиток таких напрямів, як зміцнення здоров'я населення, створення сприятливих умов для самореалізації особистості, організація комфортного середовища проживання, підвищення продуктивності праці в системі охорони здоров'я та розширення спектра якісних медичних послуг.

SWOT-аналіз є важливою частиною бізнес-планування медичних закладів. Він передбачає розподіл факторів зовнішнього і внутрішнього середовища на чотири основні категорії:[50]

1. **Strengths (сильні сторони)** – внутрішні переваги закладу. Наприклад, наявність сучасного медичного обладнання, яке дозволяє надавати високоякісну медичну допомогу. Кваліфіковані лікарі, які застосовують передові методи лікування, також є ключовими перевагами.

2. **Weaknesses (слабкі сторони)** – внутрішні недоліки. До них належать необхідність удосконалення взаємодії між підрозділами лікарні, підвищення якості медичних послуг та впровадження ефективної системи контролю якості медичної допомоги.
3. **Opportunities (можливості)** – зовнішні перспективи розвитку. Наприклад, збільшення обсягів надання високоякісної медичної допомоги, розвиток науково-інноваційного напрямку через співпрацю з медичними університетами, а також розширення взаємодії із страховими компаніями.
4. **Threats (загрози)** – зовнішні виклики, які можуть впливати на діяльність. Серед них – складне фінансово-економічне становище, коливання курсу національної валюти та ризик неповного фінансування закупівлі сучасного закордонного діагностичного і лікувального обладнання.

SWOT-аналіз дозволяє медичним закладам краще оцінити свої можливості, уникнути загроз і розробити стратегії ефективного розвитку.

Комунальне некомерційне підприємство «Миколаївська обласна клінічна лікарня» Миколаївської обласної ради є закладом охорони здоров'я, який функціонує як комунальне унітарне некомерційне підприємство, що належить до спільної власності територіальних громад сіл, селищ та міст Миколаївської області. Заклад надає спеціалізовану медичну допомогу (стаціонарну та амбулаторну) всім особам у порядку та на умовах, визначених чинним законодавством України.[52]

КНП «МОКЛ» МОР має статус неприбуткового та засноване на спільній власності територіальних громад, інтереси яких представляє Миколаївська обласна рада в межах своїх повноважень, визначених законодавством України. Управління закладом здійснюється Миколаївською обласною радою як Засновником безпосередньо або через визначений нею орган управління.[52]

Координацію діяльності закладу в частині реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я забезпечує Миколаївська обласна державна адміністрація.[52]

У своїй роботі КНП «МОКЛ» МОР керується Конституцією України, Господарським і Цивільним кодексами України, чинними законами, постановами Верховної Ради України, актами Президента України та Кабінету Міністрів України, наказами та інструкціями Міністерства охорони здоров'я України, загальнообов'язковими нормативними документами інших центральних органів виконавчої влади, а також рішеннями Засновника та місцевих органів виконавчої влади.[52]

Лікарня знаходиться за адресою: вул. Київська, 1, Заводський район, м. Миколаїв, Миколаївський район, Миколаївська область, Україна, 54058;

Директор Шабільянова Ірина Володимірівна.

Статут КНП «МОКЛ» МОР затверджено рішенням Миколаївської обласної ради 15.08.24р.№ 11, відповідає чинному законодавству та державним вимогам щодо реєстрації та діяльності закладу.

В склад КНП «МОКЛ» МОР без статусу юридичної особи входять такі відокремлені структурні підрозділи:

філія «Центр шкірно-венерологічних захворювань та косметології», розташована за адресою : вул. Радісна, 2, Заводський район, м. Миколаїв, Миколаївський район, Миколаївська область, Україна, 54020;

філія «Центр стоматології та зубопротезування», розташована за адресою: вул. Панаса Саксаганського (Дунаєва), 39-А, , Заводський район, м. Миколаїв, Миколаївський район, Миколаївська область, Україна, 54017;

філія «Центр офтальмології та мікрохірургії ока», розташована за адресою: вул. Театральна, 10, Інгульський район, м. Миколаїв, Миколаївський район,

Миколаївська область, Україна, 54018;

філія «Центр водного лікування та реабілітації», розташована за адресою: вул. Велика Морська, 27, Центральний район, м. Миколаїв, Миколаївський район, Миколаївська область, Україна, 54030.

Миколаївська обласна клінічна лікарня здійснює господарську некомерційну діяльність, орієнтовану на досягнення медико-соціальних та інших результатів без мети отримання прибутку.

Головною метою діяльності лікарні є забезпечення медичного обслуговування населення шляхом надання спеціалізованої (стаціонарної та амбулаторної) медичної допомоги, зокрема екстреної (невідкладної), багатопрофільної допомоги, у порядку та обсягах, визначених чинним законодавством.

Для досягнення цієї мети КНП «МОКЛ» МОР здійснює такі види діяльності: створення спільно із Засновником та Уповноваженим органом умов, необхідних для забезпечення доступної та якісної багатопрофільної медичної допомоги; організація ефективного управління внутрішнім лікувально-діагностичним процесом; раціональне використання майна та інших ресурсів лікарні; медична практика з акушерства і гінекології, алергології, анестезіології, гастроентерології, гематології, гемодіалізу, генетики лабораторної, генетики медичної, дерматовенерології, дієтології, ендокринології, ендоскопії, інтенсивної терапії, кардіології, кардіохірургії, клінічної біохімії, клінічної лабораторної діагностики, комбустіології, косметології, лікувальної фізкультури, нейрохірургії, неврології, неонатології, нефрології, ортопедії і травматології, отоларингології, офтальмології, проктології, пульмонології, ревматології, рентгенології, рефлексотерапії, реаніматології, рентгенендоваскулярної хірургії, стоматології, торакальної хірургії, трансплантології, ультразвукової діагностики, урології, фізіотерапії, функціональної діагностики, щелепно-лицьової хірургії, хірургії, медичної реабілітації;

спеціалізована амбулаторно-поліклінічна та стаціонарна медична допомога відповідно до протоколів надання медичної допомоги та реабілітації хворих; придбання, перевезення, зберігання, використання для потреб Підприємства, знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та робота з джерелами іонізуючого випромінювання згідно з чинним законодавством; проведення медичних профілактичних оглядів; здійснення клінічних досліджень відповідно до укладених договорів на підставі чинного законодавства; господарська діяльність з матеріально-технічного забезпечення Підприємства, оснащення його сучасною апаратурою та обладнанням; власне будівництво, реконструкція, капітальний та поточний ремонт основних фондів ; участь у державних і регіональних програмах, спрямованих на скринінгові обстеження, профілактику, діагностику та лікування певних захворювань відповідно до вимог програм та чинного законодавства; виявлення проблемних аспектів надання спеціалізованої медичної допомоги в області та пошук шляхів їх вирішення; надання закладам охорони здоров'я області організаційно-методичної та консультативної допомоги згідно з їх профілем; проведення внутрішнього фінансового контролю; створення умов для реалізації міжнародних та національних проектів, наукових досліджень, упровадження інноваційних методів діагностики та лікування профільних захворювань у співпраці з Державною установою «Центр громадського здоров'я МОЗ України», науковими співробітниками спеціалізованих клінік і закладів, включаючи іноземних партнерів, на підставі договорів, контрактів чи меморандумів; організація і проведення конференцій, тренінгів, науково-практичних семінарів, зокрема на національному рівні та за участю міжнародних експертів; провадження зовнішньоекономічної діяльності у відповідності до чинного законодавства України; інформаційно-просвітницька діяльність серед населення для популяризації здорового способу життя; здійснення інших видів діяльності, не заборонених законодавством, з метою підвищення якості лікувально-діагностичних процесів, ефективного управління ресурсами, розвитку та вдосконалення кадрового потенціалу підприємства.

Можна зазначити, що в Україні на сьогодні сформована потужна законодавчо-правова база для управління закладами охорони здоров'я, зокрема КНП «МОКЛ» МОР. Діяльність таких закладів чітко регламентована, що забезпечує основу для реалізації організаційно-розпорядчих (адміністративних), соціально-психологічних та економічних методів управління.

Комунальне некомерційне підприємство «Миколаївська обласна клінічна лікарня» Миколаївської обласної ради Ліцензія на наркотичні засоби від 21.11.2019. Акредитація: сертифікат Серія МЗ №014723 від 18.12.2019. Укладено Договір з НСЗУ: №3488-E124-P000 від 07.02.2024 за 26 пакетом послуг, що дозволяє надавати медичну допомогу по широкому спектру патологічних станів.

– заклад розрахований на 510 ліжок:

Відділення алергології - 20 ліжок

Відділення гастроцентр - 30 ліжок

Відділення гематології - 35 ліжок

Кардіоцентр - 75 ліжок (60 кардіологічних і 15 ревматологічних)

Відділення неврології - 50 ліжок

Відділення пульмонології - 35 ліжок

ЦНД - 20 ліжок

Центр ендокринології - 30 ліжок

Відділення загальної хірургії - 30 ліжок

ВСХ (відділення судинної хірургії) - 30 ліжок

ВХС (відділення хірургічної стоматології) - 30 ліжок

Відділення отоларингології - 30 ліжок

ПЦ (перинатальний центр) - 50 ліжок

Відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги - 5 ліжок

Травматології та політравми - 20 ліжок.

Відділення реабілітації - 20 ліжок

У таких відділеннях як - кардіологічний центр, гастроентерологічний центр, центр нефрології і діалізу, відділення: алергологічне, пульмонологічне, ендокринологічне, гематологічне, неврологічне - лікарня надає терапевтичну допомогу.

У таких відділеннях як: відділення загальної хірургії; судинної та мікрохірургії; щелепно-лицевої хірургії та хірургічної стоматології; травматології та політравми, отоларингологічне та перинатальний центр – лікарня надає хірургічну допомогу.

Центр кардіології надає безкоштовну допомогу за основним пакетом медичних послуг «Медична допомога при гострому інфаркті міокарда». Щомісяця 24–26 пацієнтам з гострим інфарктом міокарда визначають термінову коронарографію зі стентуванням серцевих судин, що дозволяє зберегти м'яз, запобігти ускладненням та повторному інфаркту. У центрі також забезпечує установку постійних і тимчасових кардіостимуляторів.

Функціонують гастроентерологічний центр із кабінетом ендоскопії та ультразвукової діагностики, а також ендокринологічний центр із «Школою діабету» та кабінетом «Діабетична стопа».

У центрі нефрології та діалізу використовують сеанси гемодіалізу та перитонеального діалізу на базі КНП «МОКЛ» МОР і для використання із нирковою недостатністю.

Спеціалізовану допомогу також надають у гематологічному, пульмонологічному та алергологічному відділеннях.

Відділення неврології обслуговує потреби із гострою судинно-мозковою патологією в межах пріоритетного пакету «Медична допомога при гострому мозковому інсульті та консультації в стаціонарних умовах», що є безкоштовною для лікування. У разі ішемічного інсульту завершити термінову томографію головного мозку та застосувати тромболітичну терапію (для більшості протипоказань), що дозволяє зупинити загибель клітин мозку, уникнути інвалідності.

Лікарня надає ургентну допомогу за такими напрямками: хірургія, судинна та мікрохірургія, хірургічна стоматологія, отоларингологія, гінекологія, кардіологія, нефрологія (гемодіаліз).

Діагностичні можливості закладу постійно розширюються. З 2002 року функціонує кабінет комп'ютерної томографії, з 2004 — кабінет ангіографії, а з 2007 — кабінет магнітно-резонансної томографії.

У діагностичному центрі лікарні функціонують кабінети рентгенології, комп'ютерної томографії, магнітно-резонансної томографії, електрофізіології, спірометрії, ендоскопії, ультразвуку.

Амбулаторно-консультативна допомога в поліклініці надається лікарями більш ніж 20 спеціальностями, зокрема: кардіологія, ревматологія, неврологія, пульмонологія, нефрологія, алергологія, гематологія, гастроентерологія, ендокринологія, хірургія, судинна та мікрохірургія, хірургічна стоматологія, гінекологія, імунологія, дерматологія, травматологія, урологія, проктологія, ЛОР-захворювання, професійні захворювання.

Проведено SWOT аналіз лікарні щоб визначити ефективність управління – діяльності закладу КНП «МОКЛ» МОР (табл. 2.1.)

Слабкі та сильні сторони КНП «МОКЛ» МОР

Фактори успіху	КНП «МОКЛ» МОР +++	Клініка А +	Клініка В ++	Клініка С +
1.Кваліфікація медичного персоналі	У штаті працюють 6 лікарів к.м.н. +++	Інформація відсутня	У штаті 1 лікар к.м.н. +	У штаті 1 лікар к.м.н. +
2.Сучасне технологічне оснащення	МРТ, КТ, апарат наркозно-дихальний, інфузійний насос, каптограф, ендоскопи та ін. +++	Застаріле обладнання	Апарати лазерної корекції зору +	Інформація відсутня
3.Рівень сервісу	У 2023р. проведено 4663 операції, у тому числі 1654 сільським жителям. +++	Інформація відсутня	Інформація відсутня.	Інформація відсутня
4.Штатні лікарі	В лікарні працюють лікарі за 35 лікарськими спеціальностями. +++	10 лікарських спеціальностей ++	6 лікарських спеціальностей. +	15 лікарських спеціальностей ++
5.Наявність унікальних послуг	В кардіологічному центрі проводять – 34 орто коронарне шунтування. +++ Отопластика	Інформація відсутня	Інформація відсутня.	Інформація відсутня
6.Асортимент послуг	Із загального переліку послуг: операції на серці, на вухах, горлі, носі , судинах. +++	Загальна хірургія ++	Лазерна корекція зору, ленсектомія +	Інформація відсутня+
7.Наявність стаціонару та поліклініки	В структурі закладу працюють стаціонар і поліклініка. Стаціонар на 510 ліжок .+++	В структурі закладу працюють стаціонар і поліклініка ++	В структурі закладу працюють стаціонар і поліклініка. ++	В структурі закладу працюють стаціонар і поліклініка ++

Джерело: розроблено автором

З таблиці 1.1 можна побачити, що під час аналізу сильних і слабких сторін КНП «МОКЛ» МОР виявлено як переваги закладу (відкриття нових відділень, надання унікальних послуг, широкий спектр послуг, сучасне технологічне обладнання, високий рівень сервісу), так і недоліки (обмежена площа приміщень, потреба в додаткових інвестиціях). Проте, порівняно з іншими закладами охорони здоров'я, лікарня має низку значних переваг. Проведемо аналіз можливостей і загроз закладу як окремої самостійної одиниці охорони здоров'я.

Визначимо можливості та загрози лікарні для подальшої оцінки закладу за методикою SWOT (табл. 2.2)

Таблиця 2.2

Можливості та загрози КНП «МОКЛ» МОР

Можливості:	Загрози:
-покращення доступності медичних послуг;	-погіршення екологічної ситуації як у країні, так і в світі;
-розвиток профілактичного підходу;	-введення воєнного стану;
-задоволення потреб клієнтів у високотехнологічній медичній допомозі;	-високий рівень смертності серед осіб працездатного віку;
-запозичення міжнародного досвіду;	-інертність медичних закладів у співпраці з новими постачальниками;
-розширення спектру товарів і послуг;	-посилення податкового навантаження;
-вихід на нові цільові аудиторії;	-відсутність чіткої стратегії розвитку;
-можливість підвищення цін на медикаменти;	-лобіювання інтересів окремих клієнтів;
-зростання конкуренції серед клінік;	-висока ризикованість у сфері медицини, пов'язана з ускладненнями захворювань;
-встановлення міжнародного співробітництва;	-несприятлива економічна ситуація в країні;
-впровадження нових бізнес-моделей;	
-профілактика, раннє виявлення та	

<p>лікування онкологічних захворювань;</p> <p>-адаптація нормативно-правових актів до світових стандартів;</p> <p>-створення системи громадського здоров'я;</p> <p>-цифровізація галузі;</p> <p>-наявність власного інсулінового блоку;</p> <p>-функціонування стаціонару та поліклініки;</p> <p>-використання сучасного обладнання.</p>	<p>-відсутність нормативної бази та державної підтримки реєстрів потенційних донорів;</p> <p>-низький рівень оплати праці медичного персоналу, що знижує мотивацію;</p> <p>-недостатнє фінансування капітальних витрат у галузі;</p> <p>-затримки з постачанням ліків і вакцин за національними програмами;</p> <p>-небажання населення звертатися за медичною допомогою;</p> <p>-розвиток ускладнень через несвоєчасне лікування;</p> <p>-недостатня обізнаність громадян щодо надання першої домедичної допомоги та ранньої діагностики захворювань.</p>
--	--

Джерело: розроблено автором [52]

Аналізуючи дані таблиці 2.2., можна зробити висновок, що серед ключових можливостей лікарні виділяються такі нововведення, як комп'ютеризація закладу, впровадження міжнародного партнерства, використання закордонного досвіду, застосування сучасного обладнання та інноваційних технологій, зокрема мобільного додатку, а також розробка нової бізнес-моделі управління. Водночас існують і загрози, які здебільшого пов'язані з недостатньою обізнаністю населення, браком фінансування медичного закладу, затримками у постачанні медикаментів та ризиками, зумовленими воєнним станом.

