

Міністерство освіти і науки України
Національний технічний університет
«Дніпровська політехніка»

Навчально-науковий інститут державного управління
Кафедра державного управління і місцевого самоврядування

ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА
кваліфікаційної роботи ступеня магістра

студента Денисенко Тетяни Олександрівни

академічної групи 281м-21з-2 ІДУ

спеціальності 281 Публічне управління та адміністрування

на тему: «Удосконалення системи управління медичним закладом
(на прикладі КНП «Центр первинної медичної допомоги»
Новоолександрівської сільської ради
Дніпровського району Дніпропетровської області)»

Керівники	Прізвище, ініціали	Оцінка за шкалою		Підпис
		рейтинговою	інституційною	
кваліфікаційної роботи	Кравцова Т.В.			
розділів:				

Рецензент:				
------------	--	--	--	--

Нормоконтролер:	Вишне夫ська О.В.			
-----------------	-----------------	--	--	--

Дніпро
2022

РЕФЕРАТ

Пояснювальна записка кваліфікаційної роботи ступеня магістра на тему «Удосконалення системи управління медичним закладом (на прикладі КНП «Центр первинної медичної допомоги» Новоолександрівської сільської ради Дніпровського району Дніпропетровської області)».

87 стор., 21 табл., 4 рис., 5 додатків, 70 джерел.

ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ ТА АДМІНІСТРУВАННЯ, ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я, МЕДИЧНА ПОСЛУГА, МЕДИЧНИЙ ЗАКЛАД, ПЕРВИННИЙ РІВЕНЬ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ, МЕДИЧНА РЕФОРМА, СТРАТЕГІЯ.

Об'єкт дослідження – процеси забезпечення якості послуг медичних закладів первинного рівня в період реформування в Україні.

Предмет дослідження – процеси розвитку медичного закладу первинного рівня в умовах децентралізації (на прикладі КНП «Центр первинної медичної допомоги» Новоолександрівської сільської ради Дніпровського району Дніпропетровської області).

Метою роботи є розроблення пропозицій щодо стратегії та цілей розвитку КНП «Центр первинної медичної допомоги» Новоолександрівської сільської ради Дніпровського району Дніпропетровської області.

У першому розділі досліджується процес побудови спроможної мережі надання первинної медичної допомоги в Україні. Другий розділ присвячено дослідженню сучасний стан та напрями розвитку КНП «Центр первинної медичної допомоги» Дніпровського району Дніпропетровської області. У третьому розділі розглядаються пропозиції щодо удосконалення системи управління медичним закладом.

Результати дослідження можуть бути застосовані в діяльності медичних закладів первинного рівня під час реалізації програм і заходів щодо удосконалення діяльності та підвищення рівня задоволення замовників медичних послуг.

ABSTRACT

Explanatory note of the master's degree qualification thesis on the topic «Improvement of the management system of a medical institution (in the case of the municipal non-commercial enterprise «Center of primary medical care» of the Novooleksandrivka village council of the Dniprovskiy rayon of the Dnipropetrovsk oblast)».

87 pages, 21 tables, 4 figures, 5 applications, 70 sources.

PUBLIC GOVERNANCE AND ADMINISTRATION, HEALTH CARE, MEDICAL SERVICE, MEDICAL FACILITY, PRIMARY LEVEL MEDICAL CARE, MEDICAL REFORM, STRATEGY.

Object of research – processes of ensuring the quality of services of primary level medical institutions during the reform period in Ukraine.

Subject of research – processes of development of a primary level medical institution in conditions of decentralization (in the case of the municipal non-commercial enterprise «Center of primary medical care» of the Novooleksandrivka village council of the Dniprovskiy rayon of the Dnipropetrovsk oblast)».

The purpose of research – development of proposals regarding the strategy and development goals of the KNP ««Center of primary medical care» of the Novooleksandrivka village council of the Dniprovskiy rayon of the Dnipropetrovsk oblast.

In the first section examines the process of building a capable network of providing primary medical care in Ukraine. The second section is devoted to the study of the current state and directions of development of the municipal non-commercial enterprise «Center of primary medical care» of the Dniprovskiy rayon of the Dnipropetrovsk oblast. In the third section proposals for improving the management system of the medical institution are considered.

The results of the study can be applied in the activities of primary level medical institutions during the implementation of programs and measures aimed at improving activities and increasing the level of satisfaction of customers of medical services.

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1	
ПОБУДОВА СПРОМОЖНОЇ МЕРЕЖІ НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ.....	
9	9
1.1. Сутність та нормативно-правове регулювання первинної медичної допомоги в Україні	9
1.2. Ефективна первинна медицина в громаді: вітчизняний і зарубіжний досвід	22
РОЗДІЛ 2	
СУЧАСНИЙ СТАН ТА НАПРЯМИ РОЗВИТКУ КНП «ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ» НОВООЛЕКСАНДРІВСЬКОЇ СІЛЬСЬКОЇ РАДИ ДНІПРОВСЬКОГО РАЙОНУ ДНІПРОПЕТРОВСЬКОЇ ОБЛАСТІ.....	
40	40
2.1. Загальна характеристика системи управління КНП «Центр первинної медичної допомоги» Новоолександрівської сільської ради Дніпровського району Дніпропетровської області	40
2.2. Аналіз діяльності КНП «Центр первинної медичної допомоги» Новоолександрівської сільської ради Дніпровського району Дніпропетровської області	52
РОЗДІЛ 3	
УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМ ЗАКЛАДОМ.....	
61	61
3.1. Стратегічне управління у сфері охорони здоров'я України.....	61
3.2. Розроблення стратегічних пріоритетів та цілей розвитку КНП «Центр первинної медичної допомоги» Новоолександрівської сільської ради Дніпровського району Дніпропетровської області.....	69
ВИСНОВКИ	84
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	88
ДОДАТКИ	97

ВСТУП

Сучасний заклад охорони здоров'я являє собою сукупність складних соціально-економічних систем, що функціонують в умовах безперервно мінливого зовнішнього середовища, яке, у свою чергу, є постійним джерелом можливостей і загроз для розвитку медичної організації. З поступальним розвитком медичної сфери перед управлінцями постає завдання щодо формування такого організаційно-економічного механізму управління діяльністю, що був би спроможний забезпечувати конкурентоздатність закладу охорони здоров'я на ринку медичних послуг та підвищувати якість наданих послуг. Ринок вимагає постійного вдосконалення управлінських процесів, але без формування адекватного організаційно-економічного механізму будь-які позитивні зміни неможливі.

Організаційно-економічний механізм управління закладами охорони здоров'я можна розглядати в широкому і вузькому сенсі. У широкому сенсі – це форма організації взаємодії учасників ринку медичних послуг, структур і відділів медичної організації, внутрішніх процесів, а також економічні методи і механізми забезпечення цієї взаємодії.

У вузькому сенсі – це система організаційно-економічних заходів щодо управління закладом охорони здоров'я. Вибір організаційно-економічного механізму, його концепція залежать від визначених цілей розвитку організації.

У грудні 2017 року було підписано низку законів, які започаткували реформу охорони здоров'я в Україні. Міністерство охорони здоров'я України розробило і представив детальний план із ключовими етапами запровадження реформи системи охорони здоров'я у сфері первинної медичної допомоги на 2018 рік. Відповідно до цього плану, нова модель фінансування на первинній ланці розпочалася з 1 липня 2018 року.

Успішне проведення реформи має забезпечити ефективну і доступну

систему охорони здоров'я, що відповідає потребам населення України, підвищення рівня і якості життя населення на основі розширення доступності, підвищення якості та безпеки медичної допомоги, продуктивної зайнятості персоналу, що працює у галузі охорони здоров'я, а також підвищення їх рівня соціального забезпечення, розвитку і оптимізації системи соціальної підтримки.

Система охорони здоров'я, яка зараз формується в Україні, має базуватися на трьох засадничих принципах, які було визначено у Національній стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 років: орієнтованість на людей; орієнтованість на результат; орієнтованість на втілення. На виконання зазначених принципів, з 2018 року надавачі медичної допомоги перейшли на нові принципи фінансування – оплату за одного пацієнта з використанням капітаційної ставки в рамках виконання договорів про медичне обслуговування населення між надавачами первинної медичної допомоги та Національною службою здоров'я України. Нова модель фінансування покладає на медичний заклад первинного рівня низку зобов'язань щодо надання медичної допомоги населенню, при цьому сама по собі капітаційна модель оплати не є основним стимулом для впровадження значних змін. Саме тому, для подальшого реформування галузі покращання якості послуг ПМД та показників здоров'я населення, повинна впроваджуватися система додаткових фінансових стимулів, моніторингу якості, повноти та обсягу надання медичних послуг та заходи, спрямовані на підвищення професійного рівня лікарів.

Досвід провідних країн світу в управлінні та реформування сфери охорони здоров'я розглядали У. Безкоровайна, М. Білинська, В. Воробйов, Т. Камінська, Я. Радиш, Т. Ямненко. Підходи до управління якістю медичної допомоги, зокрема, первинного рівня, досліджували П. Брагінський, С. Бронікової, Ю. Вороненко, В. Пальчука, Ю. Фломін. Аспекти медичної реформи в умовах децентралізації влади в Україні були предметом

досліджень Л. Жаліло, І. Зими, В. Лехана, О. Мартинюк, І. Рожкової. А. Янчука та ін.

Комунальний заклад КНП «Центр первинної медичної допомоги» Новоолександрівської сільської ради Дніпровського району Дніпропетровської області надає медичні послуги населенню на території Новоолександрівської сільської ради Дніпровського району Дніпропетровської області. Актуалізується потреба пошуку шляхів забезпечення якості надання медичної допомоги первинного рівня в умовах децентралізації.

Об'єктом дослідження є процеси забезпечення якості послуг медичних закладів первинного рівня в період реформування в Україні.

Предмет дослідження – процеси розвитку медичного закладу первинного рівня в умовах децентралізації (на прикладі КНП «Центр первинної медичної допомоги» Новоолександрівської сільської ради Дніпровського району Дніпропетровської області).

Метою роботи є розроблення пропозицій щодо стратегії та цілей розвитку КНП «Центр первинної медичної допомоги» Новоолександрівської сільської ради Дніпровського району Дніпропетровської області.

Зазначена мета зумовлює постановку та виконання наступних завдань:

- надати характеристику сутності та нормативно-правового регулювання первинної допомоги в Україні;
- визначити особливості розвитку спроможних мереж надання первинної медичної допомоги, вивчити зарубіжний досвід управління у сфері охорони здоров'я;
- надати загальну характеристику системи управління КНП «Центр первинної медичної допомоги» Новоолександрівської сільської ради Дніпровського району Дніпропетровської області
- проаналізувати поточну діяльність КНП «Центр первинної медичної допомоги» Новоолександрівської сільської ради Дніпровського району Дніпропетровської області;

- дослідити стратегічне управління у сфері охорони здоров'я України
- розробити стратегічні пріоритети та цілі розвитку КНП «Центр первинної медичної допомоги» Новоолександрівської сільської ради Дніпровського району Дніпропетровської області.

Методологічною основою магістерської роботи є системний підхід, що використовується для вирішення більшості завдань дослідження. За допомогою аналітичного методу здійснено відбір наукової та нормативно-правової інформації за темою дослідження. Методи формалізації інформації використані у процесі дослідження наявних проблем у сфері надання медичних послуг закладами первинного рівня і розробки пропозицій щодо удосконалення відповідних процесів. Теоретичною та інформаційною базою дослідження слугували наукові праці предметної сфери дослідження, стратегічні документи та нормативно-правові акти Міністерства охорони здоров'я України, які регламентують процеси надання медичних послуг у закладах первинного рівня медичної допомоги.

Результати дослідження можуть бути застосовані в діяльності медичних закладів первинного рівня під час реалізації програм і заходів щодо удосконалення діяльності та підвищення рівня задоволення замовників медичних послуг.

РОЗДІЛ 1

ПОБУДОВА СПРОМОЖНОЇ МЕРЕЖІ НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

1.1. Сутність та нормативно-правове регулювання первинної медичної допомоги в Україні

Відповідно до статті 35 Основ законодавства України про охорону здоров'я [36], первинна медична допомога – це медична допомога, що передбачає надання консультації, проведення діагностики та лікування найбільш поширених хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів, здійснення профілактичних заходів; направлення відповідно до медичних показань пацієнта, який не потребує екстреної медичної допомоги, для надання йому вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги; надання невідкладної медичної допомоги у разі розладу фізичного чи психічного здоров'я пацієнта, який не потребує екстреної, вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.

У грудні 2017 року було підписано низку законів, які започаткували реформу охорони здоров'я в Україні. Міністерство охорони здоров'я України розробило і представив детальний план із ключовими етапами запровадження реформи системи охорони здоров'я у сфері первинної медичної допомоги на 2018 рік. Відповідно до цього плану, нова модель фінансування на первинній ланці розпочалася з 1 липня 2018 року.

Саме з цього часу заклади первинної медичної допомоги можуть укладати контракт з Національною службою здоров'я (НСЗУ) і перейти з кошторисного фінансування на капітаційну модель. Однак, щоб це зробити, центри первинної медичної допомоги мали виконати низку умов Міністерство охорони здоров'я України (далі – МОЗ), зокрема:

- реорганізуватися у комунальні некомерційні підприємства;
- привести своє матеріально-технічне забезпечення у відповідність із Табелем технічного оснащення;
- впровадити стандартні «сервісні вимоги»;
- підключитися до електронної системи охорони здоров'я, отримати електронні ключі доступу для кожного сімейного лікаря;
- мати достатньо комп'ютерів для сімейних лікарів, стабільне підключення до Інтернету для мережі первинної медичної допомоги;
- запровадити медичну інформаційну систему (МІС), яка може бути інтегрована в електронну систему охорони здоров'я;
- мати список пацієнтів, які підписали декларацію з сімейним лікарем;
- мати в наявності медичний персонал [19].

Отже, центри ПМД повинні були докласти чимало зусиль протягом дуже короткого часу і бути готовими укласти контракт з НСЗУ.

Бачення системи охорони здоров'я після проведення реформи: ефективна і доступна система охорони здоров'я, що відповідає потребам населення України, підвищення рівня і якості життя населення на основі розширення доступності, підвищення якості та безпеки медичної допомоги, продуктивної зайнятості персоналу, що працює у галузі охорони здоров'я, а також підвищення їх рівня соціального забезпечення, розвитку і оптимізації системи соціальної підтримки [24].

На виконання принципів, які визначені у Національній стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 років [32] з 2018 року надавачі первинної медичної допомоги перейшли на нові принципи фінансування – оплату за одного пацієнта з використанням капітаційної ставки в рамках виконання договорів про медичне обслуговування населення між надавачами ПМД та Національною службою здоров'я України (НСЗУ).

Нова модель фінансування покладає на заклад низку зобов'язань щодо

надання первинної медичної допомоги населенню, при цьому сама по собі капітаційна модель оплати не є основним стимулом для впровадження значних змін. Саме тому, для подальшого реформування галузі покращання якості послуг ПМД та показників здоров'я населення, повинна впроваджуватися система додаткових фінансових стимулів, моніторингу якості, повноти та обсягу надання медичних послуг та заходи, спрямовані на підвищення професійного рівня лікарів.

Календарний план реформування системи фінансування охорони здоров'я та інших ключових змін, які відбуватимуться в медичній галузі в 2017–2020 роках [58], передбачає кілька етапів (табл. 1.1).

Таблиця 1.1

Етапи медичної реформи в Україні у 2017-2020 рр.

Термін	Зміст	Стан виконання
2017	Створення правових основ для нової системи фінансування охорони здоров'я	З-н України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [41]
	Затвердження методики аналізу витрат (собівартості медичних послуг) закладів охорони здоров'я.	Постанова КМУ «Про затвердження розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування» [46]
	Запровадження нової моделі фінансування для первинної медичної допомоги	Розпорядження КМУ «Про затвердження плану заходів з реалізації Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я на період до 2020 року» [43]
2018	Створення єдиного національного замовника медичних послуг	Створено НСЗУ
	Автономізація бюджетних закладів охорони здоров'я	Створення КНП
	Створення госпітальних округів	На вторинному рівні
	Створення єдиної електронної системи обміну медичною інформацією	Постанова КМУ «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я» [11]

Продовж. табл. 1.1

Термін	Зміст	Стан виконання
	Перегляд уніфікованих клінічних протоколів для переліку найбільш поширених медичних станів і спрощення вимог до ведення паперової звітності у медичних закладах	«Про внесення змін до додатка 4 до Методики розробки та впровадження медичних стандартів медичної допомоги на засадах доказової медицини» [40]
2019	Запровадження національної системи реімбурсації лікарських засобів для визначеного переліку медичних станів	Урядова програма «Доступні ліки»
	Запровадження нової моделі фінансування медичної допомоги для вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги	ПМГ 2020
2020	Програма медичних гарантій у повному обсязі для усіх рівнів медичної допомоги	ПМГ 2021

Задля суттєвого покращення ситуації реформа здійснюється за такими пріоритетними напрямками: медична реформа; громадське здоров'я; спеціалізована медицина; доступні та якісні лікарські засоби, я передбачає за кожним із напрямів реалізацію завдань, перелік яких є достатньо об'ємним:

- забезпечення фінансування системи охорони здоров'я, підвищення заробітної плати медичних працівників;
- створення ефективної системи контролю якості надання медичної допомоги, розробка та оновлення національних галузевих стандартів та протоколів лікування, впровадження державної оцінки медичних технологій;
- створення конкурентного середовища для медичних закладів, розвиток добровільного медичного страхування, розвиток державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я, залучення приватного капіталу, пільгове оподаткування за рахунок податку на прибуток;
- розвиток спроможної мережі закладів охорони здоров'я, розвиток телемедицини, eHealth, розвиток високотехнологічної медицини і системи

трансплантації, системи екстреної медичної допомоги;

- забезпечення медичною допомогою пацієнтів з туберкульозом, психічними захворюваннями, орфанними захворюваннями, впровадження та реалізація Національної стратегії боротьби з онкологічними захворюваннями;

- визначення основних засад та механізмів функціонування системи громадського здоров'я в Україні, враховуючи виклики та загрози пов'язані із поширенням у світі та на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2»;

- удосконалення законодавства в сфері обігу лікарських засобів з метою забезпечення прозорості фармацевтичного ринку;

- забезпечення розвитку медичної освіти і науки [24].

Важливий етап медичної реформи – укладання договорів між медичними закладами та Національною службою здоров'я України [31]. Фактично, НСЗУ – це національний страховик, який встановлює тарифи, замовляє послуги у медичних закладах для пацієнтів, контролює їхню якість. Нове відомство оплачуватиме роботу лікарів. Чим більше до лікарні звернулося пацієнтів, тим більше грошей отримає медична установа. Для цього НСЗУ підписує контракт з лікарнями. Це означає, що НСЗУ купує для українців медичні послуги. МОЗ складе тариф на кожну послугу лікарні, і платитиме їй за цим тарифом.

Функції НСЗУ:

- обслуговування населення за програмою медичних гарантій – списку безкоштовних медичних послуг; моніторинг і аналіз попиту на медпослуги і ліки в Україні;

- замовлення медпослуг і медикаментів за програмою медичних гарантій;

- розробка проекту медгарантій і тарифів на послуги; складання, зміна і припинення договорів про медобслуговування з лікарнями;

– контроль лікарень щодо дотримання договорів про медобслуговування і виконання програми медичних гарантій; забезпечення роботи електронної системи охорони здоров'я;

– прогнозування потреби населення в лікарських засобах і медичних послугах та на основі моніторингу здійснення закупівель лікарських засобів, вакцин та медичних виробів [28].

Мета автономізації медичних закладів – надати лікарням можливість отримувати кошти від страхових компаній, залучати кошти приватних фондів, благодійних та громадських організацій, грантову допомогу. Саме в таких медичних закладів (комунальні некомерційні підприємства) держава закуповує послуги. Ці заклади не сплачують податок на прибуток, адже їхня мета – надати якісну медичну послугу пацієнту і отримати оплату від держави. Медичний заклад отримує фінансування від Національної служби здоров'я згідно з тарифом надання первинної медичної допомоги за кожного пацієнта, який підпише декларацію з лікарем цього закладу.

На основі наказу МОЗ України № 504 від 19 березня 2018 року «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» [44] розроблені вимоги до первинної медичної допомоги, які відповідають чинним нормам договорів закладів, які надають первинну медичну допомогу, із НСЗУ.

Зазначений наказом МОЗ визначає сім принципів, на яких має ґрунтуватися організація та надання послуг з первинної медичної допомоги:

1. Доступності, що передбачає мінімальну втрату часу для її отримання.

2. Безпечності, що полягає у наданні послуг з ПМД у спосіб, що мінімізує ризики завдання шкоди пацієнтові, у тому числі тієї, якій можна запобігти, а також зменшує можливість медичних помилок.

3. Результативності, що проявляється у досягненні найкращих результатів через надання послуг з ПМД на основі наукових знань та

принципів доказової медицини.

4. Своєчасності.

5. Економічної ефективності, що досягається шляхом надання послуг з ПМД таким чином, щоб максимізувати використання ресурсів та уникнути неефективних витрат

6. Недискримінації, що полягає у наданні послуг з ПМД, якість якої не відрізняється залежно від статі, сексуальної орієнтації, раси, кольору шкіри, національності, місця проживання, майнового стану, соціального статусу, стану здоров'я, політичних, релігійних чи інших переконань, за мовними або іншими ознаками.

7. Орієнтованості на людину, що передбачає надання послуг з ПМД у спосіб, що враховує індивідуальні потреби осіб, яким ці послуги надаються, в тому числі з урахуванням права пацієнта на вільний вибір лікаря.

Наказ МОЗ України № 504 від 19 березня 2018 року «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» встановлює такі визначення [44]:

– «Надавач ПМД» – заклад охорони здоров'я будь-якої організаційно-правової форми, в тому числі комунальні некомерційні підприємства, або фізичні особи - підприємці, які одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики та забезпечують на її основі медичне обслуговування населення, безпосередньо пов'язане з наданням ПМД;

– «Лікар з надання ПМД» – професіонал у галузі лікувальної справи (лікар загальної практики - сімейний лікар, лікар-педіатр, лікар-терапевт), який перебуває у трудових відносинах із надавачем ПМД або провадить господарську діяльність з медичної практики як фізична особа -підприємець та особисто надає ПМД;

– «Команда з надання ПМД» – група медичних працівників, що функціонує в межах надавача ПМД та складається не менше ніж з одного

лікаря з надання ПМД та не менше ніж з одного фахівця (сестра медична загальної практики - сімейної медицини, акушерка, фельдшер тощо), який працює спільно з лікарем з надання ПМД або під його керівництвом;

– «Практика ПМД» – лікар з надання ПМД та особи, які здійснили своє право на вільний вибір лікаря, в установленому порядку обравши цього лікаря з надання ПМД (особи, що належать до цієї практики;

– «Обсяг практики ПМД» – кількість осіб, які здійснили своє право на вільний вибір лікаря, в установленому порядку обравши лікаря з надання ПМД, та належать до однієї й тієї самої практики ПМД;

– «Оптимальний обсяг практики ПМД» – кількість осіб, яким лікар з надання ПМД може забезпечити надання якісної ПМД;

– «Групова практика ПМД» – команда з надання ПМД, до складу якої входять два або більше лікарів з надання ПМД, або сукупність двох чи більше практик ПМД у межах одного надавача ПМД або кількох надавачів ПМД, які взаємодіють на підставі договору про спільну діяльність, укладеного між надавачами ПМД.

