

Міністерство освіти і науки України
Тернопільський національний технічний університет імені Івана Пулюя

Факультет економіки та менеджменту

(повна назва факультету)

Кафедра менеджменту та адміністрування

(повна назва кафедри)

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри

Кирич Н.Б.

(підпис)

(прізвище та ініціали)

« »

2020 р.

ЗАВДАННЯ НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ

на здобуття освітнього ступеня

магістр

(назва освітнього ступеня)

за спеціальністю 281 – публічне управління та адміністрування

(шифр і назва спеціальності)

студенту

Сікорі Світлані Миколаївні

(прізвище, ім'я, по батькові)

1. Тема роботи Дослідження стратегічних перспектив реформування первинної ланки медицини у Вишнівецькій об'єднаній територіальній громаді, на прикладі комунального некомерційного підприємства «Вишнівецька амбулаторія загальної практики – сімейної медицини»

Керівник роботи Сороківська Олена Анатоліївна, д.е.н., професор

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

Затверджені наказом ректора від « » 20 року №

2. Термін подання студентом завершеної роботи

3. Вихідні дані до роботи Звітність та первинна документація КНП «Вишнівецька АЗПСМ», Накази Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України.

4. Зміст роботи (перелік питань, які потрібно розробити)

1. Теоретичні засади реформування первинної ланки медицини в Україні. 2. Аналіз функціонування первинної ланки медицини у вишнівецькій об'єднаній територіальній громаді. 3. Розроблення стратегічних перспектив реформування первинної ланки медицини у Вишнівецькій об'єднаній територіальній громаді. 4. Охорона праці та безпека в надзвичайних ситуаціях.

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень, слайдів)

1. Сільські ради територіальної громади. 2. Межі центральної території доступності навколо смт. Вишнівець. 3. Укомплектованість та атестація лікарів КНП «Вишнівецька АЗПСМ» 4. Укомплектованість та атестація середнього медичного персоналу КНП «Вишнівецька АЗПСМ». 5. Структура витрат закладу ПМД.

6. Консультанти розділів проекту (роботи)

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв
Охорона праці	Шерстюк Р.П., д.е.н., доцент		
Безпека в надзвичайних ситуаціях	Стручок В.С., ст. викладач		
Нормоконтроль	Галушак М.П., к.т.н., доцент		

7. Дата видачі завдання

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів дипломного проекту (роботи)	Термін виконання етапів проекту (роботи)	Примітка
	Вступ	Квітень, 2020	Виконано
1.	Теоретичні засади реформування первинної ланки медицини в Україні	Квітень – червень, 2020	Виконано
1.1	Передумови та законодавча база процесів реформування медичної галузі	Квітень, 2020	Виконано
1.2	Аналіз стану реформування медичної сфери у динаміці останніх років	Травень, 2020	Виконано
1.3	Зарубіжний досвід реформування медичної сфери	Червень, 2020	Виконано
2.	Аналіз функціонування первинної ланки медицини у Вишнівецькій об'єднаній територіальній громаді	Червень – серпень, 2020	Виконано
2.1	Загальна характеристика досліджуваної громади та Комунального некомерційного підприємства «Вишнівецька амбулаторія загальної практики-сімейної медицини»	Червень, 2020	Виконано
2.2	Аналіз територіального розміщення та бюджетного забезпечення діяльності КНП «Вишнівецька АЗПСМ»	Липень, 2020	Виконано
2.3	Дослідження поточного стану охорони здоров'я у Вишнівецькій ОТГ	Серпень, 2020	Виконано
3.	Розроблення стратегічних перспектив реформування первинної ланки медицини у Вишнівецькій об'єднаній територіальній громаді	Серпень – жовтень, 2020	Виконано
3.1	Аналіз і оцінювання стратегічних напрямів та перспектив реформування первинної ланки медицини у Вишнівецькій об'єднаній територіальній громаді	Серпень, 2020	Виконано
3.2	Розроблення стратегії розвитку первинної ланки медицини у Вишнівецькій ОТГ	Вересень, 2020	Виконано
3.3	Дослідження впливу покращення медичного забезпечення на основні характеристики життєдіяльності Вишнівецької ОТГ	Жовтень, 2020	Виконано
4	Охорона праці та безпека в надзвичайних ситуаціях	Листопад, 2020	Виконано
4.1	Опис стану та організація процесу охорони праці у КНП «Вишнівецька АЗПСМ»	Листопад, 2020	Виконано
4.2	Організація проведення заходів медичного та біологічного захисту населення об'єднаної територіальної громади	Листопад, 2020	Виконано
	Висновки та пропозиції	Листопад 2020	Виконано

Студентка

_____ (підпис)

Сікора С.М.

_____ (прізвище та ініціали)

Керівник роботи

_____ (підпис)

Сороківська О.А.

_____ (прізвище та ініціали)

АНОТАЦІЯ

Тема роботи: «Дослідження стратегічних перспектив реформування первинної ланки медицини у Вишнівецькій об'єднаній територіальній громаді, на прикладі комунального некомерційного підприємства «Вишнівецька амбулаторія загальної практики - сімейної медицини» (Тернопільська область, Збараський район, смт. Вишнівець, вул. Замкова, 2)

Об'єкт дослідження – діяльність КНП «Вишнівецької амбулаторії загальної практики-сімейної медицини».

Метою роботи є дослідження стратегічних перспектив реформування первинної ланки медицини у Вишнівецькій об'єднаній територіальній громаді на прикладі комунального некомерційного підприємства «Вишнівецька амбулаторія загальної практики - сімейної медицини».

Предметом дослідження є теоретичні та практичні засади впливу підвищення якості надання первинної медико-санітарної допомоги на основні характеристики життєдіяльності Вишнівецької ОТГ.

Було проведено аналіз функціонування первинної ланки медицини у Вишнівецькій ОТГ та розроблено стратегічні перспективи реформування первинної ланки медицини у Вишнівецькій об'єднаній територіальній громаді.

Ключові слова: реформування медичної галузі, Вишнівецька ОТГ, декларації, КНП «Вишнівецька АЗПСМ», стратегія розвитку, система охорони здоров'я, первинна ланка медицини.

ANNOTATION

The theme: “Research of strategic prospects of reforming the primary care in the Vyshnivets united territorial community, on the example of the municipal non-profit enterprise “Vyshnivets outpatient clinic of general practice – family” medicine”

(Ternopil region, Zbarazh district, Vyshnivets township, Zamkova street, 2)

The Object of investigation – the activity of the Vyshnivets outpatient clinic of general practice-family medicine.

The Objective – to study the strategic prospects of reforming primary care in the Vyshnivets united territorial community on the example of the municipal non-profit enterprise Vyshnivets outpatient clinic of general practice - family medicine.

The Subject of investigation – the theoretical and practical principles of the impact of improving the quality of primary health care on the main characteristics of Vyshnivetska UTC.

An analysis of the functioning of primary care in Vyshnivets UTC was conducted and strategic prospects for reforming primary care in Vyshnivets united territorial community were developed.

Key words: medical sector reform, Vyshnivetska UTS, declarations, Vyshnivetska OCGPFM, development strategy, health care system, primary care.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. Теоретичні засади реформування первинної ланки медицини в Україні.....	5
1.1 Передумови та законодавча база процесів реформування медичної галузі	5
1.2 Аналіз стану реформування медичної сфери у динаміці останніх років	9
1.3 Зарубіжний досвід реформування медичної сфери.....	16
РОЗДІЛ 2. Аналіз функціонування первинної ланки медицини у Вишнівецькій об'єднаній територіальній громаді	21
2.1 Загальна характеристика досліджуваної громади та Комунального некомерційного підприємства «Вишнівецька амбулаторія загальної практики-сімейної медицини»	21
2.2 Аналіз територіального розміщення та бюджетного забезпечення діяльності КНП «Вишнівецька АЗПСМ».....	25
2.3 Дослідження поточного стану охорони здоров'я у Вишнівецькій ОТГ.....	33
РОЗДІЛ 3. Розроблення стратегічних перспектив реформування первинної ланки медицини у Вишнівецькій об'єднаній територіальній громаді.....	38
3.1 Аналіз і оцінювання стратегічних напрямів та перспектив реформування первинної ланки медицини у Вишнівецькій об'єднаній територіальній громаді	38
3.2 Розроблення стратегії розвитку первинної ланки медицини у Вишнівецькій ОТГ	47
3.3 Дослідження впливу покращення медичного забезпечення на основні характеристики життєдіяльності «Вишнівецької ОТГ»	54
РОЗДІЛ 4. Охорона праці та безпека в надзвичайних ситуаціях	65
4.1 Опис стану та організація процесу охорони праці у КНП «Вишнівецька АЗПСМ»	65
4.2 Організація проведення заходів медичного та біологічного захисту населення об'єднаної територіальної громади.....	68
ВИСНОВКИ.....	75
БІБЛІОГРАФІЯ	76

ВСТУП

Реформування медичної галузі невід’ємно пов’язано з проведенням реформ по децентралізації влади. Комунальні заклади первинної медико-санітарної допомоги отримують фінансування за принципом «гроші йдуть за пацієнтом». Дохід закладу первинної допомоги залежить від обсягу послуг, які вони надають пацієнтам. Однією з цілей реформування медичної галузі є «наближення якості медичних послуг у сільській місцевості». В областях України здійснюються заходи підтримки реформування галузі первинної медичної допомоги. Кожна конкретна область визначає свої кроки в цьому процесі. В громадах розробляються Стратегії розвитку первинної медико-санітарної допомоги. Українським урядом проводиться акцент на те, щоб медична реформа втілювалась не тільки у великих містах, але й у кожному селі.

Об’єднані територіальні громади стають власниками медичних закладів розміщених на території ОТГ. На сьогодні медична реформа є новою і «можливо» в дечому не зрозумілою для людей. Важливим завданням є донесення до мешканців громади, що медична реформа це не просто косметичний ремонт амбулаторій або ФАПів, а кардинальна зміна взаємовідносин лікар – пацієнт. Аналізуючи те, яка кількість пацієнтів прагне підписати декларації з сімейним лікарем, кожен лікар оцінює себе як спеціаліста. Очевидним є те, що медицина стає ближчою до людей, а мешканці громади стали довіряти лікарям своє найцінніше – здоров’я. Зараз сімейні лікарі працюють за новими правилами. Лікарі почали розуміти, що їхня праця цінується не на словах, алей й заохочується матеріально.

Вишнівецька громада активно включилась в процеси та механізми оновлення первинної ланки медицини. «Вишнівецька ОТГ» створила свою власну амбулаторію – КНП «Вишнівецька АЗПСМ», що сприятиме покращенню медичних послуг в ОТГ

Тому метою представленої дипломної магістерської роботи є дослідження стратегічних перспектив реформування первинної ланки медицини у

Вишнівецькій об'єднаній територіальній громаді на прикладі комунального некомерційного підприємства «Вишнівецька амбулаторія загальної практики - сімейної медицини». Втілення стратегічних перспектив реформування в життя Вишнівецької амбулаторії відіграє важливу роль, оскільки це напряму впливає на забезпечення всіх мешканців Вишнівецької громади якісною та доступною медициною, і в кінцевому випадку покращує якість життя населення громади.

Визначена мета дослідження передбачає виконання таких завдань:

- дослідити теоретичні засади реформування первинної ланки в Україні;
- провести аналіз функціонування первинної ланки медицини у Вишнівецькій об'єднаній територіальній громаді;
- розробити стратегічні перспективи реформування первинної ланки медицини у Вишнівецькій об'єднаній територіальній громаді.

Об'єктом дослідження є діяльність КНП «Вишнівецької амбулаторії загальної практики-сімейної медицини».

Предметом дослідження є теоретичні та практичні засади впливу підвищення якості надання первинної медико-санітарної допомоги на основні характеристики життєдіяльності «Вишнівецької ОТГ».

Інформаційною базою дослідження слугували законодавчі та нормативні документи з питань регулювання діяльності органів місцевого самоврядування, звітно-статистичні матеріали досліджуваної медичної установи, матеріали спостережень та опитувань.

Новизна даної роботи полягає у тому, що було досліджено значимість адміністративно-територіальної реформи у «Вишнівецькій ОТГ» та важливість вирішення складних питань на місцевому рівні та управління процесами функціонування ОТГ в інтересах населення.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ РЕФОРМУВАННЯ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ МЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ

1.1 Передумови та законодавча база процесів реформування медичної галузі

Проведення реформи медичної галузі в Україні є позитивним етапом оскільки, охорона здоров'я України знаходилась останні 25 років у кризовому становищі. В Україні медична допомога офіційно є безкоштовною. Але, незважаючи на це, існує оплата за медичні послуги, яка лягає на плечі наших громадян. Передумовою для реформування медичної галузі є тривала підготовка та введення багатьох нормативно правових актів, які будуть забезпечувати юридичні основи для запланованих змін. Досить важливим та складним етапом нового механізму став новий підхід до фінансування медичної послуги. Була впроваджена програма медичних гарантій. Відбулося обчислення капітаційної ставки на рівні первинної медичної допомоги та впроваджено новий принцип фінансування конкретної медичної послуги на рівні вторинної та третинної ланки медицини.

Впровадження реформ в систему охорони здоров'я України надто загострилось після отримання Україною незалежності. На початку 90-х років Україна знаходилась в стані глибокої економічної кризи. Це одразу позначилось на зменшенні фінансування медицини. Медична галузь сильно недофінансовувалась. В цей період медичні реформи були направлені на співфінансування за рахунок пошуку нових джерел фінансування. В результаті пройшло розширення меж платних медичних послуг, були думки на рахунок обов'язкового медичного страхування. В реальності між медичними закладами відбувалися взаєморозрахунки стосовно тих пацієнтів які територіально не відносились до медичного закладу. В 2001 році був прийнятий Бюджетний кодекс України [1], структуровано державну фінансову систему та були

окреслені правила отримання бюджетного фінансування медицини. В цей час були затверджені укази президентів Леоніда Кучми та Віктора Ющенка про впровадження реформ в медичній галузі та прийнятті програми для реформування медицини (2004, 2007 рр.) [2].

Постанова Кабінету Міністрів України №955 від 2002 року [3] впроваджувала Програми гарантованої державної безкоштовної медичної допомоги. В основу реформування медичної галузі, крім гарантованої бюджетної частини медичної допомоги, посилили роль лікаря загальної практики, змінили напрям фінансування медицини на користь первинної ланки. Відбулося укріплення юридичної та фінансової незалежності лікувальних закладів. Наступний етап – це перехід медичних установ у статус комунальних некомерційних підприємств та утворення госпітальних округів. Фінансування первинної ланки почало проходити на основі капітації. Відбулося фінансування конкретних медичних послуг, а не медичної установи в цілому.

Систематизація реформ в системі охорони здоров'я України було викладено в Постанові Кабінету Міністрів України №208 від 2010 року [4], де визначений чіткий розподіл медичних підприємств за рівнем надання медичної допомоги. Зроблено акцент на обов'язковому переході медичних закладів у статус комунальних підприємств. При наданні медичних послуг визначений гарантований пакет послуг, впроваджені договірні відносини при наданні медичних послуг, узаконені платні послуги на рівні держави. Відбулась вузька спеціалізація медичних закладів при формування госпітальних округів. Після зміни влади у 2010 році ніяких суттєвих змін у реформуванні охорони здоров'я не відбулося. У 2011 році була посилена законодавча база про охорону здоров'я та конкретизований порядок надання медичної допомоги на різних її шаблях. Був розроблений проект про медичні госпітальні округи та підготовлені зразки договорів з лікарями загальної практики. В 2012 році змінилось керівництво МОЗ та реформи медицини в Україні різко загальмували.

У лютому 2016 року з'явився проект нової Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я. В листопаді дану концепцію було

затверджено розпорядженням Розпорядженням Кабінету Міністрів №1013.

Основними напрямками концепції [5] є:

- ініціювання гарантованого державного пакета медичної допомоги;
- визнання єдиного національного замовника медичних послуг;
- автономізація постачальників медичної допомоги (лікувально-профілактичних закладів);
- ключовою ідеєю медичної реформи був визначений принцип «гроші ідуть за пацієнтом»;
- розроблення нової сучасної системи управління медичною інформацією.

Головним напрямом реформування медичної галузі стало створення Національної служби здоров'я України – єдиного національного замовника медичних послуг. Протягом 2018 року проводилась робота по створенню положення, проводився набір кадрів в керівництво та виділення перших фінансів для запуску роботи Національної служби здоров'я України (далі – НСЗУ). Лікувальні заклади України отримали незалежне від Міністерства охорони здоров'я фінансування. Важливою та складною сходинкою в реформі охорони здоров'я була зміна самої системи фінансування. Почалося важке впровадження державного пакета медичної допомоги та принципу «гроші ходять за пацієнтом». Перший законопроект про державні фінансові гарантії в січні 2017 року окреслив, що безоплатними для населення України будуть три види медичної допомоги: первинна, екстрена та паліативна. Потім до безкоштовних послуг додали лікування дітей, спостереження за вагітною та допомога при пологах. Перераховані етапи є позитивним результатом для подальшого реформування медичної сфери. Був запущений процес підписання декларацій із пацієнтами, валову частину цих декларацій уклали ті самі пацієнти, які раніше територіально обслуговувались у дільничних терапевтів та педіатрів. На практиці вільне право вибору лікаря загальної практики отримали мешканці, які офіційно не були зареєстровані в органах місцевого самоврядування та через відсутність офіційної реєстрації, не були прикріплені до територіальної поліклініки. Кабінет Міністрів

України затвердив розрахунки медичного фінансування на одного жителя України та розподілив кошти для сімейних лікарів в залежності від віку приписаних по деклараціям пацієнтів. Конституція України не вимагає кожного громадянина підписати декларація із сімейним лікарем та гарантує всім українцям рівну медичну допомогу. Впровадження фінансування охорони здоров'я України за новим методом показало різницю доходів лікарів загальної практики при центрах первинної медико-санітарної допомоги, навіть при однаковій кількості підписаних з пацієнтами декларацій та майже однаковій віковій структурі. Одержувачем бюджетних коштів залишився медичний заклад, а не сімейний лікар. Керівник медичного закладу розробляє структуру закладу та бюджетний кошторис, щоб забезпечити виконання фінансового плану за рахунок отриманих коштів по договору з НСЗУ. В залежності від потреб, в одному медичному закладі кошти скеровуються на оновлення медичного устаткування, в другому – на ремонт закладу, а в третьому – на гідну заробітну плату медичним працівникам. Фінансування лікарів загальної практики та їх помічників, яке залежить від кількості підписаних з пацієнтами декларацій – є різним для кожного медичного закладу.

Далі залишилось відкритим питання щодо адекватного фінансування сімейного лікаря та створення оптимальної моделі медичної допомоги на первинному рівні, її детальної структури, окреслення функцій та юридично-правового механізму. При проведенні децентралізації та кінцевого результату територіальної реформи, ліквідації районів, створенні об'єднаних територіальних громад (далі - ОТГ), повноваження та відповідальність за первинну медичну допомогу переходять до ОТГ.

В спільному наказі МОЗ та Мінрегіонбуду «Про затвердження Порядку формування спроможних мереж надання первинної медичної допомоги» №178/24 від 6 лютого 2018 року внесені організаційно – правові основи для побудови моделі первинної допомоги, де основною базою стала амбулаторія. Поступово треба відійти від центрів первинної медико-санітарної допомоги з їх

громіздким апаратом та великими і зайвими адміністративними витратами, тоді сімейний лікар стане набагато ближчим до системи розподілу коштів.

Постало питання чи має первинна медико-санітарна допомога обмежуватись тільки сімейними лікарями, терапевтами та педіатрами. Чи мають місце при надання первинної допомоги вузькопрофільні спеціалісти – гінекологи, хірурги, ендокринологи, які зараз приймають у поліклініках. Багато відкритих питань на первинному рівні відносно діагностики захворювань, функціонування денного стаціонару, надання невідкладної допомоги та догляду за паліативними та тяжкими хворими. Зараз, можна говорити про те, що при впровадженні реформи первинної допомоги виявилось багато проблем які потребують розв'язання. Тому успіхи реформи первинки лише попереду.