Проведемо аналіз сильних та слабких сторін лікарні на основі отриманих даних (табл. 2.3)

Таблиця 2.3

SWOT-аналіз КНП «МОКЛ» МОР

<p>Сильні сторони (Strengths)</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Висока кваліфікація медперсоналу; ❖ Наявність унікальних послуг ; ❖ Орієнтованість на пацієнта ❖ Лояльність персоналу та пацієнтів 	<p>Слабкі сторони (Weaknesses)</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Лікувальні корпуси 1952,1955 та 1981 років забудови потребують реконструкції, а застаріле медичне обладнання - дороговартісного ремонту; ❖ Недостатня площа приміщень для дотримання санітарних вимог та відкриття нових відділень (кардіохірургії, трансплантології, урології, опікове, нейрохірургії, офтальмології, проктології) з урахуванням потреб населення
<p>Можливості (Opportunities)</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Достатньо територій для будівництва нових корпусів та розвитку авіа медицини; ❖ Розширення спектру послуг; ❖ Співпраця з провідними інститутами; ❖ Залучення інвесторів, у тому числі на умовах співфінансування 	<p>Загрози (Threats)</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Без додаткових інвестицій можливо лише оптимізація /об'єднання ліжкового фонду ; ❖ Зростання конкуренції; ❖ Жорсткі умови для надання медичних послуг за договором з НСЗУ за програмою медичних гарантій; ❖ Енергозатратність допоміжних служб та зростання цін на комунальні послуги; ❖ Обмежувальні карантинні заходи через поширення , респіраторних інфекцій.

Джерело: розроблено автором [52]

Проаналізувавши таблицю 2.3. робимо висновок, що серед слабких сторін лікарні, потрібно виділити такі, як: лікувальні корпуси вже застарі та потребують реконструкції, недостатня площа приміщень для відкриття нових відділень, значна частина обладнання вже застаріло, кадровий потенціал має низький відсоток оновлення , фінансування бажано покращити. Ці недоліки є дуже великим тягарем для розвитку лікарні .

У КНП «МОКЛ» МОР щорічно отримують стаціонарне лікування 12 000-17 000 пацієнтів, проводять від 4 000 до 5 000 операцій. Важливо, що КНП

«МОКЛ» МОР єдиний заклад в області, що увійшов в пілотний проект з трансплантології (Постанова КМУ від 15.07.20 № 649) та майже 50% від загальної кількості оперативних втручань виконуються лише у спеціалізованих відділеннях КНП «МОКЛ» МОР.

Так, у 2023 році усього проведено 4663 операції, у тому числі 1654 (35,5%) сільським жителям. Із загальної кількості операцій 683 - на серці, 535 - на вухах, горлі, носі та 992 - на судинах.

Починаючи з 24 лютого Миколаївська область постійно перебуває в зоні активних бойових дій і тому дуже актуальним є забезпечення населення комплексними медичними послугами. Високий професіоналізм працівників та ефективний управлінський менеджмент дозволили КНП «МОКЛ» МОР оперативно адаптуватися до роботи в умовах воєнного стану та безперервно, в режимі 24/7, продовжити надавати пацієнтам спеціалізовану медичну допомогу населенню за 22 пакетами Програми медичних гарантій відповідно до договору з НСЗУ.

Станом на цей час за своїми функціональними потужностями КНП «МОКЛ» МОР надає амбулаторну допомогу у консультативно-діагностичній поліклініці майже за 20 лікарськими спеціальностями та стаціонарну допомогу у 13 відділеннях (терапевтичного профілю - 335 ліжок, хірургічного—175) - за 15 лікарськими спеціальностями. За 6 місяців 2024 р. загалом у закладі стаціонарно проліковано 4508 пацієнтів, серед яких - 2725 (60,4%) госпіталізовано ургентно; проведено 1243 операцій, у тому числі 735 (59,1%) мешканцям сільських районів області.

Дуже вчасним та необхідним стало обладнання (апарат наркозно-дихальний, інфузійний насос та капнограф у комплекті з одноразовими адапторами), отримане закладом відповідно до розподілу.

Важливо, що згідно з укладеними з МОЗ договорами для медичного персоналу передбачено навчальні тренінги щодо використання даного обладнання.

Важливим кроком є реалізація проекту по відкриттю Лабораторії супроводу та трансплантології органів та інших матеріалів. А також відкриття відділення реабілітації.

Проаналізувавши всі сторони можна зробити висновок що, найважливішим стратегічним чинником є медичні працівники, які відіграють важливу роль у якості надання медичних послуг, тому саме медперсонал є найсильнішою стороною лікарні. Медичний персонал постійно підвищує свій професійний розвиток підвищуючи якість послуг. Сильною стороною лікарні є широкий спектр медичних послуг. А головне всі послуги згідно програми медичних гарантій надаються безкоштовно. Тому впровадження нових напрямків у розвитку лікарні є необхідним кроком, але будь-які зміни як завжди можуть супроводжуватись певним несприйняттям зі сторони колективу, а отже ризики мають місце.

Існують три основні групи збудників внутрішньолікарняних інфекцій, які циркулюють в лікарні:

1. Бактерії
2. Гриби
3. Віруси

Серед бактерій, що можуть викликати внутрішньолікарняні інфекції (ВЛІ), виділяють:

- Грампозитивні: стафілококи, стрептококи, ентерококи.
- Грамнегативні: клебсієла, ешеріхія, протей, види ентеробактера, сине гнійна паличка, акінетобактер та ін.

Приблизно 20% усіх відомих збудників ВЛІ характеризуються множинною лікарською резистентністю, що суттєво підвищує рівень смертності від інфекцій, спричинених такими бактеріями.

Віруси становлять найменшу частку у розвитку ВЛІ — за даними різних досліджень, їх частота коливається від 1% до 5%. Найбільш відомі віруси, які спричиняють ВЛІ: збудники гепатиту В і С, ВІЛ-інфекції, цитомегаловірус, віруси простого герпесу та грипу.

Фактори, що сприяють виникненню внутрішньолікарняних інфекцій:

- Формування госпітальних штамів мікроорганізмів із високою вірулентністю та множинною лікарською стійкістю до антибіотиків. Ці штами мають селективні переваги та підвищену стійкість до впливу зовнішніх факторів (ультрафіолетове випромінювання, висушування, дезінфекційні засоби). Здатність до утворення таких штамів притаманна всім умовно-патогенним бактеріям.
- Нерозумне застосування антибіотиків та відсутність належного контролю за розповсюдженням штамів стійких до ліків. Високий рівень носіїв серед медичного персоналу, зокрема золотистого стафілокока.
- Створення великих медичних комплексів із характерною екологією: велика скупченість пацієнтів у стаціонарах і поліклініках, переважання ослаблених пацієнтів, замкнені приміщення (палати, процедурні кабінети тощо).
- Госпіталізація значної кількості пацієнтів із нерозпізнаними інфекційними хворобами або носіїв стертих форм інфекцій.
- Укорінені стереотипи серед клініцистів, які часто сприймають інфекційно-обумовлені стани (наприклад, пневмонію, пієлонефрит, запальні захворювання шкіри або підшкірної клітковини) як неінфекційну патологію, що призводить до несвоечасного або повного ігнорування профілактичних і протиепідемічних заходів.

Таблиця 2.4

Фактори виникнення внутрішньо лікарняних інфекцій.

Вхідні ворота	Частота виникнення	Особливості
Інфекція центрального венозного катетера	За даними статистики в США даний вид ВЛІ зустрічається в 55% пацієнтів, які лікуються в відділеннях інтенсивної терапії	Збудниками інфекції найчастіше виступають — <i>S. Aureus</i> , стрептококи, кишкова паличка, ентерококи, грибки роду <i>кандіда</i> . Виникає на фоні встановленого центрального венозного катетера та є інфекцією, якій можна запобігти. Факторами ризику розвитку захворювань є: з боку організму пацієнта — імунодефіцитні стани, похилий вік, наявна важка супутня патологія, захворювання, що супроводжуються нейтропенією зовнішні фактори — тривала госпіталізація пацієнта до постановки катетера тривалий час встановленого

<p>Інфекція на фоні катетера сечового міхура</p>	<p>Одноразова катетеризація сечового міхура спричиняє інфекцію в 1—3% випадків та зростає на 3—10% щодня.</p>	<p>Розвивається на фоні встановленого на тривалий час сечового катетера, що є критичним фактором.</p> <p>Ще одним критичним фактором є порушення медичним персоналом правил асептики при постановці сечового катетера та догляду за ним.</p> <p>Вищий ризик розвитку інфекції мають жінки, пацієнти похилого віку, які страждають на цукровий діабет, цереброваскулярні захворювання. Має значення порушення протоколу застосування антибіотиків впродовж останніх 90 днів. Розрізняють: позапросвітні інфекції- бактерії розвиваються на зовнішній поверхні катетера; внутрішньопросвітні — виникає у випадку, коли розвивається стаз сечі спричинений блокуванням дренажу; інфекція поширюється у висхідному напрямку по внутрішній поверхні сечового катетера</p> <p>Найчастішими збудниками інфекцій на фоні катетера сечового міхура є кишкова паличка, ентерококи, клебсієла, грибки роду кандіда.</p>
--	---	--

Продовження таблиці 2.4

<p>Інфекції шкіри та м'яких тканин поблизу ділянки оперативного втручання</p>	<p>Виникає в 2—5% пацієнтів після оперативного втручання.</p>	<p>Інфекція розвивається зазвичай впродовж 30 днів після оперативного втручання. Мікрофлора до рани може потрапити з поверхні шкіри, ШКТ, жіночих статевих органів.</p> <p>Ризик інфікування підвищується за наявності наступних факторів:</p> <ul style="list-style-type: none"> • тривалий час операції • гіпотермія чи гіповолемія під час операції • гіпоксемія • якщо оперативне втручання проводиться за ургентними показами • декілька оперативних втручань одночасно <p>наявність імунодефіцитних станів у пацієнта</p>
---	---	--

Лікарняна пневмонія/ вентиляторна пневмонія	Розвивається приблизно в 5—15% пацієнтів, які перебувають на штучній вентиляції легень.	<p>Причиною виникнення інфекції є аспірація інфікованого матеріалу, вдихання забрудненого аерозоллю, транслокація бактерій та поширення збудників гематогенно.</p> <p>Сприйнятливість до інфекції вища у пацієнтів з супутньою патологією, імуносупресивними станами, вік старше 70 років, дисфагія, перенесені нещодавно абдомінальна чи торакальна операція.</p> <p>Ризик розвитку вентиляторної пневмонії високий, оскільки пацієнт тривалий час перебуває в лежачому положенні; повторна інтубація через погіршення стану пацієнта підвищує ризик ускладнень.</p> <p>В переважній частині випадків пневмонія спричинена <i>S. aureus</i>, <i>P. aeruginosa</i>, грибки роду <i>Candida</i>, <i>Klebsiella oxytoca</i> і <i>pneumoniae</i>, види <i>Streptococcus</i> і види <i>Enterobacter</i>.</p>
Кишкові інфекції	7—12% всіх внутрішньолікарняних інфекцій	Хвороба в переважній частині випадків спричинена <i>C. difficile</i> . фактором виникнення є використання антибіотиків. Ризик підвищується у пацієнтів з низькою кислотністю шлункового соку.

Джерело: розроблено автором [53]

Тому одним із важливих напрямків впровадження є гігієна рук.

Візуально подивившись на наших медичних працівників, на їхні руки і побачивши (манікюр, прикраси) можна зробити висновок, як наші медичні працівники дотримуються гігієни рук.

Найбільш ефективний метод у закладі охорони здоров'я-це дотримання керівником закладу, як прикладу та всієї адміністрації закладу. Тобто потрібно впроваджувати гігієну рук з себе.

Вимоги:

- короткі нігті 0,5см;
- нігті не можна покривати будь-яким лаком;
- обручки не можна носити;
- зап'ястя мають бути вільними.

Для впровадження практик гігієни рук, як основу, проведено базову оцінку інфраструктури закладу:

1. Наявність теплої води;
2. Наявність раковин;
3. Наявність мила, антисептику;
4. Рушників одноразових паперових;
5. Диспенсерів.

Після аналізу інфраструктури було організовано у закладі навчання та розроблення навчальних програм:

1. СОП « Гігієнічна обробка рук»
2. СОП « Хірургічна обробка рук»

Обов'язковим кроком було оцінити знання працівників та щоб гігієна рук у закладі стала значимою було розроблено два підходи:

1. Процедуру допуску до своїх професійних обов'язків;
2. Прописано вимогою дотримання норм і правил профілактики інфекцій інфекційного контролю у посадових інструкціях.

Після проведеної роботи, працівниками відділу інфекційного контролю було проведено моніторинг дотримання гігієни рук у закладі та зроблено порівняльну характеристику з попередніми роками.

Таблиця 2.5

Моніторинг дотримання гігієни рук 2022 рік. (6 медпрацівників)

Назва відділення	Миття рук з милом (6 раз)	Обробка рук антисептиком (15 раз)	Хірургічна обробка рук (2 рази)	Перевірка знань (6 чол.)	Всього	% дотримання
ЧЛХ	2	3	12	6	23	9,1
ЛОР	3	4	12	6	25	9,9
Заг.хірургія	5	5	12	6	28	11,1
Суд.хірургія	5	6	12	6	29	11,5
Перин.центр	1	4	12	6	23	9,1
Травматологія	2	4	12	6	24	9,5
Кардіоцентр	3	5	12	6	26	10,3

Джерело: розроблено автором

Згідно даних, що представлені можна зробити наступний аналіз:

1. Розподіл виконання заходів гігієни рук по відділеннях:

- ЧЛХ: Найнижчий показник дотримання гігієни рук (9,1%).
- ЛОР: Показник дотримання трохи вищий (9,9%).
- Загальна хірургія: Показник підвищується до 11,1%.
- Судинна хірургія: Найвищий рівень дотримання серед відділень (11,5%).
- Перинатальний центр: Разом із ЧЛХ має найнижчий показник (9,1%).
- Травматологія: Середній показник дотримання (9,5%).
- Кардіоцентр: Один із вищих показників (10,3%).

2. Порівняння заходів гігієни рук:

- Миття рук з милом: Найменш використовуваний метод (зазвичай 1–5 разів у відділеннях).

- Обробка рук антисептиком: Використовується трохи частіше, але також у невеликій кількості (3–6 разів).
- Хірургічна обробка рук: У всіх відділеннях виконувалася найчастіше — по 12 разів.
- Перевірка знань: Охоплює всіх медпрацівників (6 осіб у кожному відділенні).

3. Загальний рівень дотримання:

- У середньому показник дотримання гігієни рук складає близько 10%. Це дуже низький рівень для стандартів інфекційного контролю.