Надавач ПМД здійснює медичне обслуговування населення, безпосередньо пов'язане з наданням ПМД, відповідно до переліку медичних послуг, визначених у додатку 1 до «Порядку надання первинної медичної допомоги» (Додаток А). У рамках здійснення медичного обслуговування населення надавач ПМД організовує забезпечення пацієнтів медичними послугами, у тому числі лабораторними та інструментальними діагностичними дослідженнями, відповідно до додатків 2 та 3 до «Порядку надання первинної медичної допомоги» (Додатки Б та В).

Надавачі ПМД можуть утворювати групові практики ПМД для координації надання ПМД, забезпечення безперервності надання ПМД, раціонального та ефективного використання ресурсів на здійснення медичного обслуговування з надання ПМД. Оптимальний обсяг практики ПМД становить: одна тисяча вісімсот осіб на одного лікаря загальної

практики - сімейного лікаря; дві тисячі осіб на одного лікаря-терапевта; дев'ятсот осіб на одного лікаря-педіатра. Обсяг практики може відрізнятись від оптимального залежно від соціально-демографічних, інфраструктурних та інших особливостей території, в межах якої мешкають особи, що належать до відповідної практики [44].

НСЗУ як центральний орган виконавчої влади реалізує політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення і є уповноваженою структурою, відповідальною за ефективне витрачання бюджетних коштів при наданні медичних послуг у межах Програми медичних гарантій. Це передбачено Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [41] та Положенням про НСЗУ. Завдання НСЗУ – здійснити закупівлю якісних та безпечних медичних послуг, необхідних пацієнту, в межах наявного бюджету Програми. Тому НСЗУ має переконатися, що такий надавач забезпечить надання якісних та безпечних медичних послуг і ефективне використання бюджетних коштів.

Обов'язковими умовами для укладення договорів з НСЗУ залишаються:

- автономізації закладу (перетворення в комунальне некомерційне/казенне підприємство);
- комп'ютеризації закладу (встановлення комп'ютерів або інших технічних засобів, наприклад планшетів, смартфонів, тощо);
- підключення закладу до ЦБД ЕСОЗ через обраний МІС;
- наявності у закладу діючої ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики;
- підписання договору з Національною службою здоров'я України [3].

Із погодженими Міністерством охорони здоров'я 21 січня 2020 року специфікаціями та умовами закупівлі пакетів медичних послуг у 2020 році можна ознайомитися на веб-сайті Міністерства охорони здоров'я України [27].

В середньо- та довгостроковій перспективі кількість пакетів медичних послуг буде зростати за рахунок більшої деталізації існуючих. Збільшення кількості пакетів дасть можливість більш чітко визначати обсяг послуг, які оплачуються НСЗУ, а також встановлювати більш конкретні вимоги до надання різних медичних послуг. Оплата за ті чи інші медичні послуги не пов'язана з тим, чи оплачується послуга за окремим пакетом. Адже всередині пакету до послуг можуть застосовуватися коригувальні коефіцієнти, які визначатимуть обсяг оплати (наприклад, коефіцієнти діагностично-споріднених груп).

Станом на 1 листопада 2020 року на офіційному веб-сайті Міністерства охорони здоров'я України розміщено посилання на проекти умов закупівлі медичних послуг за Програмою медичних гарантій у 2021 році [4].

За допомогою дослідження «Оцінка поведінки провайдерів первинної медичної допомоги», котре провели фахівці проекту USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я» спільно із міжнародною консультативною корпорацією «The Palladium Group» та Київською школою економіки в Україні з'явилися дані, котрі допомагають проаналізувати перші результати реформування ланки первинної медичної допомоги [17].

Уперше в Україні було проаналізовано роботу закладів ПМД, щоб проілюструвати зміни, котрі відбулися після впровадження капітаційної оплати послуг. Під час дослідження, в рамках якого було проаналізовано роботу 163-х закладів ПМД та проведено опитування понад 2 000 пацієнтів вдалося отримати інформацію щодо обсягу споживання послуг ПМД, визначити як змінились методи надання послуг і підходи до лікування, взаємодії між пацієнтом та лікарем, рівня задоволеності серед лікарів та пацієнтів, охоплення послугами ПМД різних категорій населення, зокрема вразливих груп [17].

Проаналізувавши обсяг наданих ПМД послуг, експерти проекту дізнались, що:

– у середньому лікарі ведуть прийом пацієнтів протягом 4,5 години на день та приймають близько 20-ти пацієнтів., середня тривалість візиту одного пацієнта становить 13 хвилин;

– основними споживачами послуг ПМД є жінки віком від 40 до 64-х років (у середньому жінки складають 68 % від загальної кількості пацієнтів, котрі користуються послугами ПМД, у сільській місцевості цей показник сягає 70 %) (Додаток Г, рис. Г.1);

– головними причинами візиту до закладу стали гострі симптоми хвороби (34 % від загальної кількості візитів) та регулярні візити до лікаря переважно через хронічні захворювання (20 % від загальної кількості візитів);

– у середньому за рік 69 % пацієнтів, котрі прийшли на прийом до лікаря, отримували до 10 послуг ПМД (під послугою маються на увазі звернення до лікаря, вакцинація, здача аналізів, отримання рецептів та довідок тощо);

– пацієнти з хронічними захворюванням відвідують лікаря в середньому 14 разів на рік, з гострими симптомами хвороби – 10,1 раз на рік, ті, хто потребують рецептів – 12,2 рази на рік;

– пацієнти, що віднесли себе до вразливих груп населення, отримують більше послуг ПМД та частіше перенаправляються на вторинний рівень;

– люди, котрі потребують послуг паліативної допомоги, отримують 15,6 послуг ПМД на рік, люди із особливими потребами – 18, люди, котрі постраждали від Чорнобильської катастрофи – 16,6, безпритульні особи – 13,2;

– у середньому один лікар ПМД робить 16 направлень до вузьких спеціалістів на кожні 100 візитів пацієнтів. Найвищий середній рівень направлень – у лікарів ПМД з досвідом роботи менше 10 років (18 направлень на 100 візитів);

– більшість лікарів загальної практики становлять жінки – 80 %,

середній вік – 47 років. В середньому лікар укладає із пацієнтом 1,700 декларацій і майже 60 % закладів мають дефіцит кадрового забезпечення (Додаток Г, рис. Г.2);

– у 2019 році у всіх закладах ПМД основним джерелом доходів були кошти, отримані від НСЗУ: у поліклініках – 92 %, в ЦПМСД – 82 %, в амбулаторіях – 72 % та в лікарнях – 50 % [17].

Демографічний портрет головного лікаря суттєво відрізняється від портрета лікаря ПМД. По-перше, хоча і з незначною перевагою, більшість головних лікарів становлять жінки (50,3 %); частка чоловіків, які обіймають керівну посаду в закладі ПМД, є вищою, ніж серед сімейних лікарів (20,2 %) (Додаток Г, рис. Г.3). Головні лікарі загалом задоволені своєю роботою (80,6 %) і зазначають, що задоволеність збільшилася після введення капітації (91,3 %) [17].

Також, завдяки дослідженню проаналізували зміни, що відбулися у роботі лікарів та управлінців і безпосередньо у самому закладі ПМД:

– більшість лікарів відзначили зростання обсягу телефонних консультацій та зменшення кількості візитів додому;

– понад 51 % лікарів стверджують що їх підходи до надання послуг ПМД змінилися, проте 64 % визнали, що методи та практики лікування не зазнали змін;

– більшість керівників закладів ПМД відзначають, що зміни відбулися у підходах до складання фінансових планів та оплати праці;

– 78,5 % лікарів задоволені своєю роботою і 71,1 % лікарів зазначають, що задоволеність збільшилася після введення капітації;

– 66 % головних лікарів вважають, що їх заклади готові лікувати хворих на туберкульоз;

– досить високий відсоток закладів ПМД в сільській місцевості все ще потребують обладнання для доступу людей з особливими потребами [17].

Пацієнти загалом позитивно оцінюють різні аспекти якості надання

медичної допомоги в закладах ПМД (Додаток Г, табл. Г.1). Негативну оцінку – «дуже погано» – обрали всього 0,6–2,1 % респондентів залежно від критерію. В той же час, існують певні відмінності в оцінці окремих типів закладів за запропонованими критеріями. Зокрема, 81,8% дуже задоволені лікарем, з яким підписано декларацію, 62,5% – якістю лікування.

У дослідженні за проектом USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я» здійснено огляд та аналіз даних щодо організаційної та матеріальної спроможності закладів ПМД надавати повний обсяг послуг ПМД (фінансові, адміністративні та операційні дані). Профіль типового закладу первинної ланки за результатом дослідження (2019) представлено на рис. Г.4 додатку Г [17].

Частка закладів, які покращують технічну базу, є не нижчою 86 %. Головними джерелами інвестицій є кошти органів місцевого самоврядування, які використовуються у 67–81 % закладів, та власні кошти – як від капітаційного фінансування (45–78 %), так і з інших джерел (21–56 %). Слід зазначити, що капітаційне фінансування менше використовується для покращення технічної бази амбулаторіями (50 %) та лікарнями (45 %), а більше – ЦПМСД (70 %) та поліклініками (78 %) (додаток Г, табл. Г.2) [17].

Таким чином, створено умови для реформування системи охорони здоров'я: розмежування первинного, вторинного та третинного рівнів надання медичної допомоги, визначення переліку послуг відповідно до рівня допомоги; затвердження стандартів надання медичної допомоги та клінічних протоколів; прийняття органами місцевого самоврядування та регіональними органами виконавчої влади з охорони здоров'я відповідних рішень щодо структурної перебудови системи охорони здоров'я; переоснащення закладів охорони здоров'я згідно з таблицями оснащення, затвердженими центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я.

1.2. Ефективна первинна медицина в громаді: вітчизняний і зарубіжний досвід

У жовтні 2019 року Кабінет Міністрів України ініціював створення спроможних мереж надання соціальних послуг на всій території України для поліпшення доступу населення до медичних, освітніх, культурних, спортивних, адміністративних, безпекових та інших соціальних послуг. Під спроможною мережею надання медичної допомоги розуміють організаційно інтегровану сукупність надавачів медичних послуг, здатних забезпечувати надання якісної, комплексної, безперервної і орієнтованої на пацієнта медичної допомоги відповідно до соціально-демографічних характеристик населення, особливостей його розселення на відповідній території планування [13].

МОЗ України розробило критерії формування спроможної мережі надання первинної, спеціалізованої та екстреної медичної допомоги у відповідь на ініціативу Кабінету Міністрів України формування єдиного плану розвитку спроможних мереж надання соціальних послуг по всій території України:

- відстань між пацієнтом і сімейним лікарем – не більше 7 км;
- доступність лікарні інтенсивного лікування – не більше 60 хв.;
- час доїзду бригади екстреної медичної допомоги: у місті – 10 хв, поза межами міста – 20 хв. [13].

Розбудова спроможної мережі закладів охорони здоров'я у рамках створення госпітальних округів має забезпечити:

- гарантований своєчасний доступ населенню до послуг медичної допомоги належної якості;
- ефективне використання бюджетних коштів, що спрямовуються на забезпечення медичної допомоги;
- створення умов для підготовки закладів охорони здоров'я, що

надають первинну, вторинну (спеціалізовану) та екстрену медичну допомогу, до функціонування в умовах управлінської та фінансової автономії медичних закладів у межах договорів з Національною службою здоров'я України [13].

За Законом України від 14 лист. 2017 р. № 2206-VIII «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» [49] передбачено будівництво нових амбулаторій, житла для лікарів, придбання медичного обладнання та службового транспорту. На виконання положень даного закону розробляються типові проекти медичних закладів первинної ланки (ФП, ФАП, амбулаторія).

Мережу надання первинної медичної допомоги у сільській місцевості можуть утворювати:

- Центр первинної медичної допомоги (об'єднує не менше 7 лікарів, обслуговує понад 15 тисяч населення);
- амбулаторія групової практики (об'єднує від 2 до 6 лікарів, обслуговує понад 3 тисячі осіб);
- амбулаторія одиночної практики (один лікар, що обслуговує до 2 тисяч осіб);
- медичний пункт (фельдшер і медсестра або лікар, що розраховані на обслуговування близько 750 людей) [28].

До мережі можуть входити також мобільний медичний кабінет чи аптечний пункт.

У кожній сільській амбулаторії має бути лікар, якісні можливості надання первинної медичної допомоги, відповідне оснащення та транспорт. Доступність до амбулаторії для пацієнта повинна бути не більша, ніж 5 км. Навантаження на одного лікаря – 1 800 пацієнтів.

Вимоги до оснащення центрів надання первинної медичної допомоги встановлено Наказом Міністерства охорони здоров'я України № 148 від 26 січня 2018 р. Табель примірн КНП «Центр первинної медичної допомоги» Новоолександрівської сільської ради Дніпровського району Дніпропетровської області ого матеріально-технічного оснащення закладів

мережі надання первинної медичної допомоги у сільській місцевості подано у табл. 1.2.

Таблиця 1.2

Табель примірного матеріально-технічного оснащення закладів мережі надання первинної медичної допомоги у сільській місцевості

Тип закладу мережі	Перелік матеріально-технічного оснащення
Центрі надання первинної медичної допомоги	Центрифуга; одноразові малі хірургічні набори та одноразові набори для огляду; розхідні матеріали одноразового використання (шпателі, оглядові рукавички, рушники паперові, серветки, одноразові простирадла для кушетки, шприці, катетери, вакуумні пробірки, стерильний перев'язувальний матеріал); контейнери для інструментарію, використаних матеріалів; швидкі тести на вагітність, ВІЛ, вірусні гепатити; сумка холодильник з акумуляторами холоду; мінімум один холодильник для зберігання лікарських засобів; сповивальний столик; офісні меблі для персоналу (столи, стільці, шафи для документів та одягу, сейфи тощо); комп'ютер з операційною системою з доступом до мережі Інтернет, принтер та сканер; спеціальне програмне забезпечення; канцелярське приладдя та витратні матеріали для комп'ютерного обладнання
Медичний кабінет	Ваги для дітей; ваги для дорослих; ростомір; медична вимірювальна стрічка; електрокардіограф; таблиці для перевірки гостроти зору; кушетка, в тому числі кушетка-трансформер (гінекологічне крісло); шафа для зберігання лікарських засобів та медичних виробів. кожен лікар первинки повинен мати: стетофонендоскоп; термометр для вимірювання температури тіла; тонометр з малими, середніми та великими манжетами; пульсоксиметр; отоофтальмоскоп; медичний ліхтарик; пікфлоуметр; молоточок неврологічний; апарат для визначення рівня глюкози крові у комплекті (глюкометр, смужки, одноразові ланцети, одноразові рукавички); набір лікарських засобів та медичних виробів для надання медичної допомоги при невідкладних станах; сумка лікаря; автомобіль.

Забезпечення лікаря автомобілем повнопривідним, або ні, залежить від якості доріг.

Станом на 10 вересня 2020 р. в Україні реалізовано 795 проєктів, які спрямовані на розвиток спроможних мереж закладів охорони здоров'я, з них 153 проєктів з метою реконструкції і проведення капітальних ремонтів медичних закладів, закуплено 2023 автомобілі, 3 969 комплектів засобів індивідуального захисту [30]. Інфографіку «Децентралізація у сфері охорони

здоров'я. Підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» (індикатор 8) подано у Додатку Д.

Реформування медичної галузі передбачає «наближення якості медичної послуги в сільській місцевості». Так, у сільських амбулаторіях уже проведено близько 1 тис. 900 телемедичних консультацій. У п'яти пілотних областях телемедична послуга запрацювала в 905 амбулаторіях, у яких працює 1 тис. 400 сімейних лікарів. Лідерами цього процесу є Харківська, Кіровоградська та Полтавська області. Уже долучилися до впровадження телемедицини Луганська, Донецька, Івано-Франківська, Рівненська, Миколаївська, Київська області [37].

Громади, що не мають доступу до нових практик, намагаються побудувати ті самі структури, що існували у старій системі. Низький рівень поінформованості суспільства щодо реформи, відсутність необхідних технічних та управлінських компетенцій, створюють перепони для якісної перебудови системи охорони здоров'я. Щоб допомогти громадам якомога скоріше адаптуватися, легко пройти перший етап медичної реформи, Харківська обласна рада в співпраці з Асоціацією органів місцевого самоврядування в Харківській області, ГО «Агенцією змін «Перспектива» та ГС «Українсько-Німецька Медична Асоціація» реалізують проект «Ефективна первинна медицина в громаді» за фінансової підтримки ЄС (відповідно грантової угоди EIDHR/2018/395-003 від 31.08.2018 р) [15].

Завдяки проекту сімейні лікарі, які планують відкривати приватну практику, управлінські команди медичних закладів та керівники громад Харківської області зможуть отримати нові знання, професійну консультацію, гранти для покращення якості медичних послуг, вивчати кращі місцеві та міжнародні практики. Так, Харківський район Харківської області став першим, де презентовано Стратегії розвитку центрів первинної медико-санітарної допомоги. Стратегії підготовлено в рамках проекту «Ефективна первинна медицина в громаді» [15] та реалізується за програмою

ЄС «Підтримка громадянського суспільства, місцевих влад та прав людини» і фінансується Європейським Союзом.

Проект координується Харківською обласною радою, втілюється саме для того, щоб проводити медичну реформу не тільки у великих містах, а й у селах. Так, у рамках упровадження проекту сформовано чотири навчальні групи для управлінських команд ЦПМСД області. З початку року експертами проведено 19 тренінгів для 90 учасників з 19 закладів первинної медичної допомоги таких районів, як Балаклійський, Борівський, Валківський, Вовчанський, Первомайський, Чугуївський, Краснокутський, Кегичівський, Нововодолазький, міст обласного значення Ізюм, Куп'янськ, а також Нововодолазької та Золочівської ОТГ.

Частиною проекту «Ефективна первинна медицина в громаді» є конкурс міні-грантів. У першому етапі конкурсу (2019 рік) взяли участь 26 центрів первинної медичної допомоги та 28 органів місцевого самоврядування Харківської області, на території яких функціонують заклади первинної ланки медицини. За підсумками роботи конкурсної комісії було відібрано 12 проєктів, спрямованих на розвиток первинної ланки медицини в громадах Харківської області, підвищення якості та доступності медичних послуг. Загальна сума на підтримку цих проєктів складає 2 999 104 грн. [15].

У другому етапі (2020 рік) взяли участь 24 центри первинної медичної допомоги, 24 органи місцевого самоврядування області, на території яких функціонують заклади первинної ланки медицини та 3 від лікарів приватної практики сімейної медицини. За підсумками роботи конкурсної комісії було відібрано 13 проєктів, які направлені на модернізацію сільських закладів первинної ланки медицини, придбання сучасного медичного обладнання, легкового автомобіля для лікаря-педіатра. Загальна сума на підтримку цих проєктів складає 3 314 606 грн. Команди реалізовували проєкти з червня по листопад 2020 року [15].

У Кіптівській об'єднаній територіальній громаді, що на Чернігівщині, у серпні 2018 р. відкрили амбулаторію загальної сімейної практики. Проект передбачав, крім лікувальних кабінетів, квартиру для лікаря, а також автомобіль. У громаді проживає близько 3 тис. 200 жителів. Станом на 1 липня декларації з лікарем сімейної практики підписали 450 пацієнтів [37]. В ОТГ функціонує амбулаторія та п'ять ФАП, які громада утримує за власні гроші: виплачують зарплати фельдшерам і медсестрам. Пацієнти в амбулаторії можуть отримати консультацію сімейного лікаря, рецепт на ліки, тут можуть виміряти тиск, зробити кардіограму, поставити крапельниці, зробити щеплення, уколи. Є кабінет фізіотерапії та два ліжка денного стаціонару. У віддалених від центральної садиби селах лікар сімейної практики проводить виїзні прийоми та консультації згідно з графіком. Медичний заклад обладнаний визначеним набором інструментів та устаткуванням, законодавством встановлено таблиць оснащення амбулаторії – йому потрібно відповідати. Тому громада докладаеть всіх зусиль, щоб відповідати вимогам. Тут працюють над забезпеченням жителів якісними медичними послугами.

Жданівська ОТГ Вінницької області активно включилася в процеси оновлення первинного рівня медицини. За рекомендаціями експертів Вінницького центру розвитку місцевого самоврядування та Програми «U-LEAD з Європою» [37] громада створила власний Центр первинної медико-санітарної допомоги, провела декларування та оформила співпрацю з Національною службою охорони здоров'я. Відтепер громада має комунальний медичний заклад. Відкриття сучасної амбулаторії сприятиме покращенню послуг в ОТГ. Крім того, громада може залучати додатково лікарів, розширювати пацієнтську базу та збільшувати надходження до місцевого бюджету.

У минулому році Жданівська ОТГ Вінницької області увійшла до переліку громад, які було включено в державну програму розвитку системи

охорони здоров'я в сільській місцевості. У листопаді 2018 р. розпочалося будівництво, і вже влітку поточного року мешканці громади отримали сучасну амбулаторію із широким спектром медичних послуг. Амбулаторія обслуговуватиме понад 4 тис. мешканців усіх населених пунктів громади. Заклад забезпечили сучасним медичним обладнанням, спеціалізованими кабінетами. Тут працюватимуть два сімейні лікарі та 13 осіб медперсоналу. Крім того, громада подбала також і про соціальні стимули для медиків та забезпечила їх житлом [37].

Вартість будівництва амбулаторії становила близько 10 млн грн, 10 % коштів виділили з місцевого бюджету Жданівської ОТГ. За словами керівника Жданівської ОТГ, у реалізації проєкту допомогу надали департамент охорони здоров'я та департамент архітектури й містобудування Вінницької ОДА. В амбулаторії працює молодий лікар, але він допомагав створювати первинну ланку медицини в громаді. Є автомобіль, який теж був закуплений за державні кошти на умовах співфінансування. У приміщенні на 300 кв. м є всі умови для того, щоб працювати медикам, зручно і пацієнтам [37].

Немирівська міська громада одна з перших у Вінницькій області створила комунальний заклад первинної медицини. Немирівський міський ЦПМСД був створений рішенням Немирівської міської ради та розпочав роботу 1 серпня 2017 року, а вже з 2018 перейшов, у числі перших 150 закладів України, на фінансування НСЗУ. Охоплення медичним декларуванням у Немирівській ОТГ складає 92 %. У Центрі працює 10 лікарів сімейної медицини із заробітною платою від 11 до 18 тис грн, які обслуговують майже 14 тис пацієнтів, з них понад 2 тисячі – мешканці населених пунктів, що не входять до складу ОТГ [33].

З місцевого бюджету було закуплено все необхідне обладнання – аналізатори, витратні матеріали, мікроскопи, два автомобілі, які обслуговують не тільки Немирів, а й всі села громади за графіком. Створено

пункт невідкладної медичної допомоги з автомобілем, штатним працівником та повним забезпеченням (обладнання, апаратура, медикаменти).