1.2 Аналіз стану реформування медичної сфери у динаміці останніх років

На сьогоднішній день у галузі охорони здоров'я накопичилось багато проблем, які потребують негайної реакції та отримання результатів найближчим часом. Про це говорить структурна неефективність галузі, що видно у низькій доступності первинної медичної допомоги (далі – ПМД). Кількість надавачів ПМД в Україні набагато менша ніж у Європейському регіоні та має місце територіальна і регіональна нерівність у забезпеченні населення даними установами, катастрофічний стан з кадровим забезпеченням через низький рівень престижу професії сімейного лікаря, доступ до вторинної та третинної ланки медицини на відміну від країн з розвинутою системою охорони здоров'я яка не регулюється з боку ПМД. Маємо нераціональну інфраструктуру та над потужності високоспеціалізованої медичної допомоги, які є малоефективними через нераціональність та технологічну відсталість. Зараз у країнах ЄС показник забезпеченості ліжками, на яких проводиться стаціонарне лікування – 46 на 10 тис. населення, тоді як в Україні цей показник становить 89,9 на 10 тис. населення.

Недостатній рівень розвитку основних засад загальної практики-сімейної медицини зумовлений низьким рівнем забезпеченості закладів ПМД, відсутністю ефективних механізмів фінансування і мотивації праці.

У кожного громадянина України є право отримувати у державних та комунальних закладах охорони здоров'я безоплатну медичну допомогу, яка буде надаватися згідно до стандартів надання медичної допомоги і яка включатиме первинну, вторинну, третинну та екстрену медичну допомоги. Медична допомога надається установами охорони здоров'я та фізичними особами-підприємцями у галузі охорони здоров'я, які мають ліцензію на медичну практику та зареєстровані в установленому порядку. Організація надання медичної допомоги населенню лікарями та іншими медичними працівниками, а також порядок направлення пацієнтів до установи охорони здоров'я, яка надає медичну допомогу визначеного рівня, встановлюється спеціальним уповноваженим центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я [6].

ПМД – це вид медичної допомоги, що надається лікарем загальної практики-сімейної медицини в амбулаторних умовах за місцем проживання пацієнта або звернення пацієнта до медичного закладу, та включає діагностику, консультацію, лікування основних найпоширеніших захворювань, травм, отруєнь, профілактичні заходи, направлення пацієнта для надання вторинної або третинної медичної допомоги, надання негайної медичної допомоги при гострих розладах фізичного чи психологічного здоров'я пацієнта, які не загрожують його життю чи здоров'ю оточуючих [7].

Порядок надання ПМД визначений спеціальним уповноваженим центральним органом виконавчої влади у галузі охорони здоров'я.

Організація та надання первинної медичної допомоги проводиться центрами ПМД, які створені як установи охорони здоров'я за рішенням міських та районних рад, лікарями загальної практики (сімейним лікарями), які надають медичну допомогу як фізичні особи – підприємці.

До структури центрів ПМД можуть входити амбулаторії загальної практики-сімейної медицини (АЗПСМ), фельдшерсько-акушерські пункти (ФАП), сільські амбулаторії, медичні пункти тимчасового базування, медичні кабінети.

Пацієнт або законний представник пацієнта – недієздатної особи має право вибору або зміни лікаря загальної практики в порядку який визначений спеціальним органом виконавчої влади з питань охорони здоров'я.

Пацієнт має право вимагати заміни сімейного лікаря. Рішення про заміну лікаря приймається при наявності обґрунтованих підстав . Воно може бути прийнято після розгляду відповідного звернення пацієнта чи його законного представника етичним комітетом, який утворений та проводить свою діяльність в установленому законодавством порядку.

Нормативи – функції навантаження на лікуючих лікарів, затверджуються спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади в сфері охорони здоров'я. Лікуючий або сімейний лікар має право відмовитися від подальшого ведення даного пацієнта і не несе відповідальності за його здоров'я в разі невиконання медичних приписів або правил внутрішнього розпорядку установи охорони здоров'я, за умови, що це не буде загрожувати життю пацієнта та здоров'ю інших осіб.

Кожний пацієнт має право бути прийнятим в будь-якому державному або комунальному закладі охорони здоров'я за своїм власним вибором, якщо цей заклад може забезпечити йому необхідне лікування.

Фінансування охорони здоров'я здійснюється за рахунок «Державного бюджету України», різних фондів медичного страхування, місцевих бюджетів, благодійних фондів та будь-яких інших джерел, які не заборонені законом України.

Кошти «Державного бюджету України», місцевих бюджетів, які асигновані на охорону здоров'я, використовуються для надання населенню гарантованого пакету медичної допомоги, фінансування державних цільових і місцевих програм охорони здоров'я та базових наукових досліджень із цих

питань. Для розподілу видатків між бюджетами різних рівнів для надання медичної допомоги визначено «Бюджетним кодексом України» відповідно до видів надання такої допомоги [8].

Установи охорони здоров'я – одержувачі бюджетних коштів надають безоплатну медичну допомогу населенню шляхом укладання із відповідними розпорядниками бюджетних коштів договорів про надання медичних послуг за бюджетні кошти. Усі особливості укладання договорів про надання медичних послуг за бюджетні кошти визначаються законодавством України.

За рахунок коштів «Державного бюджету України» та місцевих бюджетів здійснюється фінансування загальнодоступних для населення закладів охорони здоров'я. Кошти які не були використані закладом охорони здоров'я, не вилучаються, а так зване відповідне зменшення фінансування на наступний період не відбувається. Фармацевтичні та Медичні працівники державних і комунальних установ охорони здоров'я мають право на виплату додаткової заробітної плати та інших преміальних та компенсаційних виплат, що будуть враховувати обсяги і якість роботи, яка була виконана на основі критеріїв, затверджених та розроблених центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я.

Ідея нової системи охорони здоров'я визначає усі механізми, напрямки та строки формування сучасної системи охорони здоров'я, реалізація яких буде зміцнювати та зберігати систему громадського здоров'я, пріорітизовувати профілактичний напрямок діяльності сфери охорони здоров'я із основним акцентом на зниження показників захворюваності, інвалідності та смертності населення, підвищувати якість та ефективність надання медичної допомоги. Також буде здійснюватись запровадження ефективних організаційно-правових та фінансово-економічних механізмів, які будуть сприяти підвищенню соціальної справедливості і захисту прав громадян на охорону здоров'я.

Основні Проблеми розв'язується за принципом порівняльного аналізу різноманітних можливих варіантів. Можливі три варіанти розв'язання проблеми. Варіант перший – призупинити реформування галузі і скасувати пілотний

варіант сучасної моделі надання медичної допомоги населенню і заморозити існуючу ситуацію в системі управління, фінансування кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я. Але в свою чергу це приведе до погіршення стану здоров'я населення, посилення нерівності в доступі до послуг, поглиблення проблем в частині використання фінансових ресурсів, особливо серед соціально вразливих верств населення, подальше зростання незадоволеності населення медичними послугами та політикою влади у сфері охорони здоров'я. Варіант другий – продовжувати покращувати первинну медичну допомогу без внесення змін у забезпечення населення послугами спеціальної медичної допомоги і третинної медичної допомоги. Це призведе до подальшого поглиблення невідповідності між потребами населення у зазначених послугах і обсягами їх надання. Варіант третій – почати реалізовувати основи європейської політики «Здоров'я 2020» впроваджуючи комплексний підхід для укріплення здоров'я, профілактику та раннє виявлення захворювань, здійснення спеціалізованого контролю за перебігом захворювань, підвищення рівня благополуччя населення.

Із приведених варіантів найбільше переваг має варіант третій, який передбачає здійснення комплексу взаємопов'язаних заходів за багатьма напрямками. Впровадження та розробка обов'язкового соціального, медичного страхування, що в свою чергу передбачає створення загальнодержавного пулу коштів для охорони здоров'я у вигляді страхового фонду. Це забезпечить об'єднання фінансових ресурсів для фінансування за всіма видами медичної допомоги. Але при цьому потрібно врахувати, що досвід країн із соціально орієнтованою ринковою економікою показує, що навіть при страховій моделі держава і органи місцевого самоврядування здійснюють фінансування з бюджетів не менше чим половина видатків на охорону здоров'я. Таке впровадження договірних відносин між закладами охорони здоров'я та державою, використання методів оплати та планування медичної допомоги, які орієнтовані на результат, залучення органів місцевого самоврядування до фінансування закладів охорони здоров'я.

Стимуляція розвитку добровільного медичного страхування та розробки працюючих механізмів заохочення населення до спільної оплати послуг для забезпечення їх універсального використання та формування попиту. Зміна системи управління, яка буде передбачати створення системи противаги у вигляді професійного самоврядування, а саме: провізори, молодші спеціалісти з медичною освітою, лікарі. Зміни також затронуть саморегулювання організацій надавачів медичної допомоги для чіткого регулювання прав, обов'язків та відповідальності сторін, а також модернізацію системи моніторингу і звітності. Оновлення системи кадрової укомплектованості для підвищення якості підготовки кваліфікованих кадрів, визнання українських дипломів у світі.

Розвиток первинної медичної допомоги повинен базуватись на засадах сімейної медицини, оптимізації мережі установ спеціалізованої медичної допомоги з урахуванням необхідних потреб населення у даних послугах, із подальшою диференціацією установ охорони здоров'я за інтенсивністю лікування і видами послуг, які надаються.

Основні етапи впровадження системи управління якістю в медичній сфері:

- Створення системи електронної охорони здоров'я та з'єднання інформаційних ресурсів медичної галузі у єдине ціле.
- Забезпечення ефективної та правильної фармацевтичної політики.
- Здійснення ефективного комунікаційно-інформаційного забезпечення побудови сучасної системи охорони здоров'я.
- Удосконалення лідерства та колективного управління для інтересів здоров'я, прозорості, підвищення відкритості та громадської участі органів місцевого самоврядування для забезпечення наданих послуг медичної галузі.

ВООЗ виділила три основні показники, за якими оцінюється вся діяльність системи охорони здоров'я у країнах ЄС[9].

1. Рівень смертності немовлят;
2. Середня тривалість життя;

3. Відсоток ВВП держави, який виділяється на охорону здоров'я (критичним є – 6,5%).

Очікуваними результатами структурної перебудови системи охорони здоров'я мають стати:

- збільшення середньої очікуваної тривалість життя на 2,2 року;
- стабілізація та досягнення тенденції до зниження смертності від хронічних неінфекційних захворювань на 10 відсотків та більше;
- стабілізація та досягнення тенденції до зниження передчасної смертності осіб працездатного віку на 10 відсотків і більше;
- стабілізація та досягнення тенденції до зниження смертності від дорожньо-транспортних пригод на 20 відсотків та більше;
- стабілізація та досягнення тенденції до зниження смертності від самогубств на 8 відсотків;
- зниження смертності немовлят на 20 відсотків;
- зниження материнської смертності на 20 відсотків;
- досягнення тенденції щорічного зменшення поширеності зловживання алкоголем на 1 відсоток;
- досягнення зниження частки осіб з надмірною масою тіла та ожирінням на 8 відсотків;
- досягнення тенденції щорічного зменшення поширеності тютюнопаління на 1 відсоток;
- стабілізація та досягнення тенденції до скорочення частоти абортів серед підлітків 15-17 років на 15 відсотків;
- зниження на 7 відсотків рівня первинного виходу на інвалідність шляхом запобігання ускладненням неінфекційних захворювань серед населення;
- скорочення розбіжності в показниках забезпеченості областей, регіонів, міського та сільського населення лікарями, середнім медичним персоналом на 10 відсотків;

- забезпечення скорочення готівкових платежів у загальних витратах на охорону здоров'я на 10 відсотків;
- забезпечення щорічного збільшення відрахувань від ВВП на охорону здоров'я на 0,5%.
- зниження на 25 відсотків рівеня госпіталізації у заклади охорони здоров'я;
- досягнення середнього строку доїзду бригади швидкої медичної допомоги до пацієнта у межах міста до 10 хвилин, а у сільській місцевості - до 20 хвилин;

1.3 Зарубіжний досвід реформування медичної сфери

Спроби переглядати принципи функціонування системи охорони здоров'я, або окремих її складових, є актуальним питанням у багатьох країнах світу. Обговорення про формування ефективної системи охорони здоров'я для України тривають у цій галузі ще з 90-х років і є предметом суперечок у політичному середовищі особливо в передвиборчий період. Україна намагається вирішити різні проблеми у сфері охорони здоров'я як на національному, так і на місцевому рівнях. Демографічні зміни значно вплинули на соціально економічний розвиток країни та позначились на структурі захворювань та самій структурі нашого населення (збільшення кількості осіб старшого віку, що створило додаткове навантаження на систему охорони здоров'я). Поширення інфекційних та не інфекційних захворювань стало причиною зниження показника тривалості життя в Україні. Поширення епідемій ВІЛ-інфекції та туберкульозу, алкогольної і наркотичної залежності є реальними загрозами для національної системи охорони здоров'я України. Наш уряд визнав національну систему охорони здоров'я України недостатньо ефективною. Але ще не вдалося сформувати чітку науково обгрунтовану комплексну стратегію розвитку медичної сфери, яка окреслила би тенденцію оздоровлення населення України в цілому. Одним із

головних питань сьогодення є підвищення ефективності системи охорони здоров'я України. Основною метою системи охорони здоров'я є збереження, зміцнення та поліпшення здоров'я населення. ВООЗ розроблено систему індикаторів, які в сукупності дають загальну характеристику стану здоров'я населення кожної країни [9]. Всі ці індикатори згруповані у вісім напрямів, а саме:

- тривалість життя і смертність;
- захворюваність і смертність по нозологіях;
- група інфекційних захворювань;
- забезпеченість населення медичними послугами;
- фактори ризику;
- система охорони здоров'я;
- витрати на систему охорони здоров'я;
- соціальна демографічна характеристика.

При визначенні цих індикаторів, ми визначаємо статус та ефективність системи охорони здоров'я загалом. Одним із показових індикаторів є рівень смертності дорослих, для яких визначається ймовірність смертності у віці від 15 до 60 років, на одну 1000 осіб населення. На рисунку 1.1 подано показники цього індикатора в різних країнах світу, які обрані за високими показниками тривалості життя. Винятком у цьому переліку є лише такі країни, які Росія, Білорусія та Україна. Ця трійка країн, поряд з Кенією та Чорногорією, серед усіх країн світу станом на 2019 рік характеризується нульовим приростом показника середньої тривалості життя під час народження від 1990 року.

До критеріїв, які характеризують доступність медичної допомоги відноситься географічна доступність, наявність потенціалу медичного сектору для надання медичної допомоги, можливість населення отримувати медичну допомогу та прийнятність медичної допомоги. Враховуючи ці критерії виділяють перешкоди які обмежують доступність медичної допомоги в країнах з недостатнім рівнем доходів.

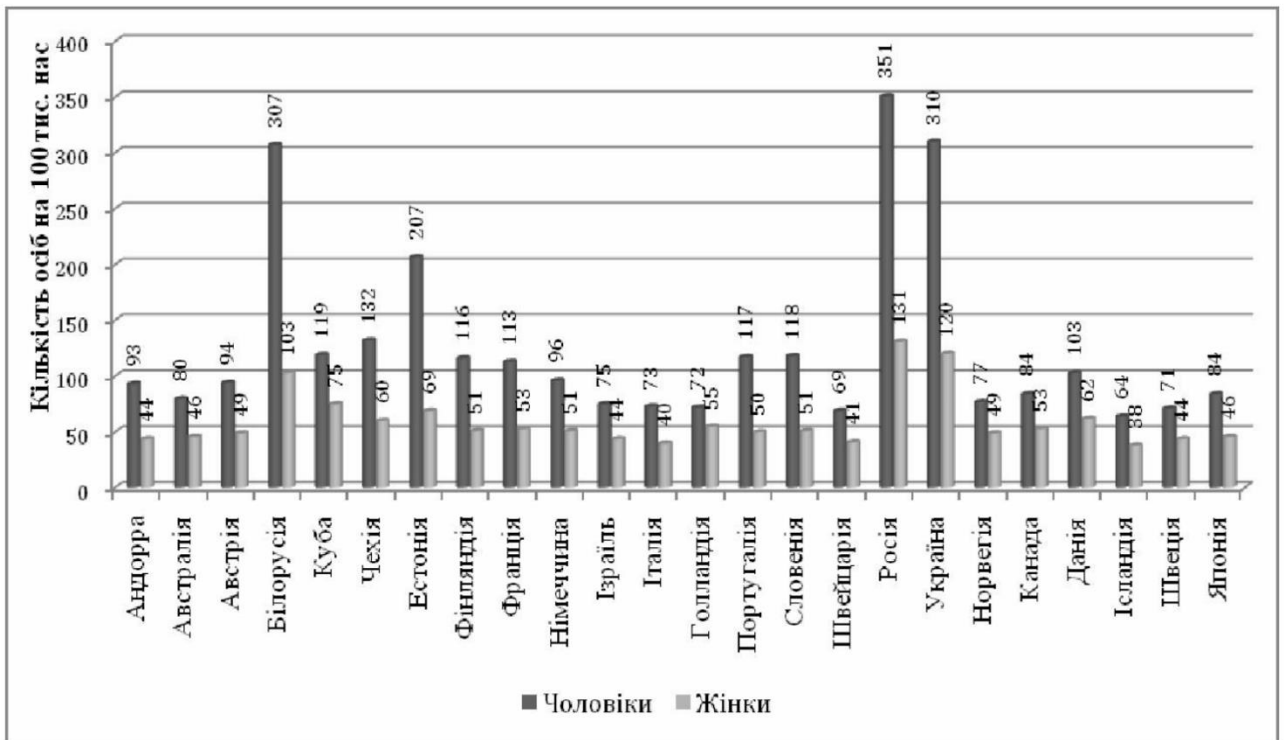


Рисунок 1.1 – Рівень смертності дорослих станом на 2019 рік серед країн світу [10]

Тому перешкодами, що знижують потенціал системи охорони здоров'я є недостатньо кваліфікований персонал, обмежені години прийому, недостатня мотивація медичного персоналу, недостатня забезпеченість лікарськими та іншими засобами медичного призначення. Низький рівень інформування населення та великий час очікування медичної допомоги. За даними рисунка 1.2 можна зробити висновок, що можливість отримати медичну допомогу в той самий або наступний день після виникнення такої потреби є найбільшою у Швейцарії, Новій Зеландії та Нідерландах, а найменшою є у Канаді, Норвегії, Швеції та США. Найважче отримати медичну допомогу в перші години у Швеції та Канаді. Нідерланди за цим індикатором є кращою країною у світі.

Висновки про стан фінансування медичної галузі можна зробити на ґрунті загальних видатків на охорону здоров'я на душу населення враховуючі купівельну спроможність. Паритет купівельної спроможності означає скільки товарів можна купити за одну й ту саму суму коштів в різних країнах. За 100 доларів в Україні можна купити більше ніж, за цю саму суму в США.

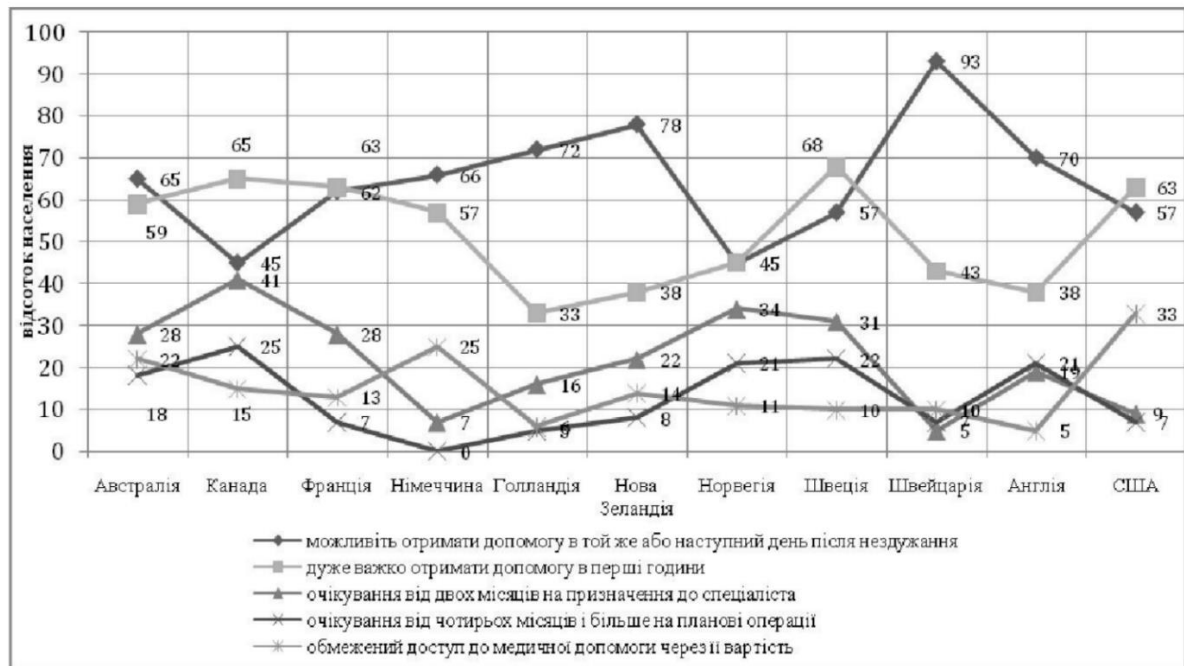


Рисунок 1.2 – Інформація про можливість отримати медичну допомогу в той самий або наступний день після виникнення такої потреби [10]

Як бачимо з рисунка 1.3 Україна займає останнє місце серед обраних нами країн за паритетом купівельної спроможності. Витрати на охорону здоров'я на душу населення в Естонії та в Угорщині майже в 3,5 рази більші ніж в Україні. Кожна країна вибрана за найвищими рейтинговими показниками тривалості життя, має певні переваги в діяльності системи охорони здоров'я за окремими індикаторами.