4. Можливі причини низьких показників

- Недостатня кількість гігієнічних процедур (зокрема миття рук з милом та антисептиком).
- Можливі прогалини в навчанні або мотивації персоналу.
- Обмежений доступ до засобів гігієни.

Провівши аналіз було надано рекомендації : підвищення обізнаності: проведення тренінгів з акцентом на важливості кожного етапу гігієни рук, частіший контроль: збільшити частоту моніторингу дотримання правил, покращення забезпечення: забезпечити легкий доступ до антисептиків та мила в кожному відділенні, мотивація персоналу: впровадити систему заохочень для дотримання гігієнічних норм.

Моніторинг дотримання гігієни рук 2023 рік.(6 медпрацівників)

Назва відділення	Миття рук з милом (6 раз)	Обробка рук антисептиком (15 раз)	Хірургічна обробка рук (2 рази)	Перевірка знань (6 чол.)	Всього	% дотриман о
ЧЛХ	12	18	12	6	48	19,0
ЛОР	18	24	12	6	60	23,08
Заг.хірургія	12	24	12	6	54	21,4
Суд.хірургія	24	30	12	6	72	28,5
Перин.центр	12	24	12	6	54	21,4
Травматологія	24	30	12	6	72	28,5
Кардіоцентр	18	30	12	6	66	26,1

Джерело: розроблено автором.

Аналіз даних за 2023 рік демонструє значне покращення показників дотримання гігієни рук у порівнянні з попереднім роком. Ось основні висновки:

1. Загальні показники дотримання гігієни рук:

- Усі відділення продемонстрували значне зростання загального рівня дотримання гігієни.
- Середній відсоток дотримання зріс до близько 23% (проти ~10% у 2022 році)

2. Порівняння між відділеннями:

- ЧЛХ: Найнижчий рівень дотримання у 2023 році — 19%, хоча це майже вдвічі краще, ніж у 2022 році.
- ЛОР: Значне зростання — 23,08%, що майже в 2,5 рази більше порівняно з попереднім роком.
- Загальна хірургія та Перинатальний центр: Мають однакові показники (21,4%), що свідчить про сталі покращення.
- Судинна хірургія та Травматологія: Досягли найвищих результатів — 28,5%.
- Кардіоцентр: Зайняв друге місце з показником 26,1%.

3. Аналіз використання заходів гігієни:

- Миття рук з милом: Зросло в кожному відділенні (12–24 рази). Це значний приріст у порівнянні з 2022 роком.
- Обробка рук антисептиком: Значно збільшено частоту (18–30 разів), що відповідає сучасним стандартам інфекційного контролю.
- Хірургічна обробка рук: Залишилась на стабільному рівні (12 разів у кожному відділенні).
- Перевірка знань: Знову охоплено 100% медпрацівників (6 осіб у кожному відділенні).

4. Динаміка покращення:

- У порівнянні з 2022 роком, спостерігається подвоєння та навіть потроєння показників у всіх відділеннях.
- Найбільший прогрес у Судинній хірургії, Травматології та Кардіоцентрі.
- Найменший прогрес у ЧЛХ, але навіть тут результати помітно зросли.

5. Причини покращення:

- Ефективність навчання: Більш успішна перевірка знань серед медперсоналу.
- Більша увага до антисептичної обробки: Збільшення використання антисептика вказує на посилення контролю інфекцій.
- Покращення умов: Ймовірно, відбулося підвищення доступності засобів гігієни.

Рекомендації для подальшого вдосконалення: укріпити навчання в ЧЛХ: організувати додаткові тренінги та посилити моніторинг, успіх закріпити: У відділеннях із найкращими показниками підтримувати досягнутий рівень через регулярний контроль і мотивацію, моніторинг прогресу: продовжити регулярний аналіз даних, щоб забезпечити сталість результатів.

Показники 2023 року демонструють значний прогрес у дотриманні гігієни рук у всіх відділеннях. Продовження цілеспрямованих зусиль може сприяти досягненню ще кращих результатів.

Таблиця 2.7

Моніторинг дотримання гігієни рук 2024 рік.(6 медпрацівників)

Назва відділення	Миття рук з милом (6 раз)	Обробка рук антисептиком (15 раз)	Хірургічна обробка рук (2 рази)	Перевірка знань (6 чол.)	Всього	% дотримано
ЧЛХ	24	42	12	6	84	33,3
ЛОР	18	42	12	6	78	30,9
Заг.хірургія	30	36	12	6	84	33,3
Суд.хірургія	36	36	12	6	90	36,0
Перин.центр	30	42	12	6	90	36,0
Травматологія	36	42	12	6	96	38,0
Кардіоцентр	24	36	12	6	78	30,9

Джерело: розроблено автором.

Аналіз даних за 2024 рік демонструє подальший значний прогрес у дотриманні гігієни рук у всіх відділеннях. Основні висновки та тенденції наведені нижче:

1. Загальні показники дотримання гігієни рук:

- Середній рівень дотримання гігієни у 2024 році зріс до ~34%, що є значним покращенням порівняно з 2023 роком (~23%).
- У всіх відділеннях спостерігається значне зростання кількості виконаних процедур.

2. Порівняння між відділеннями:

- ЧЛХ: Показник зріс до 33,3%, що є одним із найкращих результатів за всі роки.
- ЛОР та Кардіоцентр: Мають однаковий рівень — 30,9%, що також значно вище у порівнянні з попередніми роками.

- Загальна хірургія: Показник досяг 33,3%, на рівні з ЧЛХ.
- Судинна хірургія та Перинатальний центр: Обидва показали високий рівень — 36%.
- Травматологія: Найвищий показник серед усіх відділень — 38%.

3. Аналіз використання заходів:

- Миття рук з милом: Частота значно зросла (18–36 разів у різних відділеннях).
- Обробка рук антисептиком: Використовується найчастіше (36–42 рази), що відповідає рекомендаціям ВООЗ.
- Хірургічна обробка рук: Стабільний показник (12 разів у кожному відділенні).
- Перевірка знань: 100% охоплення персоналу зберігається, що підтверджує ефективність навчання.

4. Динаміка покращення

- У 2024 році рівень дотримання у відділеннях зріс у середньому на 10–12% у порівнянні з 2023 роком.
- Травматологія: Найбільший прогрес (38%).
- ЛОР та Кардіоцентр: Хоча показники покращилися, вони залишаються найнижчими серед відділень (30,9%).

5. Причини покращення

- Підвищення обізнаності: Регулярне навчання та контроль знань персоналу.
- Посилений моніторинг: Збільшення частоти спостережень і аудитів.
- Кращі умови: Ймовірно, відбулося забезпечення більшого доступу до засобів гігієни.

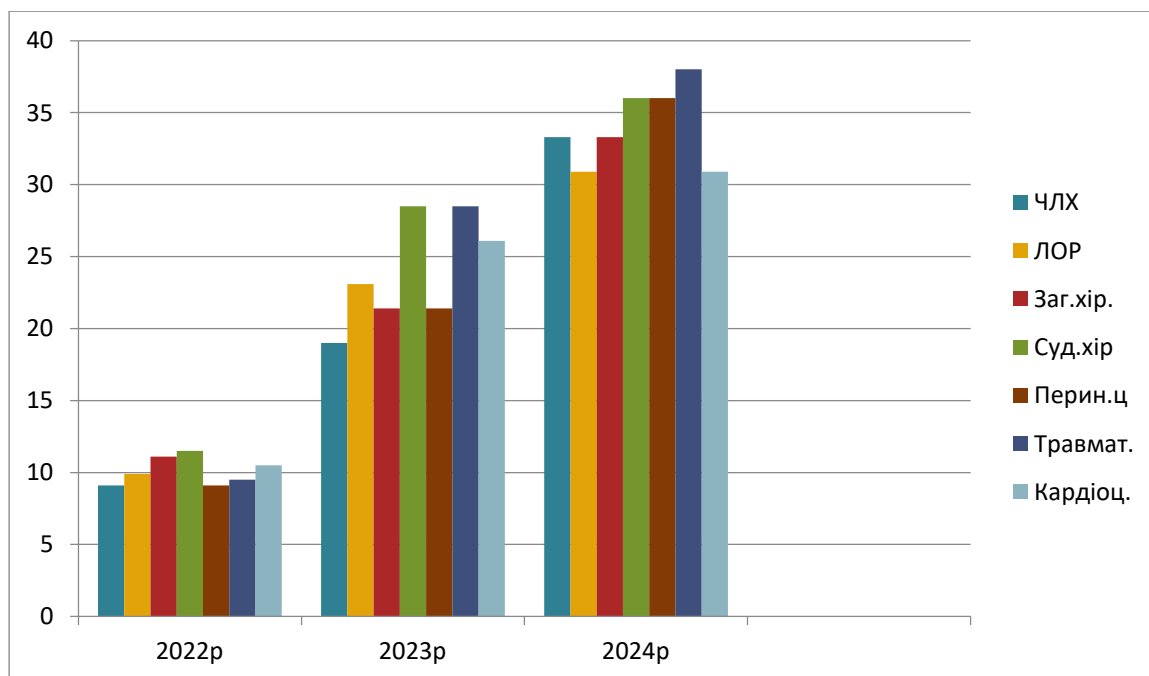
Рекомендації для подальшого вдосконалення: підтримання досягнутих результатів: регулярно проводити тренінги та контролювати якість виконання заходів, фокус на ЛОР та кардіоцентр: збільшити увагу до цих відділень для усунення причин нижчих показників, розширення обробки антисептиком: посилити акцент на обробці рук антисептиком, яка є основою сучасного інфекційного контролю, розробка мотиваційної програми: для медпрацівників, які демонструють високий рівень дотримання правил.

У 2024 році досягнуто найкращих результатів за три роки моніторингу. Прогрес вражає, однак є відділення, які потребують додаткової уваги. Це дозволить зберегти та покращити загальний рівень дотримання гігієни рук у майбутньому.

Провівши аналіз дотримання гігієни рук на протязі трьох років побудуємо діаграму.

Рис.2.1

Моніторинг дотримання гігієни рук на протязі 2022-2024рр.



Джерело: розроблено автором.

За результатами моніторингу видно, що дотримання гігієни рук демонструє змінну динаміку впродовж аналізованого періоду. Можна виділити такі ключові аспекти:

1. Позитивна динаміка: У певні періоди спостерігалось покращення показників, що може бути пов'язано з посиленням інформування, проведенням навчань, впровадженням стандартів або сезонними кампаніями, спрямованими на покращення гігієнічних практик.
2. Виклики та зниження: Іноді показники падали, що могло бути зумовлено зниженням контролю, недостатньою мотивацією персоналу або порушенням постачання засобів гігієни.
3. Стійкість до змін: Загальний тренд демонструє прагнення до стабільного рівня дотримання гігієни, але є місця для подальшого вдосконалення.

Отже, для забезпечення сталого покращення необхідно регулярно проводити моніторинг, підвищувати обізнаність персоналу, покращувати матеріально-технічне забезпечення та застосовувати інноваційні методи мотивації. Особливу увагу варто приділяти періодам зниження, аналізуючи причини та усуваючи їх.

Цей моніторинг є цінним інструментом для формування ефективної політики з гігієни рук.

Не менш важливим напрямом впровадження є нагляд за катетер-асоційованими інфекціями кровотоку.

Інфекції, пов'язані з використанням внутрішньосудинних катетерів, відіграють важливу роль серед внутрішньо-лікарняних інфекцій, пов'язаних з наданням медичної допомоги (ІПМД), і часто трапляються в медичній практиці. За даними ECDC, інфекції кровотоку посідають друге місце серед ІПМД у

хворих відділень інтенсивної терапії в Європейському регіоні. Понад третину зареєстрованих інфекцій кровотоку (37%) було пов'язано з використанням внутрішньо судинних катетерів [54]. За даними Центрів з контролю та профілактики захворювань в США (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) у 2022 році було зареєстровано 21 420 випадків ЦВК-асоційованих інфекцій у лікарнях невідкладної допомоги загального профілю [55]. Відповідно до результатів пілотного дослідження ОРІПНМД, проведеного в п'яти регіонах України, поширеність ІПМД склала 5,7 % у 2022 році проти показника офіційно зареєстрованої поширеності ІПМД у 2021 році - 0,035 %. За даними цього дослідження інфекції кровотоку склали лише 2,3 % [56], хоча міжнародний досвід свідчить, що кількість інфекцій кровотоку, в тому числі катетер-асоційованих, є набагато більшою [57]. За даними власних досліджень визначено, що в 2019-2021 роках в КНП «МОКЛ» МОР не було зареєстровано жодного інфекційного ускладнення, що, вірогідно, пов'язано з гіподіагностикою ІПВК [58]. ІПВК клінічно можуть протікати у вигляді місцевих ускладнень (в тому числі, флебіту) або генералізованої інфекції крові, більш відомої у вітчизняній науковій та навчально-методичній літературі як «катетер-асоційована інфекція крові» чи «КАІК» [59]. Термін «КАІК» здебільшого використовують для позначення інфекції кровотоку, пов'язаної з ЦВК, однак периферичні судинні катетери також можуть бути вхідними воротами для патогенів та причиною генералізованої інфекції крові [60-61].

За даними Центрів контролю та профілактики захворювань США (CDC), у 2022 році в лікарнях невідкладної допомоги загального профілю було зареєстровано 21 420 інфекційних випадків, асоційованих із центральними венозними катетерами (ЦВК) [55]. У пілотному дослідженні ОРІПНМД, проведеному в п'яти регіонах України, розширення інфекцій, пов'язаних із наданням медичної допомоги (ІПМД), у 2022 році становило 5,7%, що значно перевищило офіційно зареєстрований показник 2021 року — 0,035%. За цими дослідженнями інфікування кровотоку склали лише 2,3% [56], тоді як

міжнародний досвід показує значно вищу частоту таких інфекцій, включно з катетер-асоційованою[57]

Згідно з результатами власних досліджень, у КНП «МОКЛ» МОР у 2019–2021 роках не було зареєстровано жодного випадку інфекційних ускладнень, що, ймовірно, свідчить про невірну діагностику ППВК [58]. Інфекції, пов'язані з внутрішньо-судинними катетерами (ППВК), можуть проявлятися як локальні ускладнення (наприклад, флебіт) або як генералізована як інфекція кровотоку, більш відомо в українській науковій та навчальній літературі під терміном «катетер-асоційована інфекція крові» (КАІК) [59].

Хоча термін «КАІК» зазвичай використовується для визначення інфекцій кровотоку, пов'язаних із центральними венозними катетерами, периферичні судинні катетери також можуть бути джерелом проникнення патогенів і спричинити генералізовану інфекцію крові.