Після реорганізації та підписання договору фінансування з НСЗУ комунальне підприємство щомісячно має близько 670 тис. грн плюс підтримка від міської влади. В ОТГ розробили Програму розвитку галузі, за якою фінансуються коштом місцевого бюджету відповідні проекти. Тільки на функціонування 7 ФАПів, що працюють у селах громади, міська рада виділяє з власного бюджету майже 70 тис. грн щомісяця. Медичний заклад виконав 100 % вимог по основному списку для переходу на фінансування НСЗУ. Цьому передували автономізація та створення комунального підприємства, виконання табеля оснащення та комп'ютеризація. Зараз у ЦПМСД працюють з медичною інформаційною системою «Мед ейр», сучасно обладнані кабінети сімейних лікарів, є денний стаціонар, лабораторія, спеціалізовані автомобілі. Послуги надаються щоденно, у вихідні та святкові дні працює черговий лікар [35].

У закладі організовано електронний запис до лікаря, функціонує інформативний сайт із корисними порадами та оголошеннями, є офіційна сторінка у соцмережі, працює аналітичний відділ. Для покращення роботи Центру було організовано анонімне анкетування для пацієнтів та лікарів. За словами головного лікаря ЦПМСД, це дало можливість своєчасно відреагувати на побажання людей і налагодити чітку роботу всіх підрозділів. КНП «Немирівський міський центр первинної медико-санітарної допомоги» отримав відзнаку «Лідер галузі – 2019» [35].

Відповідно до Наказу МОЗ № 178/24 «Про затвердження Порядку формування спроможних мереж надання первинної медичної допомоги» від 06 лютого 2018 року «План спроможної мережі надання ПМД» – це документ, який розробляється обласними державними адміністраціями та містить інформацію про спроможну мережу надання ПМД, сформовану відповідно до критеріїв спроможності. План спроможної мережі надання ПМД має включати картографічну та описову частини [45].

Картографічна частина плану містить дві адміністративні карти – наявної мережі надання ПМД та спланованої за Порядком спроможної мережі надання ПМД. Для наявної мережі надання ПМД позначаються [45]:

- межі та чисельність мешканців всіх населених пунктів на території планування;

- місця розташування наявних місць надання ПМД, для кожного з яких зазначається скорочена назва, межі території обслуговування та кількість населення, що проживає на цій території.

Для спроможних мереж надання ПМД позначаються [45]:

- межі та чисельність мешканців всіх населених пунктів на території планування;

- межі всіх територій доступності (ТД) та сукупна чисельність мешканців населених пунктів, що увійшли до кожної з ТД;

- місця розташування наявних та/або запланованих місць надання ПМД із зазначенням кількості населення, що ними обслуговується та типом місця надання ПМД;

- автомобільні дороги загального користування між населеними пунктами, якими забезпечується транспортування пацієнтів до існуючих та/або запланованих місць надання ПМД із зазначенням відстані в кілометрах.

Описова частина плану спроможних мереж надання ПМД містить таку інформацію [45]:

- зведена таблиця щодо кількості жителів, організована за ТД, населеними пунктами та типами місць надання ПМД;

- щодо існуючих (перспективних) місць надання ПМД: графіки роботи, загальна (розрахункова) кількість лікарів та молодшого медичного персоналу.

Перелік надавачів ПМД, для яких підготовлені мапи подано на веб-ресурсі Національної служби здоров'я України.

Реформування охорони здоров'я відбувається відповідно до міжнародних зобов'язань України та за підтримки авторитетних міжнародних організацій (Світового банку, UNICEF, USAID та інших). Упровадження реформ, є частиною зобов'язань у рамках Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони. Тому важливим є вивчення досвіду управління у сфері охорони здоров'я провідних країн.

У дослідженні У. Безкоровайної [2] зазначається, що сучасні моделі системи охорони здоров'я, які існують у світовій спільноті, сформувалися під впливом різноманітних чинників, серед яких треба виділити такі основні: географічно-історичний, соціально-культурний, політико-адміністративний. На фоні дії цих чинників також простежуються загальні тенденції розвитку національних систем охорони здоров'я.

Державна система охорони здоров'я (система Беверіджа). Характеристикою системи Беверіджа є обмеження державою ринкових відносин між надавачами й користувачами медичної допомоги за умови гарантії всім громадянам отримання медичної допомоги та послуг, незалежно від їхнього соціального статусу й матеріального стану; найманий характер праці медичних працівників із залежністю грошової винагороди від обсягу наданої медичної допомоги та кваліфікації лікаря; відсутність у пацієнтів можливості ринкового вибору лікаря [2]. Країнами, в основі системи охорони здоров'я яких лежить система Беверіджа, є Великобританія, Італія, Канада, Скандинавські країни. Зрозуміло, що у всіх цих країнах є і власні національні особливості цієї системи.

Перевагами системи охорони здоров'я Беверіджа є такі [2]:

- доступність і безоплатність медичної допомоги усім верствам населення держави;
- надійність одноканального механізму фінансування (державний

бюджет) з державним контролем фінансових витрат у галузі;

- багатокomпонентна економіка охорони здоров'я на основі загальнодержавної власності;

- високий рівень адміністративної керованості системи, ефективніше управління й координація діяльності за умови надзвичайних ситуацій;

- гарантований рівень оплати наданої медичної допомоги та медичних послуг;

- можливість швидкого впровадження змін в систему охорони здоров'я на всіх її рівнях;

- відсутність конкуренції у сфері надання медичних послуг (із збереженням прихованої конкуренції за розподіл державних фінансових ресурсів, які виділені бюджетом для оплати медичної допомоги та медичних послуг);

- централізоване планування і сталий розвиток інфраструктури галузі;

- пріоритетність профілактики, а також амбулаторно-поліклінічної, стаціонарної та швидкої медичної допомоги в охороні здоров'я;

- державний контроль за якістю надання медичної допомоги.

- монополія держави на медичні послуги;

- обмеження державних витрат на охорону здоров'я;

- незацікавленість системи в інноваційних змінах;

- недостатній розвиток системи первинної медико-санітарної допомоги;

- залежність доступності медичної допомоги від рівня фінансового забезпечення системи охорони здоров'я;

- відсутність економічних стимулів до підвищення якості надання медичної допомоги, розширення її обсягу;

- невисокий рівень стандартів медичного обслуговування;

- низький рівень задоволеності пацієнтів якістю надання медичної допомоги (соціальною доступністю, рівнем обслуговування, участю в

лікуванні);

- високий рівень медико-етичних конфліктів між надавачами й користувачами медичної допомоги;

- обмежений доступ пацієнтів до якісних високоспеціалізованих медичної допомоги та практична відсутність контролю споживачів медичної допомоги за якістю її надання;

- відсутність правових, економічних, соціальних умов для формування адекватного конкурентного середовища в галузі надання медичної допомоги;

- неефективне (неекономне) використання наявних ресурсів охорони здоров'я;

- слабка (подекуди – відсутня) кореляція заробітної платні медичних працівників з обсягом, якістю та ефективністю наданої пацієнтам медичної допомоги, що призводить до певного дефіциту медичних кадрів;

- авторитарний стиль керівництва галуззю на всіх її рівнях.

Досвід Великобританії [5]. Національна служба охорони здоров'я (НСОЗ) Великій Британії є найбільш відомою універсальною системою медичної допомоги (охоплене все населення країни) з 1948 року, коли вона була запроваджена. Це державна система, яка фінансується в основному за рахунок податків. Послуги надаються всім верствам населення і, в основному, на безоплатній основі. Не існує оплати за послуги, які надаються в межах НСОЗ, за винятком лікарень у тих випадках, коли пацієнт потребує особливих умов або додаткового лікування, яке не є необхідним з клінічної точки зору. Для деяких груп населення також існує певна співплата за стоматологічну допомогу, а також плата за фармацевтичні препарати – за один пакет, прописаний лікарем. Пацієнти мають свободу вибору своїх лікарів.

Спочатку система була організована як державна в цілому. Послуги лікарів загальної практики та стаціонарна допомога фінансувалися державою і контролювалися державними органами влади. Однак, ця організація була в

значній мірі змінена в 90-х роках. Основною зміною було те, що покупці послуг і надавачі медичних послуг були розділені, і в межах системи був введений «внутрішній ринок».

Ринок працює через лікарів загальної практики та регіональні адміністрації охорони здоров'я, які закупають послуги лікарень від імені свого зареєстрованого населення або пацієнтів, що проживають на їхній території. Основною метою такої реорганізації було підвищення рівня конкуренції серед надавачів медичних послуг і надання можливостей підвищити ефективність при закупівлі та наданні медичних послуг. Однак, фінансування цієї системи залишилося за державою (державний бюджет).

Досвід Італії [5]. Національна служба охорони здоров'я Італії (НСОЗ) була заснована в 1978 році з метою забезпечення універсального доступу до медичних послуг, які, в основному, надаються безоплатно. Фінансування системи охорони здоров'я носить переважно державний характер – за рахунок загального оподаткування та соціального страхування. Надання послуг змішане – послуги надаються як державними, так і приватними закладами.

Система охорони здоров'я Італії є вкрай децентралізованою у порівнянні з її прототипом, англійською НСОЗ. Парламент встановлює мінімальний гарантований обсяг послуг для всієї країни, і визначає умови, за якими населення може отримувати послуги від приватного сектору. Реалізація, планування, фінансування та моніторинг системи охорони здоров'я здійснюються 21 регіонами. Система є дуже фрагментованою внаслідок частих змін уряду та недостатньої координації на центральному рівні. Медичні послуги не досягають середнього рівня ЄС. Існує значна різниця між рівнями медичної допомоги на півночі та півдні країни на користь північної частини. Однак, рівень розподілу ресурсів є дуже високим з точки зору як капіталу, так і людських ресурсів, що призводить до неефективного розподілу, управління і використання ресурсів. У порівнянні з

іншими країнами ЄС, населення країни незадоволене системою охорони здоров'я.

Незважаючи на значні проблеми у забезпеченні рівної і ефективної медичної допомоги а фінансування, загальні показники здоров'я населення є хорошими у порівнянні з середніми показниками ЄС. Крім того, Італія має видатну медичну експертизу у деяких сферах охорони здоров'я.

Другою моделлю системи охорони здоров'я, яка використовується у світовій медичній практиці, є система Бісмарка, тобто ринкові відносини, які регулюються державою. Характеристикою цієї системи є обов'язкове медичне страхування у національному масштабі; законодавче регламентування (примушування) солідарної участі роботодавців в оплаті медичної допомоги; законодавчо визначена неприбутковість страхових закладів (лікарняних кас) із зобов'язанням витратити всі зібрані кошти на оплату медичної допомоги й медичних послуг. Суб'єктами ринку медичних послуг є лікарі та лікувально-профілактичні заклади, які пропонують свої послуги, страхові заклади (лікарняні каси), через які здійснюється оплата медичних послуг і нестраховані пацієнти. Країнами, в основі системи охорони здоров'я яких лежить система Бісмарка, є Австрія, Бельгія, Нідерланди, Німеччина, Франція. Зрозуміло, що у всіх цих країнах є і власні національні особливості цієї системи [2].

Перевагами системи охорони здоров'я Бісмарка є такі:

- децентралізований тип фінансування галузі;
- право вибору лікаря, місця й умов отримання медичної допомоги;
- чіткий розподіл управлінських функцій між державними органами, органами, які здійснюють фінансування, і надавачами медичної допомоги;
- наявність конкуренції між суб'єктами ринку медичних послуг: страховими компаніями, лікувально-профілактичними закладами, вільно практикуючими лікарями;

- підвищений рівень контролю за якістю медичних послуг і фінансових витрат на її надання;

- забезпечення солідарної оплати медичної допомоги населенням;

- дієздатність економічних механізмів управління ринковою моделлю системи охорони здоров'я. Недоліками системи охорони здоров'я Бісмарка вважаються такі [2]:

- нерівномірність територіального та соціального доступу до ринку медичної допомоги для різних категорій населення;

- неадекватне реальним витратам підвищення ціни на медичні послуги;

- значні фінансові витрати на утримання аналітично-адміністративного персоналу для управління та фінансового обслуговування розрахунків страхових організацій з лікувально-профілактичними закладами та окремими вільно практикуючими лікарями, а також на правовий супровід відносин суб'єктів ринку медичних послуг;

- неналежний контроль за діяльністю медичного персоналу, який надає медичні послуги;

- незацікавленість у пацієнтах, які належать до групи високого ризику здоров'я; тривало- і частохворіючих або тих, хто не володіє соціальним страховим полісом;

- низький відсоток використання у діяльності стратегічного (довготривалого) планування;

- незацікавленість у зміцненні здоров'я населення й підвищенні рівня його санітарно-просвітніх знань;

- почастищення випадків надання клінічно необґрунтованої медичної допомоги.

Досвід Франції [5]. Всесвітня організація охорони здоров'я, проаналізувавши систему медичного обслуговування 191 країни, віддала першість Франції. При цьому враховувалися такі критерії, як доступність, ефективність, відповідність потребам населення. З'ясувалося, що саме в цій

країні найкращі лікарні, найкомпетентніші медики, надсучасне обладнання, до того ж, до всіх цих медичних благ мають доступ практично будь-які соціальні прошарки населення.

У Франції є багато великих науково-дослідних установ, які водночас лікують. Майже всі лікарні належать муніципалітетам міст і підпорядковуються адміністративним радам під головуванням мерів. Заклади для лікування психічно хворих та хворих на туберкульоз належать департаментам чи приватним особам. Диспансери здебільшого засновуються на приватні пожертви, але в дуже великих містах – на муніципальні кошти. При кожній лікарні є клініка для амбулаторних хворих. Офіційно визнані незаможні лікуються у спеціальних безкоштовних поліклініках.

Третьою моделлю системи охорони здоров'я, яка застосовується у світовій медичній практиці, є ринкова модель. Типовим прикладом країни з ринковою системою охорони здоров'я є США. Характерними особливостями ринкової системи є такі [2]:

- взаємодія лікарів і пацієнтів як вільних суб'єктів ринку. Надавачі медичної допомоги (лікарі) пропонують свої послуги, а споживачі (пацієнти) їх купують. За таких умов і наявності конкуренції між надавачами медичної допомоги встановлюється реальна ринкова їх ціна;

- кореляція споживання медичної допомоги громадян з диференціацією їх прибутків;

- відсутність єдиної системи державного медичного страхування;

- існування системи добровільного медичного страхування;

- здійснення державного регулювання ринку медичних послуг законодавчим шляхом та через запровадження соціальних медичних програм.

Досвід США [5]. Догоспітальну медичну допомогу населенню США майже повністю надають лікарі приватної практики. Приватною практикою охоплено близько 65–70 % всіх лікарів.

Стаціонарну допомогу громадяни США одержують в госпіталях, які

розділяються на дві групи: федеральні, які підпорядковуються уряду і федеральним відомствам; муніципальні, які підпорядковані місцевій владі штатів, релігійним організаціям, власникам і ін. Висока вартість госпітальної медичної допомоги вимушує скорочувати терміни лікування. В середньому один хворий перебуває в стаціонарі близько 9 днів. Плану «ліжкодень» в США не існує.

У контексті вивчення кращих практик управління медичними закладами, заслуговує на увагу дослідження О. Дорошенко та М. Шевченка [12]. Автори акцентують увагу на тому, що нові тенденції у плануванні виробничих можливостей лікарень зміщуються від планування на основі показників потужності в бік спроможностей управління процесами. Наприклад, використовуються підходи, засновані на теорії промислового виробництва («раціональне мислення», що фокусується на вартості, що додається різними процесами пацієнту); погляд на лікарню не з точки зору ліжок або спеціалізації, а в аспекті того шляху, який здійснюють пацієнти, що в них лікуються, з точки зору відповідних процесів, що здійснюються медичними фахівцями, і виробничих потужностей, необхідних для реалізації цих процесів. Одним із способів досягнення цих цілей є систематизація шляхів (маршрутів) медичної допомоги. Однак їх розробка повинна спиратися на більш глибоке розуміння потоків пацієнтів, робіт і матеріальних благ усередині лікарні, визначення вузьких місць і на перетворення цього розуміння в нові інструменти планування виробничих потужностей.

У роботі [12] також систематизовано досвід багатьох країн у вирішенні проблем кадрового дефіциту шляхом впровадження такого інструменту, як введення або розширення надання послуг меншою чисельністю лікарів, про що зазначається в аналізі діяльності постачальників медичних послуг Канади, Данії, Фінляндії, Франції, Ірландії, Нідерландів, Норвегії, Іспанії, Швеції, Швейцарії, Великої Британії і США. Більш консервативні щодо перерозподілу ролей лікарів окремих спеціалізацій виявилися системи

охорони здоров'я Австрії, Німеччини, Італії, Японії, Люксембургу, Греції, Чехії.

Для сприяння кращому географічному розподілу лікарів у багатьох країнах використовуються відповідні фінансові стимули і є поширеною практика сумісництва. Головні мотиви такого сумісництва – залучення пацієнтів і підвищення кваліфікації самого лікаря. Наприклад, робота в стаціонарі дозволяє амбулаторному фахівцю розширити свій професійний світогляд, отримати додатковий досвід і забезпечити безперервність ведення пацієнта. У цих країнах всіляко заохочується такий підхід, оскільки, з одного боку, це засіб підвищення кваліфікації лікарів, з іншого – можливість зменшити потребу у лікарських кадрах. Водночас у Кореї, Люксембургу, Швеції сумісництво у лікарнях не дозволяється [12].

Таким чином, в економічно розвинених країнах пацієнт проходить через багаторівневу систему обслуговування, де на всіх етапах забезпечується інтеграція і наступність у роботі. Крім того, постійно удосконалюються напрями взаємодії між різними рівнями надання медичної допомоги шляхом: підвищення узгодженості дій медичних служб; перерозподілу функцій між різними структурами і рівнями; раціонального планування і ведення пацієнтів; участі у вертикальній інтеграції, що особливо актуально при розробці схем обслуговування пацієнтів похилого віку. Останнім часом суттєві зміни торкнулися також структури ресурсів медичного сектору, що пов'язано із запровадженням нових технологій, наприклад, розвиток інформаційних і комунікаційних напрямів, зокрема телемедицини.

РОЗДІЛ 2
СУЧАСНИЙ СТАН ТА НАПРЯМИ РОЗВИТКУ
КНП «ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ»
НОВООЛЕКСАНДРІВСЬКОЇ СІЛЬСЬКОЇ РАДИ
ДНІПРОВСЬКОГО РАЙОНУ ДНІПРОПЕТРОВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

2.1. Загальна характеристика системи управління КНП «Центр первинної медичної допомоги» Новоолександрівської сільської ради Дніпровського району Дніпропетровської області

Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медичної допомоги» Новоолександрівської сільської ради Дніпровського району Дніпропетровської області» (далі – Підприємство) є закладом охорони здоров'я – комунальним унітарним некомерційним підприємством, що надає медичну допомогу будь-яким особам в порядку та на умовах, встановлених законодавством України та Статутом Підприємства, а також вживає заходів із профілактики захворювань населення та підтримання громадського здоров'я.

КНП «Центр первинної медичної допомоги» Новоолександрівської сільської ради Дніпровського району Дніпропетровської області є самостійним лікувально-профілактичним закладом і має у своєму розпорядженні будівлі та споруди з певною територією, відповідне обладнання, інвентар та інше майно.

Підприємство створене за рішенням Новоолександрівської сільської ради Дніпровського району Дніпропетровської області (далі – Засновник) № 2671-28/VII від 22 березня 2018 року відповідно до Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні» шляхом перетворення Комунального закладу «Центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги» Новоолександрівської сільської ради Дніпровського району

Дніпропетровської області» у комунальне некомерційне підприємство.

Підприємство є правонаступником усього майна, всіх прав та обов'язків Комунального закладу «Центр первинної медичної (медико–санітарної) допомоги» Новоолександрівської сільської ради Дніпровського району Дніпропетровської області».

Предметом діяльності КНП «ЦПМД» НСР є:

1. Організація надання прикріпленому населенню первинної медичної допомоги (далі – ПМД).

2. Забезпечення належної доступності та якості первинної медичної допомоги для прикріпленого населення.

3. Організація взаємодії із закладами охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу (далі – ВМД), третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу (далі – ТМД), екстрену медичну допомогу (далі – ЕМД), паліативну медичну допомогу, медичну реабілітацію.

4. Організація та надання невідкладної медичної допомоги населенню.

5. Планування розвитку ПМД.

6. Проведення організаційно-методичної роботи за напрямом ПМД.

7. Здійснення фінансового та матеріально-технічного забезпечення ПМД.

8. Забезпечення кадрового укомплектування.

9. Забезпечення взаємодії між підрозділами КНП «ЦПМД» НСР в інтересах удосконалення надання медичної допомоги, збереження та зміцнення здоров'я населення.

10. Сприяння доступності для населення сільської місцевості стоматологічної та екстреної допомоги, забезпечення лікарськими засобами.

КНП «ЦПМД»НСР» забезпечує:

– надання населенню ПМД;

– проведення заходів масової та індивідуальної профілактики інфекційних захворювань;

- раннє виявлення та профілактику неінфекційних захворювань, визначення груп підвищеного ризику;
- раннє виявлення та профілактику інфекційних захворювань, у тому числі соціально небезпечних;
- проведення санітарно-просвітницької роботи, навчання населення здоровому способу життя, основам надання самодопомоги та взаємодопомоги;
- проведення скринінгу захворювань, раннє виявлення яких веде до зменшення інвалідизації і смертності населення;
- надання паліативної допомоги пацієнтам на останніх стадіях перебігу невиліковних захворювань, яка включає комплекс заходів, спрямованих на полегшення фізичних та емоційних страждань пацієнтів, моральну підтримку членів їх сімей;
- здійснення відбору хворих для отримання санаторно-курортного лікування відповідно до показань;
- проведення експертизи тимчасової втрати працездатності;
- підготовку медичної документації для направлення осіб з ознаками стійкої втрати працездатності на медико-соціальну експертизу та на медико-соціальну реабілітацію;
- виписку рецептів для пільгового забезпечення лікарськими засобами окремих груп населення та за певними категоріями захворювань відповідно до чинного законодавства;
- управління та контроль якості надання медичної допомоги у своїх підрозділах;
- наступність та послідовність медичного обстеження, лікування та реабілітації пацієнтів у взаємодії з іншими ЗОЗ відповідно до медичного маршруту пацієнта, направлення пацієнтів для отримання інших видів медичної допомоги. Створення на базі амбулаторій умов для проведення виїзних прийомів лікарями-спеціалістами ЗОЗ вторинного рівня.

Статут комунального некомерційного підприємства «Центр первинної медичної допомоги» Новоолександрівської сільської ради Дніпровського району Дніпропетровської області» затверджено рішенням 22 березня 2018 р. (№ 2671-22/VII).

Адреса: Україна, 52070, Новоолександрівка, Центральна вулиця, 46, Дніпропетровська обл., Дніпровський район. Телефон: +38(096)1376745.

Підприємство створене на базі відокремленої частини комунальної власності Новоолександрівської сільської територіальної громади Дніпровського району Дніпропетровської області.