Для здійснення нової стратегії системи охорони здоров'я може бути корисним досвід Австралії, Нідерландів, Естонії, Норвегії, Франції, Чехії та Швейцарії. Але не можна виділити жодної конкретної країни, досвід якої можна було б повністю адаптувати до українських реалій.

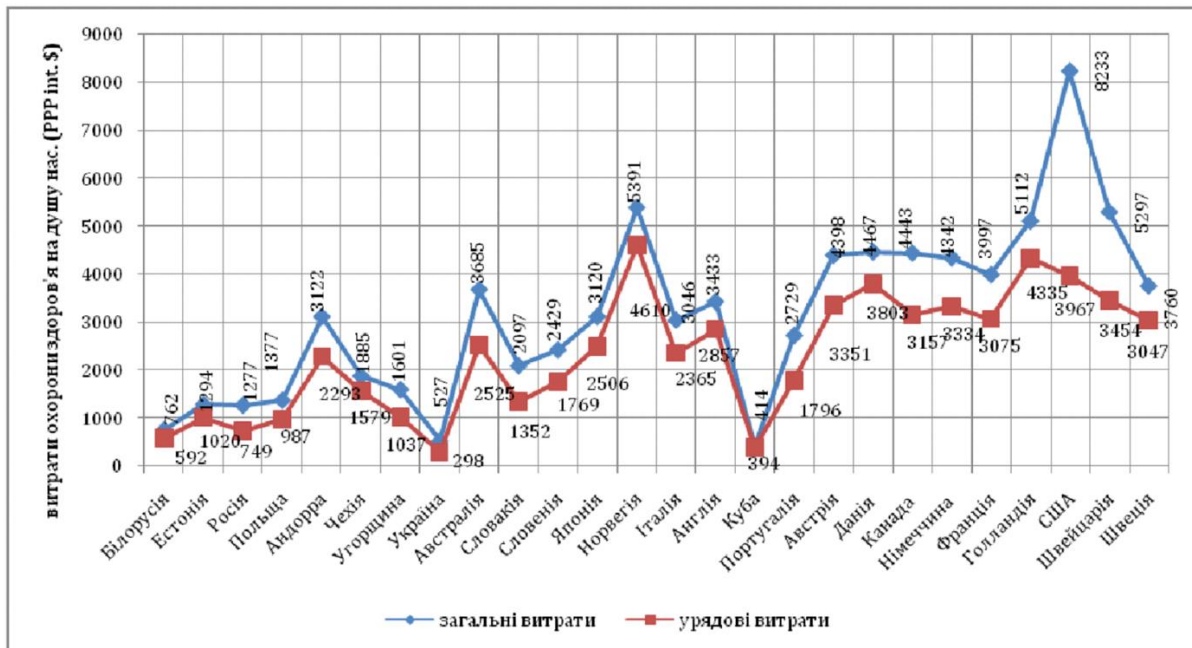


Рисунок 1.3 – Витрати на охорону здоров’я на душу населення за паритетом купівельної спроможності 2019 року [10]

Отже, у першому розділі роботи досліджено теоретичні засади реформування первинної ланки медицини в Україні. Результати проведеного дослідження дозволяють стверджувати, що загальна структура реформи фінансування системи охорони здоров’я в Україні відповідає провідним міжнародним практикам стосовно доступності, якості та ефективності медичних послуг. Сучасне фінансування системи охорони здоров’я узгоджується із загальними цілями розвитку України та повинно принести поліпшення економічних результатів та забезпечення фінансової дисципліни. Результати дослідження засвідчили, що успішне поетапне впровадження реформи фінансування системи охорони здоров’я може почати приносити відчутні переваги вже найближчими роками.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ ФУНКЦІОНУВАННЯ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ МЕДИЦИНИ У ВИШНІВЕЦЬКІЙ ОБ'ЄДНАНІЙ ТЕРИТОРІАЛЬНІЙ ГРОМАДІ

2.1 Загальна характеристика досліджуваної громади та Комунального некомерційного підприємства «Вишнівецька амбулаторія загальної практики-сімейної медицини»

Вишнівецька селищна об'єднана територіальна громада (далі – ОТГ) – успішна згуртована громада, із високим рівнем життя та сприятливими умовами особистого розвитку мешканців, широкою пропозицією в сфері історичного і зеленого туризму та активного відпочинку.

Вишнівецьку селищну громаду створено згідно Закону України «Про добровільне об'єднання територіальних громад» [11]. Рішеннями сесії від 13 вересня 2016 року у Збаразькому районі Вишнівецька селищна, Старовишнівецька, Бодаківська, Бутинська сільські ради об'єдналися у громаду з адміністративним центром у смт. Вишнівці, включивши до її складу села Бодаки, Мишківці, Поляни, Бутин, Кинахівці, Загороддя, Старий Вишнівець та Федьківці. До об'єднаної територіальної громади увійшли такі місцеві громади (таблиця 2.1):

Таблиця 2.1 – Сільські ради територіальної громади

Ради	Населені пункти	Чисельність населення станом на 1 січня 2016 р., осіб	Відстань до адміністративного центру
1	2	3	4
Вишнівецька селищна рада	смт. Вишнівець	3349	-
	с. Загороддя	385	4
Бутинська сільська рада	с. Бутин	628	7

Продовження таблиці 2.1

1	2	3	4
Старовишнівецька сільська рада	с. Старий Вишнівець	1550	2
	с. Кинахівці	365	8
	с. Поляни	125	9
	с. Мишківці	309	6
	с. Федьківці	514	5
Бодаківська сільська рада	с. Бодаки	1112	8

Вишнівецька громада межує з Ланівецьким, Кременецьким районами та має зручне транспортне сполучення. «Вишнівецька ОТГ» входить до Збараського району Тернопільської області по адміністративно-територіальному поділу. Територія Вишнівецької громади межує із Раковецькою, Коханівською, Великовікнинською, Лозівською та Великокунінецькою сільськими радами. Всього площа Вишнівецької селищної ради ОТГ становить 74,74 кв.км., а саме:

- села Бутин – 11,02 кв. км.,
- сіл Старий Вишнівець, Кинахівці, Мишківці, Федьківці, Поляни,- 36,72 кв. км.,
- села Бодаки – 16,17 кв. км.,
- площа с.Загороддя та селища Вишнівець становить 10,83 кв. км.

«Вишнівецька ОТГ» включає три старостинські округи. На території Вишнівецької громади проживає більше 8000 мешканців. Близько 80% земель Вишнівецької громади займають сільські господарства. Вишнівеччина багата на природні ресурси. Знайшли своє використання кілька видів будівельної сировини та цінні мінеральні води. Проводяться геолого-розвідувальні роботи для відкриття глиняного кар'єру. У селі Кинахівці знаходиться популярна на Тернопільщині мінеральна вода із «Кинаховецького родовища мінеральних вод».

Територія Вишнівеччини багата на ліси та лісові насадження. Близько 500 га лісів входять до Кременецького лісового господарства. Основною окрасою містечка Вишнівець є Вишнівецький палацово-парковий комплекс розташований на чарівних берегах річки Горинь. Вишнівецький палац називають Тернопільським Версалем. У ті часи для його будівництва були запрошені французькі архітектори. Вишнівецький палац є родовим гніздом князів Корибутів-Вишнівецьких. У 2005 році територія Вишнівецького палацу отримала статус Національного заповідника.

Менеджери із проектної діяльності «Вишнівецької ОТГ» відслідковують можливості розвитку громади. Розробляються методи сучасного ремонту доріг, складається план розвитку фестивального туризму, продумується залучення коштів із зовні, розробляється лінія для пресування відходів. Керівництво Вишнівецької громади тісно співпрацює з вишнівецькими підприємцями. Місцеві підприємці профінансували облаштування сучасного скверу. Зроблені невеличкі струмки із водоспадами, спроектовано та запущено центральний фонтан. Стадіон – це те місце, яким пишається Вишнівецька громада. Його переобладнали із старого майданчика у сучасний спорткомплекс із новітніми метало-конструкціями під трибуни, якісним природнім покриттям та дитячим майданчиком.

Відповідно до рішення Вишнівецької селищної ради від 01.03.2018 року було створено нову медичну установу – комунальне некомерційне підприємство «Вишнівецька амбулаторія загальної практики - сімейної медицини» (далі – КНП «Вишнівецька АЗПСМ»). Амбулаторія розпочала свою діяльність як окрема юридична особа. Основна мета діяльності закладу – забезпечення потреб населення на території «Вишнівецької ОТГ» у первинній медико-санітарній допомозі.

Медичний персонал закладу надає первинну медико-санітарну допомогу всім верствам населення, здійснює профілактику та контроль лікування соціально-небезпечних хвороб, насамперед таких як туберкульоз, ВІЛ/СНІД та

ін. Робота первинної ланки Вишнівеччини спрямована на своєчасну діагностику та лікування хвороб цукрового діабету, серцево-судинної системи, онкологічних захворювань та ін., формування груп ризику та своєчасну корекцію станів «передхвороби», особливо соціально-активної частини населення (населення працездатного віку, молодь, діти).

До структури установи КНП «Вишнівецька АЗПСМ» входить безпосередньо амбулаторія та 4 фельдшерсько - акушерських пункти, в яких створені сучасні необхідні умови для прийому хворих, проводяться необхідні профілактичні та лікувальні заходи, відбувається відбір хворих для амбулаторного лікування та консультацій фахівців медичних закладів інших рівнів. Кількість штатних одиниць 36,25.

Медичний заклад забезпечений лікарями на 78%, вакантною є 1,0 посада лікаря-терапевта та 0,75 ставки лікаря загальної практики. З лікарського штату двоє лікарів є пенсіонерами. 5 лікарів проатестовані на вищу категорію, 1 лікар отримав другу категорію. Дані про укомплектованість та атестацію лікарів представлено у таблиці 2.2.

Таблиця 2.2 – Укомплектованість та атестація лікарів

КНП «Вишнівецька АЗПСМ»

Укомплектованість						Дані про атестацію на категорію							
Штатних посад всього	Зайнятих посад (з декрет.)	Вакантних посад	Фізичних осіб	Пенсіонерів	% укомплектованості	всього		у тому числі					
						осіб	%	вищої категорії	%	першої категорії	%	другої категорії	%
8	6,25	1,75	6	2	78,13	6	100	5	83,3	–	–	1	16,6

Структура середнього медичного персоналу становить 18 штатних посад, вакантною є посада медичної сестри загальної практики – сімейної медицини. Укомплектованість молодшими спеціалістами становить 79,2%. На вищу

категорію проатестовано 14 середніх медичних працівників, що становить 85,7%. Двоє молодших медичних спеціалістів отримали другу категорію. Укомплектованість та дані про атестацію середнього медичного персоналу представлено у таблиці 2.3.

Таблиця 2.3 – Укомплектованість та атестація середнього медичного персоналу
КНП «Вишнівецька АЗПСМ»

Укомплектованість						Дані про атестацію на категорію							
						всього		у тому числі					
Штабних посад всього	Зайнятих посад	Вакантних посад	Фізичних осіб	Пенсіонерів	% укомплектованості	осіб	%	вищої категорії	%	першої категорії	%	другої категорії	%
18	15	1	17	-	79,2	17	100	14	85,7	1	-	2	7,14

Отже, для покращення роботи амбулаторії необхідно забезпечити її лікарем загальної практики – сімейним лікарем та лікарем терапевтом, що дасть можливість розширити обсяги надання медичної допомоги та збільшити кількість пацієнтів, з якими можна заключити декларації.

2.2 Аналіз територіального розміщення та бюджетного забезпечення діяльності КНП «Вишнівецька АЗПСМ»

Вишнівецька амбулаторія представлена в якості амбулаторії групової практики та розташована в межах центральної території доступності. Проектні межі центральної території доступності визначаються навколо смт. Вишнівець (рис. 2.1) [12].

Розміщення Вишнівецької об'єднаної територіальної громади компактне, з центром у смт. Вишнівець, навколо якого розміщені села. Територія доступності сіл не перевищує 7 км. В смт. Вишнівець базується заклад первинної

медицини – “Вишнівецька амбулаторія загальної практики - сімейної медицини”.
У навколишніх селах розміщені фельдшерсько-акушерські пункти.



Рисунок 2.1 – Межі центральної території доступності навколо смт. Вишнівець

Бюджет – ключовий інструмент управління фінансами в первинній медичній допомозі. При цьому він відображає стратегічні пріоритети розвитку організації, враховує можливості зовнішнього середовища і підпорядковується досягненню результату.

На відміну від бюджетних закладів охорони здоров'я, фінансове планування діяльності яких відбувається згідно бюджетного законодавства, планування діяльності комунальних некомерційних підприємств в системі охорони здоров'я проходить згідно норм господарського законодавства України. Особливість господарської діяльності комунального некомерційного підприємства (далі - КНП) в системі охорони здоров'я – це діяльність згідно Господарського кодексу України (ч. 10 ст. 78 ГК України). КНП зобов'язані

складати та виконувати річний фінансовий план та звітувати по квартално за його виконання.

Бюджетування – це фінансовий план організації, прив’язаний до стратегічних цілей, що відображає очікувані доходи і орієнтовані видатки на наступний період. При складанні фінансового плану закладу визначаються основні показники фінансово господарської діяльності медичного закладу; з’ясовуються джерела отримання та напрямки спрямування коштів для реалізації всіх потреб діяльності підприємства; Виконати всі зобов’язання та профінансувати витрати перед бюджетними та державними фондами. Бюджетування починається з прогнозування доходів організації. Джерела можливих надходжень первинної медичної допомоги (далі – ПМД) можна зобразити за допомогою рис. 2.2.

Затвердження фінансового плану медичного закладу має пройти до 1 вересня року, який передує плановому. Кожна територіальна об’єднана громада яка є засновником медичних КНП розробляє свій місцевий нормативний акт, де прописуються питання форми строків розробки та затвердження фінансового плану медичного закладу, проводиться контроль за його виконанням.

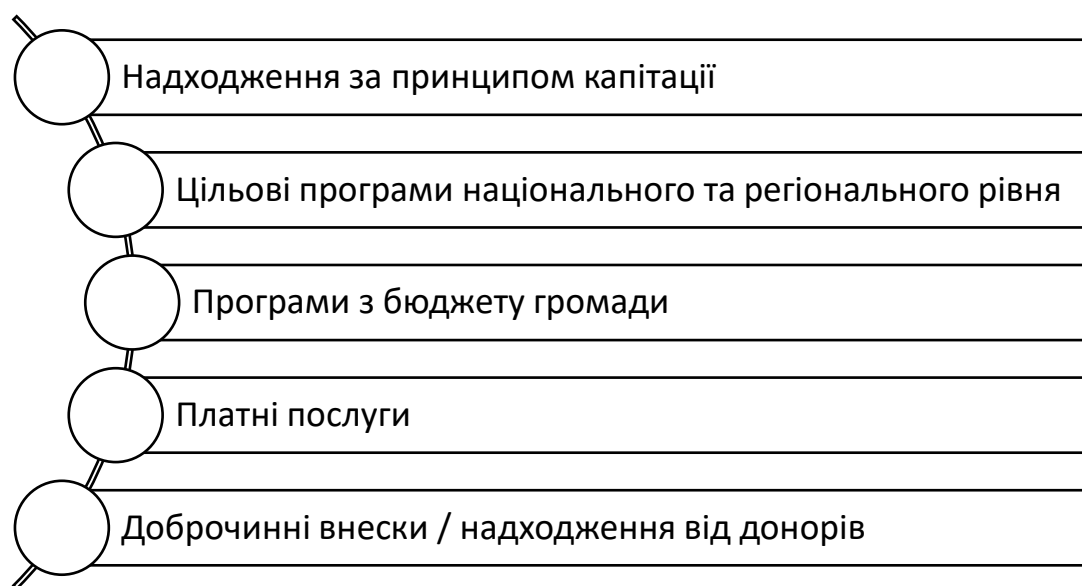


Рисунок 2.2 – Джерела можливих надходжень / доходів ПМД [6]

Надходження за принципом капітації (механізм оплати медичних послуг, коли заклад отримує з держбюджету встановлену суму за кожного пацієнта, незалежно від того, чи звертається він за медичними послугами, це кошти бюджетної програми «Фінансування первинної медичної допомоги за принципом капітації») залежать від таких факторів:

1) кількість мешканців, які будуть обслуговуватись у сімейних лікарів з поправкою на віковий коефіцієнт;

2) розмір ставки капітації.

Структуру витрат ПМД можна представити на рис. 2.3. Витрати можна поділити на змінні та постійні (рис. 2.4). Ті медичні заклади – надавачі первинної медичної допомоги – видатки яких перевищують доходи, мають провести оптимізацію. Такий заклад має знайти оптимальну структуру витрат та визначити шляхи підвищення ефективності управління закладу.

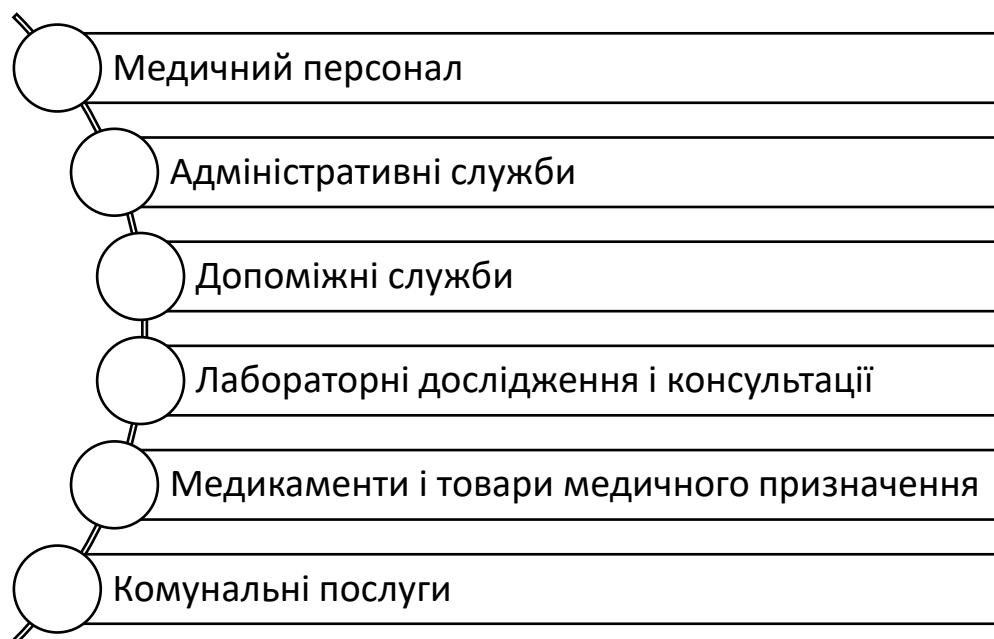


Рисунок 2.3 – Структура витрат закладу ПМД [6]

При оптимізації видатків закладу слід переглянути структуру та штатний розпис надавача ПМД; знайти можливості економії коштів та укласти договори про надання послуг третіми особам, щоб здійснити, наприклад, проведення

телефонного запису на прийом до лікаря, утримання території. Провести звірку використання всіх приміщень закладу, щоб визначити площі які використовуються неефективно при наданні послуг ПМД. Щоб медичний заклад міг зменшити енерговитрати необхідно впроваджувати новітні технології енергозбереження.