Згідно з рекомендаціями Американського товариства з інфекційних хвороб (Infectious Diseases Society of America, IDSA) [65], для діагностики та лікування інфекцій, пов'язаних із внутрішньосудинними катетерами (ППВК), виділяється кілька клінічних визначень: «колонізований катетер», «флебіт», «інфекція місця введення катетера», «тунельна інфекція», «карманна інфекція», «інфекція кровотоку, пов'язана з інфузатом», а також «катетер-асоційована інфекція кровотоку», (таблиця 2.8)

Клінічні визначення ІПКВ (відповідно до IDSA)

№ з/п	Клінічні визначення ІПКВ (відповідно до IDSA)	Клінічне визначення (діагностичні критерії)
1	колонізований катетер / catheter colonization	значний ріст > 1 мікроорганізму в кількісній або напівкількісній культурі з кінчика судинного катетера, підш кірного сегмента катетера або павільйону катетера
2	флебіт / phlebitis	ущільнення або почервоніння, локальне підвищення температури та біль або болю чість уздовж ділянки катетеризованої або нещ одавно катетеризованої вени
3	мікробіологічна інфекція місця введення катетера / microbiological exit site infection	ексудат у місці введення судинного катетера містить м ікроорганізм з або без супутньої інфекції кровотоку
4	клінічна інфекція місця введення катетера / clinical exit site infection	почервоніння, ущ ільнення та / або болю чість в межах 2 см від місця виходу катетера; може бути пов'язана з іншими ознаками та симптомами інфекції, таким як лихоманка або гнійний дренаж, що виходить з місця установки катетера, з або без супутньої інфекції кровотоку
5	тунельна інфекція / tunnel infection	болю чість, почервоніння та / або ущ ільнення > 2 см від місця катетеризація, вздовж підш кірного ходу тунельного катетера (наприклад, катетера Х ікм ана або Бровіака) з або без супутньої інфекції кровотоку

№ п.п	Клінічні визначення ІПКВ (відповідно до IDSA)	Клінічне визначення (діагностичні критерії)
6	карманна інфекція / pocket infection	інфікована рідина в підшкірному кармані повністю імплантованого внутрішньосудинного пристрою ; часто асоціюється з болем, почервонінням та / або ущільненням у кармані; спонтанний розрив та дренивання, або некроз шкіри, що знаходиться вище, з або без супутньої інфекції кровотоку
7	інфекція кровотоку, що пов'язана з інфузатом / infusate related bloodstream infection	ріст одного і того ж мікроорганізму в інфузійному розчині та культурі крові, отриманої через шкірно безінструментальне ідентифікованого джерела інфекції
8	катетер-асоційована інфекція кровотоку / catheter related bloodstream infection	бактеріємія або фунгемія у пацієнта з внутрішньосудинним пристроєм та > 1 позитивним результатом гемокультури, отриманої з периферичної вени, клінічними проявами інфекції (наприклад, лихоманкою, ознобом та / або гіпотензією) та відсутністю іншого явного джерела інфекції кровотоку (за винятком катетера). Має бути присутнім один з наступних критеріїв: - позитивний результат напівкількісного (> 15 КУО на сегмент катетера) або кількісного (> 102 КУО на сегмент катетера) дослідження культури мікроорганізмів, при якому один і той самий вид збудника виділяють із сегмента катетера та крові, відібраної через

		<p>периферичну вену; - співвідношення мікробних клітин у гемокультурах, відібраних одночасно через катетер та периферичну вену складає > 3:1 КУО /мл крові; - диференціальний час до позитивного результату (ріст мікроорганізмів у зразку крові, отриманій через катетер, виявляється автоматизованою системою принаймні на 2 години раніше, ніж у зразку крові такого ж об'єму, одночасно взятої з периферичної судини)</p>
--	--	--

Джерело: сформовано автором [65]

У контексті зростання стійкості мікроорганізмів до лікарських препаратів особливо занепокоєння викликають випадки ППК, спричинені антибіотикорезистентними штамми збудників. Такі інфекції не тільки завдають значних економічних збитків закладам охорони здоров'я, але й значно погіршують прогноз для здоров'я та життя населення.

Дослідження Е. Jokinen та співавторів (2017) показало, що бактеріємія, викликана метицилін-резистентними штамми *Staphylococcus aureus*, найчастіше пов'язана з наданням медичної допомоги, зокрема, з використанням ЦВК. Смертність протягом 28 днів при метицилін-резистентній стафілококовій-бактеріємії вище в 1,6 разів, ніж при бактеріємії, спричиненій штамми *S. aureus*, які продукують пеніциліназу [62].

Працівниками відділу інфекційного контролю розроблено комплекс заходів з профілактики катетер-асоційованих інфекцій кровотоку. Розроблено СОП «Комплекс заходів з профілактики катетер-асоційованих інфекцій кровотоку», в якому чітко прописано всі дії медичних працівників. Згідно СОП проведено навчання по відділеннях.

Для оцінки рівня знань, та практик постановки судинних катетерів для медичних працівників розроблено опитувальник, який дозволяє виявити прогалини у їх фаховій підготовці при роботі та догляді за судинними катетерами.

А саме[47]:

1. Використання бар'єрних засобів- при встановленні центрального венозного катетера або зміни центрального катетера по провіднику застосовуються максимальні стерильні бар'єрні заходи:

- 1) Стерильний халат;
- 2) Стерильні рукавички;
- 3) Хірургічна маска;
- 4) Шапочка;
- 5) Стерильна серветка, що накриває усе тіло пацієнта.

2.Оцінка необхідності у ЦВК- проводиться щоденно . У разі відсутності потреби у катетері –катетер видаляється.

3.Догляд за катетером – для захисту місця встановлення периферичного або центрального венозного катетера використовують стерильні прозорі клейкі напівпроникні пов'язки.

4.Оцінка місця встановлення катетера – проводиться щоденно.

5.Заміна подовжувачів інфузійних магістралей, краників, систем для інфузій – якщо пацієнти не отримують компоненти крові або жирові емульсії для парентерального харчування, пристрої для інфузії замінюють не рідше, ніж кожні 96 годин, а пацієнти які отримують компоненти крові або жирові емульсії для парентерального харчування, пристрої для інфузії замінюють не рідше ніж кожні 24 години.

Розглянемо інфекції що пов'язані із постановкою внутрішньо судинного катетера. Форми проявлення:[47]

1. Локальної (місцевої) інфекції- у місці постановки катетера, тунельна інфекція, яка вражає шкіряні покриви, та підшкірну клітковину по ходу введення катетера у центральних венах.

2. Генералізованої (інфікування крові)- зазвичай бактеріальною мікрофлорою. Найчастіше це: коагулазонегативні стафілококи (*St. epidermidis*), коагулазопозитивні стафілококи, ентерококи, дріжджові гриби, ентеробактерії.

Пацієнти що відносяться до груп ризику відділень анестезіології, реанімації та інтенсивної терапії ВАРІТ, що обумовлено частими введеннями декількох катетерів, використання катетерів, їх встановлюють у більшості випадків пацієнтам відділення реанімації і пов'язані з високими ризиками, тому що катетер може стояти певний час, а також фактом постановки катетерів у надзвичайних умовах:

- Гемодіалізні пацієнти;
- Хворі на онкологічні хвороби;
- Прооперовані пацієнти.

До факторів ризику катетер-асоційованих інфекцій кровотоку у відділеннях КНП «МОКЛ» МОР відноситься [47]:

- коли пацієнт довго перебуває в стаціонарі;
- катетер стоїть набагато довше рекомендованого часу ;
- місце введення катетера має високий ризик колонізації мікроорганізмами;
- катетер встановлено у внутрішньо яремну вену;
- постановка катетера у стегнову вену дорослих;
- нейтропенія;
- невиношеність;
- у відділенні не вистачає медичного персоналу;
- пацієнти на парентеральному харчуванні ;
- невірний догляд за катетером ;
- під час переливання крові у дітей.

Фахівцями відділу інфекційного контролю розроблено метод оцінки епідемічної ситуації щодо катетер-асоційованого інфекційного кровотоку (КАІК) у відділенні закладу. Цей метод дає змогу індивідуально для кожного відділення визначити поточний епідемічний стан з урахуванням забезпечення

медичним персоналом, рівня заповненості відділення, тяжкості стану хворих та особливостей їх лікування.

На основі отриманих даних фахівці з інфекційного контролю можуть приймати обґрунтовані рішення щодо обсягів додаткових мікробіологічних досліджень у лікарні, зокрема мікробіологічних досліджень судинних катетерів. Результати проведеної роботи відображено в таблиці 2.9.

Таблиця 2.9

Аналіз по відділеннях КНП «МОКЛ» МОР на КАІК

Назва відділення	2022 р.			2023 р.			2024 р.		
	ЦВК	КАІК	%	ЦВК	КАІК	%	ЦВК	КАІК	%
ЩЛХ	10	3	30	12	4	33.3	8	0	0
Заг.хірургія	33	8	24.2	42	12	28.6	40	1	2.5
Судин.хір.	13	2	15.4	15	2	13.3	14	0	0
ЦНД	42	12	28.6	40	13	32.5	44	1	2.3
ЛОР	12	3	25	15	6	40	16	0	0
Кардіоцент р	24	6	25	28	9	32.1	29	0	0
Всього	143	34	25.4	152	46	30.3	151	2	1.3

Джерело: сформовано автором

Аналіз по відділеннях КНП «МОКЛ» МОР на КАІК дає можливість оцінити зміну відсотка КАІК (загальну кількість випадків) за період з 2022 по 2024 роки.

Основні спостереження:

1. ЩЛХ (щелепно-лицьова хірургія): у 2022 році відсоток КАІК склав 30% , зростання на 33,3% у 2023 році , у 2024 році 0% .Це може свідчити про суттєві покращення в роботі інфекційного контролю.

2. Загальна хірургія: відсоток КАІК зріс з 24,2% у 2022 році до 28,6% у 2023 році, у 2024 році 2,5% . Значне зниження вказує на впровадження ефективних заходів запобігання КАІК.
3. Судинна хірургія: у 2022 році КАІК становив 15,4% ,13,3% у 2023 році, і 0% у 2024 році. Спостерігаємо значне покращення у догляді за КАІК.
4. ЦНД (центр нефрології і діалізу): відсоток КАІК зріс з 28,6% у 2022 році до 32,5% у 2023 році , але у 2024 році значне покращення до 2,3%. Тенденція схожа на інше відділення — різке зниження у 2024 році.
5. ЛОР (отоларингологія): відсоток КАІК суттєво зріс з 25% у 2022 році до 40% у 2023 році, після 2024 -0% . Помітно значні зміни.
6. Кардіоцентр: відсоток КАІК зріс з 25% у 2022 році до 32,1% у 2023 році , 0% у 2024 році. Подібна ситуація.

Загальна картина: у 2022 році загальний відсоток КАІК складав 25.4% , зріс у 2023 році до 30 - 30,3%, у 2024 році 1,3% . Такий спад може бути результатом впровадження більш ефективних заходів профілактики інфекцій . Тобто із моменту створення ВІК (20.12.2023 р.), працівниками відділу було проведено ряд заходів, а саме проведено навчання по відділенням з постановки та догляду за катетерами, а також рутинний нагляд за профілактикою КАІК.

Висновок до розділу 2: У розділі вивчені та описані лише частина впроваджених напрямів, але ціллю роботи було прослідкувати зв'язок між практиками гігієни рук та наглядом за катетер-асоційованими інфекціями кровотоку. Тому що саме ефективна профілактика, яку забезпечує налагоджена система інфекційного контролю , є основним напрямком до зниження частоти ускладнень, які виникають унаслідок внутрішньо лікарняних інфекцій. Тому, що ворог з яким ми ведемо боротьбу невидимий і є великою небезпекою. Завданням організації епідеміологічного нагляду та профілактики інфекцій залишається актуальним у світі та в Україні. Питанням стосовно ефективності та доцільності застосування ряду підходів до профілактики інфекцій є досі

дискутабельним, що диктує необхідність у проведенні подальших досліджень за цією темою.

Розділ 3. Моніторинг периопераційної антибіотикопрофілактики в КНП МОКЛ МОР та напрями вдосконалення управління процесом організаційних змін медичного закладу

3.1. Цільовий та базовий рівень антибіотикопрофілактики у КНП «МОКЛ» МОР

Метою моніторингу в КНП «МОКЛ» МОР периопераційної антибіотикопрофілактики є попередження ризику в післяопераційному періоді розвитку інфекції та зменшення тривалості лікування пацієнтів, а отже і економію коштів лікарні.

Периопераційна антибіотикопрофілактика- це основа боротьби з інфекціями що можуть контамінувати хірургічний розріз.

Пери -операційний період поділяється:

- 1) підготовка до операції;
- 2) проведення операції;
- 3) після -операційний період: 24 години (абсолютна більшість операцій), 72 години (трансплантація органів, кардіохірургічні втручання, ендопротезування суглобів)

Завданням периопераційної антибіотикопрофілактики – є забезпечення терапевтичних/бактерицидних концентрацій в тканинах які підлягають бактеріальній контамінації під час оперативного втручання від моменту розрізу до закриття рани. Периопераційна антибіотикопрофілактика показана при всіх умовно чистих і брудних операціях.[63]

Розглянемо класифікацію хірургічних ран:[47]

- 1) чисті - під час операції не відбувається проникнення в тіло пацієнта або порожнину, яка остаточно колонізована нормальною мікрофлорою, за умов запланованих та контрольованих характеристик (ризик розвитку інфекційно-опосередкованих хвороб (ІОХВ) мінімальний, і він пов'язаний із мікроорганізмами із зовнішнього середовища, операційної бригади або мікроорганізмами на шкірі пацієнта
- 2) чисті забруднені - під час операції можливе проникнення мікроорганізмів що є на шкірі пацієнта у тіло або порожнину, при обставинах запланованих та контрольованих .
- 3) забруднені - місце хірургічного розрізу сильно забруднене але відсутній виражений запального процесу інфекційного характеру.
- 4) брудні - місце хірургічного розрізу явно забруднене мікроорганізмами (високий ризик розвитку ІОХВ).

Критерії до периопераційної антибіотикопрофілактики поділяються на дві групи:[63]

1. При екстрених/невідкладних оперативних втручаннях необхідно зробити мікробіологічне дослідження біологічного зразка з носа для виявлення колонізації (носійства) MSSA/MRSA у пацієнтів обов'язково за наявності не менше ніж однієї з таких умов:
 - 1) перебування на стаціонарному лікуванні, в тому числі в установах/закладах соціального захисту населення/ охорони здоров'я довготривалого перебування, протягом більше 3 місяців;
 - 2) імплантація штучних суглобів, клапанів серця та інших штучних матеріалів;
 - 3) потрібно проведення ре операції;
 - 4) необхідності проведення через судинної імплантації штучних матеріалів з використанням інфраінгвінального/ неморального судинного доступу.
2. При планових оперативних втручаннях у пацієнтів з групи ризику розвитку ІОХВ та пацієнтів перед кардіохірургічними, ортопедичними і

судинними втручаннями обов'язковим є мікробіологічний скринінг, необхідно зробити

(посів з носоглотки, посів з шкіри в місці запланованого розрізу, додаткові бактеріологічні дослідження).

Фактори ризику розвитку ІОХВ наведені у таблиці 3.1

Таблиця 3.1

Чинники ризику розвитку ІОХВ

№ з/п	Чинники ризику розвитку ІОХВ, які пов'язані з пацієнтом	Чинники не пов'язані з пацієнтом, що впливають на ризик розвитку ІОХВ	Чинники ризику розвитку MRSA інфекції, в тому числі ІОХВ
1	Вік пацієнта >65 років	Невідкладність оперативного втручання	Відома наявність чи в анамнезі колонізація слизової оболонки носових ходів MRSA
2	Недоїдання та голодування	Значна операційна травма	Прийом фторхінолонів протягом останніх 3 місяців
3	Ожиріння	Відкрите хірургічне втручання	Висока поширеність MRSA у відділенні, в якому перебуває пацієнт
4	Декомпенсований цукровий діабет (HbA1c >7%)	Клас чистоти операційної рани	Госпіталізація у відділення з високим рівнем колонізації пацієнтів MRSA протягом 3 місяців
5	Інтоксикації	Прихильність медичних працівників до дотримання заходів з профілактики інфекцій та інфекційного контролю	Постійне перебування пацієнта у стаціонарній соціально-медичній установі для осіб із тяжкою хронічною патологією протягом трьох і більше місяців
6	Наявна інфекційна хвороба або осередок хронічної інфекції в інших ділянках тіла	Запланована тривалість оперативного втручання понад 45 хвили	Проведення хронічного гемодіалізу
7	Прийом глюкокортикостероїдів	Умови проведення операції та перебування пацієнта у відділенні	Наявність хронічних трофічних виразок у пацієнта
8	Імуносупресивний стан	Якість репроцесингу (стерилізації) хірургічного інструментарію	

Продовження таблиці 3.1

9	Іонізуюче опромінення протягом останніх 3 місяців		Передопераційна підготовка (наприклад, якість проведеної хірургічної обробки рук, прийняття душу пацієнтом напередодні оперативного втручання)
10	Випадок інфекційної хвороби шкіри чи м'яких тканин протягом останніх 3 місяців	Периопераційна підтримка нормотермії та нормоглікемії	
11	Супутні захворювання пацієнта, що дозволяють віднести пацієнта до класу ризику ASA III, IV, V (наявність тяжкого системного захворювання, що призводить до функціональних обмежень і загрожує життю, чи впливає на виживаність після операції);	Вірулентність бактерій	
12	Хірургічні втручання протягом останніх 3 місяців	Наявність сторонніх тіл, змертвілих тканин, хірургічних матеріалів у післяопераційній рані, імплантація штучних матеріалів	
13	Тривалість передопераційної госпіталізації протягом мінімум 48 годин	Вентиляція в операційній кімнаті, яка не забезпечує мінімум 10-12-кратний повітрообмін (рекомендована кратність повітрообміну – 15-20)	
14	Колонізація мікроорганізмами, в тому числі МАМ	Кількість осіб в операційній кімнаті, що перевищує потреби в працівниках, необхідних для проведення оперативного втручання	
15	Гоління шкіри в запланованій ділянці оперативного доступу	Неправильний вибір АЛЗ для периопераційної антибіотикопрофілактики та її тривалості	

Продовження таблиці 3.1

16	Куріння	Якість проведення оперативного втручання і досвід операційної бригади	
17	Гемотрансфузії		
18	Злоякісні новоутворення		

Джерело: сформовано автором [63]

Ці підходи відрізняються лише можливістю обстеження пацієнта в передопераційному періоді, нажаль бактеріологічного обстеження пацієнта перед операцією в лікарні лікарі проводять рідко. Тому це не дозволяє ефективно підібрати препарат для антибіотико-лікування у разі погіршення стану в післяопераційному періоді. Бактеріологічне обстеження потрібно проводити виключно всім пацієнтам перед плановими оперативними втручаннями, якщо прогнозована рана не є чистою.