Засновником та Власником Підприємства є Новоолександрівська сільська територіальна громада в особі в особі Новоолександрівської сільської ради Дніпровського району Дніпропетровської області, ідентифікаційний код – 04339764, місцезнаходження: 52070, Україна, Дніпропетровська область, Дніпровський район, с. Новоолександрівка, вул. Сурська, 74.

Органом управління майном є Виконавчий комітет Новоолександрівської сільської ради Дніпровського району Дніпропетровської області, ідентифікаційний код – 40201087, місцезнаходження: 52070, Україна, Дніпропетровська область, Дніпровський район, с. Новоолександрівка, вул. Сурська, 74.

Підприємство є підпорядкованим, підзвітним та підконтрольним Засновнику.

Підприємство здійснює господарську некомерційну діяльність, спрямовану на досягнення соціальних та інших результатів без мети одержання прибутку.

Підприємство у своїй діяльності керується Конституцією України, Господарським та Цивільним кодексами України, законами України, постановами Верховної Ради України, актами Президента України та Кабінету Міністрів України, загальнообов'язковими для всіх закладів

охорони здоров'я наказами та інструкціями Міністерства охорони здоров'я України, загальнообов'язковими нормативними актами інших центральних органів виконавчої влади, відповідними рішеннями місцевих органів виконавчої влади і органів місцевого самоврядування та Статутом.

Повне найменування українською мовою: «КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО «ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ» НОВООЛЕКСАНДРІВСЬКОЇ СІЛЬСЬКОЇ РАДИ ДНІПРОВСЬКОГО РАЙОНУ ДНІПРОПЕТРОВСЬКОЇ ОБЛАСТІ», скорочене найменування українською мовою: «КНП «ЦПМД» НСР».

У 2018 році в Україні розпочалась реформа медичної галузі, що суттєво змінило фінансування Підприємства. Штатна чисельність працівників станом на 1 січня 2022 року склала 117 осіб.

Джерелом формування майна та коштів «КНП «ЦПМД» НСР» є:

1. Комунальне майно, передане «КНП «ЦПМД» НСР» відповідно до рішення про його створення.
2. Кошти бюджету.
3. Власні надходження «КНП «ЦПМД» НСР»: кошти від здачі в оренду (зі згоди Засновника) майна, закріпленого на праві оперативного управління та здачі вторинної сировини;
4. Цільові кошти (кошти, отримані згідно договору з Національної служби здоров'я України);
5. Майно, що надходить безоплатно або у вигляді безповоротної фінансової допомоги чи добровільних благодійних внесків, пожертвувань юридичних і фізичних осіб;
6. Майно та кошти, отримані з інших джерел, не заборонених чинними законодавством України.

Управління Підприємством здійснює Новоолександрівська сільська рада Дніпровського району Дніпропетровської області та її виконавчі органи.

Поточне керівництво (оперативне управління) Підприємством здійснює

керівник Підприємства – директор (з 27 березня 2020 року – Сотник Сергій Іванович), який призначається на посаду і звільняється з посади розпорядженням Новоолександрівського сільського голови відповідно до порядку, визначеного чинним законодавством та рішенням Новоолександрівської сільської ради «Про затвердження Положення про порядок призначення на посади та звільнення з посад керівників підприємств, установ, організацій та закладів, що належать до комунальної власності Новоолександрівської сільської територіальної громади Дніпровського району Дніпропетровської області» № 2675-28/VII від 22 березня 2018 року, та який відповідає кваліфікаційним вимогам Міністерства охорони здоров'я України. Строк найму, права, обов'язки і відповідальність директора, умови його матеріального забезпечення, інші умови найму визначаються контрактом.

Новоолександрівка – село в Україні, центр Новоолександрівської сільської територіальної громади Дніпровського району Дніпропетровської області. Населення – 4502 особи.

Новоолександрівка розташована на берегах річки Мокра Сура, в центральній частині Дніпропетровської області. Біля берегів річки висота над рівнем моря – 55-60 метрів, в інших частинах села досягає 90 метрів. До Мокрої Сури впадає річка Войцеховська балка.

До Новоолександрівки примикають південні околиці міста Дніпра, входить до Дніпровської агломерації. На заході межує з селом Сурсько-Литовське, на сході – з селом Братське. Поруч проходять автомобільні дороги Н08, Т0421 і залізниця, станція Платформа 221 км.

З давнини територія села входила до складу земель Запорозької Січі. Ось як пише про заснування села дослідник краю, архієпископ Феодосій Макаревський: «У 1886 році у Волоських Хуторах проживало 550 осіб, село входило до Волоської волості Катеринославського повіту Катеринославської губернії. Після переселення сюди нових жителів слободу перейменували на

Новонаселену, а ще пізніше село отримало сучасну назву. За переписом 1897 року кількість мешканців зросла до 1047 осіб (521 чоловічої статі та 526 – жіночої), з яких 1028 – православної віри».

Поблизу Новоолександрівки в XIX столітті виникли ще два села:

– За Мокрою Сурою з'явилося поселення сімей, що прибули сюди з Лоцманської Кам'янки. Поселення спочатку називалось Лоцманські Хутори, потім Сурські Хутори, а з 1893 року – Сурсько-Покровське;

– неподалік від Волоських Хуторів розміщувалося кріпосне село Лапіно. Назва від власника – полтавського поміщика Лапи. Згодом це село стали називати Селецьке.

За переписом 1897 року кількість мешканців Селецького становила 588 осіб (286 чоловічої статі та 301 – жіночої), з яких 586 – православної віри. У 1953 році Сурсько-Покровське і Селецьке були приєднані до Новоолександрівки.

Найбільше підприємство села – Новоолександрівський цегельний завод, одне з найбільших в Дніпропетровській області підприємств з виробництва керамічної цегли. На виробництві зайнято понад 200 працівників. Також діє ТОВ Агрофірма «Новоолександрівська» та декілька фермерських господарств. Серед закладів соціальної сфери стадіон «Ювілейний», середня загальноосвітня школа, дошкільний навчальний заклад «Світлячок», дільнична лікарня, аптека, бібліотека. У селі збудовано спортивний комплекс з футбольним полем, який є базою дитячої футбольної команди корпорації «АТБ». Поблизу села наявний ландшафтний заказник місцевого значення Балка Кирпична.

Новоолександрівська сільська громада – об'єднана територіальна громада в Україні, у Дніпровському районі Дніпропетровської області. Адміністративний центр – село Новоолександрівка. Площа громади – 226,1 км², населення – 11013 мешканців.

Утворена 14 серпня 2015 року шляхом об'єднання Волоської та Новоолександрівської сільських рад Дніпропетровського району.

До складу громади входять 12 населених пунктів: 11 сіл і 1 селище (села Новоолександрівка, Дороге, Братське, Дніпрове, Старі Кодаки, Кам'янка, Чувиліне, селище Дослідне Новоолександрівської сільської ради та села Волоське, Ракшівка, Червоний садок, Майорка Волоської сільської ради Дніпропетровського району Дніпропетровської області).

Проаналізуємо сучасний стан та проблеми даної території та громад у сфері охорони здоров'я.

На протязі останніх років проведена організаційна робота:

– реорганізація закладу шляхом перетворення Комунального закладу в Комунальне некомерційне підприємство, яке проводить свою діяльність на засадах господарської самостійності, самофінансування, має рахунки в банку;

– оптимізація мережі і штатної чисельності працівників закладу у відповідності до «Перспективного плану мережі» та відповідної чисельності населення;

– створення технічних передумов укладення декларацій лікаря з пацієнтами (створені робочі місця та доступ до мережі Інтернет);

– розробка та впровадження нової системи оплати праці, що сприяє мотивації медичних працівників до якісної і продуктивної роботи. Кошти отримані від НСЗУ використовуються для забезпечення основної діяльності – надання медичних послуг;

– впровадження електронної системи документообігу в закладі та його структурних підрозділах;

– забезпечення та контроль виконання договору з НСЗУ про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій;

– розробка фінансового плану закладу;

– укладення колективного договору між керівником та профспілковим

комітетом центру.

За останні роки матеріально-технічна база закладу зміцніла:

– згідно табеля оснащення укомплектовано всі амбулаторії загальної практики – сімейної медицини;

– придбано діагностичне обладнання на суму 2 025 700,0 грн (цифровий флюорограф, телемедичне обладнання);

– медична техніка на суму 732 530,0 грн. (електрокардіографи, гематологічний аналізатор, центрифуга, мікроскоп, холодильник для вакцини, крісло-качалка);

– закуплено 14 автоматизованих робочих місць лікаря на суму 264 тис. грн. з місцевого бюджету;

– амбулаторії забезпечені спеціалізованими легковими автомобілями Opel Combo та «Нива».

У 2018 році завершена реконструкція будівлі колишньої молочної кухні та введено в експлуатацію багатоквартирний житловий будинок для медичних працівників сімейної медицини. Наразі в ньому проживають чотири сімейні лікарі. За останні роки виконано поточні ремонти. Потрачено коштів з місцевого бюджету в сумі 289 086 тис. грн.

У табл. 2.1 наведено динаміку кількості населення Новоолександрівської сільської громади за 2019–2021 роки.

Таблиця 2.1

Динаміка чисельності населення

Новоолександрівської сільської громади у 2019-2021 рр.

Населення району осіб	2019	2020	2021
Діти	1737	1736	1684
Підлітки	315	304	301
Дорослі	9434	9212	9028
Працездатній вік	6073	5632	5447
Старше працездатного віку	2737	1272	1273
Жінок всього	7703	7793	7396
Жінок фертильного віку	6092	6099	6063
Разом	11486	11252	11013

Результати аналізу щодо динаміки кількості населення Новоолександрівської сільської громади у 2019–2021 рр. свідчать, що за останні роки відмічається тенденція до скорочення чисельності населення з 11486 тис. у 2019 році до 11013 тис. у 2021 році.

Спостерігається зменшення чисельності населення усіх вікових груп (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

**Демографічні показники Дніпровського району
у 2019-2021 рр.**

Найменування показника	2019		2020		2021	
	р-н	обл.	р-н	обл.	р-н	обл.
Народжуваність на 1 тис. населення	9,1	8,6	8,5	7,9	7,6	7,1
Смертність на 1 тис. населення	18,8	15,8	17,4	16,1	18,3	16,0
Малюкова смертність на 1 тис. населення	4,8	6,4	6,1	8,7	0	7,8
Природній рух	-9,7	-7,2	-8,9	-8,2	-10,7	-8,9

Отже, з табл. 2.1 та 2.2 бачимо, що рівень народжуваності зменшується, хоча він і вищий за обласного рівня, а рівень смертності зростає, що пояснюється, у першу чергу, зниженням рівня життя населення.

У закладі охорони здоров'я працюють 117 працівників із них 14 лікарів: 3 – вищої категорії, 5 – першої категорії; та 51 медичних сестер і фельдшерів та клінічні лаборанти, з них вища категорія – 29 чол., другої категорія – 15 чол.

У 2011 році створено комунальний заклад «Новоолександрівський центр первинної медико-санітарної допомоги» з 3 амбулаторіями загальної практики – сімейної медицини, а 2016 р. лікарня одержала статус комунального неприбуткового підприємства «Центр первинної медичної допомоги» Новоолександрівської сільської ради Дніпровського району Дніпропетровської області.

Функціонує «Центр первинної медичної допомоги» Новоолександрівської сільської ради на 500 відвідувань в зміну, де працює 5

сімейних лікарів. Сімейні лікарі надають амбулаторну допомогу населенню районну, як дорослу так і дитячу. Прикріплено деклараціями до кожного сімейного лікаря від 820 до 1870 осіб населення.

В амбулаторії функціонує клінічна лабораторія, щеплювальний кабінет.

Уся необхідна споживачам медичних послуг інформація про лікарню розміщена на офіційному веб-сайті лікарні (рис. 2.1).

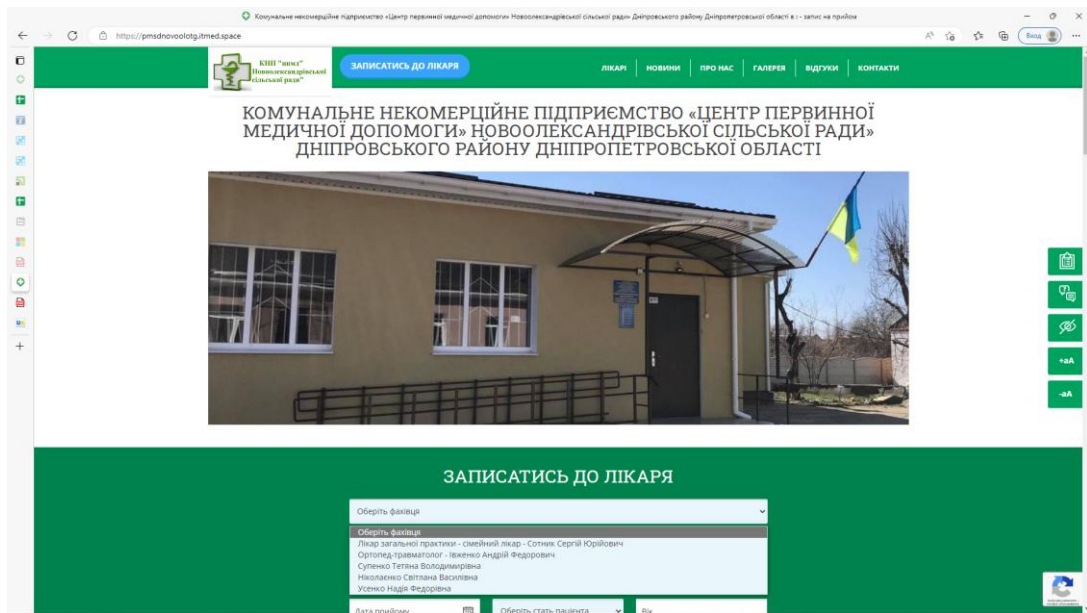


Рис. 2.1. Головна сторінка офіційного веб-сайту КНП «Центр первинної медичної допомоги» Новоолександрівської сільської ради [20]

У структурі веб-сайту наявні такі розділи:

- «Лікарі» (загальні відомості; рис. 2.2);
- «Новини» (наукові та публіцистичні статті та рекомендації лікарів на медичну тематику);
- «Про нас» (установча документація, поточні звіти, інформація про ліки тощо; рис. 2.3);
- «Галерея» (доступні фото);
- «Відгуки»;
- «Контакти».

Наявною є також можливість отримати інформацію щодо графіку

прийому та виїздів лікарів.

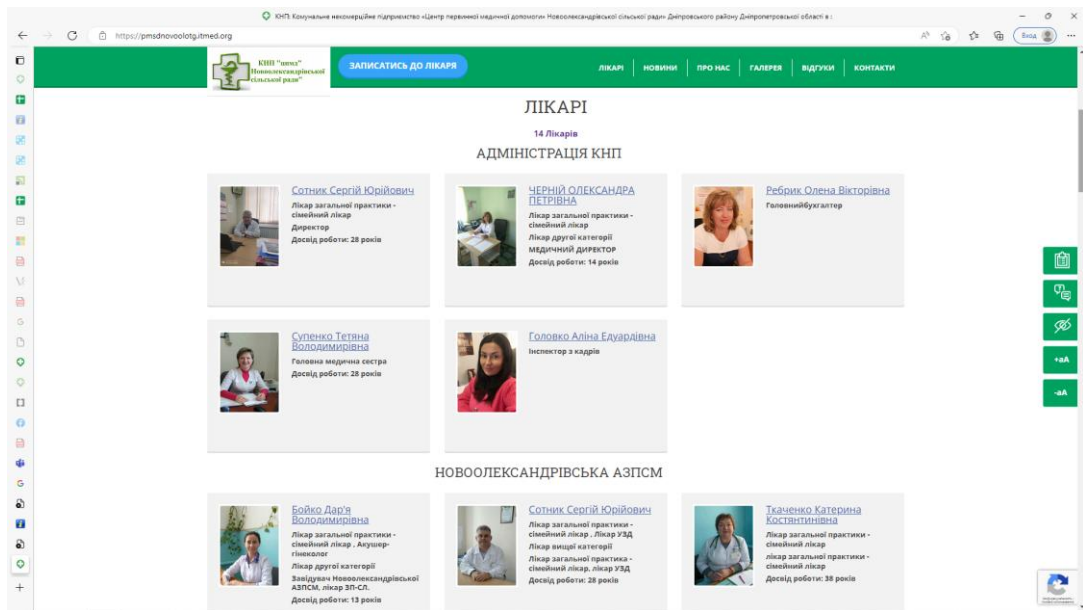


Рис. 2.2. Інформація офіційного веб-сайту КНП «Центр первинної медичної допомоги» Новоолександрівської сільської ради [20]

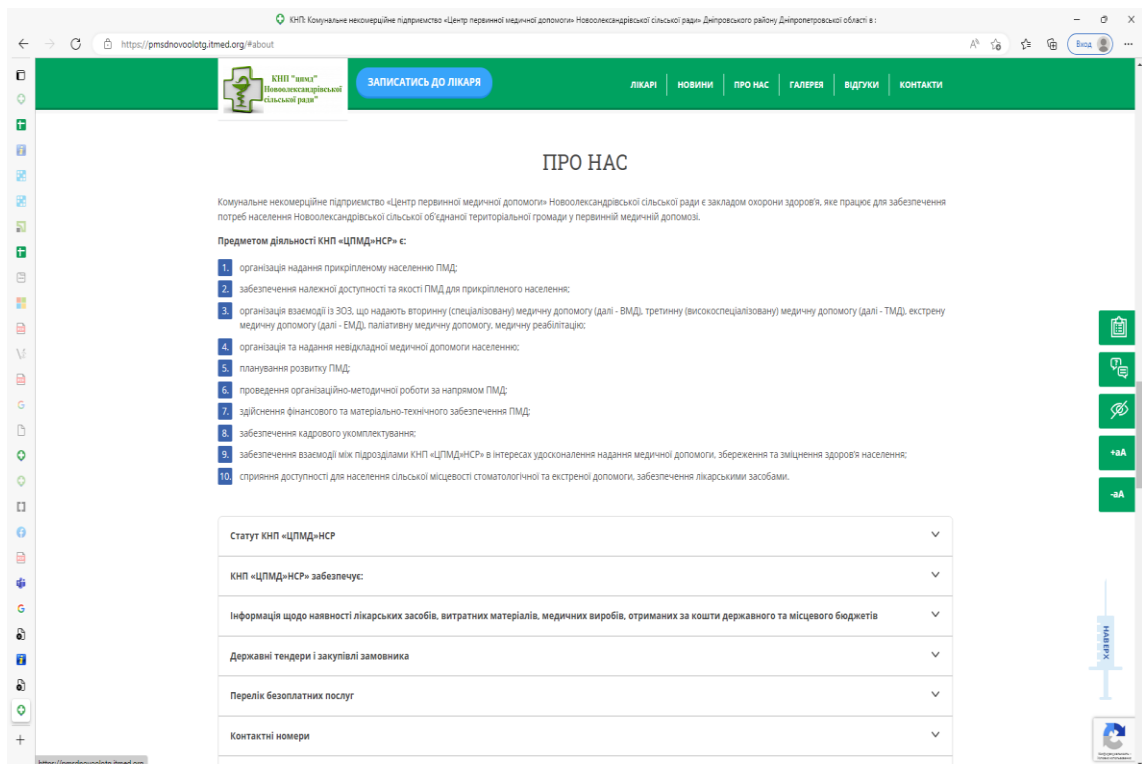


Рис. 2.3. Інформація офіційного веб-сайту КНП «Центр первинної медичної допомоги» Новоолександрівської сільської ради [20]

2.2. Аналіз діяльності КНП «Центр первинної медичної допомоги» Новоолександрівської сільської ради Дніпровського району Дніпропетровської області

КНП «Центр первинної медичної допомоги» Новоолександрівської сільської ради Дніпровського району Дніпропетровської області створено 8 грудня 2016 року. На базі центру функціонує 3 амбулаторії загальної практики сімейної медицини. Дане підприємство – є комунальним унітарним некомерційним підприємством, що створене для надання медичної допомоги будь-яким особам в порядку та на умовах, встановлених законодавством України, а також для вжиття заходів з профілактики захворювань населення та підтримання громадського здоров'я.

Одним із найважливіших показників, які характеризують здоров'я населення і успішність діяльності медичних закладів, є загальна смертність населення. Основним документом про смерть є «Лікарське свідоцтво про смерть» (Ф 106/0), яке видає лікар амбулаторії. Структуру летальності по Дніпровському району за 2019-2021 роки подано у табл. 2.3.

Таблиця 2.3

Смертність по Дніпровському району, 2019-2021 роки

Найменування	2019 р.		2020 р.		2021 р.	
	абсолютне число	показник	абсолютне число	показник	абсолютне число	показник
Всього, осіб	57,2	1736,5	537	1642,7	508	1613,9
із них від онкозахворювань	66	243,2	60	183,5	69	186,3
із них від серцево-судинних захворювань	436	1600,4	410	1525,5	387	1493
із них від хвороб органів дихання	14	51,6	11	33,7	16	50,5

Продовж. табл. 2.3

Найменування	2017 р.		2018 р.		2019 р.	
	абсолютне число	показник	абсолютне число	показник	абсолютне число	показник
із них від хвороб органів травлення	7	25,8	11	33,6	10	31,6
із них від травм	39	118,4	33	100,9	29	91,6
Хвороби шкіри	-	-	-	-	-	-
Хвороби сечової системи	-	-	-	-	-	-
Захворювання прямої кишки	-	-	-	-	-	-
Інші невідомі причини смерті	5	15,2	8	24,5	7	22,1
Післяопераційна летальність	-	-	-	-	-	-

Спостерігається значне зниження рівня смертності населення в працездатному віці за останні 3 роки від хвороб органів дихання та травлення, туберкульозу (табл. 2.4).

Таблиця 2.4

**Смертність в працездатному віці по Дніпровському району,
2019-2021 рр.**

Найменування	2019 р.		2020 р.		2021 р.	
	абсолютне число	показник	абсолютне число	показник	абсолютне число	Показник
Всього	76	457,8	93	586,3	88	555,3
із них від онкозахворювань	18	108,4	20	126,0	16	100,9
із них від серцево-судинних захворювань	20	120,5	34	214,5	33	208,2
із них від хвороб органів травлення	6	36,1	8	50,5	2	12,6

У структурі летальності на першому місці – хвороби системи кровообігу – 78,8 %; на другому місці – летальність від онкозахворювань – 9,21 %; на третьому місці – летальність від захворювань органів травлення – 8,3 %. Зросла смертність від злоякісних новоутворень, що свідчить про незадовільну роботу по ранньому виявленню хвороб, низький відсоток

охоплення спеціальними методами лікування, незадовільну організацію роботи онкологічної служби.

Щоквартально проводиться текстовий аналіз причин смерті. Такий аналіз здійснюється для того, щоб своєчасно виявити керовані фактори летальності населення та впливати на них.

Кадрове забезпечення КНП «Центр первинної медичної допомоги» Новоолександрівської сільської ради Дніпровського району Дніпропетровської області складається з лікарів, середнього медичного персоналу та молодих спеціалістів. Дані щодо динаміки чисельності молодих спеціалістів та їх працевлаштування подано у табл. 2.5, 2.6.