Рисунок 2.4 – Змінні та постійні витрати закладу [13]

Керівник закладу ПМД має можливість впливати на різні ланки бюджету закладу. В структурі управлінського персоналу також дуже важливим є ролі та посади, але не обов'язкова кожна роль в закладі має бути пов'язана з оплачуваною посадою. Якщо медичний заклад є амбулаторією групової практики, то ролі можуть бути розподілені між сімейними лікарями за домовленістю. Необхідно проаналізувати використання приміщень медичним закладом та врахувати що неоптимальні розміри приміщень відповідно пропорційно збільшують витрати, щоб їх утримати. При виборі медичної інформаційної системи (МІС) необхідно враховувати розмір вкладання коштів

для оснащення, навчання медичного персоналу для користування МІС, а також необхідно врахувати подальші витрати коштів на оплату послуг провайдера.

Основні види рішень, які приймає КНП «Вишнівецька АЗПСМ» в управлінні фінансами (рис. 2.5): інвестиційні рішення; із залучення фінансування; із управління активами.

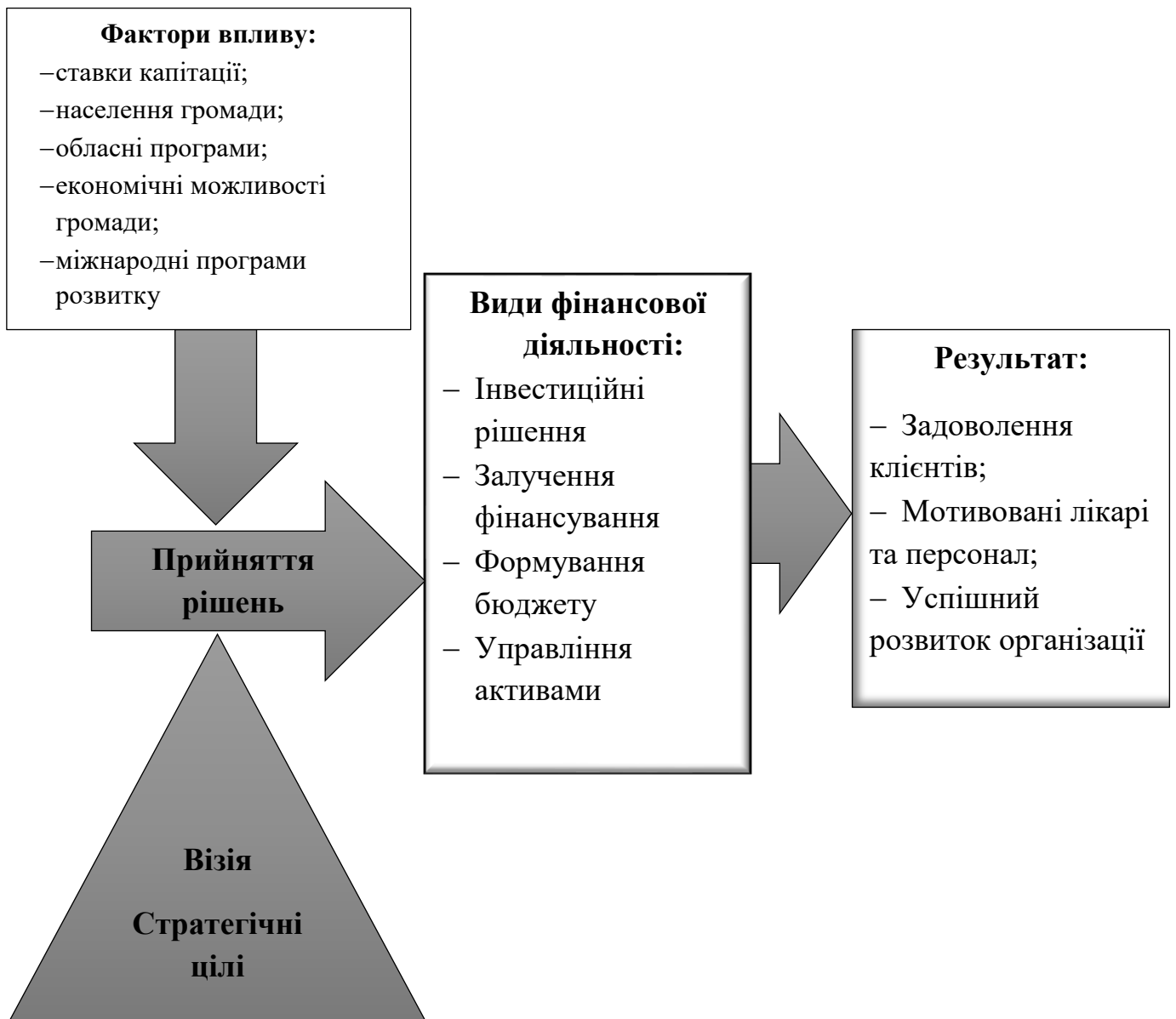


Рисунок 2.5 – Управління фінансами КНП «Вишнівецька АЗПСМ»

2018 рік був перехідним роком, у якому в межах країни зберігалися дві форми фінансування первинної медичної допомоги:

- 1) за рахунок медичної субвенції;
- 2) за капітаційною ставкою, яка запроваджена з 1 липня 2018 року.

Медичні заклади первинної медичної допомоги перейшли на нову систему фінансування тільки одночасно в рамках одного місцевого бюджету (районом, містом або об'єднаною територіальною громадою). Це зумовлено тим, що субвенція перераховується на місцевий бюджет і, відповідно, може бути замінена повністю для цього бюджету, а не окремого закладу. Головним розпорядником бюджетних коштів у рамках цієї програми стала Національна служба здоров'я України. Необхідними умовами для укладення договору між надавачем ПМД та НСЗУ стали:

- отримання статусу неприбуткового комунального підприємства (автономізація);
- інтегрування медичної інформаційної системи та перехід на електронний документообіг; підключення до національної електронної системи здоров'я;
- оснащення установ ПМД згідно з Табелем матеріально-технічного оснащення первинної медичної допомоги ;
- кадрове забезпечення установ ПМД (лікар ЗПСМ та середній медичний персонал);
- забезпечення установ ПМД ліками невідкладної допомоги;
- створення графіка надання невідкладної медичної допомоги 24/7 спільно з іншими закладами охорони здоров'я (ЗОЗ).

При роботі медичного закладу, діяльність якого пов'язана із надання первинної медичної допомоги, він несе витрати, серед них – оплата комунальних послуг, утримання службового автотранспорту, утримання та поточні ремонти приміщень, проведення догляду за прилеглою територією. Всі ці витрати мають покриватися за рахунок доходів, а саме переважно за рахунок коштів отриманих від НСЗУ згідно договору про медичне обслуговування населення. Але, в той же час медичний заклад може мати інші джерела грошових надходжень: проведення

оплати за енергоносії з бюджету об'єднаної територіальної громади; надання окремих платних послуг; гуманітарна допомога.

Закріплено базовий тариф на обслуговування пацієнта у 2018 році – 370 грн за пацієнта на рік. Для пацієнтів віком понад 65 років цей базовий тариф буде більшим вдвічі, для дітей до 5 років – буде більшим у 4 рази. В даний базовий тариф входять основні аналізи, обстеження та певний перелік спостереження за пацієнтами. Консультування до вузьких спеціалістів буде фінансуватися окремо. В даному випадку власником медичних закладів є органи місцевого самоврядування – територіальна громада. Згідно законодавства, саме територіальна громада відповідає за надання первинної медичної допомоги, тобто має подбати про належний стан приміщень закладу для надання первинної медичної допомоги. Пацієнт має прийти до свого сімейного лікаря, щоб отримати базовий пакет послуг зручно, без черги та в комфортних умовах.

В особливий сектор слід виділити фактори, які можуть ускладнювати роботу з пацієнтами з груп ризику у відношенні та сприйнятті медичного закладу – надавача ПМД. На рис.2.6 представлені фактори, які безпосередньо пов'язані з особливостями функціонування системи охорони здоров'я та умовами праці лікарів у тому числі.

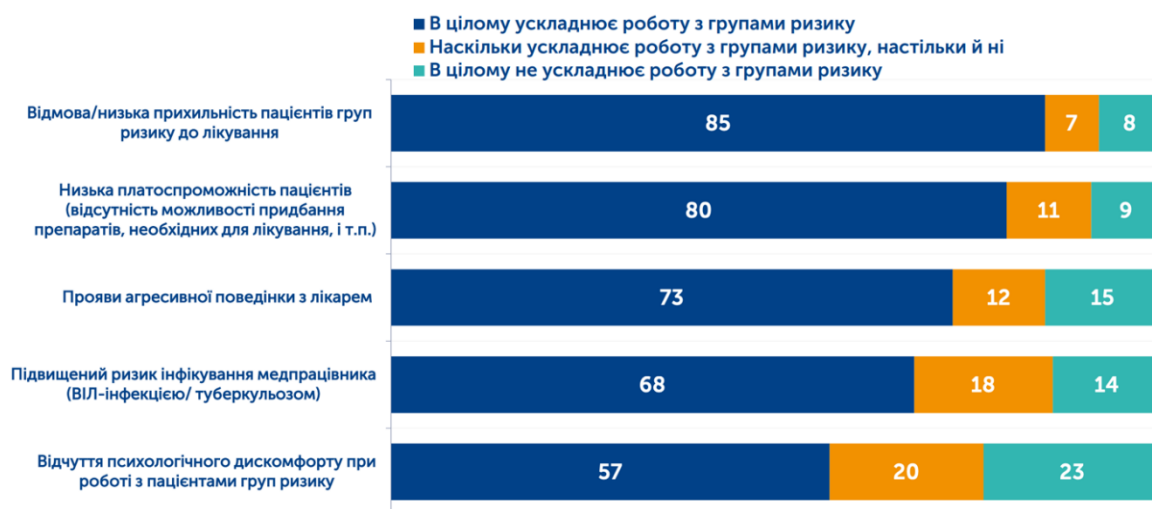


Рисунок 2.6 – Фактори, які можуть ускладнювати роботу з представниками груп ризику у сприйнятті надавачів ПМД

Результати проведеного дослідження дозволяють стверджувати, що такими факторами є відмова або низька прихильність пацієнтів груп ризику до лікування, низька платоспроможність пацієнтів, прояви агресивної поведінки, підвищений ризик інфікування медпрацівника, відчуття психологічного дискомфорту при роботі з групами ризику. Такі фактори слід виявляти заздалегідь та розробляти низку превентивних заходів для недопущення виникнення складних ситуацій.

2.3 Дослідження поточного стану охорони здоров'я у Вишнівецькій ОТГ

У системі охорони здоров'я «Вишнівецької ОТГ» пройшла трансформація організаційно-правових засад закладів охорони здоров'я як постачальників послуг в автономні неприбуткові комунальні підприємства, що займають проміжне становище між бюджетними закладами державної або комунальної форм власності та приватними установами. В таблиці 2.4 проаналізовані сильні та слабкі сторони первинної медицини, яка у «Вишнівецькій ОТГ» представлена КНП «Вишнівецька АЗПСМ».

Таблиця 2.4 – Аналіз сильних та слабких сторін організації КНП «Вишнівецька АЗПСМ»

Сильні сторони організації	Слабкі сторони організації
1	2
– Впроваджено АРМ та МІС, мережу інтернет.	– Помірний ступінь кваліфікації персоналу.
– Ефективна і Компактна структура мережі ПМД.	– Досить невтішний стан приміщень амбулаторій.
– Територіальна наближеність до ЗОЗ вторинного рівня.	– Помірний рівень клієнтського сервісу.

Продовження таблиці 2.4

1	2
– Висока укомплектованість	– Недостатнє фінансове заохочення медичного персоналу.
– матеріально-технічної бази.	– Низький рівень знань з використання телемедичних технологій.
– Наявні кошти для створення механізму фінансового заохочення.	
Зовнішні можливості	Зовнішні загрози
– Наявна єдина медична інформаційна система в зоні обслуговування амбулаторії.	– Конкуренція з боку приватних медичних центрів у місті.
– Потужний рівень пільгового забезпечення містян медикаментами.	– Частина населення не виявляє активності до вибору лікаря через недовіру до первинної ланки.
– Досить потужна допомога місцевої влади.	
– Велика частина районних жителів працює поза межами громади.	– «Холодні» відносини з департаментом ОЗ ОДА.
– Низький рівень конкуренції районного закладу, що надає ПМД.	

Отже, бачимо що сьогодні є потреба у розвитку соціальної функції та організаційно-правових засад місцевих органів влади у сфері охорони здоров'я: їх еволюції від інтегрованої моделі управління та фінансування галузі до функції замовника послуг відповідно до потреб територіальної громади, діяльність якої спрямована на підвищення рівня забезпечення громадян медичною допомогою, стримування необґрунтованих видатків та підвищення якості послуг.

КНП «Вишнівецька амбулаторія загальної практики-сімейної медицини» створена 1 березня 2018 року рішенням сесії Вишнівецької селищної ради, затверджений статут та структура закладу. До складу Вишнівецької амбулаторії

входить власне амбулаторія та 4 ФАПи в селах: с. Ст. Вишнівець, с. Кинахівці, с. Бутин та с. Бодаки. У Вишнівецькій амбулаторії працюють 6 сімейних лікарів, які уклали 7637 декларацій з мешканцями Вишнівецької ОТГ та навколишніх сіл. Активний початок приписної кампанії ропочався з жовтня 2018 року. Медичний персонал закладу активно включився на виконання наказу МОЗ України від 19.03.2018 року №503 «Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу» до збору декларацій про вибір лікаря. Пацієнт підписує декларацію з одним сімейним лікарем, який буде стежити за його здоров'я, забезпечує йому первинну діагностику, надає невідкладну допомогу під час різкого погіршення стану здоров'я, призначає необхідні аналізи і дає направлення до профільних вузьких фахівців. В січні 2019 року проведена конференція трудового колективу КНП «Вишнівецька АЗПСМ», якою схвалено основні засади Колективного договору між адміністрацією закладу і уповноваженою особою від трудового колективу на 2019-2021 роки. Договір зареєстровано на засіданні виконкому «Вишнівецької ОТГ».

КНП «Вишнівецька АЗПСМ» надає медичну допомогу за «Договором про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій» з 01.01.2020 року до 31.12.2020 року. Згідно статистичних даних станом на 01.01.2020 року на території обслуговування КНП «Вишнівецька АЗПСМ» проживає 8137 осіб.

Працездатне населення становить – 64% (5208 осіб), працююче – 41% (3336 осіб). Закладом забезпечується виписка електронного рецепту лікарями загальної практики – сімейними лікарями по програмі доступні ліки. За 9 місяців 2020 року виписано 2631 електронних рецептів. Відмічається зниження кількості відвідувань по закладу, що говорить про те, що у часи пандемії перевага віддавалась все ж таки дистанційним консультаціям. Також відмічається зростання кількості відвідування з приводу щеплень у 2020 році у порівнянні з 2019 роком, пов'язане з епідемією кору у 2019 році та проведення

профілактичних щеплень працівникам освіти, медицини, військовослужбовцям та державним службовцям.

Лікувальний заклад підключений до системи E-Health через МІС Helsi, впроваджено електронне направлення. Надання первинної медичної допомоги пацієнтам, які звертаються в заклад здійснюється згідно наказу МОЗ України від 19.03.2018 р. №504 «Порядок надання первинної медичної допомоги».

Схема закладу визначена за рівнем надання медичної допомоги – первинний рівень надання допомоги згідно стандартів доказової медицини та протоколів надання медичної допомоги, здійснюється постійне динамічне спостереження за станом здоров'я населення на території «Вишнівецької ОТГ», надається невідкладна медична допомога, паліативна допомога хворим, а також допомога амбулаторна в закладі, вдома, в умовах стаціонару на дому, проводиться диспансеризація дорослого та дитячого населення, реабілітація пацієнтів, первинні та повторні медичні огляди, здійснюється профілактична робота, в тому числі профілактичні щеплення, організовується медико-соціальна і побутова допомога самотнім мешканцям, людям похилого віку, хронічним хворим та інвалідам.

У приміщенні амбулаторії протягом 2019-2020 років проведені ремонтні капітальні роботи. Основна проблема виникла з відновленням водопостачання, яке знаходилось у жахливому стані. Але, завдяки зусиллям Вишнівецького селищного голови проблему було вирішено. Повністю відновлено коридор, замінена повністю покрівля підлоги, проведено ремонт санвузла. Замінені вікна, двері, закуплені сучасні офісні меблі, столи для персоналу, стільці та крісла для кабінетів, лавки в коридор очікувань, шафи для документів та одягу, шафи для зберігання лікарських засобів та медичних виробів, сповивальні столики, медичні кушетки, комп'ютерне обладнання та оргтехніка.

Для потреб закладу закуплена бухгалтерська програма, заклад підключений до мережі потужного широкосмугового інтернету. На сьогоднішній день амбулаторія оснащена необхідним обладнанням згідно з табелем оснащення Джерела фінансування – місцевий бюджет та власні кошти.

Закуплені апарати для вимірювання кров'яного тиску та манжетки для вимірювання кров'яного тиску на передпліччі і нижніх кінцівках, стетоскопи, електрокардіографи, пульсоксиметри, пікфлуометри, апарати для визначення рівня глюкози в крові, тест смужки для визначенні рівня глюкози у крові, стрічки для вимірювання окружності тіла, ростоміри, ваги дитячі та дорослі, діагностичні набори Отоскоп-Офтальмоскоп, сумки холодильники, сумки сімейного лікаря з набором ліків для надання невідкладної допомоги.

Амбулаторія забезпечена автотранспортом для надання медичної допомоги населенню на дому. Приміщення Вишнівецької амбулаторії зручне, комфортне. В амбулаторії тепло, світло та затишно. Графіки прийому лікарів підлаштовані під пацієнтів різних вікових груп. Постійно проводяться навчання реєстраторів медичних по впровадженню електронного запису на прийом до лікаря загальної практики – сімейного лікаря. Проводиться щоденна робота щодо впровадження електронної карти пацієнта лікарями закладу. Систематично висвітлюється робота закладу на сайті Вишнівецької громади та на сторінці Facebook.

Із березня 2020 року колектив Вишнівецької амбулаторії працює в умовах карантину COVID-2019. Медпрацівниками проводиться забір біологічного матеріалу та доставка в Тернопільський лабораторний центр. Хворі з легкими формами COVID-2019 знаходяться на амбулаторному лікуванні під спостереженням сімейних лікарів. Хворі з груп ризику та з ускладненим протіканням хвороби COVID-2019 направляються сімейними лікарями на стаціонарне лікування.

Отже, у другому розділі роботи досліджено діяльність КНП «Вишнівецька АЗПСМ»: її становлення, фінансова діяльність, відповідність доходів та видатків закладу, напрямки покращення якості надання первинної медичної допомоги мешканцям «Вишнівецької ОТГ» у поєднанні із стратегією розвитку Вишнівецької громади.

РОЗДІЛ 3

РОЗРОБЛЕННЯ СТРАТЕГІЧНИХ ПЕРСПЕКТИВ РЕФОРМУВАННЯ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ МЕДИЦИНИ У ВИШНІВЕЦЬКІЙ ОБ'ЄДНАНІЙ ТЕРИТОРІАЛЬНІЙ ГРОМАДІ

3.1 Аналіз і оцінювання стратегічних напрямів та перспектив реформування первинної ланки медицини у Вишнівецькій об'єднаній територіальній громаді

Вишнівецька об'єднана територіальна громада має великий потенціал для розвитку за допомогою управління власною діяльністю, використовуючи проектний менеджмент. У «Вишнівецькій ОТГ» сформована стратегія розвитку громади, представлений власний профіль, сформульовані стратегічні проекти для реалізації. Після проведення місцевих виборів 2020 Вишнівецька ОТГ з громади з чисельністю 8000 мешканців перетворюється на громаду обсягом близько 20000 населення. «Вишнівецька ОТГ» успішно реалізувала адмінреформу, співпрацюючи з міжнародними донорами:

- «Програма U-LEAD»;
- «Програма «Децентралізація приносить кращі результати та ефективність» (DOBRE).
- «Проект «Підтримка децентралізації в Україні (SKL)»;

Зміни у медичній сфері «Вишнівецької ОТГ» відбуваються завдяки реформуванню сфери медицини в Україні. Так, із 1 вересня 2017 р. набула чинності Угода про асоціацію з Європейським Союзом (ЄС) (далі — Угода), підписана ще у 2014 році. У рамках Угоди визначено окремі аспекти та особливості проведення процесів реформування сфери охорони здоров'я. Зокрема, у статті 426 Угоди зазначено, що сторони розвивають співпрацю в галузі охорони здоров'я для підвищення рівня безпеки та захисту здоров'я людини як передумови економічного зростання.