Перелік обов'язкових обстежень перед оперативним втручанням:[63]

1. Посів із носоглотки на *St. aureus*;
2. Матеріал із запланованого розтину шкіри;
3. Додаткові обстеження в залежності від характеристик пацієнта.

Загальні правила проведення периопераційної антибіотикопрофілактики - мікробна контамінація рани при хірургічному втручанні неминуха – до кінця оперативного втручання в рані міститься у 80-90% випадків, різноманітна мікрофлора тому ефективна концентрація антибіотика в хірургічно пошкоджених тканинах має зберігатися протягом всього хірургічного втручання і підтримуватись до моменту накладення швів. Антибіотикопрофілактику необхідно проводити внутрішньовенно за 30-60 хвилин до розрізу шкіри при використанні цефазоліну, або за дві години до розтину шкіри при використанні ванкоміцину. При виборі антибіотику слід звернути увагу в першу чергу на мікробіоту шкіри, яка здатна контамінувати хірургічну рану. Рекомендації наведені в таблиці 3.2

Рекомендовані антибіотики

Цефалоспорины I і II поколінь	Оптимальні антибіотики для проведення профілактики
Ванкоміцин	В разі відомої колонізації пацієнта MPSA та при наявності факторів ризику захворювань, що викликані MPSA.
Цефалоспорин + метронідазол або інгібітор захищені пеніциліни	При високому ризику контамінації рани анаеробними бактеріями.
Ертапенем	В колоректальній хірургії у пацієнтів із високим ризиком післяопераційних інфекційних ускладнень.

Джерело: сформовано авторот [63]

Під час оперативних втручань, які тривають більше чотирьох годин, або інтраопераційна крововтрата більше 1500мл – необхідно повторно ввести антибактеріальний препарат для підтримання терапевтичної концентрації [63], варто звернути увагу що дренажі в порожнинах або катетеризація не є показами для антибіотикопрофілактики.

Отже: периопераційна антибіотикопрофілактика – це введення антибіотика пацієнту в периопераційний період для профілактики інфекцій області хірургічного втручання. Метою є попередження розвитку інфекцій області хірургічного втручання в післяопераційному періоді а також зменшення вартості і тривалості лікування пацієнтів у закладі.

Працівниками відділу інфекційного контролю було проведено аналіз призначення антибіотикопрофілактики пацієнтам відділень КНП « МОКЛ» МОР за період 2022- 2023 роки цільовий та базовий рівень споживання відображено у таблиці 3.3.

Призначення антибіотикопротекції у відділеннях КНП «МОКЛ» МОР

2022 – 2023 рр.

Відділення	Базовий рівень %			Цільове значення %		
	цефазолін	ванкоміцин	інші	цефазолін	ванкоміцин	інші
ЩЛХ	10	0	90	80	20	0
Заг.хірург.	12	0	88	80	20	0
Судин.хір.	3	0	97	80	20	0
ЛОР	8	0	92	80	20	0
Кардіоцентр	10	0	93	80	20	0
Перинат.центр	12	0	90	80	20	0

Джерело: сформовано автором.

Проаналізувавши базовий рівень використання препаратів чітко видно, що у всіх відділеннях спостерігається низьке використання цефазоліну (від 3% до 12%) та повна відсутність ванкоміцину. Основна частка антибіотикопротекції припадає на «інші» препарати (від 88% до 97%).

Порівнюючи базовий рівень з цільовими значеннями спостерігаємо значне відхилення від цільових значень. Найбільший розрив помітний у використанні цефазоліну, який у базовому рівні має показники значно нижчі за цільові 80%. Використання інших препаратів має бути знижене до 0%, що вимагає суттєвих змін у призначеннях.

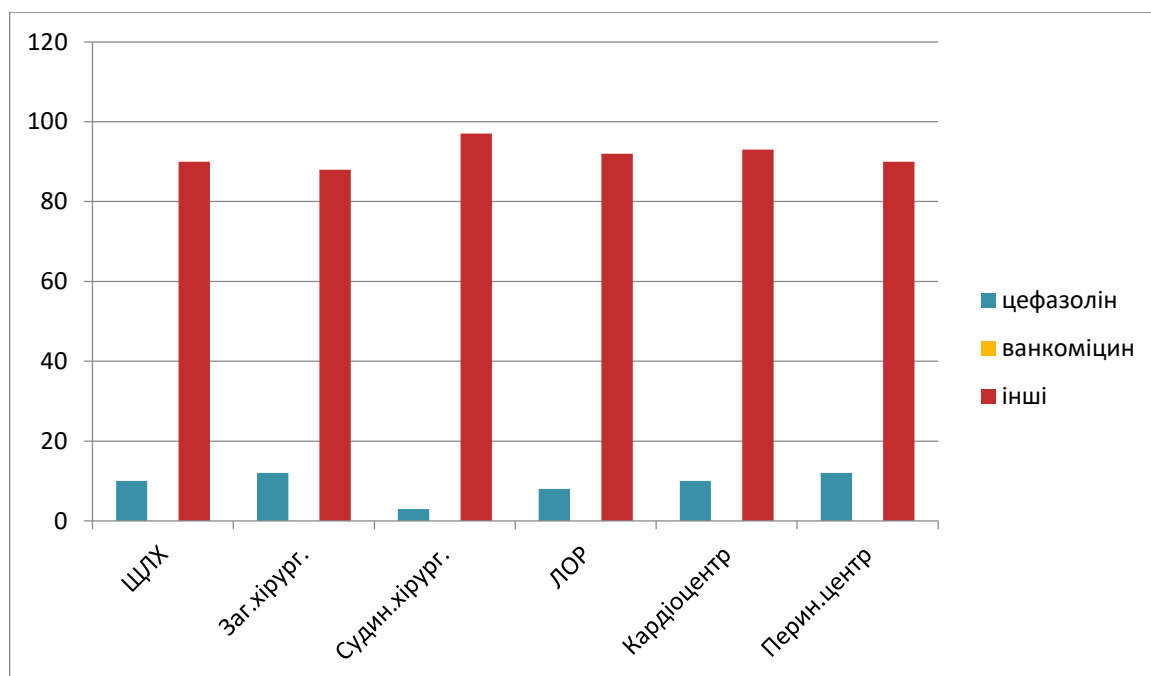
Найнижчий рівень використання цефазоліну спостерігається у судинній хірургії (3%), найвищий — у загальній хірургії та перинатальному центрі (12%). У всіх відділеннях потрібне введення ванкоміцину до практики, згідно з цільовими значеннями (20%)

Отже, для досягнення цільових значень необхідно суттєво змінити підходи до призначення антибіотикопрофілактики у всіх відділеннях, зокрема: збільшити частку використання цефазоліну; запровадити ванкомицин у відповідних пропорціях; знизити до нуля використання інших препаратів.

Виходячи з вищесказаного, можна зробити висновок, що у 2022 – 2023 рр., антибіотикопрофілактика в лікарні взагалі не проводилась. Лікарі одразу призначали антибіотикотерапію. З таким підходом до лікування пацієнти довше знаходились в стаціонарі, збільшувались койкодні, та збільшувались витрати на лікування кожного пацієнта. Також проаналізувавши історії хвороб пацієнтів було зроблено висновок, що терапія призначалась без мікробіологічного обстеження пацієнтів майже у 70% призначень. На основі таблиці побудуємо гістограму.

Рисунок 3.1

Базовий рівень призначення антибіотикопрофілактики у КНП «МОКЛ»
МОР у 2022-2023 рр.



Джерело: сформовано автором

Аналізуючи дані гістограми робимо висновок, що в лікарні призначались не антибіотики групи доступу А (цефазолін), та групи спостереження В

(ванкоміцин), а на 90% призначались інші антибіотики, тобто групи спостереження такі як (цефалоспорины III покоління, меропенем, лінезолід і т.д.)

3.2. Напрями вдосконалення та зміни у закладі охорони здоров'я.

З 17.05 2022 року вступив у дію Наказ МОЗ України № 822 Про затвердження Стандарту «Парентеральна периопераційна антибіотикопрофілактика»

Це стало поштовхом до координаційних змін у КНП «МОКЛ» МОР. Командою працівників відділу інфекційного контролю було розроблено план дій та поставлені певні цілі, а саме:

- Оптимізувати застосування антибіотиків для максимально ефективної профілактики інфекцій;
- Запобігати небажаним наслідкам – розвитку стійкості до протимікробних препаратів та побічних реакцій;
- Зменшити вживання та знизити витрати на придбання антибіотиків;
- Розробити локальні протоколи щодо раціонального використання антибіотиків та оптимізації антибіотикопрофілактики;
- Оптимізувати вибір антибіотиків;
- Упровадити моніторинг використання антибактеріальних препаратів;

Важливим кроком було впровадження облікової документації, а саме «Бланк замовлення на отримання антимікробних препаратів з аптеки ЗОЗ» [64].

Додаток 4
до Стандарту медичної
допомоги «Рациональне
застосування антибактеріальних і
антифунгальних препа-
ратів з лікувальною та
профілактичною метою»
(пункт 3 розділу III)

Бланк замовлення на отримання АМП
з аптеки ЗОЗ

Дата _____

Відділення _____

Заклад охорони здоров'я,
що надає спеціалізовану
(стаціонарну) медичну
допомогу

№іст орії хвор оби	Причина призначення АМП	Призначення АМП відповідно до СОП	Назва АМП	Доза	Лікарсь ка форма	Кількіс ть одиниц ь	Шлях введення	Трива лість лікува ння	Дата

Джерело: сформовано автором [64]

Це нововведення дало нам можливість контролювати на самому початку призначення антибіотикопрфілактики чи лікування пацієнта , який антибіотик лікар планує призначати, яка причина призначення, а також яку дозу будуть вводити пацієнту.

Важливим комплексом заходів є розробка СОП «Парентеральна периопераційна антибіотикопрфілактика», та СОП «Рациональне використання антимікробних препаратів і моніторинг за антимікробною резистентністю»

У цих стандартах чітко прописано якою обліковою документацією користуватись, основні елементи і цілі програми управління антибіотиками, опис процесу парентеральної периопераційної антибіотикопрфілактики, режим парентеральної периопераційної антибіотикопрфілактики. Важливим

етапом було проведення бесід та навчань з лікуючими лікарями відділень лікарні по призначенню антибіотиків.

Для того щоб мати розуміння які штами мікроорганізмів є циркулюючими в лікарні та є ризик контамінації цими мікроорганізмами операційного поля , було проведено мікробіологічний моніторинг пацієнтів до оперативного втручання та призначення антибіотикопрофілактики по відділенням. Дослідженню підлягала шкіра пацієнтів та місце запланованого хірургічного розрізу. Моніторингу підлягало по 20 пацієнтів з кожного відділення. Результати аналізу відображено в таблиці 3.4

Табл.3.4

Циркулюючі штами мікробіологічних збудників у відділеннях

КНП «МОКЛ» МОР

Перелік збудників	Відділення					
	Заг.хірург.	Травмат.	ЛОР	ЩЛХ	Перин.ц.	СМХ
Enterococcus	+	+	+		+	+
Streptococcus	+	+	+	+	+	+
Staphylococcus	+	+	+	+		+
Burkholderia		+				
Klebsiella	+		+	+		+
Citrobacter	+					+
Pseudomonas	+					+
Cedecea	+					
Enterobacter	+				+	
Escherichia	+		+		+	+
Hafnia	+					+
Acinetobacter						+
Morganella						
Providencia						
Proteus						+

Джерело: сформовано автором

За даними таблиці можна зробити висновок, що у 60% пацієнтів на шкірі знаходиться кокова та стрептококова мікрофлора, а у 30% пацієнтів загальної хірургії та судинної хірургії мають місце також і ентеробактерії. Тобто лікарі перед оперативним втручанням при виборі антибіотику для призначення антибіотикопрофілактики повинні це брати до уваги.

Після проведення аналізу ситуації в лікарні, було проведено навчання з лікарями відділень, оформлені протоколи занять та чек-листами перевірено рівень знань. Провівши моніторинг у 2024 році помітні координальні зміни, які відображено у таблиці 3.4 та діаграмі 3.2.

Таблиця 3.4

Призначення антибіотикопрофілактики у відділеннях КНП «МОКЛ» МОР 2024 рік

Відділення	Базовий рівень %			Цільове значення %		
	цефазолін	ванкомицин	інші	цефазолін	ванкомицин	інші
ЩЛХ	60	10	30	80	20	0
Заг.хірург.	75	29	22	80	20	0
Судин.хір.	65	15	31	80	20	0
ЛОР	70	17	25	80	20	0
Кардіоцентр	60	22	28	80	20	0
Перинат.центр	75	18	31	80	20	0

Джерело: сформовано автором

Аналіз даних таблиці щодо призначення антибіотикопрофілактики у відділеннях КНП «МОКЛ» МОР на 2024 рік дозволяє оцінити відповідність базового рівня використання антибіотиків цільовим значенням. Проведемо порівняння.

Загальний аналіз використання антибіотиків у відділеннях КНП «МОКЛ» МОР

Цефазолін: У базовому рівні його застосування значно менше, ніж цільове значення (80%) в усіх відділеннях. Найвищий базовий рівень у перинатальному центрі (75%), а найнижчий – у ЩЛХ та кардіоцентрі (60%).

Ванкоміцин: Використання цього препарату на базовому рівні перевищує цільові значення (20%) в усіх відділеннях. Найвищий показник у кардіоцентрі (22%), найнижчий – у ЩЛХ (10%).

Інші антибіотики: У цільовому значенні очікується повна відмова від використання інших антибіотиків (0%), але на базовому рівні вони становлять значну частку (22–31%).