Таблиця 2.5

Структура молодих спеціалістів КНП «Центр первинної медичної допомоги» Новоолександрівської сільської ради Дніпровського району Дніпропетровської області

Рік	Лікарі	Інтерни	Сестри медичні
2019	-	-	2
2020	-	1	3
2021	-	-	-

Таблиця 2.6

Працевлаштовані медичні працівники КНП «Центр первинної медичної допомоги» Новоолександрівської сільської ради Дніпровського району Дніпропетровської області

Рік	Лікарі	З них молоді спеціалісти	Середній медичний персонал	З них молоді спеціалісти
2019	3	3	-	-
2020	-	-	-	-
2021	1	-	2	2

У табл. 2.7 наведено відомості про потребу та забезпеченість медичних працівників житлом – це важливий показник, який безпосередньо впливає на

якість діяльності з охорони здоров'я в районі, на кількість молодих спеціалістів тощо.

Таблиця 2.7

**Відомості про потребу та забезпеченість житлом
медичних працівників КНП**

Рік	Кількість медичних працівників, які потребують отримання житла				Забезпеченість житлом			
	лікарі		середній медичний персонал		Лікарі		Середній медичний персонал	
	всього	з них молоді спеціалісти	всього	з них молоді спеціалісти	всього	з них молоді спеціалісти	всього	з них молоді спеціалісти
2019	-	-	-	-	-	-	-	-
2020	-	-	-	-	4	4	-	-
2021	-	-	-	-	-	-	-	-

В районі працює програма «Місцеві стимули».

У табл. 2.8 наведено дані щодо роботи лікарів амбулаторії.

Таблиця 2.8

Амбулаторна допомога у КНП

Число відвідувань на 1 тис.				Число відвідувань на 1-го мешканця				Число відвідувань вдома на 1-го мешканця			
2018	2019	2020	2021	2018	2019	2020	2021	2018	2019	2020	2021
5612,8	5711,8	5893,5	5857,9	4,3	4,3	4,5	3,5	0,4	0,5	0,5	0,4

З кожним роком зростає кількість відвідувань на сімейного лікаря як в амбулаторіях, так і вдома. Це пояснюється тим, що до одного сімейного лікаря задекларовано від 820 до 1870 осіб населення (норматив – 1 800 осіб).

Деякі показники розповсюженості та захворюваності дорослого населення КНП «Центр первинної медичної допомоги» Новоолександрівської сільської ради Дніпровського району Дніпропетровської області за 2020–2021 роки подано у табл. 2.9.

Таблиця 2.9

**Деякі показники розповсюдженості та захворюваності
дорослого населення в КНП «Центр первинної медичної допомоги»
Новоолександрівської сільської ради Дніпровського району
Дніпропетровської області за 2020–2021 роки**

Найменування	Розповсюдженість на 10 тис. населення		Захворюваність до 10 тис. населення	
	2020	2021	2020	2021
Усі хвороби A00-T99	13579,6	13463,6	2504,4	2653,9
Новоутворення C00-D99	367,7	343,4	63,9	68,2
Хвороби крові D50-D89	88,3	94,4	20,2	24,7
Хвороби ендокринної системи E00-E90	887,2	863,6	64,3	66,3
Хвороби нервової системи G00-G99	202,8	220,0	41,5	45,7
Хвороби системи кровообігу I00-I99	7464,0	7437,8	497,8	541,9
Ішемічна хвороба серця I20-I25	2891,8	2922,9	134,0	146,1
Гострий інфаркт міокарду I21-I22	5,3	3,1	5,3	3,1
Цереброваскулярні хвороби I60-I69	695,4	687,9	78,4	80,2
З них з гіпертонічною хворобою	460,9	473,2	55,9	61,7
Інсульты (всі форми)	25,9	27,0	25,9	27,0
Хвороби органів дихання	2029,4	2022,0	1270,1	1312,5
У т.ч. пневмонії	29,7	31,2	29,7	31,2
Хвороби органів травлення	1888,9	1856,3	137,0	166,5

Загальна захворюваність населення характеризується загальним числом хворих, зареєстрованих протягом року. При цьому враховуються хворі, яким діагноз встановлений як вперше, так і при повторному зверненні з приводу даного захворювання. Хронічні захворювання та гострі захворювання з тривалим перебігом обліковуються однократно протягом року, і при повторних зверненнях з приводу загострень цих хронічних захворювань не обліковуються. Розподіл даних про захворювання населення за класами хвороб до 1999 р. здійснено відповідно до Міжнародної статистичної класифікації хвороб і причин смерті дев'ятого перегляду (1975 р.), з 1999 р. – Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я десятого перегляду (МКХ-10) [15].

Необхідно визначити, що найбільш розповсюдженими залишаються

Хвороби системи кровообігу (7 437,8 у 2020 році), зокрема Ішемічна хвороба серця (2 922,9). Продовжує зростати число хворих на гіпертонічну хворобу й інсульти: 473,2 та 27,0 хворих відповідно.

Друге місце посідають хвороби органів дихання (2 022,0 у 2021 році). Цей показник знизився порівняно з 2020 роком в КНП «Центр первинної медичної допомоги» Новоолександрівської сільської ради Дніпровського району Дніпропетровської області.

Аналіз роботи з виявлення та попередження професійної патології по Дніпровському району. Згідно наказу № 8-н-19 від 02 січня 2019 року «Про проведення профілактичних оглядів підлягаючих контингентів населення району на 2019 р.» та згідно з наказом № 25-н-19 від 23 травня 2007 року «Про затвердження порядку проведення медичних оглядів працівників певних категорій» були організовані і проведені медичні профілактичні огляди підлеглих контингентів за планом-графіком на базі КНП «Центр первинної медичної допомоги» Новоолександрівської сільської ради Дніпровського району Дніпропетровської області (табл. 2.10).

Таблиця 2.10

Дані щодо результатів проведення медичних оглядів працівників певних категорій на базі КНП, 2018-2021 рр.

Найменування показника	2018			2019			2020			2021		
	підлягало	пройшли	%	підлягало	пройшли	%	підлягало	пройшли	%	підлягало	пройшли	%
Усього працівників	4169	4031	96,7	4068	3956	97,2	3840	3746	97,6	3764	3525	94,0
Сільське господарство	775	723	93,3	793	729	91,9	762	702	92,1	763	702	92,0
Інші (лікувальні заклади, школи, дошкільні заклади)	1579	1579	100	1557	1557	100	1538	1538	100	1529	1529	100

При проведенні профоглядів здійснюються такі обстеження: флюорографічне, РМП, очний тиск, артеріальний тиск, загальний аналіз сечі, загальний аналіз крові, визначення цукру і білку у сечі, ЕКГ.

Найбільш розповсюджена патологія при виявленні – серцево-судинні захворювання. На другому місці – захворювання органів травлення, далі хвороби ендокринної та нервової систем. Профогляди проходять працівники, які вже перебувають під «Д» наглядом, тому зменшилась кількість вперше виявлених хворих. У зв'язку із вчасним виявленням патології у працівників, підлягаючих профогляду та вчасному лікуванню амбулаторно та в стаціонарах, захворювань на професійну патологію протягом 2018–2021 рр. не виявлено.

Дані щодо нагляду КНП за хворими на цукровий діабет у 2018–2021 роках подано у табл. 2.11.

Таблиця 2.11

Нагляд за хворими на цукровий діабет, 2018-2021 рр.

Показник	2018	2019	2020	2021
Зареєстровано інсулінозалежного цукрового діабету у дорослих, всього	811	820	806	839
З них ЦД I типу				
ЦД II типу	811	820	806	839
у дітей до 14 років			2	10
15-17 років			3	3
Вперше виявлено за звітний період у дорослих	59	55	65	18
З них ЦД I типу				
ЦД II типу	59	55	65	18
У дітей до 14 років				
15-17 років				
Кількість хворих, які потребують лікування інсуліном на кінець року, дорослих	137	132	129	148
З них ЦД I типу				
ЦД II типу	137	132	129	148
Дітей до 17 років		2		13
Діабетичної гангрени, всього				1
Проведено ампутацій				1
З них померло				

В районі зростає кількість хворих на цукровий діабет, зокрема, серед дітей та підлітків, також зростає кількість хворих, які потребують інсулін.

Дані щодо аналізування роботи КНП «Центр первинної медичної допомоги» Новоолександрівської сільської ради Дніпровського району Дніпропетровської області з онкологічними хворими у 2018–2021 роках подано у табл. 2.12.

Таблиця 2.12

**Онкозахворювання по КНП «Центр первинної медичної допомоги»
Новоолександрівської сільської ради Дніпровського району
Дніпропетровської області, 2019-2021 рр.**

Найменування	2019		2020		2021	
	р-н	обл.	р-н	обл.	р-н	обл.
Захворюваність на 10 тис.	316,9	286,4	292,5	379,4	305,7	377,5
Захворюваність на візуальні форми на 100 тис.	95,4	123,7	105,8	127,0	122,9	127,7
Занедбаність візуальних форм на 100 тис.	24,6	26,8	28,0	27,0	18,9	25,8
Виявлено при профоглядах	23,7	20,1	23,9	18,6	35,5	21,1

Відмічається зростання показника захворюваності в т.ч. візуальних форм онкозахворювань. Деяко покращився показник занедбаності візуальних форм у 2021 році. Покращився показник визначених онкозахворювань при профоглядах. Це говорить про позитивну роботу сімейного лікаря.

КНП «Центр первинної медичної допомоги» Новоолександрівської сільської ради Дніпровського району Дніпропетровської області здійснює нагляд за вагітними що проживають в районі обслуговування (табл. 2.13).

Отже, для підвищення ефективності роботи медичного закладу та покращення стану здоров'я населення території потрібно вирішити низку завдань:

– керівникам амбулаторій постійно контролювати виконання планових показників діяльності амбулаторій;

Таблиця 2.13

**Нагляд за вагітними, що проживають в районі обслуговування,
2019-2021 рр.**

Найменування	2019		2020		2021	
	р-н	обл.	р-н	обл.	р-н	обл.
Районний обхват вагітних (до 12 тижнів)	76,5	90,8	85,7	90,8	80,5	88,1
Оглянуті терапевтом (до 12 тижнів)	90,1	91,1	93,8	91,3	95,7	86,2
Оглянуті дворазово на СНІД	100,0	97,1	100,0	97,5	100,0	96,8
Оглянуті дворазово УЗД (до 22 тижнів)	98,0	91,9	97,9	90,2	98,9	90,4

– у діагностичній та лікувальній роботі використовувати протоколи надання медичної допомоги;

– покращити якість ведення медичної документації;

– постійно підвищувати онконастороженість лікарів та покращити проведення ними санітарно-просвітницької роботи;

– забезпечити повноцінну роботу наявної діагностичної апаратури;

– активно співпрацювати з лікарями вторинного та третинного рівня для покращення наступності в лікуванні хронічних хворих.

Визначені вище проблемні питання і окреслені завдання необхідно врахувати під час визначення стратегічних пріоритетів і цілей розвитку КНП «Центр первинної медичної допомоги» Новоолександрівської сільської ради Дніпровського району Дніпропетровської області.

РОЗДІЛ 3

УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ МЕДИЧНИМ ЗАКЛАДОМ

3.1. Стратегічне управління у сфері охорони здоров'я України

Як свідчать ґрунтовні дослідження В. Бугро та А. Дакал, «за останній час як в цілому по системі державного й управління України, так і в галузі публічного управління в галузі охорони здоров'я спостерігалось наростання різноманітних деструктивних факторів, зокрема, фактичної відмови від стратегічного та постійного планування в охороні здоров'я, втрата адміністративних важелів управління мережею медичних організацій, зменшення фінансування галузі та окремих лікувальних закладів, їх масове закриття в сільських районах і, як наслідок, дезінтеграція зусиль різних відомств та установ, пов'язаних з проблемами медицини й охорони здоров'я, оскільки негативні зміни в окремих ланках будь-якої системи неодмінно призводить до наростання дисбалансу у всій системі» [2].

Авторами з'ясовано, що такіж погляди мають, Л. Сазоненко та О. Толстанов, які наголошують, що «діяльність вітчизняних закладів охорони здоров'я характеризується фінансовою розпорошеністю та ресурсною деформованістю структури медичних послуг. В умовах фінансової кризи це сприяє погіршенню проблем медичного обслуговування населення та потребує трансформації системи охорони здоров'я щодо забезпечення зростаючого попиту населення у медичній допомозі й стримуванні зростання витрат на охорону здоров'я» [61, с. 88]. Аналогічної думки додержуються й Л. Рудакова та В. Михальчук, стверджуючи, що в націй країні «відбувається хаотичне та неконтрольоване збільшення особистих витрат громадян на медичну допомогу. Державні гарантії безоплатної медичної допомоги для громадян країни носять декларативний

характер і не отримують належної фінансової підтримки. Медичні заклади та медичний персонал не бажають покращувати якість послуг, раціональніше використовують кошти та беруть на себе відповідальність за охорону здоров'я. Оскільки конкуренції між постачальниками медичних послуг практично не існує, керівництво також не зацікавлене в організації ефективної системи контролю якості та пошуку шляхів зниження витрат на медичну допомогу та послуги» [60].

На думку С. Книша, такий стан зумовлюється тим, що «на відміну від держав-учасниць Європейського Союзу, які успішно реалізували перехід від бюджетної системи охорони здоров'я до системи державного медичного страхування (Латвія, Литва, Естонія), в Україні досі немає концептуального бачення системи, що має бути утворена замість діючої сьогодні. Впровадження окремих елементів страхової медицини в сукупності зі змішаним фінансуванням закладів охорони здоров'я негативно впливає на загальну ефективність адмініструючого впливу суб'єктів владних повноважень, зокрема Міністерства охорони здоров'я. До того ж замість державного медичного фонду, який міг би стати інституцією на кшталт Пенсійного фонду України, утворено Національну службу здоров'я України, що фактично виконує функції посередника між державою та закладами охорони здоров'я» [2].

В. Бугро та А. Дакал констатують, що «на даний момент в Україні реформування системи охорони здоров'я перебуває лише на початковій стадії, адже реальне реформування завжди становить собою суттєву зміну інститутів, політики та самої філософії суб'єкт-суб'єктних та суб'єкт-об'єктних відносин, чого ми поки що не спостерігаємо. В цілому метою реформи системи охорони здоров'я, за Л. Криничко та А. Ватановим, є зміна парадигми державної політики, управління, забезпечення переходу до суспільства, де рішення виробляються відкрито, прозоро, демократично, згідно із законами, правилами, нормами і процедурами, що відповідають

міжнародним стандартам [2]».

Виступаючи продуктом стратегічного бачення, реформа «має будуватися на основі стратегічного підходу, як сучасного й перспективного інструменту управління. У загальному баченні стратегічне управління системою охорони здоров'я держави можемо визначити як сукупність цілеспрямованого впливу суб'єктів публічного управління на відкриту систему надання медичної допомоги в державі за рахунок раціонального використання наявних ресурсів й оптимізації управлінських структур і процесів даної системи для досягнення стратегічних цілей підтримки та зміцнення здоров'я населення, зниження захворюваності, збільшення тривалості життя населення та позитивної динаміки демографічного відтворення суспільства як людської популяції країни».

Аналогічний підхід мають В. Яценко («впровадження стратегії має створити належні умови задля забезпечення здоров'я населення, доступної медицини, які будуть реалізовані на принципах верховенства чинного законодавства та рівності громадян» [70], Ю. Самойлик та Л. Погребняк («основні напрями стратегічного управління розвитком закладів охорони здоров'я в умовах глобалізаційних змін охоплюють політико-правову, організаційну, фінансово-економічну, соціально-медичну сфери. Водночас галузь охорони здоров'я має бути інтегрованою з усіма сферами національної економіки, а глобальною метою ефективного стратегічного управління закладами охорони здоров'я – зменшення захворюваності та продовження тривалості життя, що в кінцевому підсумку сприятиме і економічному зростанню через підвищення продуктивності та якості праці» [2]). Розширюють думку Т. Сабецька й Л. Стефанишин, додаючи, що «стратегія розвитку медичного закладу має відповідати вимогам суспільства щодо досягнення високого рівня громадського здоров'я, тому основним орієнтиром під час її розроблення має бути загальнонаціональна стратегія розвитку медичної галузі, яка визначає основні орієнтири й напрями

розвитку ресурсного потенціалу сфери охорони здоров'я, а також стратегії розвитку системи охорони здоров'я на регіональному та муніципальному рівнях, які враховують інфраструктурні й ресурсні можливості того чи іншого регіону та орієнтовані на специфічні потреби населення в медичному обслуговуванні».

За В. Бугро та А. Дакал мова йде про «триєдину сутність стратегічного управління системою охорони здоров'я, яка передбачає загальне розуміння філософії людиноцентризму та охороноздоровчої функції держави як трьох взаємопов'язаних підсистем:

- людських, суб'єкт-суб'єктних та суб'єкт-об'єктних відносин, їх нормативно-правового й адміністративно-організаційного регулювання, формування людиноцентричної філософії організації та надання медичної допомоги громадянам та розуміння здоров'я людини й суспільства в цілому як найвищої цінності держави;

- інституційної мережі, її структурно-функціональної розбудови, з відповідною системою цілеспрямованих впливів держави на організаційну структуру (її належне інтелектуальне, науково-технологічне, фінансове, матеріально-технічне, кадрове, освітнє тощо забезпечення);

- процесів, механізмів та інструментів безпосереднього менеджменту й публічного-управління органами, лікувальними закладами та установами охорони здоров'я, моніторингу й контролю їх фінансового, матеріальнотехнічного та кадрового стану й кадрової політики з метою коригування у бік найбільш ефективного функціонування».

За дослідженням Р. Моїсеєнко та О. Набхана, «оскільки розвиток системи охорони здоров'я безпосередньо впливає на найважливіші показники життя, то остання має розглядатися як стратегічна складова соціальної безпеки держави з урахуванням державного економічного потенціалу та пріоритетів соціальної політики, що забезпечують сталий розвиток держави» [2]. Відповідно, четверта складова стратегічного

управління системою охорони здоров'я – безпекова, основною метою якої є боротьба за здоров'я громадян.

Сучасний підвищений інтерес суспільства до медичної сфери, яка традиційно мала дотаційний і бюджетний характер фінансування спричинений, серед іншого, на думку С. Книша, й такими обставинами: повна трансформація галузі, що передбачає створення якісно нової управлінської конструкції (моделі); зміна системи фінансування галузі та механізму закупівлі лікарських засобів; перегляд мережі закладів охорони здоров'я на всіх рівнях; зміна та впорядкування правовідносин «лікар – пацієнт»; оновлення клінічних протоколів в медичній практиці; впровадження електронного документообігу та телекомунікаційних засобів зв'язку тощо.

Основні стратегічні цілі в сфері охорони здоров'я нашої країни конкретно визначено й закріплено в Цілях Сталого розвитку, взятих на себе Україною в контексті імплементації затверджених Самітом ООН зі сталого розвитку 2015 р. загальносвітових Цілей Сталого Розвитку. Відповідно до цього документу наша держава зобов'язалася виконати до 2030 року дев'ять основних завдань, зокрема: знизити материнську смертність; мінімізувати смертність, якій можна запобігти, серед дітей віком до 5 років; зупинити епідемії ВІЛ/СНІДу та туберкульозу, у тому числі за рахунок використання інноваційних практик та засобів лікування; знизити передчасну смертність від неінфекційних захворювань; знизити на чверть передчасну смертність населення, у тому числі за рахунок упровадження інноваційних підходів до діагностики захворювань; знизити рівень отримання тяжких травм і смертності внаслідок ДТП, у тому числі за рахунок використання інноваційних практик реанімації, лікування та реабілітації постраждалих унаслідок ДТП; забезпечити загальну якісну імунізацію населення з використанням інноваційних препаратів; знизити поширеність тютюнокуріння серед населення з використанням інноваційних засобів

інформування про негативні наслідки тютюнокуріння; здійснити реформу фінансування системи охорони здоров'я [2].

На думку О. Вівсяника, у відповідності до світових інтеграційних вимог та разом з міжнародними організаціями МОЗ України зробило низку успішних кроків в напрямі посилення громадського здоров'я, зокрема:

- прийнято політичне рішення щодо повернення функцій епіднадзора до Міністерства охорони здоров'я України;
- створено Центр громадського здоров'я, обрано його генерального директора та забезпечується приєднання до нього лабораторних центрів;
- розроблено і погоджено проєкт концепції реформування системи громадського здоров'я;
- проведено оцінку Європейською Комісією та Європейським центром контролю за захворюваннями з питань системи епіднадзора за інфекційними захворюваннями;
- проведено оцінку сфери безпеки крові (за проєктом Світового банку);
- відбулося приєднання до міжнародної ініціативи «Глобальний порядок денний з питань здоров'я», напрацьовується дорожня карта імплементації;
- відновлено співпрацю з США щодо програми з питань біобезпеки, розпочалася підготовка до впровадження електронної інтегрованої системи спостереження за захворюваннями;
- ініційовано відновлення розробки нової Концепції розбудови системи біобезпеки та біозахисту.

Визначення сутності та змісту процесів публічного управління системою охорони здоров'я варто виокремити такі стратегічні елементи як суб'єкт та об'єкт управління (з урахуванням думки, що в цілому «медична сфера країни – це соціально-економічна система, яка одночасно є суб'єктом і

об'єктом стратегічного управління, що постійно знаходяться у взаємодії та підлягають цілеспрямованому впливу один на одного під впливом внутрішньогалузевих факторів» [6, с. 68]). Отже, в якості суб'єктів публічного управління системою охорони здоров'я пропонуємо розглядати: на центральному рівні – Верховну Раду України (суб'єкт законодавчого регулювання відносин в сфері надання медичних послуг) та Кабінет Міністрів України в цілому й МОЗ зокрема (як центральний виконавчий орган, що реалізує державну охороноздоровчу політику), профільні медичні навчальні заклади, політичні партії, міжнародні та загальнодержавні громадські організації охороноздоровчої спрямованості (напр. Червоний хрест), провідні фармацевтичні компанії; на регіональному та місцевому рівні – відповідні структурні підрозділи місцевих державних адміністрацій, державні та муніципальні органи й структури медичної галузі, адміністрації державних, муніципальних та приватних лікарень, аптечної мережі тощо.

В якості об'єктів публічного управління охороною здоров'я пропонуємо розглядати: в найбільшому узагальненні – власне систему охорони здоров'я України; в інституційному плані – державні, муніципальні та приватні лікувальні й лікувально-профілактичні заклади, фельдшерсько-акушерські пункти, наукові медичні інститути й лабораторії, фармацевтичні кампанії та підприємці-виробники медичного обладнання й інструментарію, аптеки тощо; в процесуальному плані – суспільно-відносини в цілому та безпосередньо відносини між суб'єктами й об'єктами управління щодо створення, розподілу і споживання медичних послуг, бюджетні процеси формування і розподілу коштів галузі, формування та реалізації кадрової політики в медичній галузі, інформаційно-комунікаційна взаємодія МОЗ, лікувальних закладів та громадян і організацій громадянського суспільства тощо.