Відповідно до Угоди, співпраця, зокрема, охоплює такі сфери, як укріплення системи охорони здоров'я України та її потенціалу, у тому числі шляхом впровадження реформ, подальшого розвитку ПМД та навчання медичного персоналу. Концепція громадського здоров'я України переорієнтовується від політики лікування до політики збереження та покращення здоров'я і запобігання захворюванням проводячи профілактичні заходи, пропагування здорового способу життя, вживання органічної продукції тощо. Одним з найяскравіших прикладів серед заходів громадського здоров'я є проведення профілактичної вакцинації населення.

У «Вишнівецькій ОТГ» активний розвиток системи громадського здоров'я розпочався у листопаді 2016 року, коли Уряд ухвалив «Концепцію розвитку системи громадського здоров'я в Україні». У червні 2018 року було оприлюднено проект Закону України «Про громадське здоров'я», який визначив організаційні, економічні та соціальні засади функціонування системи громадського здоров'я в Україні. Зокрема, на законодавчому рівні запроваджено саме поняття «громадське здоров'я», визначено суб'єктів відносин у цій системі, встановлено та розмежовано повноваження Уряду, МОЗ України, інших центральних і місцевих органів виконавчої влади й органів місцевого самоврядування у цій сфері. Проектом Закону передбачено створення Національної ради з питань громадського здоров'я як постійного консультативно-дорадчого органу Кабінету Міністрів України. Також він визначив статус і функції Національного центру громадського здоров'я та відповідних регіональних центрів й оперативні функції громадського здоров'я, тобто головні напрямки діяльності системи.

У даному проекті описано основні засади реалізації оперативних функцій епідеміологічного нагляду (такі як, формування інформаційного фонду громадського здоров'я як державного інформаційного ресурсу, що містить дані про стан здоров'я населення, показники середовища життєдіяльності і благополуччя), а також моніторингу, готовності та реагування на небезпечні чинники і різноманітні надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я

(зокрема, й положення щодо виконання даних Міжнародних медико-санітарних правил). Також у ньому відображаються основні засади кадрового, фінансового та наукового забезпечення системи громадського здоров'я.

МОЗ України відповідає за впровадження медичної реформи та декларує, що основною її метою є підвищення якості медичних послуг, які повинні отримати пацієнти, та забезпечення високої заробітної плати лікарів. Для цього потрібно ряд заходів: перехід на міжнародні стандарти лікування захворювань, перерозподіл навантаження між різними ланками медичної допомоги, створення нових навчальних програм для підготовки студентів-медиків, і системна санітарно-просвітницька робота з пацієнтами, і тд.

Основними напрямками реформи медичної сфери у «Вишнівецькій ОТГ» є наступні:

1. Зміна системи фінансування закладів охорони здоров'я та співпраця із Національною службою здоров'я України.
2. Запровадження вільного вибору лікаря.
3. Освоєння електронної системи охорони здоров'я.
4. Проведення реформування швидкої допомоги.
5. Долучення до участі у Програмах «Доступні ліки» та «Безкоштовна діагностика».

Всі ці кроки потребують фінансової підтримки. Основою медичної реформи є застосування нового принципу фінансування у «Вишнівецькій ОТГ»: більшу винагороду отримуватимуть ті, хто більше і краще працює. Раніше заклади охорони здоров'я фінансувалися шляхом розподілу субвенцій органами місцевого самоврядування, які стали власниками закладів охорони здоров'я. Тепер держава переходить на оплату наданих послуг безпосередньо медичним закладам. Різниця полягає в тому, що до медичної реформи заклади фінансувалися залежно від кількості медичного персоналу, ліжко-місць. А після реформи – в залежності від того, хто скільки надав реальних медичних послуг.

Верховна Рада України прийняла Закон 2168-VIII в жовтні 2017 року «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» і таким

чином дала «зелене світло» новій фінансовій системі медицини. На початку 2018 року МОЗ України розпочало впровадження змін в охороні здоров'я. Почався перший етап реформи — новий механізм фінансування медичних закладів, які надають первинну медичну допомогу.

У березні 2018 року запрацювала «Національна служба здоров'я України» (далі — НСЗУ) — центральний орган виконавчої влади, який відповідає за реалізацію основного принципу медичної реформи «гроші йдуть за пацієнтом», тобто оплачує вартість реально наданих медичних послуг. Медичні послуги отримує пацієнт, а платить за них держава.

До проведення процесів реформування медичної галузі бюджет Вишнівецької амбулаторії підпадав під сувору економічну класифікацію. Не дозволялось переносити кошти з однієї статті бюджету до іншої, практично неможливим було перерозподілити кошти на певний вид діяльності з надання послуг. Наприклад, закупити обладнання замість витратних матеріалів. Раніше адміністрація закладу могла витратити кошти згідно затвердженого кошторису, тому управління медичним закладом було малопродуктивним. Не дозволялось залишок коштів на кінець року переносити на початок наступного року.

До початку медичної реформи, керівництво лікувальних закладів навмисно зберігало економічно не вигідну, роздуту лікарняну інфраструктуру. Важко було зекономити та вдосконалити структуру витрат лікувального закладу та раціонально проводити керівництво лікувальною установою. Низька заробітна плата медичних працівників не залежала від якості та обсягів проведеної роботи. Система охорони здоров'я була заснована на спотвореній моделі Семашка. Ця модель не задовольняла реальні потреби населення у медичних послугах.

Реформа первинної ланки медицини у «Вишнівецькій ОТГ» розпочалась у квітні 2018 року. Була оголошена місцева регіональна кампанія з приводу укладання декларацій між пацієнтами та лікарями первинної ланки медицини — терапевтами, сімейними лікарями і педіатрами. Установи охорони здоров'я «Вишнівецької ОТГ», які надають послуги первинного рівня, почали активні

перетворення в автономні заклади, оскільки отримали чіткий стимул: за пацієнтів, які не просто зареєстровані до лікарні, а й уклали декларації, держава платить у 2 рази більше. У цьому контексті автономізація медичних закладів означає реорганізацію установ охорони здоров'я, які є бюджетними закладами, на комунальне підприємство.

Медичні заклади «Вишнівецької ОТГ», які уклали договір з НСЗУ, отримали довгоочікувану фінансову свободу та можуть самі розпоряджуватися своїм бюджетом та не обмежені тарифною сіткою чи штатним розписом. Це значно розширило можливості та повноваження адміністрації медичних закладів у сфері формування зарплатної політики персоналу. Так, у ефективно працюючих лікарів, заробітна плата зросла в три рази. Якщо раніше лікарі первинної ланки медицини у «Вишнівецькій ОТГ» отримували до 5 тис. грн., то вже після перших виплат НСЗУ ефективні заклади змогли підвищити зарплати своїм лікарям до 15 тис. грн. Також значно підвищилась заробітна плата молодшого медичного персоналу.

На даному етапі реформування первинної ланки кожен житель «Вишнівецької ОТГ» при підписанні декларації з сімейним лікарем отримав гарантований пакет медичних послуг, які не залежать від віку, статі, політичних чи релігійних переконань, цивільного або сімейного стану. Медична допомога спрямована на дотримання стандартів якості та високого професіоналізму. Відроджується взаємоповага та гідне ставлення пацієнтів до медичних працівників, при цьому пацієнти починають відчувати себе партнером, а не просто хворим. У Вишнівецькій об'єднаній територіальній громаді медична галузь розвивається та взаємодіє в тісній співпраці з державним сектором та всіма службами, громадськими організаціями, для підвищення рівня здоров'я населення та добробуту. Державні кошти, отримані первинним медичним закладом згідно договору з НСЗУ спрямовані суто на благо громадян, щоб збільшити ефективність наданих послуг медичними працівниками.

Сьогодні медичні заклади «Вишнівецької ОТГ» активно використовують електронні бази системи e-Health, порядок функціонування якої затверджено

Постановою Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 р. №411 [14]. У системі e-Health відображаються основні дані про лікарів «Вишнівецької ОТГ» (рівень освіти, досвід), а також відомості про їхню діяльність (тривалість консультацій, частота відмов від цього лікаря серед пацієнтів). На основі цих об'єктивних показників формуються рейтинги лікарів, що допомагають пацієнтам у виборі висококваліфікованого лікаря.

У електронній системі також буде створена медична довідка кожного регіонального пацієнта, електронні рецепти для лікування, тому при виникненні потреби лікар зможе зрозуміти, яке захворювання є у конкретної особи, що в свою чергу є дуже ефективним рішенням, оскільки в надзвичайній ситуації лікар має можливість подивитись діагноз пацієнта в електронній системі та усі рецепти його лікування, а також дізнатися побічні дії на певний лікарський препарат.

Швидка допомога у «Вишнівецькій ОТГ» з 2019 року поділена на екстрену, коли пацієнт терміново госпіталізується, та невідкладну допомогу — коли немає небезпеки для життя людини, але є загроза для здоров'я (загострення хронічної хвороби, підвищення температури або тиску). Реформування екстреної медичної допомоги розраховане на 5 років (до 2022 р.). Головним досягненням має стати зменшення показника смертності пацієнтів «Вишнівецької ОТГ», оскільки карети швидкої повинні бути на місці через 4-8 хвилин після виклику, а не 10-20 хвилин, як зараз.

Система функціонування медичного закладу «Вишнівецька амбулаторія загальної практики – сімейної медицини», отримання заробітної плати, система преміювання та винагород закладені в «Коллективному договорі», який заключений між уповноваженою особою від трудового колективу та адміністрацією закладу в особі головного лікаря.

«Вишнівецька ОТГ» відчуває значну підтримку обласних та районних органів влади у процесі реформування медичної сфери. Слід відзначити, що управлінням охорони здоров'я Тернопільської облдержадміністрації підписано наказ № 219-од від 06.03.2019 року «Про затвердження програми соціально-

економічного розвитку охорони здоров'я області на 2019 рік», де значну увагу приділено втіленню заходів у сфері охорони здоров'я в межах Стратегічної цілі 1 – «Розвиток людського капіталу та підвищення стандартів життя населення» (таблиця 3.1).

Таблиця 3.1 – Основні заходи у медичній сфері, які були втілені на виконання «Програми соціально-економічного та культурного розвитку Тернопільської області на 2019 рік»

№ з/п	Назва заходу	Термін виконання	Відповідальні виконавці
1	2	3	4
1	Модернізація системи охорони здоров'я в області в межах чинного законодавства та відповідно до затверджених державних стандартів	Протягом року	Управління охорони здоров'я облдержадміністрації, районні державні адміністрації, виконкоми Тернопільської та Чортківської міських рад
2	Забезпечення утворення та придбання обладнання для відділень екстреної медичної допомоги у складі багатoproфільних лікарень	Протягом року	Управління охорони здоров'я облдержадміністрації, районні державні адміністрації
3	Облаштування додаткових пунктів швидкої медичної допомоги відповідно до потреб для забезпечення вчасного доїзду швидкої допомоги	Протягом року	Управління охорони здоров'я облдержадміністрації, районні державні адміністрації
4	Придбання санітарних автомобілів для сімейних лікарів	Протягом року	Управління охорони здоров'я облдержадміністрації, районні державні адміністрації
5	Забезпечення лікувально-профілактичних установ медичним обладнанням	Протягом року	Управління охорони здоров'я Тернопільської облдержадміністрації, районні державні адміністрації, виконкоми міських рад та міст обласного значення

Продовження таблиці 3.1

1	2	3	4
6	Покращення надання медико-соціальних послуг малозабезпеченим громадянам області відповідно до соціальних норм та нормативів	Протягом року	Управління охорони здоров'я облдержадміністрації, обласна організація Товариства Червоного Хреста України
7	Впровадження заходів щодо раннього виявлення та надання своєчасної медичної реабілітації дітям із вродженими вадами або із затримкою розвитку	Протягом року	Управління охорони здоров'я Тернопільської облдержадміністрації, медичні заклади області, районні державні адміністрації, виконкоми Тернопільської та Чортківської міських рад
8	Покращення матеріально-технічної бази лікувально-профілактичних установ області	Протягом року	Управління охорони здоров'я Тернопільської облдержадміністрації, виконавчий комітет Тернопільської міської ради

Також слід зазначити, що Тернопільська область входить у п'ятірку регіонів, в яких у 2019 році було реалізовано пілотний проект щодо розвитку системи екстреної медичної допомоги, на який з державного бюджету було виділено 922,5 млн. гривень. У рамках проекту зокрема було здійснено закупівлю сучасного транспорту та обладнання, підвищення зарплатні медикам, які пройшли нову програму підготовки інструкторів і покращення роботи диспетчерів.

Стратегічні перспективи реформування первинної медицини у «Вишневецькій ОТГ» відображено на рис. 3.1.

Аналіз та оцінювання реформи охорони здоров'я, в тому числі, роботу первинної ланки, можна побачити на зростанні показників якості здоров'я населення (збільшення тривалості життя, зниження смертності, захворюваності). До позитивних показників реформування також можна віднести фінансову захищеність населення при зверненні пацієнта за медичною допомогою (гарантований безкоштовний пакет медичних послуг).

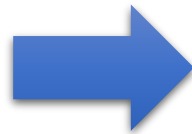
Зміна системи фінансування закладів охорони здоров'я та співпраця із Національною службою здоров'я України



Запровадження вільного вибору лікаря



Підвищення самостійності медичних закладів



Приведення діяльності медичних закладів до відповідних вимог

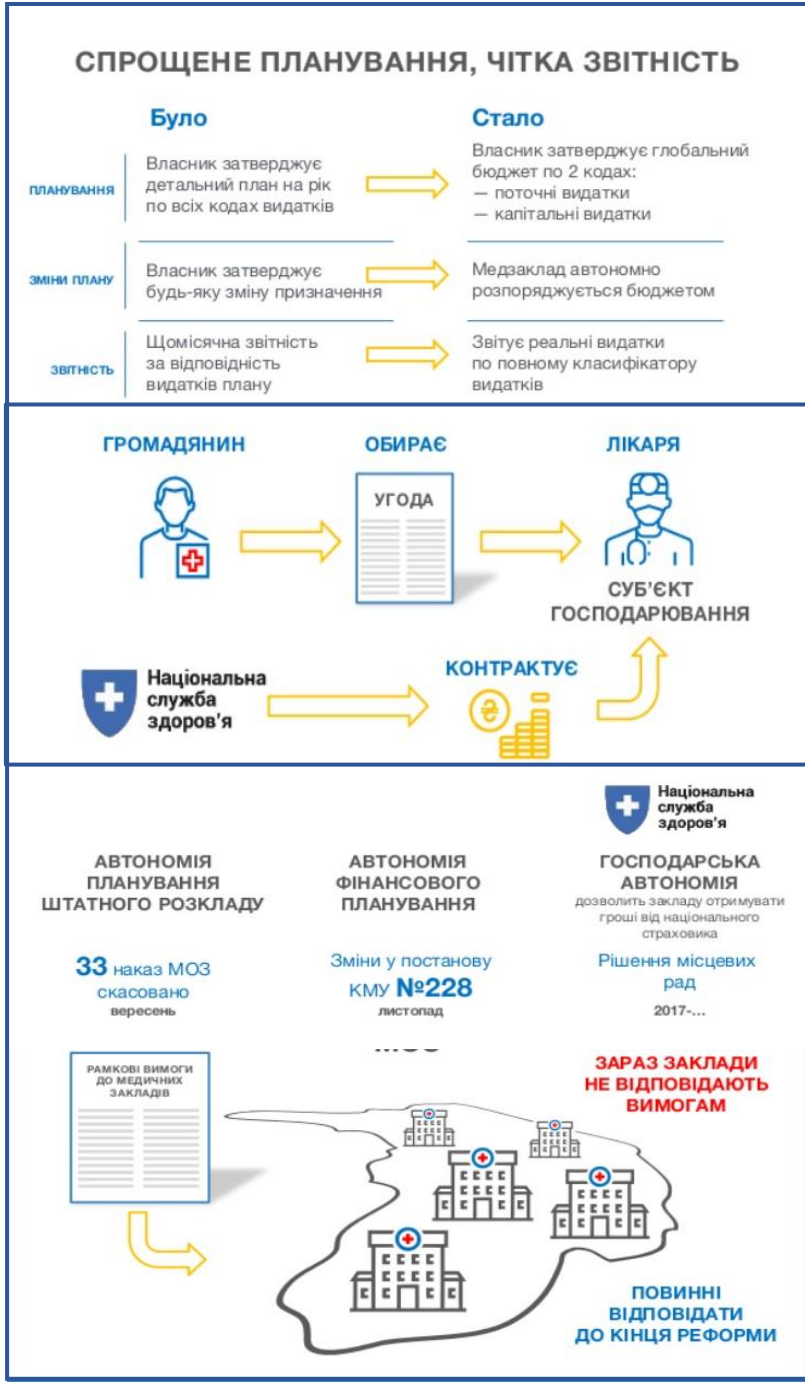
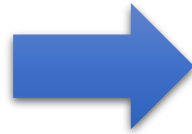


Рисунок 3.1 – Стратегічні перспективи реформування первинної медицини у Вишневецькій ОТГ

При цьому враховується вільний вибір медичного закладу та лікаря загальної практики для отримання медичної послуги. Пацієнт відчуває свободу вибору. Медичний заклад реагує на потреби пацієнта та конкурує з іншими медичними закладами, підвищуючи якість надання медичних послуг.

Отже, можемо зазначити, що медична реформа спрямована, перш за все, на зміцнення людського потенціалу «Вишнівецької ОТГ». Медична галузь на території обслуговування Вишнівецької громади здійснює контроль за інфекційними та неінфекційними захворюваннями, надає якісні профілактичні, діагностичні та лікувальні медичні послуги, які чітко прописані в стандартах надання медичної допомоги.

3.2 Розроблення стратегії розвитку первинної ланки медицини у Вишнівецькій ОТГ

Сильна ОТГ піклується про здоров'я своїх громадян. Стратегічний план розвитку включає в себе завдання не тільки з покращення медичного обслуговування населення, а також і заходи із розвитку громадського здоров'я Вишнівецьщини. До основних функцій системи громадського здоров'я можна віднести профілактику різних хвороб, захист та покращення здоров'я людей. Сюди також потрібно віднести підвищення якості питної води, встановлення громадських зручних та чистих туалетів, обладнання доріжок для велосипедистів, проведення змагань і спортзаходів, організація контролю за громадським харчуванням, покращення інфраструктури на місцях, щоб нею могли користуватися люди з інвалідністю, батьки з дітьми, немолоді особи. На рис. 3.2 продемонстровано цикл прийняття рішень щодо розроблення стратегічного плану.

Основою стратегії здоров'я ОТГ є загальна стратегія розвитку Вишнівецької громади. А стратегія розвитку КНП Вишнівецька АЗПСМ повинна базуватись на наданні медичних послуг для розвитку громади. Керівництво «Вишнівецької ОТГ» розуміє важливість здоров'я населення і

вважає ці питання пріоритетними. Налагоджена ефективна співпраця між керівництвом ОТГ та керівництвом закладів охорони здоров'я розміщених на території громади. Зараз більш докладно про етапи та кроки які необхідно впровадити для розробки стратегії.



Рисунок 3.2 – Цикл прийняття рішень щодо розроблення стратегічного плану

1) Підготовка. Спочатку потрібно оприділитись із складом робочої групи, яка буде відповідати за організацію процесу планування Стратегії, розробка та затвердження положень про робочу групу. Вона складає детальний план розроблення заходів Стратегії, перелік відповідальних осіб і терміни виконання.

2) Огляд навколишнього середовища включає збирання інформації для визначення стану здоров'я населення, стан сфери громадського здоров'я, проведення аналізу стану надання медичних послуг. Метою є визначення поточного стану речей, розуміння потреб населення та попиту на послуги, визначення пропозиції у сфері медичних послуг за географічним принципом і виявлення вузьких місць.

3) Бачення напрямку руху збирає інформацію щоб визначити стан здоров'я населення, проаналізувати стан надання медичних послуг та стан сфери громадського здоров'я.