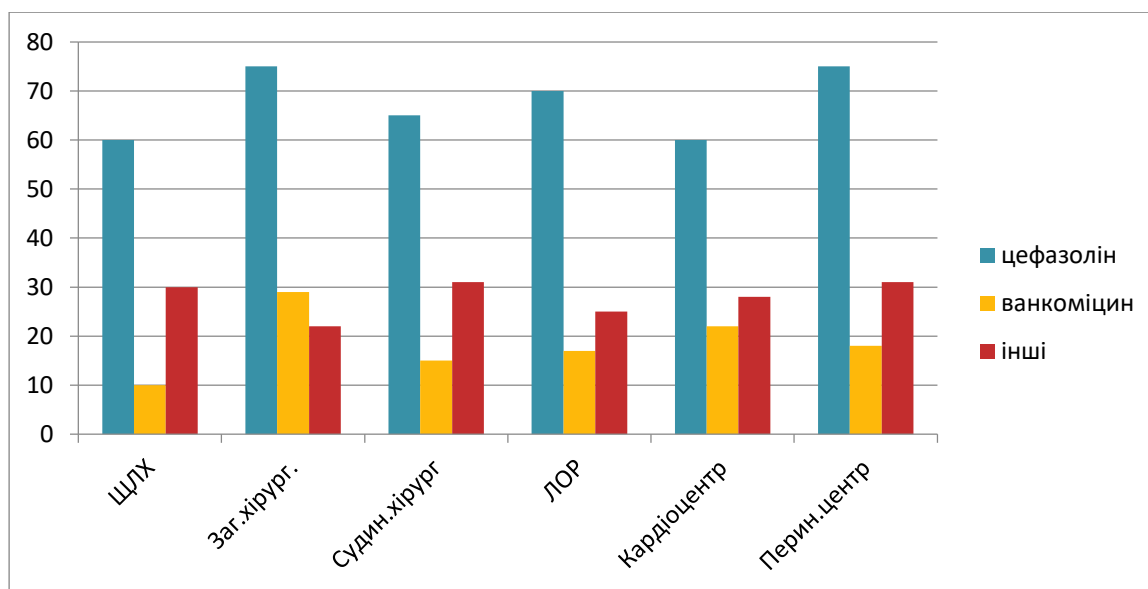
Порівняння по відділеннях:

Відділення	Відхилення базового рівня від цільового значення (%)
Цефазолін	-20 (ЩЛХ, Кардіоцентр), -15 (Судин., ЛОР), -5 (Перинат.)
Ванкоміцин	+10 (ЩЛХ), +9 (Заг. хірург.), +11 (інші)
Інші антибіотики	22–31 понад цільове значення

Для досягнення цільових значень ще є над чим працювати - у всіх відділеннях необхідно підвищити використання цефазоліну для антибіотикопрофілактики до 80%. Особлива увага потрібна для відділень ЩЛХ та кардіоцентру, де базовий рівень відстає на 20%. В усіх відділеннях необхідно звести до нуля використання інших антибіотиків (групи В,С). Продовжувати проводити тренінги для медичного персоналу з раціонального використання антибіотиків. Запровадити регулярний моніторинг відповідності цільовим значенням. Адаптувати локальні клінічні протоколи до встановлених цільових показників. Такий підхід дозволить оптимізувати використання антибіотиків, знизити ризик розвитку резистентності та досягти поставлених цілей.

Рис.3.2

Базовий рівень призначення антибіотикопрофілактики у відділеннях КНП
«МОКЛ» МОР
2024 рік.



Джерело: сформовано автором

Аналізуючи гістограму бачимо, що ситуація в лікарні значно покращилася, але ще є над чим працювати.

Важливо проаналізувати економічні аспекти раціонального застосування периопераційної антибіотикопрофілактики.

До 2024 р. не раціонально використовувалась периопераційна антибіотикопрофілактика що призвело до надмірних витрат коштів лікарні, через те, що замість введення однієї дози цефазоліну, яка коштує 40 грн., проводилась терапія цефалоспоринами III покоління (цефтриаксон) на протязі 5-7 днів. Ціна цефтриаксону 36 грн., курс лікування 5-7 днів, витрати на курс становлять 150-210 грн. Різниця явно помітна.

Пацієнт який отримує периопераційну антибіотикопрофілактику має менший ризик розвитку інфекції області хірургічного втручання та в результаті чого зменшується термін перебування в стаціонарі.

Так при проведенні антибіотикопрофілактики відповідно до аналізу історій хвороб пацієнтів було встановлено що термін перебування пацієнтів в стаціонарі закладу скоротився з 5-7 днів до 1-3 днів.

Отже, за рахунок раціонального застосування периопераційної антибіотикопрофілактики зменшились витрати лікарні на стаціонарного хворого на 24%. Також, впровадження стандарту «Парентеральна периопераційна антибіотикопрофілактика» та ряду інших інноваційних заходів у КНП «МОКЛ» МОР, розпочате в 2022 році, стало важливим етапом у покращенні якості медичної допомоги. Розробка та реалізація плану дій щодо раціонального використання антибіотиків, моніторинг мікробіологічної ситуації в лікарні та навчання медичних працівників дозволили досягти значних змін у стратегії антибіотикопрофілактики.

Ключовими результатами стали:

1. Оптимізація використання антибіотиків для мінімізації побічних ефектів та стійкості до препаратів.
2. Зниження витрат на антибіотики, що, у свою чергу, призвело до економії бюджету лікарні.

3. Забезпечення більш ефективної профілактики інфекцій у післяопераційний період, що дозволило скоротити термін перебування пацієнтів у стаціонарі на 24%.

4. Покращення рівня знань медичного персоналу, що підтверджено результатами навчань та моніторингу ефективності нововведень.

Також важливим кроком стало впровадження мікробіологічного моніторингу, що дозволило лікарям враховувати циркулюючі штами збудників інфекцій при виборі антибіотиків для профілактики, що позитивно вплинуло на успішність операцій та зменшило ризик розвитку післяопераційних інфекцій.

Враховуючи позитивні зміни у використанні антибіотиків та зниження витрат на лікування, можна стверджувати, що заходи, вжиті в межах вдосконалення процесу антибіотикопрофілактики, дали значні позитивні результати як для економічної складової лікарні, так і для покращення здоров'я пацієнтів.

Висновок до розділу 3: У рамках моніторингу периопераційної антибіотикопрофілактики в КНП «МОКЛ» МОР було визначено низку проблем, пов'язаних із надмірним і нераціональним використанням антибіотиків, що призводило до збільшення витрат на лікування та подовження тривалості перебування пацієнтів у стаціонарі. Однак, завдяки впровадженню низки змін, зокрема відповідно до наказу МОЗ України № 822, вдалося значно покращити ситуацію. Створення та впровадження локальних протоколів щодо раціонального використання антибіотиків, а також мікробіологічний моніторинг дозволили значно оптимізувати використання антибіотиків, зменшити кількість побічних ефектів і, що важливо, знизити витрати на закупівлю препаратів.

Результати аналізу базового та цільового рівня антибіотикопрофілактики показали суттєве покращення в співвідношенні використання рекомендованих препаратів (цефазоліну та ванкоміцину) порівняно з іншими антибіотиками. Моніторинг мікробіологічної ситуації в лікарні дозволив ефективно адаптувати антибіотикотерапію до реальних умов, зважаючи на циркулюючі штами

мікроорганізмів, що значно підвищило ефективність профілактики післяопераційних інфекцій.

Завдяки впровадженим заходам, таких як розробка стандартних операційних процедур (СОП), навчання медичного персоналу та оптимізація антибіотикопрофілактики, вдалося досягти значних результатів:

1. Зниження витрат на антибіотики, що привело до економії коштів лікарні.
2. Скорочення терміну перебування пацієнтів у стаціонарі на 24%, що, у свою чергу, зменшило навантаження на медичний заклад.
3. Покращення рівня знань медичного персоналу, що підвищило якість надання медичних послуг.
4. Більш ефективна профілактика інфекцій завдяки коректному вибору антибіотиків на основі мікробіологічних даних.

Отже, впровадження системного підходу до антибіотикопрофілактики та моніторингу її ефективності стало важливим кроком у покращенні якості медичної допомоги, зниженні витрат лікарні та підвищенні безпеки пацієнтів у післяопераційний період.

Висновки

У кваліфікаційній роботі досліджено удосконалення процесу управління організаційними змінами в медичному закладі шляхом створення відділу інфекційного контролю. На основі проведеного аналізу зроблено такі висновки:

1. **Теоретичні основи:** Вивчено сучасні підходи до управління організаційними змінами у сфері охорони здоров'я. Визначено ключову роль створення структурних підрозділів, таких як відділ інфекційного

контролю (ВІК), у забезпеченні безпеки пацієнтів, підвищенні якості медичних послуг та ефективності управління.

2. **Аналіз реформ та ситуації у сфері охорони здоров'я:** Проведено огляд реформування медичних закладів України, акцентуючи увагу на важливості впровадження нових механізмів управління, зокрема у контексті забезпечення епідеміологічної безпеки.

3. **Практичні результати:**

Запропоновані рекомендації з організації роботи ВІК, які включають:

- впровадження сучасних протоколів інфекційного контролю;
- проведення моніторингу антибіотикопрофілактики;
- удосконалення процесів гігієни та дезінфекції;
- адміністрування антимікробних препаратів.

4. **Наукова новизна:**

Уперше в межах дослідження обґрунтовано системний підхід до створення відділу інфекційного контролю як структурного підрозділу, що забезпечує комплексний моніторинг та профілактику внутрішньолікарняних інфекцій.

5. **Практичне значення:**

Запропоновані рекомендації можуть бути впроваджені у практику медичних закладів для зменшення ризику виникнення внутрішньолікарняних інфекцій, оптимізації управління ресурсами та підвищення ефективності роботи медичного персоналу.

6. **Рекомендації:**

Для подальшого удосконалення процесів інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я доцільно:

- забезпечити регулярне навчання медичного персоналу;
- розширити використання цифрових технологій для моніторингу інфекційних захворювань;
- інтегрувати отримані результати в загальнодержавну політику у сфері охорони здоров'я.

Таким чином, проведені дослідження демонструє важливість створення відділу інфекційного контролю як елемента управління організаційними змінами, що дозволяє забезпечити безпеку пацієнтів і персоналу, оптимізувати використання ресурсів і покращити загальну ефективність медичних закладів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992 № 2801-ХІІ. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (дата звернення : 19.11.2024 р.).
2. Про захист населення від інфекційних хвороб : Закон України від 06.04.2000 № 1645-ІІІ. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1645-14#Text> (дата звернення : 19.11.2024 р.).
3. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 06.04.2000 № 1645-ІІІ. URL : <https://ips.ligazakon.net/document/T172168?an=1> (дата звернення : 19.11.2024 р.).
4. Про місцеве самоврядування в Україні : Закон України від 21.05.97 № 280/97-ВР. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/280/97-%D0%B2%D1%80#Text> (дата звернення : 19.11.2024 р.).
5. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 20.09.24р. № 2168-VІІІ URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>
6. Про затвердження Порядку здійснення дозорного епідеміологічного нагляду за протимікробною резистентністю : Наказ МОЗ України від 19.08.2021 № 1766. URL : https://zakononline.com.ua/documents/show/502230__684236 (дата звернення : 19.11.2024 р.).
7. Про затвердження санітарно-протиепідемічних правил і норм використання ультрафіолетового бактерицидного випромінювання для знезараження повітря та дезінфекції поверхонь в приміщеннях закладів охорони здоров'я та установ/закладів надання соціальних послуг/соціального захисту населення : Наказ МОЗ України від 06.05.2021 № 882. URL :

https://moz.gov.ua/uploads/6/32111-dn_882_06_05_2021_dod_2.pdf (дата звернення : 18.11.2024 р.).

8. Про затвердження Заходів та Засобів щодо попередження інфікування при проведенні догляду за пацієнтами : Наказ МОЗ України від 03.08.2020 № 1777. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1110-20#Text> (дата звернення : 18.11.2024 р.).

9. Про затвердження Державних санітарних норм і правил «Санітарно-протиепідемічні вимоги до закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну (медико-санітарну) допомогу» : Наказ МОЗ України від 02.04.2013 № 259. URL : <https://ips.ligazakon.net/document/RE23102> (дата звернення : 18.11.2024 р.).

10. Про затвердження Стандарту інфекційного контролю для закладів охорони здоров'я, що надають допомогу хворим на туберкульоз : Наказ МОЗ України від 01.02.2019 № 287. URL : <https://ips.ligazakon.net/document/RE33379> (дата звернення : 18.11.2024 р.).

11. Стандарти акредитації закладів охорони здоров'я : Наказ МОЗ України від 14.03.2011 № 142. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0680-11#Text> (дата звернення : 18.11.2024 р.).

12. Про затвердження Інструкції зі збору, сортування, транспортування, зберігання, дезінфекції та прання білизни у закладах охорони здоров'я : Наказ МОЗ України від 30.04.2014 № 293. URL : <https://ips.ligazakon.net/document/RE25333> (дата звернення : 18.11.2024 р.).

13. Про затвердження Державних санітарних норм та правил «Дезінфекція, передстерилізаційне очищення та стерилізація медичних виробів в закладах охорони здоров'я» : Наказ МОЗ України від 11.08.2014 № 552. URL : <https://www.medconsulting.com.ua/ru/prikazy-moz/nakaz-moz-vid-11082014-no-552> (дата звернення : 18.11.2024 р.).

14. Про затвердження Державних санітарно-протиепідемічних правил і норм щодо поводження з медичними відходами : Наказ МОЗ України від 83

08.06.2015 № 325 URL : <https://ips.ligazakon.net/document/RE27404> (дата звернення : 18.11.2024 р.).

15. Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики : Постанова Кабінету Міністрів України від 02.03.2016 № 285. URL : https://zakononline.com.ua/documents/show/363620___769859 (дата звернення : 18.11.2024 р.).

16. Про затвердження критеріїв, за якими визначаються випадки інфекційних та паразитарних захворювань, які підлягають реєстрації : Наказ МОЗ України від 28.12.2015 № 905. URL : https://moz.gov.ua/uploads/3/15840-pro_20200115_3_dod_1.pdf (дата звернення : 18.11.2024 р.).

17. Цивільний кодекс України від 16.01.2003 № 435-IV URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/435-15> (дата звернення : 18.11.2024 р.).

18. Господарський кодекс України від 16.01.2003 № 436-IV. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/436-15#Text> (дата звернення : 18.11.2024 р.).

19. Бюджетний кодекс України від 08.07.2010 № 2456-VI. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2456-17#Text> (дата звернення : 19.11.2024 р.).

20. Податковий кодекс України від 02.12.2010 № 2755-VI. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2755-17> (дата звернення : 18.11.2024 р.).

21. Кодекс законів про працю України від 10.12.71 № 322-VIII. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/322-08#Text> (дата звернення : 19.11.2024 р.).

22. Авраменко Н. В. Державне управління системою охорони здоров'я на регіональному рівні: сучасний стан, шляхи вдосконалення : монографія. Запоріжжя : КПУ, 2010. 196 с.

23. Білик О. І. Удосконалення механізму фінансування охорони здоров'я України. *Вісник ОНУ імені І.І. Мечникова*, 2014. Вип. 2/5. Т. 19. С. 105-109.

24. Боронос В. Г., Остріщенко Ю. В. Сучасні реалії планування та виконання видаткової частини місцевих бюджетів. *Механізм регулювання економіки : міжнародний науковий журнал*. Сумський держ. ун-т; Центр економ. досліджень; Сумська обл. громад. організація Акад. підприємництва і менеджменту України, Суми : 2014. № 1 (63). С. 87-98.

25. Вишньовська К. Проблеми реформування системи охорони здоров'я в Україні. *Світ фінансів*, 2008. № 3 (16). С. 78–85.

26. Гончарук С. М., Приймак С. В., Даниляк Л. Я. Сучасний стан та проблеми фінансування установ охорони здоров'я в Україні. *Бізнес Інформ*, 2016. № 1. С. 190-194.

27. Коломієць О. О. Система охорони здоров'я в Україні : недоліки організації та ризики реформування. *Економічний вісник НТУУ «КПІ» : збірник наукових праць*, 2018. № 15. С. 18–27. URL : <https://ela.kpi.ua/handle/123456789/26372>

28. Здоров'я -2020 : український вимір : Концепція Загальнодержавної програми : Розпорядження Кабінету міністрів України від 31.10.2011 р. № 1164-р URL : <https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/244717787> (дата звернення: 18.11.2024).