Ці відносини в сучасній Україні обтяжуються низкою негативних суб'єктивних та об'єктивних факторів, зокрема: тривалою всесвітньою

пандемією COVID-19; старінням населення і скороченням кількості громадян працездатного віку, що посилює попит на медичні послуги й спричиняє додатковий тиск на лікувальні заклади; перманентним зростанням цін на медичні послуги та лікарські засоби на фоні постійного зниження купівельної спроможності населення, особливо вразливих й соціально незахищених верств; падіння дохідної та видаткової частини державного бюджету в цілому та зменшення фінансування медичної сфери зокрема; зневіра та розчарування громадян в розпочатому реформуванні медичної галузі; зростання диспропорцій щодо доступності медичних послуг як наслідку ліквідації/реструктуризації мережі закладів охорони здоров'я у сільській місцевості в рамках загальної оптимізації охорони здоров'я на рівні об'єднаних територіальних громад.

В. Бугро та А. Дакал наголошують, що урахуванням зазначених факторів запровадження стратегічного управління у сфері охорони здоров'я має посприяти [2]:

- стратегічному розвитку медичного закладу з урахуванням його перспективних можливостей та загроз, ресурсного потенціалу й фінансового забезпечення, що дозволить досягти реальної автономізації медичних закладів, переходу від жорсткого до гнучкого управління та командної роботи;

- стимулюванню інноваційної діяльності, проявам індивідуальної ініціативи та, як наслідку, – підвищенню якості медичної допомоги й медичних послуг, покращенню рівня обслуговування пацієнтів;

- мотивації та розвитку медичного персоналу, підвищенню його якості фаховості, формуванню корпоративної культури й корпоративної етики, роботі над іміджем та репутацією медичного закладу, протидії корупційним проявам;

- поширенню логістичного підходу у системі охорони здоров'я який передбачає перехід від управління об'єктами до управління процесами

та надає можливість впливати на стратегію і тактику роботи лікувальнопрофілактичного закладу щодо створення нових конкурентних переваг на ринку медичних послуг;

- створенню передумов для наукової й науково-технічної діяльності медичних установ, впровадження їх результатів в медичну практику;

- запровадженню інноваційної моделі розвитку закладів охорони здоров'я, підвищенню їх конкурентоспроможності;

- розробці нових стандартів і процедур надання медичної допомоги та медико-соціальної реабілітації населенню;

- удосконаленню методів діагностики, сучасних технологій лікування та реабілітації пацієнтів, профілактики соціально обумовлених та інфекційних захворювань;

- активізації інформаційно-комунікаційної взаємодії закладів охорони здоров'я та громадянами з формування культури здорового способу життя населення тощо.

3.2. Розроблення стратегічних пріоритетів та цілей розвитку КНП «Центр первинної медичної допомоги» Новоолександрівської сільської ради Дніпровського району Дніпропетровської області

З огляду на особливості діяльності суб'єктів господарювання комунального сектору економіки та їхніх засновників – органів місцевого самоврядування – за рекомендаціями Програми «U-LEAD з Європою», для розроблення стратегії розвитку КНП, що надає медичні послуги, можна використовувати методологію стратегічного планування підприємств і некомерційних організацій [62].

У настанові «Стратегічне планування в секторі охорони здоров'я в об'єднаних територіальних громадах» [62] зазначено, що під час розроблення

стратегії КНП обов'язково необхідно зважати на положення статті 11 Господарського кодексу України про те, що здійснення державою економічної стратегії і тактики у сфері господарювання спрямовується на створення економічних, організаційних та правових умов, за яких суб'єкти господарювання враховують у своїй діяльності показники прогнозних і програмних документів економічного та соціального розвитку. Суб'єктам господарювання, які не враховують суспільні інтереси, відображені в програмних документах економічного і соціального розвитку, не можуть надаватися передбачені законом пільги та переваги у здійсненні господарської діяльності. Таким чином, під час розроблення стратегічного плану розвитку КНП – надавача послуг з медичного обслуговування населення – обов'язково необхідно спиратися на положення Програми соціально-економічного та культурного розвитку та, за наявності, на Стратегію розвитку об'єднаної територіальної громади, а також відповідним чином затвердити й погодити її у засновника.

Новоолександрівська сільська громада – об'єднана територіальна громада в Україні, у Дніпровському районі Дніпропетровської області. Адміністративний центр – село Новоолександрівка. Площа громади – 226,1 км², населення – 11013 мешканців.

Утворена 14 серпня 2015 року шляхом об'єднання Волоської та Новоолександрівської сільських рад Дніпропетровського району.

До складу громади входять 12 населених пунктів: 11 сіл і 1 селище (села Новоолександрівка, Дороге, Братське, Дніпрове, Старі Кодаки, Кам'янка, ЧувиLINE, селище Дослідне Новоолександрівської сільської ради та села Волоське, Ракшівка, Червоний садок, Майорка Волоської сільської ради Дніпропетровського району Дніпропетровської області).

У липні 2017 року затверджено Стратегію розвитку Новоолександрівської ОТГ Дніпропетровської області на 2017–2025 роки [63].

Під час розроблення Стратегії розвитку Новоолександрівської сільської громади проводилося опитування мешканців.

Рис. 3.1 демонструє підсумок дослідження якості життя, показуючи які сфери повинні бути особливо підтримані. Це цінна інформація для влади громади, оскільки вона дозволяє визначити ключові потреби мешканців, які одночасно мають суттєвий вплив на відчуття комфорту і якості життя.

Пріоритетом для мешканців виступає публічна безпека, охорона і профілактика здоров'я, чистота вулиць і громадських місць, покращення дорожньої інфраструктури, соціальна допомога. Менш важливими для мешканців виступають, зокрема, функціонування каналізації, послуги, які надаються адміністрацією, підтримка неурядових організацій, утримання цвинтарів або управління відходами і сміттям

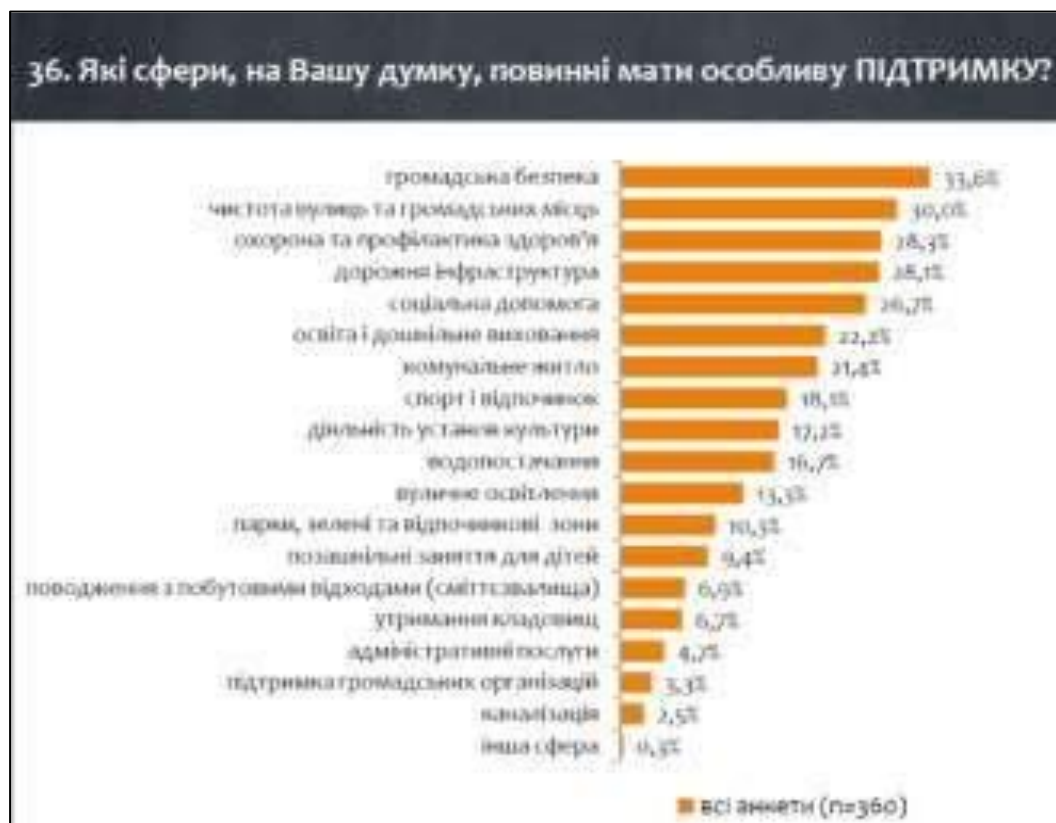


Рис. 3.1. Результати опитування мешканців Новоолександрівської сільської громади Дніпропетровської області під час розроблення стратегії розвитку громади, 2017 р. [63]

На основі проведеного дослідження якості життя, запропоновано розпочати діяльність у таких сферах:

1. Економіка: підтримка підприємництва, покращення співпраці з підприємствами середнього і малого бізнесу, які діють на території громади, підготовка пропозиції для зовнішніх інвесторів, а також стимулювання внутрішніх ресурсів підприємництва в громаді. Підтримка, промоція і використання місцевого сільськогосподарського потенціалу.

2. Соціальні питання, інформація і участь мешканців: покращення ситуації з публічною безпекою. Покращення стану медичної опіки. Стимулювання суспільної діяльності мешканців, збільшення обсягу інформування мешканців. Розвиток спортивної інфраструктури й активістів у сфері спорту.

Утримання високого рівня і розвиток освіти і культури.

3. Інфраструктурні інвестиції відповідно до принципів енергоефективності, більше використання ресурсів відновлювальної енергії. Збалансований розвиток з урахуванням необхідності охорони природнього середовища. Проекологічна діяльність – інфраструктурна й освітня. Упорядкування звалищ. Покращення ситуації з відходами і сміттям, а також поведженням мешканців з ним.

4. Проведення заходів з метою інтеграції виключених осіб, зокрема осіб з обмеженими можливостями.

5. Покращення якості публічних послуг, які надаються Радою громади шляхом впровадження сучасних інформаційних і комп'ютерних технологій, а також постійне підвищення компетенцій працівників та співпраця з зовнішніми експертами.

Підсумком стратегічного аналізу і соціологічного дослідження в процесі партисипативного стратегічного планування і роботи над стратегією Новоолександрівської ОТГ було проведення SWOT-аналізу, який полягає у визначенні сильних (англ. Strengths) і слабких (Weaknesses) сторін громади (її

позитивних і негативних рис, специфічних ресурсів, потенціалу або дефіцитів, які мають вплив на майбутній розвиток), а також можливостей (Opportunities) і загроз (Threats), (позитивних і негативних процесів чи явищ, які стосуються громади або стосуватимуться її у майбутньому і впливатимуть на її розвиток) (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

SWOT-аналіз

Сильні сторони	Слабкі сторони
Відносно добре розвинена комунальна освітня і соціальна інфраструктура (школи, дошкільні заклади, бібліотеки, будинки культури (світлиці);	Відсутність будинку культури та інших загальнодоступних публічних просторів в центрі громади –Новоолександрівці
Активні молоді фахівці, громадські організації здатні реалізовувати проекти в значущому масштабі	Слабка інтеграція громади. Великі диспропорції в способі існування і рівні життя між мешканцями громади (Дослідне це майже місто, існують розкішні мікрорайони призначених для однієї сім'ї будинків, на відміну від сіл в околицях Волоського)
Різноманітність господарської активності – промисловість, різні форми бізнесу в землеробстві, торгівля і гастрономія	Низький ступінь інноваційності діючих фірм, а також домінування підприємств сільгосппродукції, цегельня, не йдуть на збільшення працевлаштування
Розташування в метрополітальній зоні Дніпра	Незадовільне сполучення громадським транспортом між селами в межах громади та з центром громади
Достатньо стабільна демографічна ситуація	Міграція активних людей до великого міста – Дніпра
Екологічно дружнє середовище	Відсутність системи вивозу і утилізації сміття
Культурні заходи та збереження місцевих традицій	Слаборозвинена і застаріла структура інженерних мереж – водопроводи, каналізація
Наявність унікальних ресурсів і рекреаційних зон: річка Сура, річка Дніпро і історичні ресурси – фортеця Старий Кодак, село Волоську, Катеринівська верста	Низький рівень комунальних послуг, які надаються, (освітлення) і громадського порядку
Фінансова незалежність ОТГ	Нез'ясована справа меж і території громади (місцевості Авіаторське, Південне тощо), а також стягнення податку на нерухомість
Кадрові ресурси ОТГ	Недостатня кількість лікарів та медичного персоналу

Продовження табл. 3.1

Можливості	Загрози
Доступність різних програм і проєктів, які забезпечують співфінансування розвитку інфраструктури і суспільної активності	Зволікання центральної влади з правовим вирішенням питання контролю над територією громади – де землі за межами місцевості не належать до сфери управління місцевого самоврядування
Привабливість місця проживання для мешканців Дніпра	Невизначеність законодавства в питанні бюджетного регулювання. Відсутність інструментів, які дозволяють забезпечити собі повний збір податків
Хороші відносини з іноземними партнерами	Нестабільність національного законодавства стосовно Податкового кодексу і реалізації та характеристик механізмів (законодавчих актів), виконання повноважень органами місцевого самоврядування в Законі про місцеве самоврядування ^[15]
Історичний ресурс і фортеця «Кодак» в якості основи проєктів, які створюють перспективи в історичній, соціальній і туристичній сферах	Екологічні проблеми – рівень води в Дніпрі, ускладнення для місцевих фермерів
Умови для ведення сімейних підприємств, економічна освіта, спрямована до молоді, підприємців і селян	Немає механізму постійного співробітництва громада – бізнес
Створення місць зустрічей	Безпосередні загрози, що виникають з війни на сході країни
Підвищення якості медичних послуг	Суспільний опір впроваджуваним реформам
Розвиток різних форм туризму	Неврегульована економіка ґрунтових вод – регулярні підтоплення і повені на території деяких сіл
Гарне розташування в якості транспортного вузла – дві національних дороги, аеропорт, близькість залізничних колій	
Близькість до Дніпра як бізнесового центру	
Створення пропозиції з проживання, щоб утримати молодих мешканців	
Підвищення рівня безпеки і зміцнення співпраці з поліцією	

Бачення представляє собою синтетичний опис стану Новоолександрівської ОТГ в 2025 році в результаті реалізації Стратегії. Воно ґрунтується на системі цінностей місцевої спільноти і є прагненням опису місця для життя, роботи, відносин, які будуть домінувати в спільноті, та

прагненням реалізації мрій через плани

Стратегічне бачення Новоолександрівської ОТГ: «Новоолександрівська ОТГ – сучасна, розвинена громада, що ґрунтується на культурних, історичних, духовних та народних традиціях. Доброзичлива до сімей та дітей, має розгалужену транспортну, спортивну та туристичну інфраструктуру і приваблива для життя та діяльності людини у гармонії з природою».

Таким чином, для керованого руху громади на досягнення Стратегічного бачення шляхом аналізу й синтезу умов та факторів його реалізації визначені чотири стратегічні цілі розвитку (рис. 3.2).

Стратегічні цілі розвитку Новоолександрівської ОТГ			
№ 1 Покращення умов життя шляхом надання високої якості комунальних і публічних послуг	№ 2 Включення і активна участь мешканців в культурній діяльності, розвитку творчості і громадянських компетенцій.	№ 3 Підвищення ефективності використання природних ресурсів	№ 4 Створення умов для розвитку місцевої економіки і сільського господарства

Рис. 3.2. Стратегічні цілі розвитку Новоолександрівської ОТГ

Під час розроблення стратегії розвитку отримано загальну структуру цільового блоку Стратегії розвитку Новоолександрівської ОТГ об'єднаної територіальної громади.

Стратегічна ціль 1 «Покращення умов життя шляхом надання високої якості комунальних і публічних послуг» містить шість операційних цілей.

- 1.1. Покращення доступу до води і водопостачання.
- 1.2. Протидія суспільному виключенню.
- 1.3. Поліпшення якості і доступності послуг профілактики і охорони здоров'я.

1.4. Поліпшення функціонування системи освіти і виховання.

1.5. Формування різних форм проведення вільного часу, спорту і рекреації.

1.6. Підвищення рівня громадської безпеки та обслуговування мешканців.

Під час стратегічного планування було здійснено вивчення потреб (вимог) та очікування відповідних зацікавлених сторін КНП «Центр первинної медичної допомоги» Новоолександрівської сільської ради Дніпровського району Дніпропетровської області (табл. 3.2).

Таблиця 3.2

Результати вивчення потреб (вимог) та очікувань відповідних зацікавлених сторін

Зацікавлені сторони	Потреби (вимоги) та очікування
Пацієнти	Отримувати допомогу з огляду та відповідно до індивідуальних потреб та уподобань. Задоволення очікувань пацієнта – основа прийняття всіх клінічних рішень. Досягнення позитивного кінцевого результату лікування. Задоволеність від отриманої медичної допомоги. Отримання медичних послуг у комфортному середовищі. Отримання додаткових сервісів, зокрема електронних
Співробітники КНП	Досягнення позитивного кінцевого результату лікування пацієнта. Задоволеність умовами праці, корпоративними стосунками, можливістю професійного зростання, професійною безпекою, винагородою за якісну працю
Керівництво КНП	Результативна і ефективна діяльність КНП. Відсутність дефектів лікування і скарг від пацієнтів. Командна робота. Досягнення позитивного кінцевого результату лікування.
Органи влади	Медико-соціальна ефективність. Медико-економічна ефективність. Медична допомога населенню.
Територіальна громада в цілому	Впевненість, що на території дотримуються стандарти медичної допомоги. Покращення якості життя.

Для виявлення зовнішніх і внутрішніх чинників, сильних і слабких сторін, загроз і можливостей розвитку здійснено SWOT-аналіз КНП «Центр первинної медичної допомоги» Новоолександрівської сільської ради Дніпровського району Дніпропетровської області. Результати SWOT-аналізу подано у табл. 3.3.

Таблиця 3.3

**SWOT-аналіз КНП «Центр первинної медичної допомоги»
Новоолександрівської сільської ради Дніпровського району
Дніпропетровської області»**

Сильні сторони організації	Слабкі сторони організації
Територіальна доступність Наявність кваліфікованих фахівців 100 % забезпечення ком'ютерною та копіювальною технікою Наявність автотранспорту Напрацьовані успішні комунікації з владою	Неенергоєфективні приміщення Меблі та обладнання кабінетів частково потребують модернізації 10 % сімейних лікарів пенсійного віку
Зовнішні можливості	Зовнішні загрози
Фінансова спроможність громади Задовільний стан шляхів Залучення молодих медичних працівників після закінчення ЗВО Участь медичних працівників у конференціях, тренінгах та інших заходах з підвищення кваліфікації за наявності достатнього фінансування	Низький рівень культури здорового способу життя Старіння населення, погіршення соціально-демографічних показників Недостатня кількість додаткових послуг, у першу чергу діагностичних

Проект структури Стратегії розвитку КНП «Центр первинної медичної допомоги» Новоолександрівської сільської ради Дніпровського району Дніпропетровської області на період до 2027 року, який розроблено за рекомендаціями [62] подано у табл. 3.4.

Пропонуємо таке формулювання місії КНП «Центр первинної медичної допомоги» Новоолександрівської сільської ради Дніпровського району Дніпропетровської області: «Ми – команда Комунального некомерційного

підприємства «Центр первинної медичної допомоги» Новоолександрівської сільської ради Дніпровського району Дніпропетровської області – забезпечуємо висококваліфіковану, доступну, якісну медикопрофілактичну допомогу як жителям громади, так і нашим гостям, використовуючи сучасні стандарти в нашому комфортному лікувальному закладі. Ми з повагою ставимося до пацієнтів, відкрито спілкуючись та задовольняючи їхні потреби у сфері охорони здоров'я».

Таблиці 3.4

Структура Стратегії розвитку КНП «Центр первинної медичної допомоги» Новоолександрівської сільської ради Дніпровського району Дніпропетровської області» на 2023–2027 рр.

Розділ	Зміст
Вступ	Інформація про Новоолександрівську ОТГ. Посилання на Стратегію розвитку громади, опис процесу розроблення Стратегії, Паспорт громади
Аналітична частина	Поточний стан системи охорони громади в цілому та КНП, опис наявної мережі системи охорони здоров'я, структура закладу
Місія, бачення, цінності	Місія, бачення, цінності КНП «Центр первинної медичної допомоги» Новоолександрівської сільської ради Дніпровського району Дніпропетровської області
Стратегічні цілі та пріоритети	Стратегічні пріоритети та цілі розвитку «Центр первинної медичної допомоги» Новоолександрівської сільської ради Дніпровського району Дніпропетровської області
Пріоритетні проекти або заходи	Перелік завдань та заходів із визначенням їх змісту та способу виконання, відповідальних виконавців, строків виконання (загалом і поетапно), обсягів і джерел фінансування з розбивкою на роки, індикатори (показники) виконання та очікуваний результат від їх виконання.
Система моніторингу та оцінювання результативності реалізації Стратегії	Індикатори (показники) очікуваних результатів реалізації проєктів, виконання заходів. Показники досягнення цілей розвитку

Розроблено формулювання стратегічного бачення КНП «Центр первинної медичної допомоги» Новоолександрівської сільської ради Дніпровського району Дніпропетровської області у 2027 році (табл. 3.5). Проєкт формулювань стратегічних пріоритетів і цілей розвитку КНП. подано у табл. 3.6.

Таблиця 3.5

Проект формулювання стратегічного бачення КНП «Центр первинної медичної допомоги» Новоолександрівської сільської ради Дніпровського району Дніпропетровської області у 2027 році

2027 рік – СТРАТЕГІЧНЕ БАЧЕННЯ	
КНП «Центр первинної медичної допомоги» Новоолександрівської сільської ради Дніпровського району Дніпропетровської області	Є лідером у Дніпровському районі Дніпропетровської області за якістю медичних послуг, рівнем упровадження медичних інновацій та орієнтованістю на клієнта
	Завдяки наявності технічних і транспортних засобів, активному використанню е-сервісів та телемедицини якісно обслуговує своїх клієнтів незалежно від місця їх проживання
	Має вмотивовану інноваційну команду і довіру клієнтів
	Відроджує цінності сімейної медицини в Новоолександрівці
	Вибудовує стосунки з партнерами – пацієнтами, їх представниками, колегами з інших закладів охорони здоров'я, постачальниками ресурсів, органами публічного управління, громадськими організаціями – на основі взаємовигідного співробітництва
Населення громади	90 % ще у 2022 році обрали саме нас дбати про їх здоров'я Показники здоров'я громади є кращими у районі
Населення району	Беззаперечно визнає наш медичний заклад як найбажаніше місце для обслуговування
Медична спільнота	Визнає заклад як орієнтир з інноваційного розвитку

Серед першочергових проєктів можна визначити забезпечення молодих лікарів житлом. За останні роки у районі виникла гостра проблема: неналежне кадрове забезпечення сфери надання медичних послуг, зокрема, сімейними лікарями. Лікарі старшого віку залишають практику, а молоді кадри, нажаль, не мають бажання проживати та працювати в селі через те, що немає власного житла. Вже значний період часу не відбувається нового житлового будівництва. Сільські амбулаторії були не забезпечені фізичними особами сімейними лікарями на протязі останніх років, що не дозволяло вважати належною якість надання лікарської допомоги сільському населенню громади.