4) Проблеми та виклики. Метою є розгляд та аналіз проблем та викликів, які заважають рухатися в напрямку потрібного бачення.

5) Варіанти вирішення проблем. Пропонування варіантів для зацікавлених сторін, щоб досягти поставлених цілей.

6) Найкращі варіанти. Вибір найкращих варіантів вирішення проблем, визначених на третьому етапі.

7) Впровадження. На цьому етапі передбачається впровадження вибраних рішень і розпочинається з розробки планування ресурсів (фінансових, людських, інфраструктури тощо), операційного плану.

8) Оцінка. Регулює процес моніторингу й оцінювання результатів впровадження, для того щоб визначити, чи були ефективними дії для досягнення цілей.

Розробка стратегії розвитку первинної медичної допомоги базується на створенні плану розвитку медичного закладу, в якому враховуються особливості зовнішнього та внутрішнього середовища. Для того щоб отримати результат, щоб стратегія розвитку первинної медичної ланки запрацювала, вона має бути втілена у більшість процесів та повинна впливати на важливі структурні зрушення.

Стратегія розвитку та становлення «Вишнівецької ОТГ» рухається в напрямку підвищення рівня життя, оновлення та зміцнення матеріально технічної бази установ охорони здоров'я, оснащення їх сучасним медичним обладнанням, оргтехнікою, спеціальним транспортом, покращення умов праці медпрацівників, що в свою чергу, забезпечить сільське населення якісними медичними послугами. Етапи стратегічного плану розвитку первинної медичної допомоги «Вишнівецької ОТГ» представлені у таблиці 3.3.

Таблиця 3.3 – Етапи стратегічного плану розвитку первинної медичної допомоги Вишнівецької ОТГ

Назва етапу стратегії	Заходи	Терміни виконання та ціль	Індикатори
1	2	3	4
1.Покращення якості медичної допомоги	<p>Покращення якості надання медичної допомоги:</p> <ul style="list-style-type: none"> – систематична організація навчання персоналу, тренінгів, обміну досвідом, – впровадження системи стандартизації медичної допомоги, – розробка та впровадження системи оцінки якості надання медичної допомоги 	<p>До початку 2021 року:</p> <p>Рівень первинної інвалідності менше 44,0</p> <p>Рівень малюкової смертності менше 8,0</p> <p>рівень запущених форм онкопатлогії менше 10 %</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Рівень первинної інвалідності, – рівень малюкової смертності, – рівень виїздів ЕМД менше 4,00
	<p>Покращення якості профілактичної роботи:</p> <ul style="list-style-type: none"> – проведення тренінгів, – просвітня робота з населенням через медіа ресурси, – організація шкіл здоров'я, 	<p>Протягом 2020-2022 років:</p> <ul style="list-style-type: none"> – рівень запущених форм онкопатлогії менше 10 % – рівень захворюваності на запущені форми туберкульозу менше 35,0 – рівень виконання первинного вакцинального комплексу більше 60.0 – На кожному ФАПі наявна школа здоров'я до кінця 2020 року 	<ul style="list-style-type: none"> – рівень виконання первинного вакцинального комплексу – рівень захворюваності на запущені форми туберкульозу – рівень охоплення населення скринінговими обстеженнями з профілактики серцево-судинних хвороб, -кількість шкіл здоров'я та кількість населення, що охоплені діяльністю ШЗ

Продовження таблиці 3.3

1	2	3	4
2. Підвищення рівня задоволеності клієнтів	Покращення умов надання медичної допомоги (ремонти, облаштування)	100% приміщень відремонтовано до кінця 2020 року	% приміщень з ремонтом
	Створення системи клієнтського сервісу та його впровадження, навчання персоналу	– Рівень задоволених клієнтів становить 95% до 2020 року – Відсоток підписаного населення становить 90%	– кількість скарги пацієнтів, що надійшли в заклад з різних джерел та зареєстровані, – відсоток підписаного населення, – рівень задоволеності клієнтів (анкетування)
	Відкриття дитячих майданчиків біля амбулаторії та ФАПів	Відкрито 3 майданчики до 2020 року	Кількість відкритих майданчиків
3. Розвиток телемедичного напрямку	Закупівля обладнання, що дозволяє застосування телемедицини	Кількість консультацій із застосуванням телемедичних технологій складає 25% всіх консультацій на кінець 2020 року	Кількість консультацій із застосуванням телемедичних технологій
	Залучити додаткові кошти у розмірі 1 млн. грн. протягом 2018-2019 років на придбання новітнього обладнання	Участь у грантових програмах, залучення благодійних внесків	– кількість коштів, що надійшли від грантових проектів та благодійної допомоги
	Навчання персоналу роботі з новітнім обладнанням, використанню телекомунікацій, в т.ч. соц. Мереж	Всі медичні працівники закладу володіють навичками надання послуг з використанням телемедицини до кінця 2020 року	Відсоток працівників, що склали залік з роботи з телемедичними технологіями
4. Підвищення керованості закладу	Розробка та впровадження системи мотивації та індикаторів оцінки	– відсоток задоволених працівників заробітною платою більше 80% – впроваджена система додаткової мотивації	– середній рівень доходу – відсоток задоволених працівників заробітною платою – додаткові мотивуючі фактори

Продовження таблиці 3.3

1	2	3	4
	Залучення додаткових коштів	– до 2020 року залучено 15% бюджету закладу додатково	– кількість коштів від платних послуг, – кількість коштів від грантових програм – кількість коштів від благодійних внесків
	Підвищення фінансової ефективності	До кінця 2020 року: – проведено внутрішній аудит з фінансової ефективності – рівень витрат скоротилась на 20% до середини 2020 року	– рівень витрат
5. Популяризація сімейної медицини	провести «Ярмарку здоров'я»	Жовтень-листопад 2020 року: – кількість клієнтів, що відвідали захід більше 1000, – відсоток схвальних відгуків (за вихідним анкетуванням) більше 70% – кількість клієнтів, що довіряють сімейному лікарю більше 75%	– кількість клієнтів, що відвідали захід – відсоток схвальних відгуків (за вихідним анкетуванням) – кількість клієнтів, що довіряють сімейному лікарю
	Ініціювати створення телепрограми на місцевому ТБ «Година здоров'я»	Протягом 2020 - 2021 років 5 сюжетів	– кількість сюжетів
	Створення сайту та ФБ сторінки закладу	Протягом 2020 року: – кількість свіжого матеріалу, що опубліковано за місяць складає не менше 10 тем, – кількість звернень громадян через сайт чи сторінку до кінця року не менше 30	– кількість свіжого матеріалу, що опубліковано за місяць, – кількість звернень громадян через сайт чи сторінку

Розробка стратегічного плану розвитку КНП «Вишнівецька АЗПСМ» проводилась із активним використанням всіх складових інструментів для залучення усіх зацікавлених осіб. Адміністрація КНП після пройденого навчання для проекту «Стратегічне планування в секторі охорони здоров'я на рівні громади» Програми «U-LEAD з Європою» склала етапи необхідних дій на рахунок розроблення Стратегічного плану. Вперше у «Вишнівецькій ОТГ» провели за допомогою широкомасштабного опитування жителів громади для дослідження думки про ефективність та якість надання ПМД в громаді. Опитування відбувалось у всіх населених пунктах ОТГ за заповнення паперової або онлайн-форми.

Проведені дослідження говорять про те, що при розробці спроможної мережі первинної медичної допомоги при створенні стратегії Вишнівецької громади необхідно забезпечити:

- оптимізацію мережі первинної медичної допомоги, враховуючи рекомендації МінРегіону та МОЗу;
- дієву участь у проектах з підтримки місцевих команд для переходу на нову систему фінансування;
- проведення роботи з персоналом медичного закладу для зміни у взаємовідносинах «медичний працівник-пацієнт», покращення надання та створення нових видів сервісних послуг;
- розробку фінансового плану медичного закладу, враховуючи кількість підписаних декларацій з пацієнтами та прогнозовану їх кількість на наступний рік за мінусом процентів ризиків;
- реконструкцію приміщень лікувального закладу з підвищенням якості приміщень та залученням для цього коштів місцевих підприємців.

Розробка ефективної стратегії розвитку Вишнівецької громади має позитивний вплив на розвиток ПМД на території «Вишнівецької ОТГ», покращить ефективність роботи закладів охорони здоров'я з метою подолання

несприятливих демографічних тенденцій та дозволить сформувати систему надання населенню високоякісної медичної допомоги.

3.3 Дослідження впливу покращення медичного забезпечення на основні характеристики життєдіяльності «Вишнівецької ОТГ»

Із метою вдосконалення надання первинної медичної допомоги населенню «Вишнівецької ОТГ» прийнята «Програма розвитку охорони здоров'я на території Вишнівецької об'єднаної територіальної громади на 2019 – 2021 роки». Пріоритетним визнаний розвиток ПМД на засадах сімейної медицини з профілактичним та санітарно-просвітницьким спрямуванням роботи закладів загальної практики сімейної медицини.

Важливими факторами, які в подальшому впливають на кість надання первинної медико-санітарної допомоги, є кадрове та матеріально-технічне забезпечення закладів первинної медичної ланки. Згідно розпорядження голови обласної державної адміністрації від 30 травня 2018 року на виконання першочергових заходів, які спрямовані на розвиток системи охорони здоров'я у сільській місцевості, затверджено план спроможної мережі надання первинної медичної допомоги Тернопільської області, куди увійшли і медичні заклади «Вишнівецької ОТГ». До Плану також включена амбулаторія, яка підлягає будівництву, з врахованим житлом для сімейного лікаря та один ФАП, який підлягає капітальному ремонту за рахунок медичної субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам.

Вишнівецька амбулаторія має статус неприбуткової комунальної установи, що є однією з умов для отримання фінансування з державного бюджету за принципом «гроші ідуть за пацієнтом». Вишнівецька амбулаторія заключила договір з Національною службою здоров'я України у третю хвилю, оснащення закладу приведено у відповідність до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 26.01.2018 №148 «Про затвердження примірного табеля матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб –

підприємців, які надають первинну медичну допомогу». Показник забезпеченості КНП «Вишнівецька АЗПСМ» та її структурних підрозділів відповідно до таблицю оснащення становить 96,8% (+44,3 до прогнозованого). Згідно комплексної «Програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги Вишнівеччини на 2018 – 2019 роки», затвердженої рішенням сесії Вишнівецької селищної ради від 22 червня 2018 року №178 для забезпечення закладів охорони здоров'я первинної ланки необхідним обладнанням, програмним забезпеченням профінансовано близько 700 тис. грн.

Значним здобутком сімейної медицини є повне оновлення матеріально-технічної бази згідно таблиця оснащення, затвердженого наказами МОЗ України. Кожен кабінет сімейного лікаря обладнаний:

- новими меблями;
- комп'ютерним забезпеченням, програмним забезпеченням;
- електрокардіографом;
- отоофтальмоскопом;
- пікфлуометром;
- дитячими та дорослими вагами, ростоміром;

Вишнівецька амбулаторія отримала сучасне телемедичне обладнання, яке суттєво розширює можливості лікарів загальної практики, дає змогу отримати консультації вузьконаправлених фахівців у потрібний час. У приміщенні Вишнівецької амбулаторії проведений капітальний ремонт. Силами Вишнівецької громади проведений капітальний ремонт покрівлі закладу. Оновлено систему водопостачання. Повністю проведено заміну опалення, впроваджені сучасні енергозберігаючі засоби, що забезпечує оптимальний температурний режим у приміщеннях закладу. Кабінети сімейних лікарів, коридори амбулаторії та туалет відповідають умовам інклюзивності та доступні для обслуговування інвалідів та маломобільних груп населення. Недостатнє фінансування медичної галузі не дозволяло це зробити протягом попередніх років. Завдяки забезпеченню закладів первинної ланки оргтехнікою,

комп'ютерами, спеціалізованими програмами стало можливим ведення електронного реєстру пацієнтів. Вишнівецька амбулаторія отримала новий санітарний автотранспорт, що істотно вплинуло на якість та своєчасність надання кваліфікованої медичної допомоги. Заробітна плата працівникам Вишнівецької амбулаторії виплачується вчасно з усіма доплатами та надбавками у повному розмірі, забезпечується виплата матеріальної допомоги на оздоровлення працівників закладу.

Адміністрація «Вишнівецької ОТГ» працює над питанням заохочення медичного персоналу та випускників медичних освітніх закладів до проживання та професійної діяльності у сільській місцевості. За підтримки керівництва «Вишнівецької ОТГ» медичні працівники працюють над підвищенням рівня санітарної культури населення, проводять лекції, круглі столи у школах, садочках, ПТУ для формування здорового способу життя у населення. Діяльність адміністрації Вишнівецької громади дає змогу підвищити ефективність роботи Вишнівецької амбулаторії та її структурних підрозділів з метою подолання несприятливих демографічних тенденцій.

Показник забезпеченості населення на території обслуговування Вишнівецької амбулаторії лікарями загальної практики – сімейними лікарями склав 2,58 на 10 тис. населення, що на рівні прогнозованого показника 2,56, відхилення (+0,2). Щорічний дефіцит кадрового потенціалу впливає на коливання показника забезпеченості населення Вишнівеччини сімейними лікарями. Недостатня укомплектованість закладів первинної ланки медицини в сільській місцевості обумовлена недостатнім рівнем заробітної плати, відсутністю умов для проживання медичних працівників, забезпечення їх земельними ділянками, відсутність місцевих надбавок до заробітної плати та здійснення інших стимулюючих заходів, відсутність сучасної розвинутої інфраструктури, інформаційних та комунікаційних мереж на території обслуговування Вишнівецької амбулаторії. Питання кадрової укомплектованості медичних закладів буде поступово вирішуватись з місцевого

бюджету та направлене на забезпечення відповідних соціально-побутових умов для роботи спеціалістів.

Згідно даних офіційного сайту Національної електронної системи охорони здоров'я e-Health сімейні лікарі Вишнівецької амбулаторії уклали 7963 декларації між лікарем та пацієнтом. Майже 92% населення вже обрали свого сімейного лікаря

Станом на 01.10.2020 року доступність медичної допомоги на одного мешканця до лікарів загальної практики-сімейної медицини становить 1,82 відвідування. Функція лікарської посади у лікарів загальної практики сімейної медицини збільшилась до 108% у 2020 році проти 98% у 2019 році. Важливим показником якості надання первинної медичної допомоги є стан виявлення онкологічної патології на ранніх стадіях захворювання серед населення та зменшення занедбаних онкологічних форм у III та IV стадіях. Питома вага візуальних форм злоякісних новоутворів, які вперше виявлені в III стадії зменшилась до 1.9% серед усіх вперше виявлених онкохворих (у 2019 році цей показник складав 2.32). Даний результат пов'язаний з підвищенням профілактичної роботи серед населення громади.

За 12 місяців 2019 року на території обслуговування КНП «Вишнівецька АЗПСМ» народилось 76 дітей, за 9 місяців 2020 року – народилось 89 дітей, показник народжуваності на 1000 населення збільшився із 8,8 до 9,1. Під наглядом сімейних лікарів знаходиться 10 дітей-сиріт та 7, які залишилися без батьківського піклування, 32 – напівсиріт, 136 багатодітних родин, в яких проживає 447 дітей, 4 сімей, в яких 12 дітей, що опинилися в складних життєвих обставинах. Діти даних категорій двічі на рік проходять комплексний медичний огляд, першочергово забезпечуються санаторно-курортним лікуванням. Вишнівецька амбулаторія працює в режимі 150 відвідувань за зміну. У структурі захворюваності населення переважають хвороби органів дихання, ендокринної системи, хвороби органів травлення та кістково-м'язевої системи.

Важливої актуальності набуває питання профілактичної спрямованості первинної медичної допомоги. Умовно населення «Вишнівецької ОТГ» можна

розділити на міське та сільське. В контексті профілактики особлива увага приділяється мешканцям, в першу чергу, сільської місцевості, яким важче отримати якісні та доступні медичні послуги. Оцінюючи профілактичну роботу, слід зупинитись на показнику проведення профілактичних оглядів населення для раннього виявлення хворих на туберкульоз.

На туберкульоз за 12 місяців 2019 року зареєстровано 2 особи, показник захворюваності складає - 23,2 на 100 тис. нас. Питома вага деструктивних форм – 50%. За 9 місяців 2020 року на туберкульоз захворіла 1 людина, показник захворюваності 12,3 на 100 тис. населення. Заключений договір з Тернопільським обласним протитуберкульозним диспансером «Про забезпечення амбулаторного лікування хворих незаразними формами туберкульозу та осіб з групи ризику щодо захворювання на туберкульоз». Хворі на туберкульоз отримують контрольоване специфічне лікування .

Також, важливим напрямком профілактичної роботи являється проведення імунно-профілактичних заходів серед населення громади. Для реалізації заходів з імунопрофілактики з державного бюджету виділено 63,8 тис. грн. Для забезпечення медичних заходів стосовно боротьби з туберкульозом, профілактики та лікування СНІДу, забезпечення онкологічних хворих знеболювальними лікарськими засобами з державного бюджету виділено 54,6 тис. грн.

В приміщенні самої Вишнівецької амбулаторії та в її структурних підрозділах – ФАПх проведені будівельні та ремонтно – реконструктивні роботи для забезпечення умов інклюзивності для наближення медичної допомоги людям з інвалідністю та маломобільним групам населення. Споруджені зовнішні пандуси з перилами при вході в приміщення, всі приміщення оснащені кнопками термінового виклику, створені умови для пересування інвалідів в коридорах медичних закладів, туалетні приміщення адаптовані для перебування інвалідів.

Рівень задоволеності пацієнтів щодо наданої їм медичної допомоги є важливим критерієм якості первинної медичної допомоги. Тому автором роботи

спільно із студентами кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я Тернопільського національного медичного університету імені І.Я. Горбачевського у червні 2019 року було організоване медико-соціологічне дослідження.

Завданням даного дослідження було виявлення рівня задоволеності пацієнтів Вишнівецької амбулаторії якістю надання первинної медичної допомоги. Респондентами виступали відвідувачі Вишнівецької амбулаторії загальної практики – сімейної медицини. Чисельність вибірки – 50 осіб. При даному дослідженні враховувались наступні критерії – задоволеність організацією роботи закладу та його структурних підрозділів, доступність та своєчасність надання медичної допомоги, спектр змін у самій системі охорони здоров'я.

Результати даного дослідження показали, що більшість опитуваних (89% оцінили зміни в охороні здоров'я, як позитивні; незадоволених змінами було 11%). Більше 80% респондентів заявили, що первинна медична допомога у «Вишнівецькій ОТГ» є доступною.

Як зазначили респонденти, поширеними проблемами при надання первинної медичної допомоги є незадоволення пацієнтів чергами до лікаря (48%), до реєстратури (36%), до лабораторії (16%). Проведення даного дослідження вказало на зростання рівня довіри до лікарів. Задоволені роботою лікарів 82% опитаних. Частково задоволені – 15%. Не змогли визначитись у питанні – 3%.

При госпіталізації до стаціонарних відділень, якщо вона була протягом року, опитувані пацієнти брали направлення у сімейного лікаря – 61%, у вузькопрофільних спеціалістів – 28%, самостійно вирішували проблему – 4, доставлених каретою швидкої допомоги – 7%.

Графічне представлення результатів опитування приведено на рисунках 3.3 – 3.7.

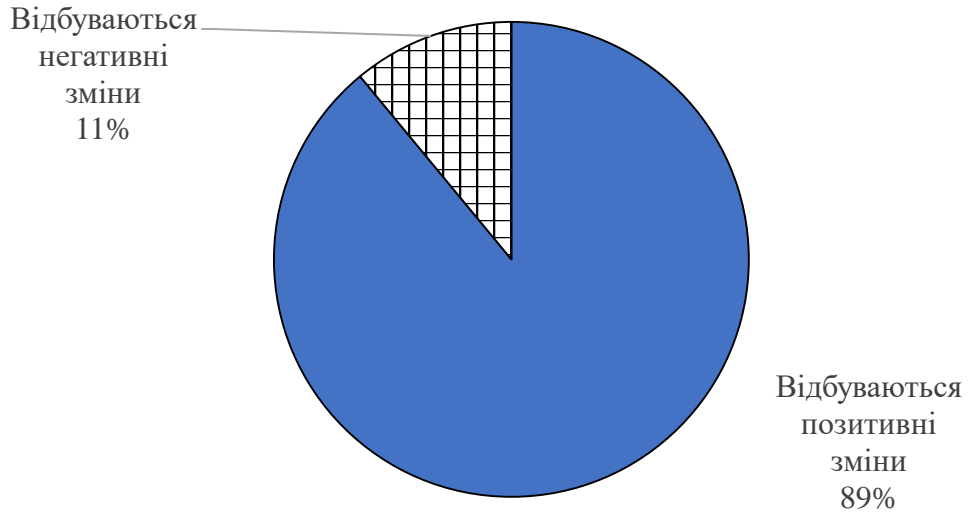


Рисунок 3.3 – Розподіл відповідей респондентів на запитання «Якого роду зміни відбуваються сьогодні у медичному забезпеченні Вишнівецької ОТГ?»