29. Медяник Д. І., Липчанський В. О. Особливості ефективності управління закладами охорони здоров'я. *Наукові записки*, 2016. Вип. 19. С. 23-29. URL : <https://core.ac.uk/download/pdf/55297197.pdf> (дата звернення: 18.11.2024).

30. Офіційний сайт Національної служби здоров'я України URL : <https://nszu.gov.ua/e-data/dashboard> (дата звернення: 18.11.2024).

31. Україна. Огляд реформи фінансування системи охорони здоров'я в 2016-2019 рр. Спільний звіт ВООЗ та Світового банку. URL : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/425340/WHO-WB-JointReport_UKR_Fullreport_Web.pdf?ua=1&fbclid=IwAR3TEGsZElurxalC45OSJacQQ1cVwDbGR49t (дата звернення: 18.11.2024).

32. Портал відкритих даних [Електронний ресурс]. – Режим доступу:

звернення:18.11.2024)

33. Семчук І. В., Кукель Г. С., Роледерс В. В. Впровадження нових підходів до управління закладами охорони здоров'я в умовах ринку.

Ефективна економіка. 2020. № 5. URL:

<http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=7910>

34. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2020 років. Офіційний сайт Міністерства охорони здоров'я України. URL: <http://moz.gov.ua/strategija> (дата звернення:18.11.2024)

35. Піхоцька О. М., Хомякова І. С. Фінансування системи охорони здоров'я в умовах її реформування. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2021. № 12. URL: <http://www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=2503>

36. Виноградов О. В. Стан та проблеми фінансових ресурсів охорони здоров'я України. Економіка та держава. 2007. №12. С. 25-29

37. Горин В. Підвищення ефективності управління фінансовими ресурсами закладів охорони здоров'я в контексті продовження медичної реформи.

Розвиток фінансів, аудиту, бухгалтерського обліку та оподаткування:

реалії часу: Матеріали II Міжнар. наук.-практ. Інтернет-конф. студ., асп. та

молод. вч. пам'яті С. І. Юрія (м. Кам'янець-Подільський, 01 лют. 2023 р.).

Кам'янець-Подільський: НРЗВО «Кам'янець-Подільський державний інститут», 2023. С. 226-230.

38. Демченко О. П., Науменко В. П. Етапи реалізації фінансових гарантій медичного обслуговування населення України та оцінка їх фінансування.

Інфраструктура ринку. 2020. Вип. 47. С. 152-161

39. Кіча Д. І. Основи економіки та фінансування охорони здоров'я [Електронний ресурс] / Д. І. Кіча, А. В. Фоміна. – 2005. – [Електронний ресурс].Режим доступу: <http://medbib.in.ua/osnovyi-ekonomiki-finansirovaniya.html>
40. РОЗПОРЯДЖЕННЯ КМУ від 30 листопада 2016 р. № 1013-р. м. Київ «Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я» URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80#Text> (дата звернення 18.11.2024)
41. Постанова КМУ № 174 від 28.02.23р. м. Київ « Деякі питання організації спроможної мережі закладів охорони здоров'я»URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/deiaki-pytannia-orhanizatsii-spromozhnoi-merezhi-zak-a174> (дата звернення 18.11.2024)
42. ПРОЄКТ 23 лютого 2022 року. Фіналізований та погоджений членами Міжсекторальної робочої групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року»;
43. Global Health Expenditure Database. WHO 2020 URL :<https://apps.who.int/nha/database/> (дата звернення 18.11.2024)
44. Постанова КМУ від 28.03.18р №391 «Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення» URL: <https://uoz.cn.ua/reforma022016.pdf>(дата звернення 18.11.2024)
45. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я : Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. №1013 р. URL: <https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/249626689>(дата звернення 18.11.2024)
46. Внутрішньолікарняні інфекції та інфекційний контроль: навч. посіб. / В.М. Козько, К.В. Юрко, Г.О. Соломенник. – Київ: ВСВ «Медицина», 2020. – 296 с.

47. Про організацію профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я та установах/ закладах надання соціальних послуг/ соціального захисту населення. Наказ МОЗ №1614 від 03.08.21р URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1318-21#Text> (дата звернення 18.11.2024)
48. Загальна епідеміологія: навч.посіб./ Н.О.Виноград, З.П. Васишин, Л.П. Козак-5-е вид., переробл. І доповн.- К.: ВСВ «Медицина», 2021. ISB № 978-617-505-863-3
49. Офіційний сайт ЦГЗ: URL: <https://phc.org.ua/news/v-ukraini-rozpochinaetsya-nova-era-profilaktiki-infikuvannya-v-likarnyakh>(дата звернення 18.11.2024)
50. Яцишин Н. Методика аналізу фінансового стану підприємства / Н. Яцишин // Економічний аналіз. – 2012. Випуск 10. Частина 4. – С. 439- 445
51. Надюк З.О. Державне регулювання ринку медичних послуг в Україні : монографія. – Запоріжжя, 2008. – 296
52. Офіційний сайт КНП «МОКЛ» МОР: URL: https://oblzdrav.mk.gov.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=212:oblasna-likarnya&catid=326&Itemid=117(дата звернення 18.11.2024)
53. Про затвердження Зміни до Критеріїв , за якими визначаються випадки інфекційних та паразитарних захворювань, які підлягають реєстрації. Наказ МОЗ України від 15.07.2021р. №1447
54. European Centre for Disease Prevention and Control. (2019). Healthcare-associated infections in intensive care units. Annual Epidemiological Report for 2017.Retrievedfrom URL :https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/AER_for_2017-HAI.pdf. Accessed January 5, 2020.
55. Centers for Disease Control and Prevention. (2021). Central lineassociated bloodstreaminfections.Retrievedfrom URL: <https://arpsp.cdc.gov/profile/infections/clabsi7hidden>. Accessed November 8, 2021.

56. Центр громадського здоров'я МОЗ України. (2021). Визначення одномоментної розповсюдженості інфекційних хвороб, пов'язаних з наданням медичної допомоги, та використання антимікробних препаратів в закладах охорони здоров'я, що надають цілодобову стаціонарну допомогу в Україні в 2021 році. Retrieved from URL :<https://www.phc.org.ua/naukovadiyalnist/doslidzhennya/inshidoslidzhennya/viznachennya-odnomomentnoirozповsyudzhenosti-infekciynikh-khvorob-povyazanikh-z-nadannyam-medichnoidopomogi-ta-vikoristannya-antimikrobnikh-preparativ-v-zoz>. Accessed November 8, 2021. (дата звернення 18.11.2024)
57. Maki, D., Kluger, D., & Crnich, C. (2006). The risk of bloodstream infection in adults with different intravascular devices: A systematic review of 200 published prospective studies. *Mayo Clinic Proceedings*, 81(9), 1159-1171. URL :<https://doi.org/10.4065/8L9.n59>(дата звернення 18.11.2024)
58. . Бережная, А. В., Сырчина, В. О., & Чалая, А. Р. (2019). Структура осложнений катетеризации центральных сосудов у пациентов в учреждениях здравоохранения Харьковской области. Научная дискуссия: актуальные вопросы, достижения и инновации в медицине: материалы XIV международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов, посвященной "Г одам развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021)" (с. 474). 19 апреля, 2019, Душанбе, Республика Таджикистан.
59. Шевченко, О. А., Гаркавий, С. І., & Деркачов, Е.А. та ін. (2012). Профілактика внутрішньолікарняних інфекцій (гігієнічні, епідеміологічні та мікробіологічні аспекти). В. Ф. Москаленко (ред.). Київ, Дніпропетровськ.
60. Zhang, L., Cao, S., Marsh, N., Ray-Barruel, G., Flynn, J., Larsen, E., & Rickard, C. (2016). Infection risks associated with peripheral vascular catheters. *Journal of Infection Prevention*, 17(5), 207-213. URL: <https://doi.org/10.1177/1757177416655472>. (дата звернення 18.11.2024)

61. Guembe, M., Perez-Granda, M., Capdevila, J., Barberan, J., Pinilla, B., & Martm-Rabadan, P. et al. (2017). Nationwide study on peripheral-venouscatheter-associated-bloodstream infections in internal medicine departments. *Journal of Hospital Infection*, 97(3), 260-266. URL: <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2017.07.008>. (дата звернення 18.11.2024)
62. . Jokinen, E., Laine, J., Huttunen, R., Rahikka, P., Huhtala, H., & Vuento, R. et al. (2017). Comparison of outcome and clinical characteristics of bacteremia caused by methicillin-resistant, penicillin-resistant and penicillin-susceptible *Staphylococcus aureus* strains. *Infectious Diseases*, 49(7), 493-500. URL: <https://doi.org/10.1080/23744235.2017.1292046>. (дата звернення 18.11.2024)
63. Парентеральна периопераційна антибіотикопрофілактика. Наказ МОЗ України від 17.05.2022р. № 822 URL : <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0147282-23#Text>(дата звернення 18.11.2024)
64. Стандарт медичної допомоги « Раціональне застосування антибактеріальних і антифунгальних препаратів з лікувальною та профілактичною метою». Наказ МОЗ України від 23.08.2023р №1513 URL: https://moz.gov.ua/uploads/9/49094-dn_1513_23082023_dod.pdf (дата звернення 18.11.2024)
65. Практичні рекомендації IDSA Guidelines, офіційний сайт ;URL: https://www.idsociety.org/practice-guideline/practice-guidelines/#/+/0/date_na_dt/desc/(дата звернення 18.11.2024)



Рис. 2.1. КНП «МОКЛ» МОР

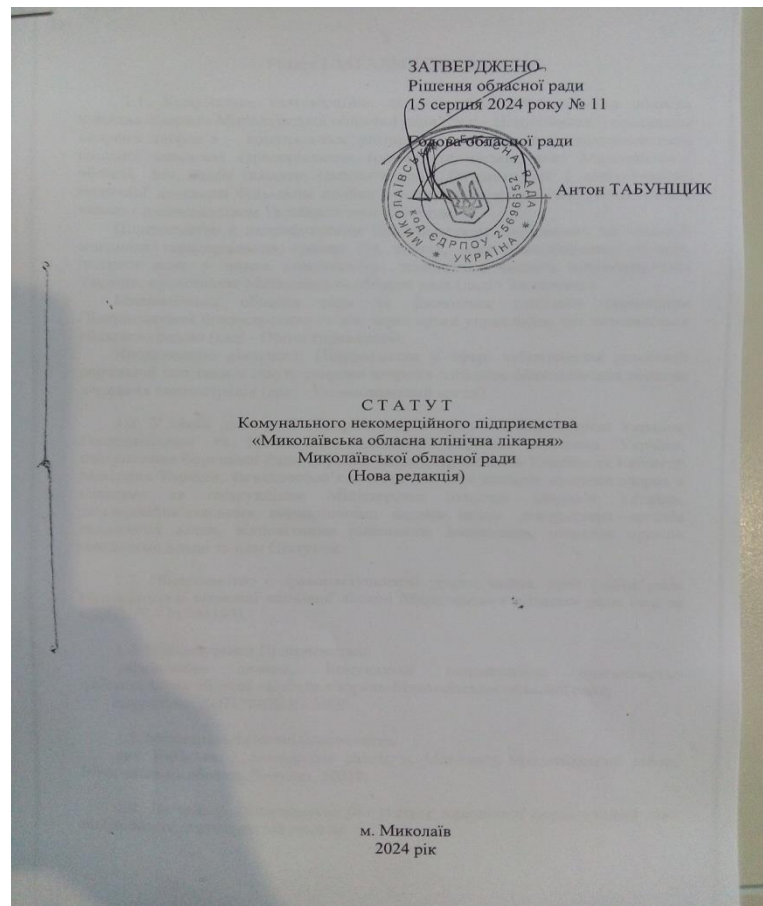


Рис.2.2 Статут КНП «МОКЛ» МОР

«ЗАТВЕРДЖЕНО»
Наказ № 501-Л від 04.08.2023р.

КНП «Миколаївська обласна дитяча лікарня» Миколаївської обласної ради вул. Київська, 1 м. Миколаїв	Стандартна операційна процедура (СОП)	СОП
	Сторінка 1	
	ХІРУРГІЧНА ОБРОБКА РУК	
Введено в дію		04.08.2023
Дата перегляду		щорічно

ЕТАПИ ВПРОВАДЖЕННЯ	ДАТА	ПОСАДА	ПІДПИС	ПІБ
РОЗРОБЛЕНО	04.08.2023	Завідувач ВІК		Галина БАРДАН
ПОГОДЖЕНО	04.08.2023	Заступник директора з медсестринства		Наталія ЧМІЛЬ
ПОГОДЖЕНО	04.08.2023	Медичний директор		Наталія ТКАЧЕНКО
Актуалізація:				
Дата	2024р.	2025р.	2026р.	2027р.
ПІБ				
Підпис				

1. Мета. Організації профілактики виникнення та розмноження інфекційних хвороб, пов'язаних з наданням медичної допомоги та мікроорганізмів із антимікробною резистентністю при наданні медичної допомоги у структурних підрозділах КНП «Чернігівська обласна дитяча лікарня» ЧОР.

Зниження ризику передачі до пацієнта потенційно небезпечних мікроорганізмів та захист персоналу від мікрофлори пацієнта.

2. Область застосування. СОП застосовується медичним персоналом лікарні, що задіяний в роботі хірургічного профілю та який виконує процедури перелічені в п. 6.

3. Визначення та скорочення:

Антисептик для рук – спиртовмісний дезінфекційний засіб (рідина, гель або піна), що застосовуються для нанесення на шкіру рук з метою знищення мікроорганізмів.

Диспенсер – пристрій для контрольованої видачі речовини або рідини заданою кількістю, об'ємом чи вагою.

Миття рук – миття рук з милом та водою;

Хірургічна антисептична обробка рук – процедура, яка забезпечує дезінфекцію поверхні шкіри від патогенної транзитornoї та частково резидентної мікрофлори;

ВІК – відділ інфекційного контролю.

4. Вимоги до персоналу. Відповідальність та компетенції

Працівники не допускаються до виконання робіт без проведених навчання, підготовки і перевірки знань (далі – навчання) щодо СОП, залежно від залученості.

Відповідальність за зміст, своєчасний перегляд цієї СОП, а також навчання за нею несе медичний директор і ВІК.

Відповідальність за виконання СОПу покладається на старших медичних сестер відділень.

Відповідальність за забезпечення персоналу необхідним інвентарем несе генеральний директор.

Контролює виконання вимог цієї СОП медичний директор, головна медична сестра, ВІК, завідувачі структурними підрозділами.

Контрольний екземпляр СОП зберігається у медичного директора та ВІК.

Екземпляри СОП зберігаються безпосередньо на робочих місцях виконавців робіт.

5. Технічні засоби, сировина, матеріали

– рукомийник з краном

– тепла проточна вода

– закриті диспенсери для рушників

– одноразові паперові рушники

Рис.2.3 СОП «Хірургічна обробка рук»

«ЗАТВЕРДЖЕНО»
Наказ № 501-Л від 04.08.2023р.

КНП «Миколаївська обласна клінічна лікарня» Миколаївської обласної ради вул. Київська, 1 м. Миколаїв	Стандартна операційна процедура (СОП)	СОП
		Сторінка 1
	ГІГІЄНІЧНА ОБРОБКА РУК	
	Введено в дію	04.08.2023
	Дата перегляду	щорічно

ЕТАПИ ВПРОВАДЖЕННЯ	ДАТА	ПОСАДА	ПІДПИС	ПІБ
РОЗРОБЛЕНО:	03.08.2023	Завідувач ВІК		Галина БАРДАН
ПОГОДЖЕНО:	03.08.2023	Заступник директора з медсестринства		Наталія ЧМІЛЬ
ПОГОДЖЕНО:	03.08.2023	Медичний директор		Наталія ТКАЧЕНКО
Актуалізація:				
Дата	2024р.	2025р.	2026р.	2027р.
ПІБ				
Підпис				

1. Мета. Організація профілактики виникнення та розмноження інфекційних хвороб, пов'язаних з наданням медичної допомоги та мікроорганізмів із антимікробною резистентністю при наданні медичної допомоги у структурних підрозділах КНП «МОКЛ» МОР.