Таблиця 3.6

Стратегічні пріоритети і цілі розвитку КНП «Центр первинної медичної допомоги» Новоолександрівської сільської ради Дніпровського району Дніпропетровської області на 2021–2027 рр. (проект)

Цілі розвитку	Очікувані результати	Пріоритетні проекти або заходи
I. Якісні медичні послуги		
I.1. Покращення лікувальної діяльності	Уклали договори з сімейними лікарями – 90 % населення у 2023 р. Рівень первинної інвалідності менше 3,8% Рівень малюкової смертності менше 0 %	– інформаційна компанія – розвиток телемедицини – налагодження співпраці з медичними закладами вторинного та третинного рівня – створення системи доступу до консультування фахівцями медичних закладів освіти
I.2. Покращення комфортності надання медичної допомоги	100 % приміщень відремонтовано до кінця 2025 р. Створено дитячий майданчик біля медичного закладу до 09.2024 р. Облаштовано вбиральню для осіб з інвалідністю до 09.2023 р. Створено мобільну версію веб-сайту до кінця 2023 р.	– створення умов для відвідувачів з дітьми; – покращення умов для відвідувачів з інвалідністю – упровадження е-сервісів
I.3. Покращення якості профілактичної роботи	Рівень виконання первинного вакцинального комплексу – більше 60 % Рівень запущених форм онкопатології менше 33,3% Рівень захворюваності на запущені форми туберкульозу менше 100%.	– «Школа відповідального батьківства» – тренінги для населення – соціальна реклама у закладах – шлеш-моби до певних дат
II. Економічний розвиток		
II.1. Модернізація системи управління закладом	Пілотування системи оцінки якості надання медичної допомоги до кінця 2023 р. Щороку участь у тренінгах та навчальних візитах для вивчення кращих практик стандартизації медичної допомоги закладів первинного рівня	– упровадження системи оцінки якості надання медичної допомоги – вивчення кращих практик стандартизації медичної допомоги закладів первинного рівня

Продовж. табл. 3.6

Цілі розвитку	Очікувані результати	Пріоритетні проєкти або заходи
П.2. Створення системи стимулювання персоналу	Частка працівників задоволених матеріальним стимулюванням – більше 80 % до 2024 р.	– розроблення системи матеріального стимулювання персоналу
П.3. Забезпечення економічного зростання закладу	Скорочення рівня невиправданих витрат на 20 % до 06.2024 р., на 25 % до 2027 р.	– проєкт термомодернізації закладу – щорічні аудити фінансової ефективності
III. Професійний, соціально відповідальний, творчий колектив		
III.1. Розвиток професійної компетентності	Лікарів вищої кваліфікації – не менше ніж 18,2 % I категорії – не менше ніж 81,8 %	– модернізація системи навчання на робочому місці – тренінги за міжнародними проєктами – участь у комунікативних заходах
III.2. Розвиток кадрового потенціалу молодих лікарів	До початку 2025 року – частка молодих лікарів 90 %	– спільні проєкти з медичними навчальними закладами; – розвиток наставництва; – забезпечення молодих лікарів житлом

Питання забезпечення сімейними лікарями розглядалося у 2018 році , була розроблена місцева «Програма місцевих стимулів» для сімейних лікарів, згідно якої планувалось виділення коштів на придбання житла для молодих спеціалістів, на відшкодування комунальних послуг лікарям, на відшкодування проїзду в транспорті та на виплату надбавки до заробітної плати. Також було прийнято рішення про перебудову не використаної будівлі «Молочної кухні» під багатоквартирний житловий будинок для сімейних лікарів. Як результат, 4 сімейних лікарів проживають в багатоквартирному будинку. За графіком лікарі виїжджають на робочі місця в сільські амбулаторії.

З 24 лютого 2022 року – із повномасштабним вторгненням Росії в Україну – суспільне життя країни змінилося докорінно. Країна почала жити у стані війни, що кардинально вплинуло на кожен сферу суспільного життя, зокрема, і на наукову, і на медичну галузь.

У низці населених пунктів таких областей України, як: Дніпропетровська, Донецька, Запорізька, Луганська, Миколаївська, Сумська, Харківська, Херсонська, станом на травень 2022 року, громадяни позбавлені необхідного доступу до послуг системи охорони здоров'я первинної, вторинної і третинної медичної допомоги. Основною причиною цього є руйнування медичної інфраструктури. У результаті російського збройного вторгнення для громадян, які проживають у територіальних громадах, що розташовані в районі проведення воєнних (бойових) дій або, що перебувають у тимчасовій окупації, оточенні (блокуванні), стали недоступними як базові медичні послуги, так і послуги закладів високоспеціалізованої медичної допомоги. Окрім того, значна кількість медичних працівників вимушені були покинути непідконтрольні українській стороні території, зокрема, і під час переміщення бюджетних установ у інші регіони України.

Поряд із безпосередньою загрозою життю під час ведення бойових дій, погіршення здоров'я на непідконтрольній українському Уряду території спричиняє порушення нормальних умов життя, відсутність необхідної медичної допомоги, брак лікарських засобів, вимушене недотримання потрібного лікування. Погіршення санітарно-епідеміологічного становища є суттєвим ризиком для здоров'я населення, що проживає на території ведення бойових дій або на тимчасово окупованих територіях. Ймовірні масові розлади здоров'я людей, викликані екзогенними чинниками (інфекційними агентами, небезпечними чинниками навколишнього середовища), сконцентровані в часі та просторі, можуть спричинити надмірні збитки (людські, фінансові, виробничі тощо) та виснаження ресурсів служб надання медичної допомоги. Існує ризик спалахів інфекційних захворювань через незадовільне водопостачання, відсутність необхідних санітарних умов, погіршення ситуації щодо соціально небезпечних хвороб на тлі стресу як детермінанти зниження природного опору організму. У вітчизняній сфері охорони здоров'я може виникнути такий ризик, як відмова певної частини

населення, що знаходиться на тимчасово окупованій території, від користування медичними послугами, не гарантованими української державою, що призведе до збільшення кількості людей з хронічними захворюваннями та погіршення стану здоров'я українського населення.

Поява в Україні нової соціально вразливої та численної групи внутрішньо переміщених осіб зумовила виникнення низки соціальних і медико-демографічних проблем. Перебуваючи тривалий час у незадовільних санітарно-гігієнічних умовах і важкій стресовій ситуації, ця категорія людей має підвищений ризик інфекцій, хвороб серцево-судинної та нервової систем, психічних розладів. На психосоціальні розлади за відсутності доступу до спеціалізованої допомоги страждають в першу чергу діти.

На території Новоолександрівської ОТГ відсутні бойові дії, але залишається загроза повітряної небезпеки, виникає потреба у додаткових медичних послугах як для постійних мешканців, так і для ТПО. Зростає потреба у психологічній допомозі так і проведенні фізичної реабілітації.

Подальші проєкти будуть реалізовуватися у співпраці з місцевою владою та головами фермерських господарств: виділення коштів на утримання житла для молодого спеціаліста; виділення коштів на поточні ремонти приміщень амбулаторій; виділення коштів на створення програм та відкриття консультативного та реабілітаційного центрів для мешканців громади, військових та тимчасово переміщених осіб.

ВИСНОВКИ

1. Первинна медична допомога – це перший рівень контакту, коли населення проводить певні заходи задля покращення свого здоров'я безпосередньо в суспільстві. У грудні 2017 року було підписано низку законів, які започаткували реформу охорони здоров'я в Україні. Відповідно до цього плану, нова модель фінансування на первинній ланці розпочалася з 1 липня 2018 року. Саме з цього часу заклади первинної медичної допомоги змогли укласти контракт з Національною службою здоров'я і перейти з кошторисного фінансування на капітаційну модель.

Мета автономізації медичних закладів – надати лікарням можливість отримувати кошти від страхових компаній, залучати кошти приватних фондів, благодійних та громадських організацій, грантову допомогу. Саме в таких медичних закладів (комунальні некомерційні підприємства) держава закуповує послуги. Ці заклади не сплачують податок на прибуток, адже їхня мета – надати якісну медичну послугу пацієнту і отримати оплату від держави. Медичний заклад отримує фінансування від Національної служби здоров'я згідно з тарифом надання первинної медичної допомоги за кожного пацієнта, який підпише декларацію з лікарем цього закладу.

Процес реформування медичної галузі виявив необхідність формування належної системи фінансування галузі охорони здоров'я, розвитку та підтримки кадрового потенціалу, розробки єдиних стандартів і тарифів, забезпечення ефективної комунікації з Міністерством охорони здоров'я тощо.

2. У жовтні 2019 року Кабінет Міністрів України ініціював створення спроможних мереж надання соціальних послуг на всій території України для поліпшення доступу населення до медичних, освітніх, культурних, спортивних, адміністративних, безпекових та інших соціальних послуг. Обласними державними адміністраціями розробляються плани спроможної мережі надання ПМД з картографічної та описової частин.

Здійснюються заходи і реалізуються проєкти з метою підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості та рівні територіальних громад, зокрема, будівництво нових амбулаторій, житла для лікарів, придбання медичного обладнання та службового транспорту. У кожній сільській амбулаторії має бути лікар, якісні можливості надання первинної медичної допомоги, відповідне оснащення та транспорт. Доступність до амбулаторії для пацієнта повинна бути не більша, ніж 5 км. Навантаження на одного лікаря – 1 800 пацієнтів.

За результатами вивчення зарубіжного досвіду управління у сфері охорони здоров'я необхідно визначити, що в економічно розвинених країнах пацієнт проходить через багаторівневу систему обслуговування, де на всіх етапах забезпечується інтеграція і наступність у роботі. Крім того, постійно удосконалюються напрями взаємодії між різними рівнями надання медичної допомоги шляхом: підвищення узгодженості дій медичних служб; перерозподілу функцій між різними структурами і рівнями; раціонального планування і ведення пацієнтів; участі у вертикальній інтеграції, що особливо актуально при розробці схем обслуговування пацієнтів похилого віку. Останнім часом суттєві зміни торкнулися структури ресурсів медичного сектору, що пов'язано із запровадженням нових технологій, наприклад, розвиток інформаційних і комунікаційних напрямів, зокрема телемедицини.

3. Станом на 01 листопада 2022 року Новоолександрівська сільська громада – об'єднана територіальна громада в Україні, у Дніпровському районі Дніпропетровської області. Адміністративний центр – село Новоолександрівка. Площа громади – 226,1 км², населення – 11013 мешканців. Потреби мешканців громади в сфері охорони здоров'я забезпечує Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медичної допомоги» Новоолександрівської сільської ради Дніпровського району Дніпропетровської області», в склад якого входить 3 амбулаторії загальної практики – сімейної медицини.

4. КНП «Центр первинної медичної допомоги» Новоолександрівської

сільської ради Дніпровського району Дніпропетровської області» обслуговує 11 013 мешканців громади. За останні роки відбувається покращення якості наданих медичних послуг населенню району. Понад 80 % населення задекларовано до сімейних лікарів. Завдяки забезпеченості автотранспортом усіх амбулаторій медична допомога надається своєчасно. З кожним роком зростає кількість відвідувань на сімейного лікаря як в амбулаторіях, так і вдома. Це пояснюється тим, що до одного сімейного лікаря задекларовано від 820 до 1870 осіб населення (норматив – 1 800 осіб). Існує проблема: неналежне кадрове забезпечення сфери надання медичних послуг, зокрема, сімейними лікарями.

5. Стратегія розвитку медичного закладу має відповідати вимогам суспільства щодо досягнення високого рівня громадського здоров'я, тому основним орієнтиром під час її розроблення має бути загальнонаціональна стратегія розвитку медичної галузі, яка визначає основні орієнтири й напрями розвитку ресурсного потенціалу сфери охорони здоров'я, а також стратегії розвитку системи охорони здоров'я на регіональному та муніципальному рівнях, які враховують інфраструктурні й ресурсні можливості того чи іншого регіону та орієнтовані на специфічні потреби населення в медичному обслуговуванні.

6. Здійснено вивчення потреб (вимог) та очікування відповідних зацікавлених сторін КНП «Центр первинної медичної допомоги» Новоолександрівської сільської ради Дніпровського району Дніпропетровської області». Для виявлення зовнішніх і внутрішніх чинників, сильних і слабких сторін, загроз і можливостей розвитку здійснено SWOT-аналіз КНП «Центр первинної медичної допомоги» Новоолександрівської сільської ради Дніпровського району Дніпропетровської області»».

З урахуванням результатів аналізування та рекомендацій Програми «U-LEAD з Європою» щодо стратегічного планування в секторі охорони здоров'я в об'єднаних територіальних громадах, розроблено:

– структуру Стратегії розвитку КНП «Центр первинної медичної допомоги» Новоолександрівської сільської ради Дніпровського району Дніпропетровської області» на 2023–2027 рр.;

– проєкт формулювання стратегічного бачення КНП «Центр первинної медичної допомоги» Новоолександрівської сільської ради Дніпровського району Дніпропетровської області» у 2027 році;

– проєкт стратегічних пріоритетів (якісні медичні послуги; економічний розвиток; професійний, соціально відповідальний, творчий колектив) і цілей розвитку КНП «Центр первинної медичної допомоги» Новоолександрівської сільської ради Дніпровського району Дніпропетровської області» на 2023–2027 рр.

На території Новоолександрівської ОТГ відсутні бойові дії, але залишається загроза повітряної небезпеки, виникає потреба у додаткових медичних послугах як для постійних мешканців, так і для ТПО. Зростає потреба у психологічній допомозі так і проведенні фізичної реабілітації.

Подальші проєкти будуть реалізовуватися у співпраці з місцевою владою та головами фермерських господарств: виділення коштів на утримання житла для молодого спеціаліста; виділення коштів на поточні ремонти приміщень амбулаторій; виділення коштів на створення програм та відкриття консультативного та реабілітаційного центрів для мешканців громади, військових та тимчасово переміщених осіб.

Розроблені під час підготовки магістерської роботи пропозиції подані на розгляд голові Новоолександрівської об'єднаної територіальної громади Дніпропетровської області.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Амбулаторії первинної медичної допомоги у сільській місцевості : інформ. посіб. / Міністерство регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України ; Міністерство охорони здоров'я України. – Програма «U-LEAD з Європою», 2019. – Режим доступу : <https://www.minregion.gov.ua/wp-content/uploads/2019/12/Informatsiyniy-posibnik.pdf>.
2. Бугро В.І. Стратегічне управління у сфері охорони здоров'я України / В.І. Бугро, А.В. Дакал // Наукові перспективи. – 2022. – № 3(21). – С. 10 – 21.
3. Вимоги ПМГ 2020 / Національна служба здоров'я України. – Режим доступу : <https://nszu.gov.ua/likar-2020>.
4. Вимоги ПМГ 2021. Проекти специфікацій та умов закупівлі за програмою медичних гарантій на 2021 рік / Національна служба здоров'я України. – Режим доступу : <https://nszu.gov.ua/vimogi-pmg-2021>.
5. Воробйов В. В. Досвід провідних країн світу в управлінні сферою охорони здоров'я / В. В. Воробйов // Форум права. – 2011. – № 2. – С. 139 – 146.
6. Вороненко Ю. В. Методичні підходи до впровадження стандартизації організаційних технологій у систему управління якістю медичної допомоги / Ю. В. Вороненко, В. В. Горачук // Український медичний часопис. – 2012. – № 5 (91). – Режим доступу : <https://www.umj.com.ua/article/magazine/91>.
7. ВООЗ. Детермінанти здоров'я. – Режим доступу : <https://www.who.int/hia/evidence/doh/en>.
8. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ). – Режим доступу : <https://geneva.mfa.gov.ua/posolstvo/2612-who>.
9. Громцева О. В. Тривалість життя як критерій оцінки ефективності

медичної реформи / О. В. Громцева // Теорія та практика управління суб'єктами підприємництва : колект. моногр. / за заг. ред. Т. В. Гринько. – Дніпро : Видавець Біла К. О., 2020. – С. 48 – 59.

10. Державна політика у сфері охорони здоров'я : кол. моногр. : у 2 ч. / кол. авт. ; упоряд. проф. Я. Ф. Радиш ; передм. та заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша. – Київ : НАДУ, 2013. – Ч. 1. – 396 с.

11. Деякі питання електронної системи охорони здоров'я : Постанова Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 411. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411-2018-%D0%BF#Text>.

12. Дорошенко О. О. Аналіз міжнародного досвіду фінансування вторинної медичної допомоги / О. О. Дорошенко, М. В. Шевченко // Економіка і право охорони здоров'я. – 2017. – № 1 (5). – С. 16 – 23.

13. Доступ до медичної допомоги у рамках створення спроможної мережі надання соціальних послуг / Міністерство охорони здоров'я України, 23 жовт. 2019. – Режим доступу : <https://moz.gov.ua/article/news/dostup-do-medichnoi-dopomogi-u-ramkah-stvorennja-spromozhnoi-merezhi-nadannja-socialnih-poslug>.

14. Етапи впровадження реформи фінансування системи охорони здоров'я закладами ПМД у 2018 році : збірка матеріалів методологічної підтримки для закладів ПМД / ТОВ «Делойт Консалтинг» для Проекту USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я», номер контракту 72012118C00001, 2018. – 20 с.

15. Ефективна первинна медицина в громаді : проект за фінансової підтримки ЄС. – Режим доступу : <https://hromadahealthcare.org/>.

16. Західна О. Р. Медична реформа в умовах децентралізації влади в Україні / О. Р. Західна, Ю. І. Мидлик // Молодий вчений. – 2017. – №. 11. – С. 1155–1158.

17. Звіт за результатами дослідження «Оцінка поведінки провайдерів первинної медичної допомоги у відповідь на введення капітації» / кол. авт. ;

Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». – Київ, 2020. – 135 с.
– Режим доступу : http://healthreform.in.ua/wp-content/uploads/2020/06/PHC_assessment_report.pdf

18. Камінська Т. М. Уроки зарубіжних країн для реформування охорони здоров'я в Україні / Т. М. Камінська // Економічна теорія та право. – 2015. – № 1 (20). – С. 38 – 50.

19. Ключові завдання для впровадження реформи охорони здоров'я. – Режим доступу : <http://healthreform.in.ua/key-tasks-phc-health-reform/>.

20. Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медичної допомоги» Новоолександрівської сільської ради Дніпровського району Дніпропетровської області» : офіційний веб-сайт. – Режим доступу : <https://pmsdnovoolotg.itmed.org/>.

21. Конституція України : прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 черв. 1996 р. № 254к/96-ВР // Відом. Верховної Ради України. – 1996. – № 30. – Ст. 143.

22. Концепція надання методологічної підтримки першої хвилі «чемпіонів» ПМД в рамках реформи фінансування системи охорони здоров'я / Міністерство охорони здоров'я України у співпраці з Проектом USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії», Deloitte Consulting LLP, березень – липень 2018 р. – Режим доступу : http://healthreform.in.ua/wp-content/uploads/2018/03/Concept-note_Deloitte_100_PHC-support_ukr.pdf.

23. Лехан В. М. Аналіз реформ охорони здоров'я в Україні: від здобуття незалежності до сучасності / В. М. Лехан, Л. В. Крячкова, М. І. Заярський // Україна. Здоров'я нації. – 2018. – № 4 (52). – С. 5 – 10.

24. Медична реформа. – Режим доступу : <https://www.kmu.gov.ua/diyalnist/reformi/rozvitok-lyudskogo-kapitalu/reforma-sistemi-ohoroni-zdorovya>.

25. Мережа закладів первинної меддопомоги. – Режим доступу : <https://ulead-mapping-modeling.github.io/project-health-network/#6/48.540/31.183>.

26. Міжнародний досвід реформування системи охорони здоров'я

(досвід країн Європейського Союзу). – Режим доступу : <http://euinfocenter.rada.gov.ua/uploads/documents/29185.pdf>.

27. Міністерство охорони здоров'я України. – Режим доступу : <https://moz.gov.ua/>.

28. Міфи та правда про освітню та медичну реформи : практич. посіб. для журналістів / заг. ред.: В. Таран. – Київ: Центр політичних студій та аналітики «Ейдос», 2018. – 88 с. – Режим доступу : <https://decentralization.gov.ua/uploads/library/file/300/mf.pdf>.

29. Методичні рекомендації з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства ; оновлена версія, 2018. – Режим доступу : https://moz.gov.ua/uploads/0/3562-moz_metod_recomendations_autonomization_2018_ua_final_web.pdf.

30. Моніторинг процесу децентралізації влади та реформування місцевого самоврядування. – Режим доступу : https://decentralization.gov.ua/mainmonitoring#main_info.

31. Національна служба здоров'я України. – Режим доступу : <https://nszu.gov.ua/>.

32. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 рр. – Режим доступу : <https://moz.gov.ua/strategija>.

33. Новини з громад: центр первинної медико-санітарної допомоги Немирівської ОТГ став лідером галузі – 2019. – Режим доступу : <http://sg.vn.ua/news/novyny-z-gromad-tsentr-pervynnoyi-meduko-sanitarnoyi-dopomogy-nemyrivskoyi-otg-stav-liderom-galuzi-2019/>.

34. Новоолександрівська сільська громада. Дніпропетровська область. Дніпровський район / Децентралізація. – Режим доступу : <https://decentralization.gov.ua/newgromada/3622>.

35. Новоолександрівська сільська об'єднана територіальна громада : офіційний веб-сайт. – Режим доступу : <https://novool.otg.dp.gov.ua/ua>.

36. Основи законодавства України про охорону здоров'я : закон України від 19 лист. 1992 р. № 2801-ХІІ. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#n266>.

37. Пальчук В. Розвиток первинного рівня медицини в ОТГ / В. Пальчук // Україна: події, факти, коментарі. – 2019. – № 22. – С. 38 – 44. – Режим доступу: <http://nbuviar.gov.ua/images/ukraine/2019/ukr22.pdf>.

38. Планування розвитку територіальних громад : навч. посіб. для посадових осіб місцевого самоврядування / Г. Васильченко, І. Парасюк, Н. Єременко / Асоціація міст України. – Київ, ТОВ «Підприємство «ВІ ЕН

39. Практики комунікативної культури в медичному закладі. Пацієнт-центрований підхід / С. Бронікова ; Програми ООН із відновлення та розбудови миру за фінансової підтримки Європейського Союзу, 2020. – 72 с. – Режим доступу : https://decentralization.gov.ua/uploads/library/file/596/Збірник_настанов-web_final.pdf.

40. Про внесення змін до додатка 4 до Методики розробки та впровадження медичних стандартів медичної допомоги на засадах доказової медицини : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 26 вер. 2018 р. № 1752. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1161-18#Text>.

41. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : закон України від 19 жовт. 2017 р. № 2168-VIII. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>.

42. Про затвердження Методичних рекомендацій щодо формування і реалізації прогнозних та програмних документів соціально-економічного розвитку об'єднаної територіальної громади : наказ Міністерства регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України від 30 бер. 2016 р. № 75. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0075858-16#Text>.

43. Про затвердження плану заходів з реалізації Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я на період до 2020 року :

розпорядження Кабінету Міністрів України від 15 лист. 2017 р. № 821-р. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/821-2017-%D1%80#Text>.

44. Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19 бер. 2018 р. № 50. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18#Text>.

45. Про затвердження Порядку формування спроможних мереж надання первинної медичної допомоги : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 06 лют. 2018 р. № 178/24. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0215-18#Text>.