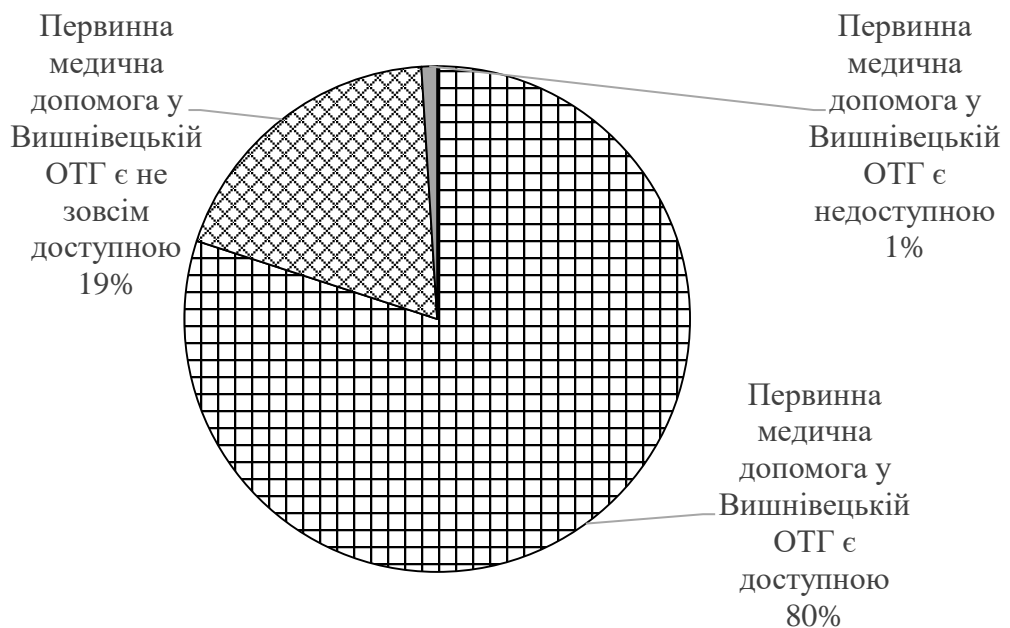


Рисунок 3.4 – Розподіл відповідей респондентів на запитання «Чи є доступною первинна медична допомога у Вишнівецькій ОТГ?»

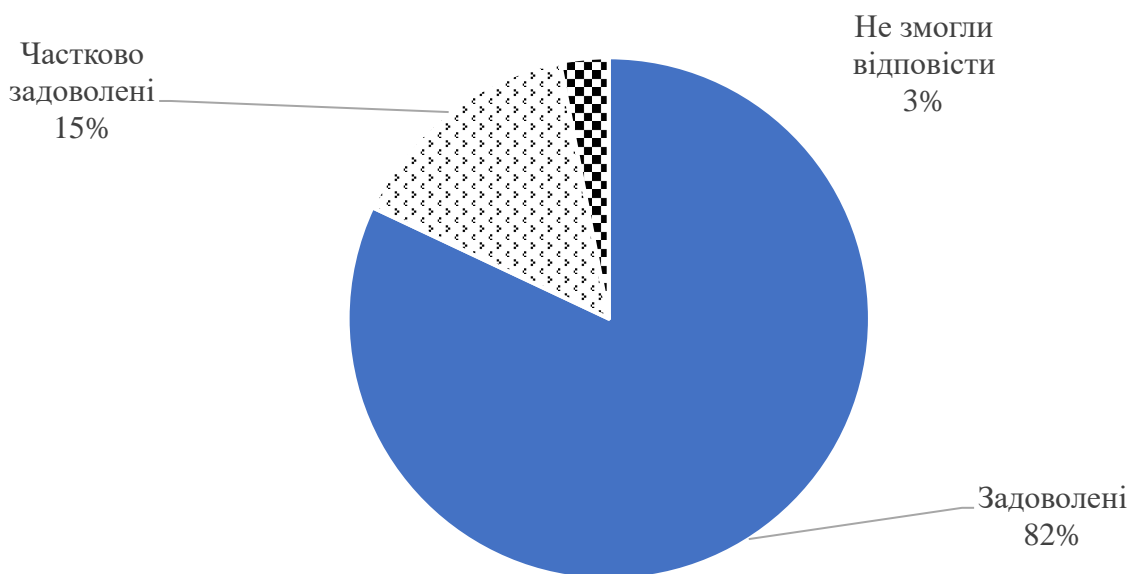


Рисунок 3.5 – Розподіл відповідей респондентів на запитання «Чи задоволені ви роботою лікарів Вишнівецької амбулаторії загальної практики – сімейної медицини?»

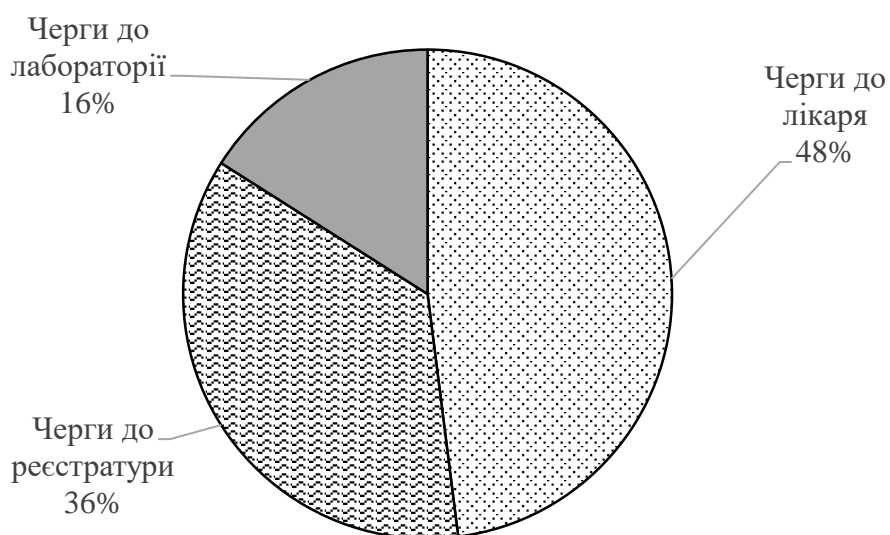


Рисунок 3.6 – Розподіл відповідей респондентів на запитання «Чим ви залишились незадоволені при відвідуванні Вишнівецької амбулаторії загальної практики – сімейної медицини?»



Рисунок 3.7 – Розподіл відповідей респондентів на запитання «Яким чином здійснювалась ваша госпіталізація до лікарняних закладів Вишнівецької ОТГ?»

На запитання «Назвіть найбільш важливі зміни, що відбулися в медичній сфері за останні 3-5 років» респонденти надали наступні відповіді (табл. 3.4).

Таблиця 3.4 – Найбільш важливі зміни, що відбулися в медичній сфері

Ланки медичної сфери	Найбільш важливі зміни
1	2
Первинна та вторинна ланка	<ul style="list-style-type: none"> - чіткий взаємозв'язок між ефективним розвитком медичної сфери та економічним розвитком держави; - створення нових амбулаторій та ФАПів із сучасним обладнанням в ОТГ; - запровадження ефективних механізмів для покращення медичних послуг; - укладання декларацій із сімейними лікарями; - нова система фінансування; - реформування системи швидкої допомоги; - зниження рівня захворюваності населення; - відчуття захищеності та безпеки; - відстоювання інтересів пацієнтів; - висока якість профілактики завдяки достатньому обсягу інформації; - ефективна робота електронної системи E-Health; - вільний вибір сімейного лікаря; - підвищення доступності до медикаментів («Доступні ліки»).

1	2
Третинна ланка	<ul style="list-style-type: none"> - розширення та оптимізація законодавчо-нормативної бази відповідно до нових потреб медичної сфери; - підвищення якості підготовки фахівців та надання медичних послуг; - нові ефективні механізми фінансування.

У рамках опитування респонденти виокремили ряд проблемних моментів протікання медичної реформи у «Вишнівецькій ОТГ» (табл. 3.5).

Таблиця 3.5 – Проблемні моменти реалізації медичної реформи на рівні Вишнівецької ОТГ

Ланки медичної сфери Вишнівецької ОТГ	Перелік проблемних моментів
Первинна та вторинна ланка	<ul style="list-style-type: none"> - нестача та плінність кадрів. Відтік фахівців медичної сфери за межі країни; - недостатня інформаційна підтримка щодо змін та прав пацієнтів; - частина населення не уклала угоди із сімейними лікарями; - незрозумілий механізм розподілу медичних працівників за освітніми закладами.
Третинна ланка	<ul style="list-style-type: none"> - недостатня кваліфікація випускників медичних закладів освіти.

Враховуючі наведені дані можна сказати, що населення «Вишнівецької ОТГ» в цілому позитивно ставиться до сучасного рівня надання первинної медико-санітарної допомоги. Майже всі опитувані пацієнти задоволені роботою медичного персоналу закладу, відмітили високий професіоналізм свого сімейного лікаря. Переважну більшість послуг пацієнти оцінили як доступні.

Отже, за результатами проведених досліджень та написаних історій успіху можемо узагальнити передумови успішної реалізації медичної реформи на рівні Вишнівецької ОТГ. До них відносимо:

- новий механізм фінансування медичних закладів, що надають первинну медичну допомогу, адже сімейні лікарі, терапевти і педіатри є медиками, до яких найперше мають звертатися пацієнти;

- укладення договорів «Національної служби здоров'я» з комунальними, приватними медичними установами та лікарями-ФОП, які надають ПМД;
- вільний вибір лікаря, без прив'язки до місця реєстрації (у будь-який момент можна змінити лікаря та підписати декларацію з іншим);
- забезпечення оплати послуги «Національною службою здоров'я» за кожного пацієнта саме у той медичний заклад, де ця послуга надається.

Дані дослідження дають змогу надати ряд рекомендацій щодо підвищення ефективності реалізації медичної реформи:

- автономізація всіх медичних закладів;
- комп'ютеризація закладів, зараз комп'ютерів в Україні купити неможливо, бо їх розбирають вже на кордоні, їх не вистачає;
- пришвидшити процес підключення закладів, які надають спеціалізовану амбулаторну та госпітальну медичну допомогу до медичної інформаційної системи;
- збільшити кількість фахівців, які повинні налаштувати і навчити користуватися медичною інформаційною системою;
- сповільнити відтік кадрів;
- підвищити якість медичної освіти;
- не закривати лікувальні заклади, а звільняти керівників таких закладів, які привели до фінансового краху, і приєднувати неуспішні медичні заклади до успішних;
- надавати якісні немедичні послуги - чистота, комфорт, як персонал зустрічає пацієнтів.

Таким чином, можемо зазначити, що медичну реформу у Вишнівецькій ОТГ творять не тільки ті, хто надає послуги, але й ті, хто ними користуються, тому наскільки вдало буде побудований діалог між пацієнтами (споживачами медичних послуг) і працівниками медичних закладів (постачальники медичних послуг, ті, хто надає ці послуги), такою буде перспектива ефективної реалізації медичної реформи в майбутньому.

РОЗДІЛ 4

ОХОРОНА ПРАЦІ ТА БЕЗПЕКА В НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЯХ

4.1 Опис стану та організація процесу охорони праці у КНП «Вишнівецька АЗПСМ»

Охорону праці можна представити як систему правових, соціально-економічних, санітарно-гігієнічних, організаційно-технічних та лікувально-профілактичних заходів, які направлені на збереження життя, здоров'я та працездатності людини в процесі її трудової діяльності. Перед галуззю охорони праці стоять два завдання. Першим є інженерно-технічне, суть якого заключається в попередженні небезпечних подій під час трудового процесу. Суди відносять використання засобів індивідуального та колективного захисту, зведення до мінімуму використання небезпечних матеріалів, використання новітніх технологій, які зменшують ризик травмування та захворювання. Другим завданням галузі охорони праці є соціальне. Воно включає вирішення питань пов'язаних із відшкодуванням матеріальної, моральної чи соціальної шкоди внаслідок нещасного випадку або професійного захворювання. Охорона праці вирішує питання виробничої санітарії, виробничої та пожежної безпеки.

Адміністрація Вишнівецької амбулаторії забезпечує дотримання вимог законодавства з охорони праці згідно з Законом України «Про охорону праці». Напрямок роботи «Охорона праці» – це зона персональної відповідальності головного лікаря закладу. У КНП «Вишнівецька АЗПСМ» на кожному робочому місці в кожному структурному підрозділі створені умови праці відповідно до нормативно-правових актів з дотриманням умов законодавства щодо прав працівників у галузі охорони праці. Згідно наказу №70 від 05.08.2019 року «Про організацію роботи з охорони праці і техніки безпеки у комунальному підприємстві «Вишнівецька амбулаторія загальної практики- сімейної медицини»» відповідальною особою за організацію роботи з охорони праці і техніки безпеки призначити інженера з охорони праці і техніки безпеки. В закладі створена комісія з охорони праці і техніки безпеки. Головуючим комісії

є інженер з охорони праці та техніки безпеки. До складу комісії входять завідувачі чотирьох ФАПів – фельшера.

В закладі оформлена відповідно до сучасних вимог нормативна база з Охорони праці. Головний лікар затверджує положення, інструкції, інші акти з охорони праці, що діють у межах закладу охорони здоров'я, та встановлює правила виконання робіт і поведінки працівників на території закладу охорони здоров'я на робочих місцях відповідно до нормативно правових актів з охорони праці, забезпечує безоплатно працівників нормативно-правовими актами та актами закладу охорони здоров'я з охорони праці. В посадових інструкціях працівників Вишнівецької амбулаторії включені наступні розділи: загальні положення, службові функції, службові обов'язки, права, відповідальність, взаємовідносини з іншими посадовими особами відповідно до займаної посади, і в кожному розділі розглянуті питання охорони праці. Складені посадові інструкції згідно з довідником кваліфікаційних характеристик професій працівників, який затверджений наказом Міністерства праці і соціальної політики України від 29.12.2004 №336. Організуються та проводяться відповідні інструктажі з працівниками закладу з питань охорони праці та техніки безпеки. Всі працівники амбулаторії проінформовані під розписку про умови праці та про наявність на його робочому місці небезпечних і шкідливих виробничих факторів, які ще не усунуто. Можливі наслідки їх впливу на здоров'я та про права працівника на пільги і компенсації за роботу в таких умовах відповідно до законодавства і колективного договору. Навчання та перевірка знань з питань охорони праці проводяться в установленому законодавством порядку під час прийняття на роботу та періодично один раз на рік. Контролюється наявність, збереження і використання медичного обладнання і приладів відповідно до типових переліків і норм, установлених чинним законодавством. Здійснюється контроль за розробкою і періодичним переглядом інструкцій з охорони праці. Здійснюється контроль за роботою та дотримання умов для виконання санітарно-гігієнічних норм і вимог з охорони праці та пожежної безпеки в закладі, впроваджуються необхідні заходи щодо їх

поліпшення. Контролюється утримання електрообладнання в закладі, дотримання пожежної безпеки в закладі, утримуються та експлуатуються технічні засоби протипожежного захисту. Будівлі та споруди території експлуатуються відповідно до вимог, правил і норм з охорони праці, щокварталу здійснюються перевірки кріплення споруд. Контролюється дотримання норм безпеки під час експлуатації виробничого обладнання. Контролюються дотримання норм протипожежної безпеки в будівлях і спорудах, наявність та справність засобів пожежогасіння. Проводяться заміри контурів заземлення та ізоляція електрообладнання з оформленням відповідного акту. Працівники служби охорони праці контролюють дотримання працівниками закладу вимог законів та інших нормативно-правових актів з охорони праці, положень галузевої угоди, розділу «Охорона праці» колективного договору та актів з охорони праці, що діють в межах медичного закладу. Працівники закладу зобов'язані у встановленому законодавством порядку попередні та періодичні медичні огляди. Старша медсестра Вишнівецької амбулаторії контролює проходження медоглядів працівниками закладу. Проводиться відсторонення від роботи працівників без своєчасно пройденого медичного огляду із симптомами хвороби. Забезпечується контроль за використанням у роботі шкідливих засобів під час обробки приміщень. Працівники Вишнівецької амбулаторії несуть відповідальність та зобов'язані суворо дотримуватися вимог законів України «Про охорону праці», «Про пожежну безпеку». Працівники закладу зобов'язані доводити до відома адміністрації, персонально до головного лікаря закладу про кожен випадок надзвичайної події, яка склалася під час робочого процесу. Працівники закладу зобов'язані дбати про особисту безпеку і здоров'я, а також про безпеку і здоров'я оточуючих людей в процесі виконання службових обов'язків та під час перебування на території закладу охорони здоров'я. Персонал закладу зобов'язаний знати і виконувати вимоги нормативно – правових актів з охорони праці, правила поведінки з машинами, механізмами, устаткуванням, користуватися засобами колективного та індивідуального

захисту. Працівники амбулаторії несуть безпосередню відповідальність за порушення зазначених умов.

Аналіз, оцінка стану умов, в яких працюють робітники закладу та безпека їх праці є обов'язковою частиною роботи керівництва медичного закладу. Згідно статті №5 Закону «Про охорону праці» всі працівники Вишнівецької амбулаторії застраховані від нещасних випадків та професійного захворювання. Економічний механізм, правову основу та організаційну структуру такого страхування визначає закон України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування від нещасного випадку від виробництва та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності».

Поліпшення умов праці в закладі, зниження виробничого травматизму та професійної захворюваності має соціальний та економічний ефект. Результати роботи з охорони праці збільшують фонд робочого часу, зменшують плінність кадрів, зменшують витрати на пільги та компенсації при несприятливих умовах праці, що веде за собою скорочення видатків, пов'язаних з виробничим травматизмом та захворюваністю працівників закладу.

4.2 Організація проведення заходів медичного та біологічного захисту населення об'єднаної територіальної громади

Згідно чинного законодавства України органи місцевого самоврядування зобов'язані забезпечити безпечне та комфортне життя громадян. Для кожного громадянина в ОТГ має бути забезпечені відповідні умови його перебування в оточуючому середовищі. Тому в ОТГ має бути побудована система захисту населення та території від надзвичайних ситуацій, яка зобов'язана гарантувати безпеку людини.

Перед об'єднаними територіальними громадами виставлена задача побудувати систему цивільного захисту, основні завдання якої представлені на рисунку 4.1.



Рисунок 4.1 – Основні завдання системи цивільного захисту ОТГ

Основними завданнями цивільного захисту є збір та аналітичне опрацювання інформації про надзвичайну ситуацію, оцінка та прогнозування соціально-економічних наслідків надзвичайної ситуації. Розробка та виконання законодавчих та нормативно правових актів для реагування на надзвичайну ситуацію, розробка запобіжних заходів у сфері цивільного захисту, швидке оповіщення населення про загрозу або виникнення надзвичайної ситуації, організація захисту населення та території від надзвичайної ситуації, здійснення невідкладної психологічної, медичної допомоги потерпілим, ліквідація наслідків надзвичайної ситуації та організація допомоги постраждалому населенню.

Медичний захист населення ОТГ та створення епідеміологічного благополуччя на території надзвичайної ситуації проводиться з метою запобігти або зменшити ступінь ураження населення, своєчасно надати медичну допомогу населенню.

Біологічний захист направлений на своєчасне виявлення біологічного ураження, визначення їх виду та ступеня ураження, проведення адміністративно-господарчих, спеціальних протиепідемічних та медичних заходів. При екологічній небезпе передбачено проведення природоохоронних заходів.

Україна знаходиться у стані неоголошеної війни з 2014 року, тому зростають ризики, пов'язані з можливими військовими діями. Перед кожною об'єднаною територіальною громадою може постати завдання щодо захисту своїх мешканців та територій. Виконання таких завдань можливо тільки, якщо у громаді створена ефективна структура цивільного захисту населення.