Зниження ризику передачі до пацієнта потенційно небезпечних мікроорганізмів та захист персоналу від мікрофлори пацієнта.

2. Область застосування. СОП застосовується у всіх структурних підрозділах та розповсюджується на весь медичний та немедичний персонал КНП «МОКЛ» МОР.

3. Визначення та скорочення:

Антисептик для рук – спиртовмісний дезінфекційний засіб (рідина, гель або піна), що застосовуються для нанесення на шкіру рук з метою знищення мікроорганізмів.

Гігієнічна обробка рук – обробка рук шляхом втирання антисептика для рук в шкіру рук.

Диспенсер – пристрій для контрольованої видачі речовини або рідини заданою кількістю, об'ємом чи вагою.

Догляд – комплекс заходів, спрямованих на підтримку та/або відновлення сил та/або допомоги у самообслуговуванні пацієнта і створення для нього умов, що сприяють швидкому одужанню, попередженню і профілактиці ускладнень захворювання, в тому числі інфікування/безпечності отримання соціальних послуг. Він включає в себе медичні процедури і маніпуляції, підтримку належного гігієнічного стану пацієнта, піклування про чистоту постілі та одягу, організацію харчування пацієнта, надання йому допомоги при прийомі їжі, при туалеті, при різних хворобливих станах, розладах, що виникають у перебігу хвороби (наприклад, блювання, затримка сечі, газів, задишка, судомні напади).

Миття рук – обробка шкіри рук за допомогою мила та води.

Точка догляду – місце, де є три елементи: пацієнт, працівник та догляд.

ВІК – відділ інфекційного контролю.

ІПНМД – інфекційні хвороби, пов'язані з наданням медичної допомоги

4. Вимоги до персоналу. Відповідальність та компетенції

Працівники не допускаються до виконання робіт без проведених навчання, підготовки і перевірки знань (далі – навчання) щодо СОП, залежно від залученості.

Відповідальність за зміст, своєчасний перегляд цієї СОП, а також навчання за нею несе медичний директор і ВІК.

Відповідальність за виконання СОПу покладається на старших медичних сестер відділень.

Рис.2.4 СОП «Гігієнічна обробка рук»



Затверджено
В.о. директора
КНП «МОКЛ» МОР
Ірина Шабільянова
_____ 20__ р.

КНП «Миколаївська обласна клінічна лікарня» Миколаївської обласної ради вул. Київська, 1 м. Миколаїв	Стандартна операційна процедура (СОП)	СОП Аркуш 1
	«Парентеральна периопераційна антибіотикопрофілактика»	
	Введено в дію <u>24.11.2023р.</u> <i>KLKKS 729-1 24.11.2023</i> Дата перегляду <u>24.11.2026р.</u>	

ПОГОДЖЕНО: Завідуюча ВІК КНП «МОКЛ» МОР Галина БАРДАН «___» _____ 2023 р.	РОЗРОБЛЕНО: Клінічний провізор КНП «МОКЛ» МОР Вікторія РІМАР «___» _____ 2023 р.
---	--

1. Загальні положення

1.1 Мета процедури:

Підвищити ефективність і раціональне використання в КНП «МОКЛ» МОР антибактеріальних препаратів завдяки стандартизації та оптимізації процесів їх призначення за профілактичними та лікувальними показами. Метою є досягнення такої величини плазмової та тканинної концентрації АЛЗ, яка значно перевищує його мінімальну інгібуєчу концентрацію щодо найбільш ймовірних мікроорганізмів, які контамінують тканини ділянки оперативного доступу, до здійснення хірургічного розрізу, а також підтримка цієї концентрації протягом всього часу оперативного втручання.

1.2 Сфера застосування

Процедуру застосовує увесь хірургічний персонал у всіх структурних підрозділах КНП «МОКЛ» МОР

1.3 Нормативні посилання:

№ п/п	Назва документа
1	Наказ МОЗ України від 03.08.2021р. №1614 «Про організацію профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я та установах/ закладах надання соціальних послуг/ соціального захисту населення»

Рис.2.5 СОП «Парентеральна периопераційна антибіотикопрофілактика»

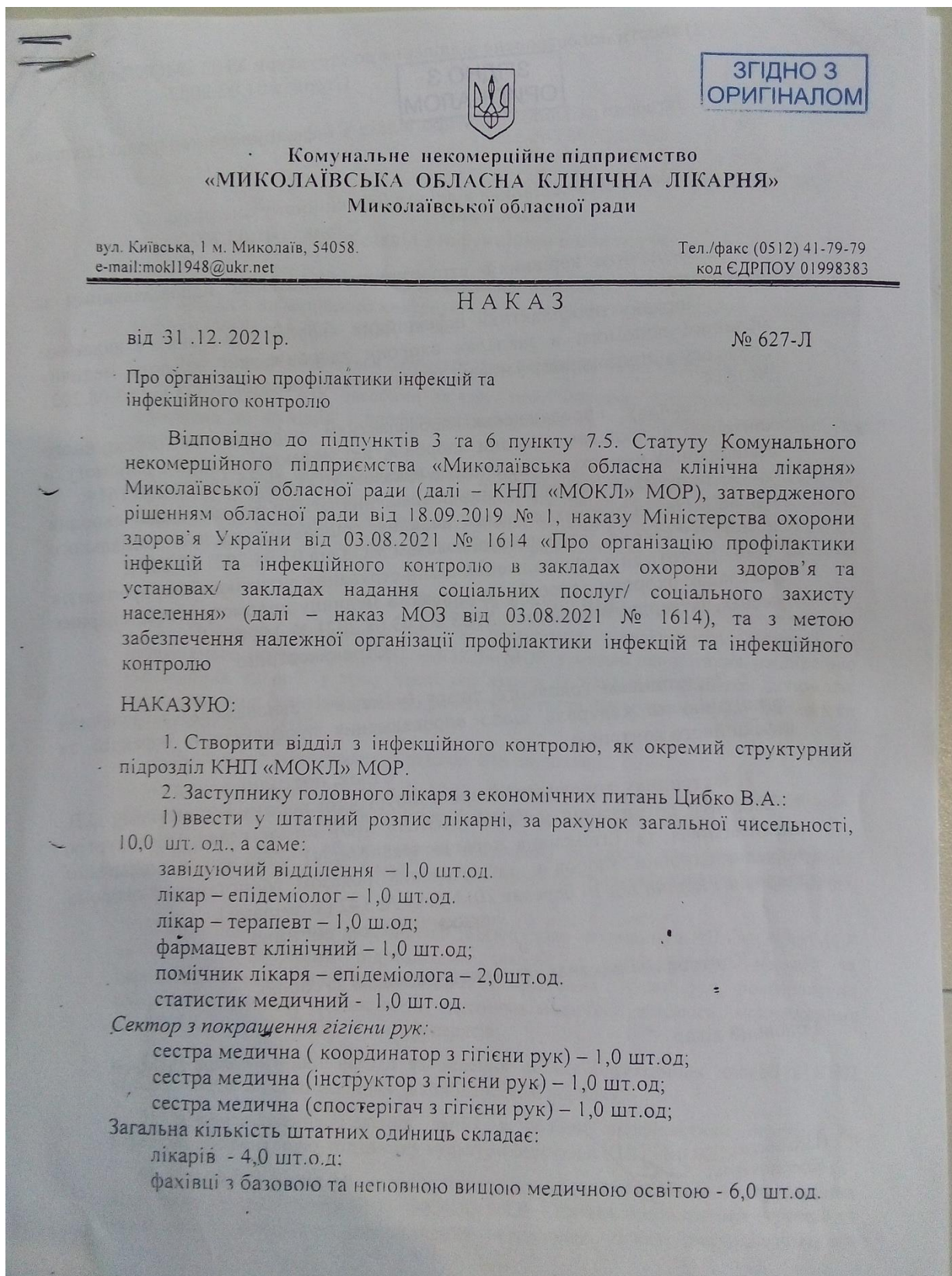


Рис.2.6 Наказ від 31.12.21р № 627-Л «Про організацію профілактики інфекцій та інфекційного контролю»

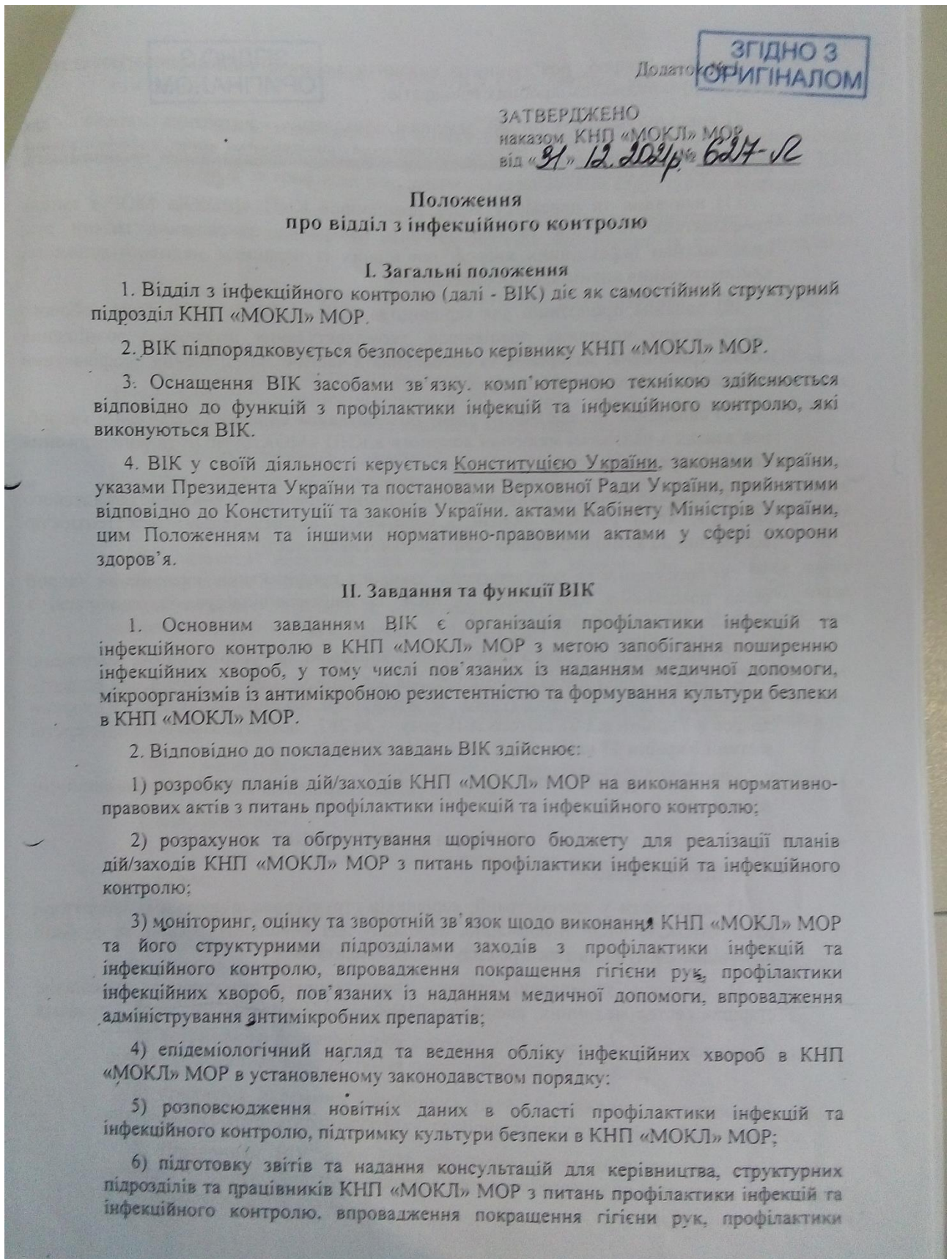


Рис. 2.7 Положення про відділ інфекційного контролю.



Рис.2.8 Гігієнічна обробка рук.

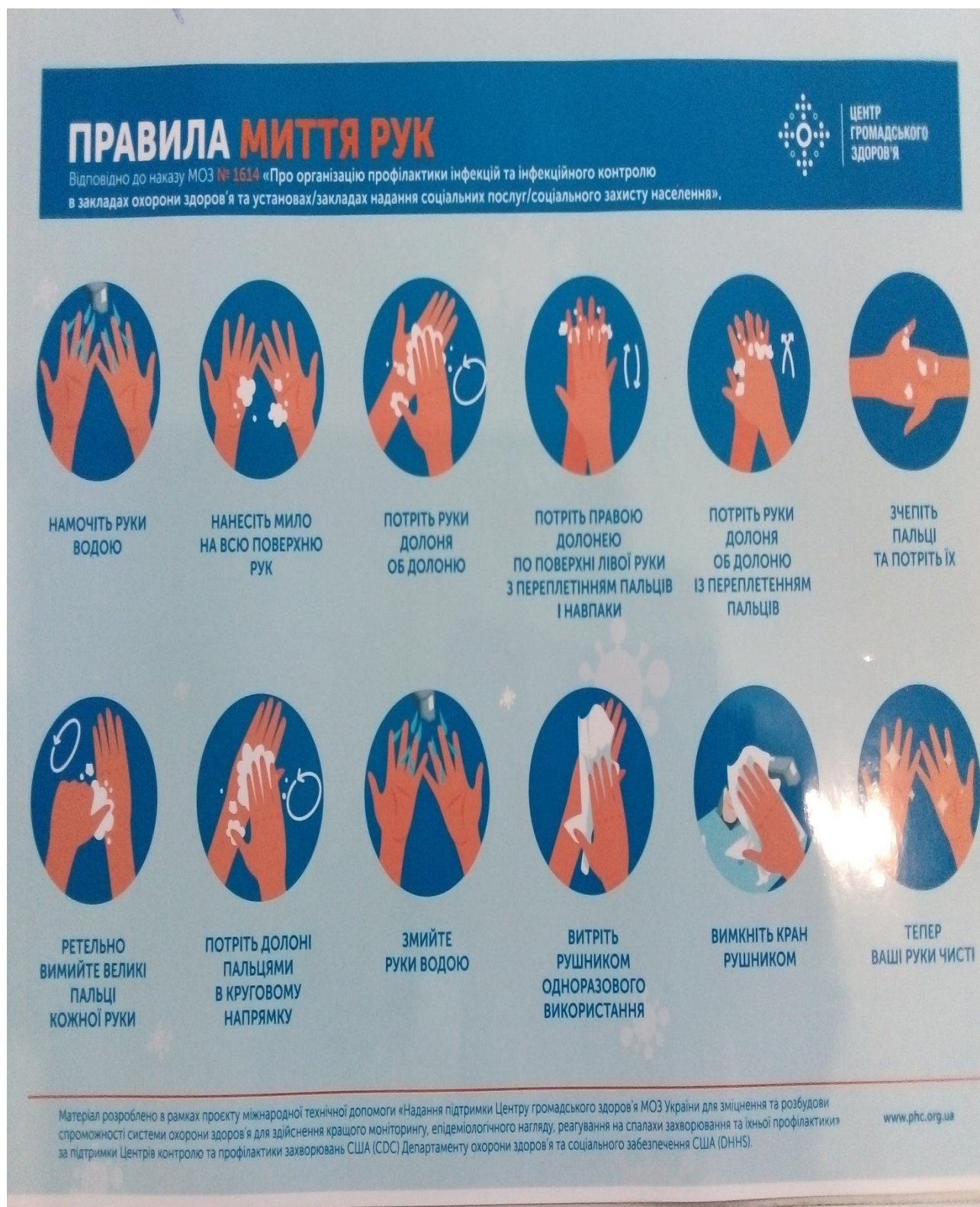


Рис. 2.9 Миття рук з милом