46. Про затвердження розрахунку вартості послуги з медичного обслуговування : постанова Кабінету Міністрів України від 27 груд. 2017 р. № 1075. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1075-2017-%D0%BF#Text>.

47. Про місцеве самоврядування в Україні : закон України від 21 трав. 1997 р. № 280 // Відом. Верховної Ради України. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/280/97-вр>.

48. Про обласну програму «Здоров'я населення Дніпропетровщини» на 2020 – 2024 роки» : рішення Дніпропетровської обласної ради від 13 груд. 2019 р. № 535-20/VII. – Режим доступу : <https://oblrada.dp.gov.ua/rishennia/sklikannia-7/xx-sesiya/№-535-20vii-13-12-2019-p/>.

49. Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості : закон України від 14 лист. 2017 р. № 2206-VIII. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2206-19#Text>.

50. Про співробітництво територіальних громад : закон України від 17 черв 2014 р. № 1508-VII. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1508-18#Text>.

51. Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я : розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 лист. 2016 р. № 1013-р. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016->

%D1%80.

52. Про схвалення Концепції реформування механізмів публічних закупівель лікарських засобів та медичних виробів : розпорядження Кабінету Міністрів України від 23 серп. 2017 р. № 582-р. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/582-2017-%D1%80>.

53. Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я : розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 лист. 2016 р. № 1002-р. – Режим доступу : <http://www.kmu.gov.ua/control/uk/cardnpd?docid=249618799>.

54. Про утворення та ліквідацію районів : постанова Верховної Ради України від 17 лип. 2020 р. № 807-IX. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/807-20#Text>.

55. Програма медичних гарантій: впровадження в Україні / Міністерство охорони здоров'я України. – 2 берез. 2018. – Режим доступу https://moz.gov.ua/uploads/0/3798-programa_medicnih_garantij_vprovadzenna_v_ukraini.pdf.

56. Прогрес реформи фінансування охорони здоров'я в Україні: оцінка ВООЗ та Світового банку // Щотижневик «АПТЕКА». – 2020. – № 5 (1226). – Режим доступу : <https://www.apteka.ua/article/533057>.

57. Результати дослідження «(Без)кштовна медицина» / БФ «Пацієнти України» за підтримки Агентства США з міжнародного розвитку (USAID), 2017. – 57 с. – Режим доступу : https://moz.gov.ua/uploads/0/409-bezkoshtovna_medytsyna.pdf.

58. Реформа медицини в умовах децентралізації / Децентралізація. – Режим доступу : <https://decentralization.gov.ua/health>.

59. Реформи: Розвиток людського капіталу / Урядовий портал. – Режим доступу: <https://www.kmu.gov.ua/diyalnist/reformi/rozvitok-lyudskogo-kapitalu>.

60. Рудакова Л. О., Михальчук В. М. Децентралізація управління системою охорони здоров'я на місцевому рівні (на прикладі Київської області) / Л. О. Рудакова, В. М. Михальчук // Інвестиції: практика та досвід. –

2021. – № 8. – С. 105–112.

61. Сазоненко Л. В., Толстанов О. К. Заходи антикризового управління закладом охорони здоров'я / Інвестиції: практика та досвід. – 2021. – № 16. – С. 86–92.

62. Стратегічне планування в секторі охорони здоров'я в об'єднаних територіальних громадах / М. Брага, С. Пхіденко, Л. Масюк, Н. Гусак, Т. Лепьошкіна ; Програма «U-LEAD з Європою», 2019. – 75 с. – Режим доступу : https://decentralization.gov.ua/uploads/library/file/495/strategic_planning_for_web_new2.pdf.

63. Стратегія сталого розвитку Новоолександрівської об'єднаної територіальної громади Дніпропетровської області на 2017–2025 роки. – 2018. – Режим доступу : <https://novool.otg.dp.gov.ua/storage/app/sites/3/uploaded-files/Stratehiia.pdf>.

64. Територіальні громади (2020): дані по районах / Децентралізація. – Режим доступу : <https://decentralization.gov.ua/newgrayons>.

65. Фломін Ю. В. Управління якістю медичної допомоги як важливий аспект менеджменту в охороні здоров'я / Ю. В. Фломін // Україна. Здоров'я нації. – 2012. – № 4(24). – С. 100 – 106.

66. Центр медичної статистики МОЗ України. – Режим доступу : <https://moz.gov.ua/article/statistic/centr-medichnoi-statistiki-moz-ukraini>.

67. Як організувати систему надання первинної медичної допомоги на місцевому рівні. Операційне керівництво / Баценко Д., Брагінський П., Бучма М. та ін. Міністерство охорони здоров'я України, Проект USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії». – Київ : ТОВ «Агентство «Україна», 2018. – 368 с.

68. Ямненко Т. М. Медична реформа: реалії України та міжнародний досвід / Т. М. Ямненко // Юридичний вісник. – 2018. – № 2 (47). – С. 116 – 120.

69. Янчук А. Децентралізація і реформування системи охорони здоров'я: до постановки питання / А. Янчук // Вісник АПСВТ. – 2018. – № 1.

– С. 72 – 74. – Режим доступу : https://www.socosvita.kiev.ua/sites/default/files/Visnyk_1_2018-72-74.pdf.

70. Яценко В. Стратегічне управління системою охорони здоров'я в контексті сучасних реформ в Україні / В. Яценко // Теоретичні та прикладні питання державотворення. – 2019. – Вип. 25. – С. 77 – 85.

ДОДАТКИ

Додаток А

ПЕРЕЛІК

медичних послуг з надання первинної медичної допомоги

1. Динамічне спостереження за станом здоров'я пацієнтів із використанням фізикальних, лабораторних та інструментальних досліджень відповідно до галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я.
2. Проведення діагностики та лікування найбільш поширених хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів.
3. Динамічне спостереження за пацієнтами із діагностованими хронічними захворюваннями (супровід пацієнтів із хронічними захворюваннями та станами), що включає комплекс діагностичних та лікувальних втручань, які передбачені галузевими стандартами.
4. Надання в межах ПМД невідкладної медичної допомоги у разі розладу фізичного чи психічного здоров'я пацієнтам, якщо такий розлад стався під час прийому пацієнта лікарем з надання ПМД та якщо пацієнт не потребує екстреної, вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.
5. Направлення відповідно до медичних показань пацієнтів, які не потребують екстреної медичної допомоги, для надання їм вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.
6. Взаємодія з надавачами вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги з метою своєчасного діагностування та забезпечення лікування хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів з урахуванням особливостей стану здоров'я пацієнта.
7. Проведення обов'язкових медичних втручань щодо пацієнтів з наявними факторами ризику розвитку окремих захворювань.
8. Проведення профілактичних втручань, що включає: вакцинацію відповідно до вимог календаря профілактичних щеплень; підготовлення та надсилання повідомлень про інфекційне захворювання, харчове, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення; проведення епідеміологічних обстежень поодиноких випадків інфекційних хвороб.
9. Надання консультативної допомоги, спрямованої на усунення або зменшення звичок і поведінки, що становлять ризик для здоров'я (тютюнокуріння, вживання алкоголю, інших психоактивних речовин, нездорове харчування, недостатня фізична активність тощо) та формування навичок здорового способу життя.
10. Динамічне спостереження за неускладненою вагітністю та (у разі потреби) направлення до лікаря акушера-гінеколога закладу вторинної медичної допомоги.
11. Здійснення медичного спостереження за здоровою дитиною.
12. Надання окремих послуг паліативної допомоги пацієнтам усіх вікових категорій, що включає: регулярну оцінку стану важкохворого пацієнта та його потреб; оцінку ступеня болю та лікування больового синдрому; призначення наркотичних засобів та психотропних речовин відповідно до законодавства, включаючи оформлення рецептів для лікування больового синдрому; призначення лікування для подолання супутніх симптомів (закрепи, нудота, задуха тощо); консультування та навчання осіб, які здійснюють догляд

за пацієнтом; координацію із забезпечення медичних, психологічних тощо потреб пацієнта.

13. Направлення пацієнтів відповідно до медичних показань для надання їм паліативної допомоги в обсязі, що виходить за межі ПМД.

14. Призначення лікарських засобів та медичних виробів, технічних засобів медичної реабілітації з оформленням відповідних документів згідно з вимогами законодавства.

15. Ведення первинної облікової документації, оформлення довідок, листків непрацездатності та направлень для проходження медико-соціальної експертизи, а також лікарських свідоцтв про смерть.

16. Взаємодія з соціальними службами для пацієнтів, соціальні умови життя яких впливають на здоров'я.

17. Взаємодія із суб'єктами системи громадського здоров'я.

Додаток Б
ПЕРЕЛІК
медичних втручань у межах ПМД для груп пацієнтів
з підвищеним ризиком розвитку захворювань*

Нозологія	Групи пацієнтів з підвищеним ризиком розвитку захворювань		Методи виявлення	Періодичність обстеження
	фактори ризику (ФР)	вікові групи		
Гіпертонічна хвороба та інші серцево-судинні захворювання (ССЗ)	Підвищення артеріального тиску; тютюнокуріння; надлишкова маса тіла; цукровий діабет; обтяжений спадковий анамнез; зловживання алкоголем	Ч - 40 років і старші. Ж - 50 років і старші	Вимірювання артеріального тиску; оцінка загального серцево-судинного ризику за шкалою SCORE; вимірювання індексу маси тіла; вимірювання окружності талії; вимірювання загального холестерину	Кожні 2 роки. За наявності ФР - щороку
Цукровий діабет	Надлишкова маса тіла; обтяжений спадковий анамнез; гестаційний діабет; зловживання алкоголем	45 років і старші. До 45 років, якщо є ФР ССЗ	Оцінка загального серцево-судинного ризику за шкалою SCORE; вимірювання індексу маси тіла; вимірювання окружності талії; вимірювання цукру крові натще; вимірювання загального холестерину	Щороку
ВІЛ	Незахищені статеві контакти з людьми, які живуть з ВІЛ або споживають ін'єкційні наркотики; вживання ін'єкційних наркотиків; гомосексуальні контакти; надання сексуальних послуг за плату або наркотики	14 років та старші, якщо є ФР	Швидкий тест на ВІЛ	Щороку
Туберкульоз	Контакти з хворими на активний туберкульоз; наявність ВІЛ; перебування у закладах Державної кримінально-виконавчої служби України	Будь-який вік, якщо є ФР	Опитування на наявність симптомів понад 2 тижні	Щороку

Рак молочної залози	Підтверджена мутація BRCA-1 або BRCA-2; обтяжений спадковий анамнез; пізніше перше дітонародження (30 років і старші); безпліддя; пізня менопауза (55 років і старші); тривала гормонозамісна терапія менопаузи; постменопаузальне ожиріння; уживання алкоголю; куріння	50-69 років. За наявності ФР - із 40 років	Направлення на мамографію	Кожні 2 роки
Колоректальний рак (КРР)	Обтяжений спадковий анамнез по КРР; сімейний аденоматозний поліпоз; спадковий неполіпозний КРР; запальні захворювання кишківника; аденоматозні поліпи	50-75 років	Опитування; тест калу на приховану кров та/або направлення до закладів охорони здоров'я з надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги	Кожні 2 роки. За наявності ФР - щороку
Рак передміхурової залози (РПЗ)	50 років і старші з низьким ризиком. 45 років і старші із середнім ризиком - обтяжений спадковий анамнез (РПЗ у родича у віці до 65 років). 40 років і старші з високим ризиком - обтяжений спадковий анамнез (РПЗ у кількох родичів у віці до 65 років)		Інформування пацієнта; тест на простат-специфічний антиген (ПСА) та/або направлення до закладів охорони здоров'я з надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги	При ПСА < 2,5 кожні 2 роки. При ПСА \geq 2,5 щороку

* Цей перелік не застосовується для діагностики захворювань за наявності відповідних симптомів, моніторингу перебігу виявлених захворювань, контролю лікування захворювань. За наявності симптомів захворювань обсяг обстеження визначається галузевим стандартом у сфері охорони здоров'я.

Додаток В

ПЕРЕЛІК

**лабораторних та інструментальних діагностичних досліджень,
що здійснюються у межах медичних послуг з надання ПМД**

1. Загальний аналіз крові з лейкоцитарною формулою.
2. Загальний аналіз сечі.
3. Глюкоза крові.
4. Загальний холестерин.
5. Вимірювання артеріального тиску.
6. Електрокардіограма.
7. Вимірювання ваги, зросту, окружності талії.
8. Швидкі тести на вагітність, тропоніни, ВІЛ, вірусні гепатити.

Додаток Г

Деякі результати дослідження

«Оцінка поведінки провайдерів первинної медичної допомоги»
за проектом USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я» (2019)

ПРОФІЛЬ ПАЦІЄНТА



Рис. Г.1. Профіль пацієнта первинної ланки

ПРОФІЛЬ ЛІКАРЯ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ



Рис. Г.2. Профіль лікаря первинної ланки

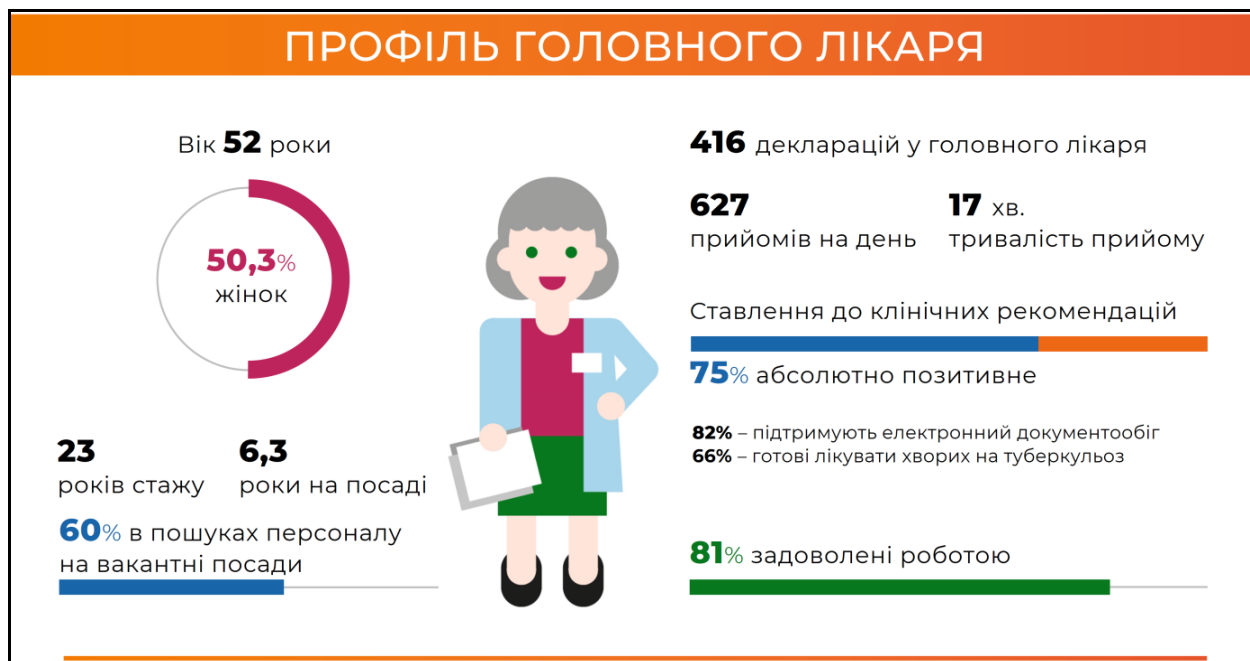


Рис. Г.3. Профіль головного лікаря первинної ланки

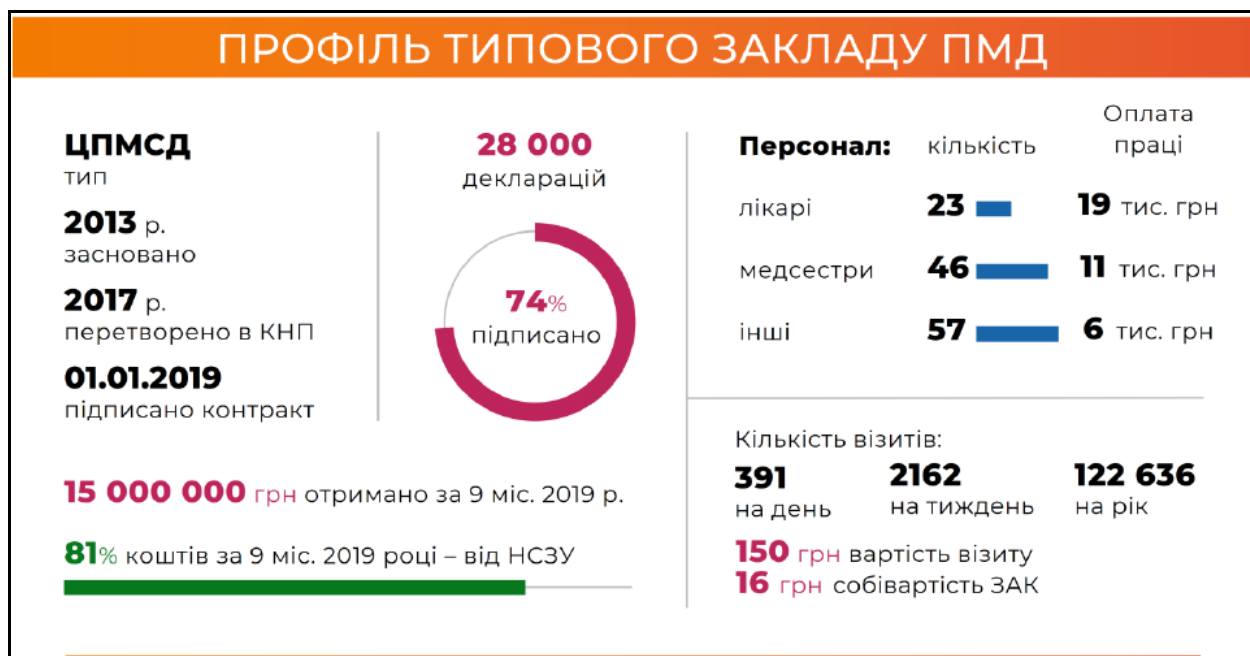


Рис. Г.4. Профіль типового закладу первинної ланки за результатом

Таблиця Г.1

**Результати оцінювання пацієнтами різних аспектів якості надання
медичної допомоги в закладах ПМД [Pdsn USAID]**

Критерій	1	2	3	4	5	Не можу оцінити
Інфраструктурний стан (ремонт, обладнання, стан будівлі, чистота)	2,1%	3,8%	19,0%	31,3%	41,8%	1,9%
Якість лікування	0,6%	1,2%	6,0%	25,4%	62,5%	4,4%
Якість сервісних послуг (НЕ лікування)	1,1%	1,5%	11,0%	27,6%	50,9%	7,8%
Загальний рівень задоволеності лікарем, з яким у Вас підписано декларацію	0,6%	0,4%	2,9%	12,6%	81,8%	1,7%

Таблиця 82. Оцінка закладу пацієнтами (за шкалою від 1 до 5, де 1 – «дуже погано», а 5 – «дуже добре»)

Примітки: кожен рядок показує відсоток пацієнтів, які обрали відповідне значення на шкалі. Сума відсотків у кожному рядку становить 100%.

Таблиця Г.2

Джерела інвестицій в закладах ПМД [Pdsn USAID]

	ЦПМСД	Амбулаторія	Лікарня	Поліклініка
Кошти від органів місцевого самоврядування	81%	71%	65%	67%
Власні кошти від капітаційного фінансування	70%	50%	45%	78%
Власні кошти з інших джерел	30%	21%	40%	56%
Гранти, дарунки	23%	14%	10%	0%
Інше	14%	14%	15%	44%
Не здійснювались	7%	14%	10%	0%

Додаток Д

Інфографіка «Децентралізація у сфері охорони здоров'я.

Підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» (індикатор 8)

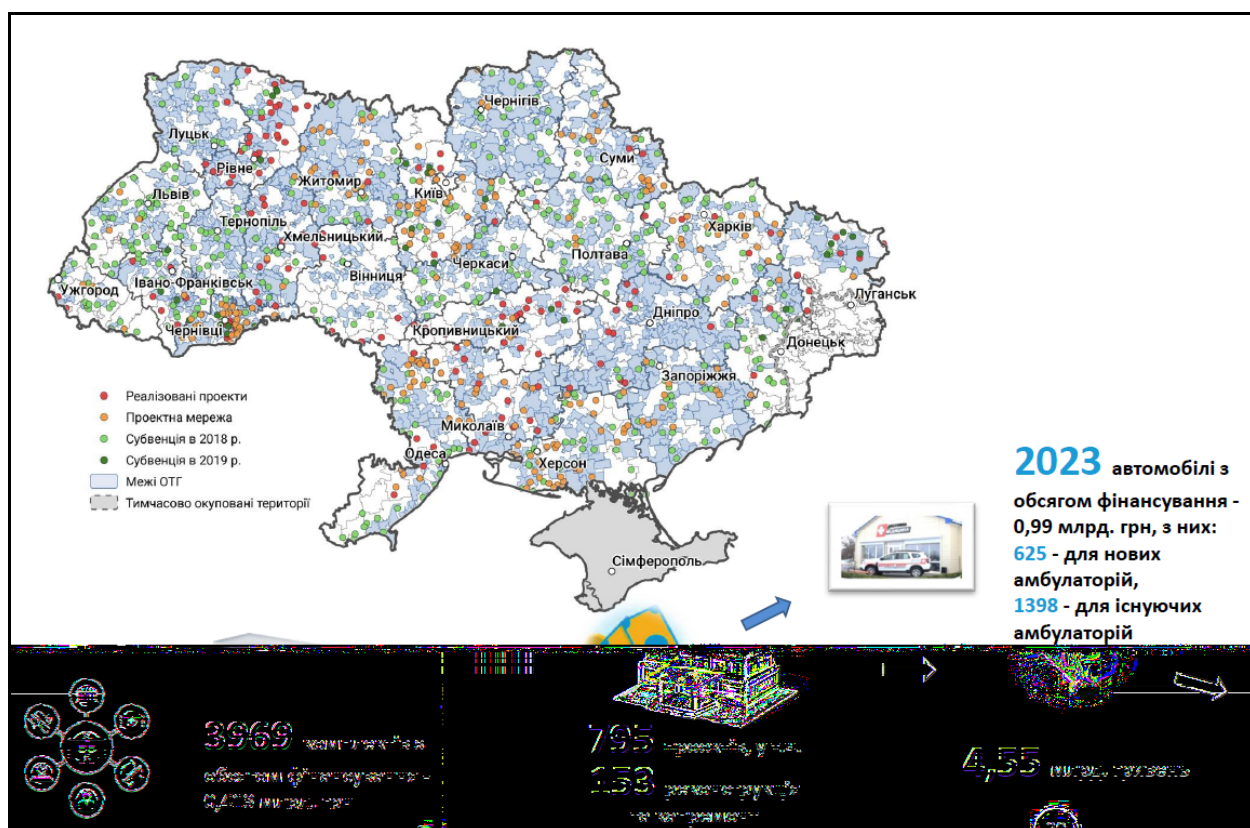


Рис. Д.1. Інфографіка «Децентралізація у сфері охорони здоров'я. Підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» (індикатор 8), станом на 10 вересня 2020 р. [30]