На території об'єднаної територіальної громади має бути створена комісія з питань техногенно-екологічної безпеки та надзвичайних ситуацій, яка узгоджує діяльність органів місцевої влади, підприємств, організацій та гарантує техногенно-екологічну безпеку, захист населення та територій від надзвичайних ситуацій та запобігає виникненню цих ситуацій. Діяльність даної комісії врегульована постановами Кабінету Міністрів України від 26.01.2015 року №18 «Про державну комісію з питань техногенно-екологічної безпеки та надзвичайних ситуацій» та від 17.06.2015 №409 «Про затвердження Типового положення про регіональну та місцеву комісію з питань техногенно-екологічної безпеки і надзвичайних ситуацій». Така комісія на рівні громади має широке коло повноважень та здійснює координацію діяльності громади, всіх установ, підприємств та організацій на території громади та забезпечує техногенно-екологічну безпеку, захист населення та території від наслідків надзвичайних ситуацій, вирішує питання щодо запобігання надзвичайних ситуацій, готує пропозиції для визначення джерел та порядок фінансування заходів реагування на конкретну надзвичайну ситуацію. Управління (підрозділ, відділ) з питань цивільного захисту створюється у складі виконавчого комітету об'єднаної територіальної громади з врахуванням техногенного навантаження території ОТГ. Функціонування підрозділу з питань цивільного захисту зумовлене необхідністю своєчасного здійснення заходів у сфері цивільного захисту, передбачених статтею 19 Кодексу цивільного захисту України.

Керівником цивільного захисту об'єднаної територіальної громади є голова ОТГ. Цивільний захист ОТГ складається з виконавчого органу влади в якому створюється структурний підрозділ з питань цивільного захисту. Координаційним органом щодо цивільного захисту є комісія з питань техногенно-екологічної безпеки і надзвичайних ситуацій. До цивільного захисту відноситься місцева добровільна пожежна охорона. Сюди також відносять спеціалізовані служби цивільного захисту (комунально-технічні, медична служба, служба зв'язку та оповіщення, транспортне забезпечення та служби охорони громадського порядку).

Розвиток науково-технічного прогресу в суспільстві, крім позитивних надбань, породжує різноманітні загрози життєво важливим інтересам людини та громадянина, суспільства та держави. Розглядаючи техногенну сферу, фактор небезпеки зумовлений: високим рівнем фізичного та морального зносу основних технічних засобів, недостатнє фінансування заходів безпеки, широкий обсяг транспортування, використання та зберігання небезпечних та шкідливих речовин і матеріалів, недотримання процесів утилізації відходів виробництва та життєдіяльності. Реальну загрозу на території України також становлять стихійні гідрологічні лиха (у вигляді підтоплень, повеней, паводків), метеорологічні явища (циклони, буревії, снігопади, ожеледиці, град, заморозки, засухи), геологічні процеси (землетруси, зсуви, провали). Великою загрозою для стабільності держави мають спалахи особливо небезпечних та небезпечних інфекційних хвороб. Основною складовою цивільного захисту населення є медичний захист, створення санітарного та епідеміологічного благополуччя населення. Надання медичної допомоги постраждалим від наслідків надзвичайної ситуації відповідно до законодавчих та нормативно правових актів покладено на службу медицини катастроф МОЗ України.

Медичний захист населення та забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя в районах надзвичайної ситуації включає: надання медичної допомоги постраждалим, використання для ліквідації наслідків НС закладів охорони здоров'я незалежно від їх форм власності та господарювання, при

потребі розгортання додаткових лікувальних закладів та пунктів, проведення контролю за якістю харчових продуктів, питної води та джерел водопостачання, постійне здійснення контролю за санітарно-гігієнічною та епідемічною ситуацією при розвитку надзвичайної ситуації.

Повідомлення про загрозу виникнення або виникнення НС на території ОТГ в лікувально-профілактичний заклад можуть поступити улюбий час від оперативних служб. При цьому мають бути чітко зафіксовані засоби зв'язку з конкретними номерами телефону, адресами та закріплені відповідальні особи. Для термінового збору керівного складу лікувально-профілактичного закладу (ЛПЗ) складаються маршрутні карти виклику та доставки санітарним транспортом. При необхідності проводиться цілодобове чергування керівного складу ЛПЗ згідно розробленого та затвердженого графіку чергувань. Головний лікар відповідає за приведення в готовність медичного закладу, уточнює план медичного забезпечення співробітників та хворих медичного закладу при надзвичайній ситуації, уточнює порядок заходів медичної евакуації співробітників та хворих в чисті, в епідеміологічному відношенні, райони. На основі розпоряджень голови ОТГ, головний лікар ЛПЗ приймає рішення щодо порядку роботи закладу за обставин, які склалися. Після уточнення масштабів та характеру надзвичайної ситуації, медичних обставин в осередку ураження, проводяться розрахунки про можливості медичного закладу у подоланні наслідків надзвичайної ситуації, про що головний лікар доповідає голові ОТГ. При надзвичайній ситуації особливо важливим є налагодження двохстороннього безперебійного інформаційного забезпечення про масштаби надзвичайної ситуації та її медико-санітарні наслідки.

Біологічний захист населення при надзвичайній ситуації врегульований законами України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», «Про захист населення від інфекційних хвороб», «Про забезпечення санітарного та епідеміологічного благополуччя населення» та Кодексом цивільного захисту України. Згідно чинного законодавства захист від біологічних засобів ураження – це своєчасне виявлення чинників біологічного ураження, проведення

комплексу адміністративно-господарських, режимно-обмежувальних та спеціальних протиепідемічних і медичних заходів.

Територія, в межах якої сталося масове ураження людей, рослин, тварин та нанесена шкода об'єктам господарювання, навколишньому середовищу, називається осередком біологічного ураження. Щоб запобігти розповсюдженню інфекційних захворювань в осередку біологічного ураження вводиться режим обсервації або встановлюється карантин. Карантин встановлюється і відміняється Кабінетом Міністрів України за умови подання головним державним лікарем України. Карантин встановлюється при виникненні захворювань на особливо небезпечні інфекції (чума, холера, жовта гарячка та ін.) або при появі масових захворювань на інші особливо небезпечні інфекції. При карантині в залежності від зони розмежування діє ряд обмежувальних заходів щодо роботи торгових, навчальних, розважальних закладів. На території ураження населення має дотримуватись правил особистої безпеки: носити захисні маски, дотримуватись правил особистої гігієни на роботі та вдома, при появі ознак хвороби негайно звернутись за медичною допомогою. Існують неспецифічні та специфічні засоби захисту в осередку біологічного (бактеріологічного) ураження. Засоби неспецифічного захисту існують індивідуальні та колективні. До індивідуальних засобів захисту відносяться протигази, респіратори, ватно-марлеві пов'язки, спеціальні захисні костюми. До колективних засобів захисту відносять різноманітні укриття, залізобетонні та земляні сховища, підвали, погребі. До специфічного захисту відносяться вакцини, імунні сироватки, бактеріофаги, антибіотики. Поряд із специфічною профілактикою проводять санітарні та протиепідемічні заходи, які протидіють виникненню та поширенню інфекційних хвороб.

З погляду на природні, транспортні, географічні, та геополітичні фактори, Україна є потенційно загрозливою територією щодо небезпечних епідемій та особливо небезпечних інфекційних хвороб, які можуть створювати загрозу здоров'ю нації, економіці України та, взагалі, міжнародному іміджу держави.

Загальний стан техногенної небезпеки «Вишнівецької ОТГ» обумовлений наявністю небезпечних об'єктів та об'єктів підвищеної небезпеки, де зберігаються хімічні та пожежонебезпечні речовини. В результаті високого рівня зношення технологічного обладнання багатьох підприємств не виключається тенденція до виникнення надзвичайних ситуацій. Можливі аварії із викидом небезпечних хімічних речовин, особливо при їх транспортуванні. Актуальність проблеми щодо гарантування безпеки населення та території «Вишнівецької ОТГ» від наслідків надзвичайних ситуацій природнього характеру обумовлена підтопленнями, буревіями, ураганами, сильними опадами, обледенінням, сильними морозами. Велику загрозу населенню несе захворюваність людей на COVID-19, яке спричинене коронавірусом SARS CoV-2. Найбільша ймовірність виникнення надзвичайних ситуацій зберігається на об'єктах транспорту та в комунальному господарстві. Щоб удосконалити систему реагування на надзвичайні ситуації передбачено придбання мотопомп для потреб комунально-технічної служби, захисних шоломів для особового складу аварійно-рятувальних команд та паливно-мастильних матеріалів. Для потреб медичної служби передбачено забезпечення засобами індивідуального захисту та медичними препаратами для невідкладної медичної допомоги.

ВИСНОВКИ

Отже, після проведених досліджень у даній роботі, можна зробити висновок, що Вишнівецька об'єднана територіальна громада дійсно має великий потенціал для розвитку за допомогою управління власною діяльністю, використовуючи проектний менеджмент. У «Вишнівецькій ОТГ» сформована стратегія розвитку громади, представлений власний профіль та сформульовані стратегічні проекти для реалізації. Зміни у медичній сфері «Вишнівецької ОТГ» відбуваються завдяки реформуванню сфери медицини в Україні. Основними напрямками реформи медичної сфери у «Вишнівецькій ОТГ» є зміна системи фінансування закладів охорони здоров'я та співпраця із НСЗУ, запровадження вільного вибору лікаря, освоєння електронної системи охорони здоров'я, проведення реформування швидкої допомоги, долучення до участі у Програмах «Доступні ліки» та «Безкоштовна діагностика». Основою медичної реформи є застосування нового принципу фінансування у «Вишнівецькій ОТГ»: більшу винагороду отримуватимуть ті, хто більше і краще працює.

Медичні заклади «Вишнівецької ОТГ», які уклали договір з НСЗУ, отримали довгоочікувану фінансову свободу та можуть самі розпоряджуватися своїм бюджетом та не обмежені тарифною сіткою чи штатним розписом. Це значно розширило можливості та повноваження адміністрації медичних закладів у сфері формування зарплатної політики персоналу. Так, у ефективно працюючих лікарів, заробітна плата зросла в три рази. Також, до позитивних показників реформування можна віднести фінансову захищеність населення при зверненні пацієнта за медичною допомогою – вони мають гарантований безкоштовний пакет медичних послуг.

Після аналізу та оцінки реформи охорони здоров'я, в тому числі, роботу первинної ланки, можна побачити, що відбувається зростання показників якості здоров'я населення: збільшення тривалості життя, зниження смертності та захворюваності.

БІБЛІОГРАФІЯ

1. Бюджетний кодекс України. Офіційний веб-сайт Верховної Ради України [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2542-14#Text>
2. Лехан В.М., Крячкова Л.В., Заярський М.І. Аналіз реформ охорони здоров'я в Україні: від здобуття незалежності до сучасності. Україна. Здоров'я нації : наук.-практ. вид. / Укр. ін-т стратег. дослідж. МОЗ України. – Київ: Вид-во. "Експерт", 2018. № 4 (52). – Режим доступу: http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&IMAGE_FILE_DOWNLOAD=1&Image_file_name=PDF/Uzn_2018_4_3.pdf
3. Постанова Кабінету Міністрів України від 11 липня 2002 р. N 955 «Про затвердження «Програми подання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги». Офіційний веб-сайт Верховної Ради України [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/955-2002-%D0%BF#Text>
4. Постанова Кабінету Міністрів України від 17 лютого 2010 року N 208 «Деякі удосконалення системи охорони здоров'я». Офіційний веб-сайт Верховної Ради України [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/208-2010-%D0%BF#Text>
5. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 року N 1013-р «Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я». Офіційний веб-сайт Верховної Ради України [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80#Text>
6. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 2018 року. Офіційний веб-сайт Верховної Ради України [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>
7. Постанова Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 року N 1124 «Про затвердження порядку реалізації державних гарантій медичного

обслуговування населення за програмою медичних гарантій у 2020 році». Офіційний веб-сайт Верховної Ради України [Електронний ресурс]. Режим доступу – <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1124-2019-%D0%BF#Text>

8. Бюджетний кодекс України із змінами внесеними згідно із Законами № 553-IX від 13.04.2020, ВВР, 2020, № 19, ст.126 № 642-IX від 02.06.2020 № 677-IX від 04.06.2020 № 704-IX від 16.06.2020}. Офіційний веб-сайт Верховної Ради України [Електронний ресурс]. Режим доступу – <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2456-17#Text>

9. Лехан В. М., Слабкий Г. О., Шевченко М. В. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір. Україна. Здоров'я нації : наук.-практ. вид. / Укр. ін-т стратег. дослідж. МОЗ України. – Київ: Вид-во. "Експерт", 2010. № 1 (13). – Режим доступу:

http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&IMAGE_FILE_DOWNLOAD=1&Image_file_name=PDF/Uzn_2010_1_3.pdf

10. Худоба О.В. Зарубіжний досвід державного управління системою охорони здоров'я в Україні: порівняльний аналіз. Вісник Львівського регіонального інституту державного управління, 2019 рік, вип. 1(20). Режим доступу – [http://www.dridu.dp.ua/vidavnictvo/2019/2019_01\(20\)/17.pdf](http://www.dridu.dp.ua/vidavnictvo/2019/2019_01(20)/17.pdf)

11. Закон України «Про добровільне об'єднання територіальних громад» від 2015 року. Офіційний веб-сайт Верховної Ради України [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/157-VIII#Text>

12. Наказ Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України №178/24 від 06.02.2018 року «Про затвердження Порядку формування спроможних мереж надання первинної медичної допомоги». Офіційний веб-сайт Верховної Ради України [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0215-18#Text>

13. Інструкція з розрахунку доходів та видатків надавача первинної медичної допомоги у 2018 році. Режим доступу: https://moz.gov.ua/uploads/1/5137-instrukcia_finansove_planuvanna_pmd_2018.pdf

14. Постанова Кабінету Міністрів України «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я» від 25 квітня 2018 р. №411. Офіційний веб-сайт Верховної Ради України [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411-2018-%D0%BF#Text>

15. Про схвалення Концепції реформування місцевого самоврядування та територіальної організації влади в Україні : розпорядження Кабінету Міністрів України від 1 квітня 2014 р. № 333-р / Офіційний портал Верховної Ради України [Електронний ресурс] - Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/333-2014-%D1%80>.

16. Про першочергові заходи з розвитку місцевого самоврядування в Україні на 2017 рік : Указ Президента України від 07.12.2016 р. № 545/2016 / Офіційний портал Верховної Ради України [Електронний ресурс]. – Джерело інформації: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/545/2016>.

17. Деякі питання реалізації Концепції реформування місцевого самоврядування та територіальної організації влади в Україні : розпорядження Кабінету Міністрів України від 22 вересня 2016 р. № 688-р / Урядовий портал [Електронний ресурс]. – Джерело інформації: <http://www.kmu.gov.ua/control/ru/cardnpd?docid=249350402>.

18. Про затвердження середньострокового плану пріоритетних дій Уряду до 2020 року та плану пріоритетних дій ряду на 2017 рік : розпорядження Кабінету Міністрів України від 3 квітня 2017 р. N 275-р / Урядовий портал [Електронний ресурс]. – Джерело інформації: <http://www.kmu.gov.ua/control/uk/cardnpd?docid=249935442>

19. Децентралізація на власному досвіді: в яких регіонах найбільш позитивно оцінюють реформу? / Сайт Національної ради реформ [Електронний ресурс] - Режим доступу: <http://reforms.in.ua/ua/novyna/decentralizaciya-na-vlasnomu-dosvidi-v-yakuh-regionah-naybilshpozytyvno-ocinyuyut-reformu>

20. Децентралізація та реформа місцевого самоврядування : результати другої хвилі соціологічного опитування / Київський міжнародний інститут соціології [Електронний ресурс] - Режим доступу: <http://www.slg-coe.org.ua/wp-content/uploads/2016/12/Analitychnyi>

21. Сайт Центральної виборчої комісії [Електронний ресурс] - Режим доступу:

https://www.drv.gov.ua/portal/!cm_core.cm_index?option=ext_gromada&prejim=1&pmn_id=145

22. На призначення перших виборів чекають вже 106 об'єднаних громад / Офіційний сайт Мінрегіону України [Електронний ресурс] - Режим доступу: <http://www.minregion.gov.ua/press/news/na-priznachennya-pershih-viboriv-chekayut-vzhe-106-obyednanih-gromad-v-yacheslav-negoda/>.

23. Реєстр договорів про співробітництво територіальних громад (станом на 10.05.2017 р.) / Сайт Міністерства регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства [Електронний ресурс] - Режим доступу: <http://www.minregion.gov.ua/wpcontent/uploads/2017/05/REYESTR-Dogovoriv-pro-spivrobitnitstvu-stanom-na-10.05.2017.pdf>. 22

24. Про внесення змін до Методики формування спроможних територіальних громад: постанова Кабінету Міністрів України від 8 вересня 2016 р. № 601 / Урядовий портал [Електронний ресурс]. – Джерело інформації: <http://www.kmu.gov.ua/control/uk/cardnpd?docid=249308591>.

25. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо добровільного приєднання територіальних громад : закон України від 09.02.2017 № 1851-VIII / Офіційний портал Верховної Ради України [Електронний ресурс]. – Джерело інформації: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1851-19>.

26. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо особливостей добровільного об'єднання територіальних громад, розташованих на територіях суміжних районів : закон України від 14.03.2017 р. № 1923-VIII / Офіційний портал Верховної Ради України [Електронний ресурс]. – Джерело інформації: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1923-19>

27. Про внесення змін до деяких законів України щодо статусу старости села, селища : закон України від 09.02.2017 р. № 1848-VIII / Офіційний портал Верховної Ради України [Електронний ресурс]. – Джерело інформації: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1848-19>.

28. Про внесення змін до деяких законів України щодо набуття повноважень сільських, селищних, міських голів : закон України від 09.02.2017 р. № 1850-VIII / Офіційний портал Верховної Ради України [Електронний ресурс]. – Джерело інформації: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1850-19>

29. Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 9 березня 2006 р. № 268 та визнання такими, що втратили чинність, деяких постанов Кабінету Міністрів України : постанова Кабінету Міністрів України від 24 травня 2017 р. № 353 / Урядовий портал [Електронний ресурс]. – Джерело інформації: <http://www.kmu.gov.ua/control/uk/cardnpd?docid=250014893>.

30. Про затвердження переліку спроможних об'єднаних територіальних громад, у яких відбулися перші вибори депутатів сільської, селищної, міської ради та відповідного сільського, селищного, міського голови у 2016 році : розпорядження Кабінету Міністрів України від 24 травня 2017 р. № 348-р / Урядовий портал [Електронний ресурс]. – Джерело інформації: <http://www.kmu.gov.ua/control/uk/cardnpd?docid=250014874>

31. Проект Закону про внесення змін до Закону України "Про Державний бюджет України на 2017 рік" (щодо забезпечення фінансування місцевих виборів) / Офіційний портал Верховної Ради України [Електронний ресурс]. – Джерело інформації: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=61760.

32. Пропозиції Президента до Закону "Про службу в органах місцевого самоврядування / Офіційний портал Верховної Ради України [Електронний ресурс]. – Джерело інформації: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_2?id=&pf3516=2489&skl=9.

33. Про утворення Офісу реформ : Постанова Кабінету Міністрів України від 11 жовтня 2016 р. № 768 / Офіційний портал Верховної Ради України

[Електронний ресурс]. – Джерело інформації:
<http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/768-2016-п>

34. Довідка щодо стану виконання місцевих бюджетів за січень-грудень 2016 року / Міністерство фінансів України [Електронний ресурс]. – Джерело інформації:-

[http://www.minfin.gov.ua/uploads/redactor/files/ДОВІДКА%20\(січень-грудень.pdf](http://www.minfin.gov.ua/uploads/redactor/files/ДОВІДКА%20(січень-грудень.pdf).

35. Сайт Мінрегіону України [Електронний ресурс]. – Джерело інформації:
<http://www.minregion.gov.ua/press/news/48-4-mlrd-grn-do-mistsevih-byudzhetiv-i-2-3-mlrd-grn-dobyudzhetiv-otg-rezultati-finansovoyi-detsentralizatsiyi-za-2016-rik/>

36. Сайт Мінрегіону України [Електронний ресурс]. – Джерело інформації:
<http://www.minregion.gov.ua/press/news/48-4-mlrd-grn-do-mistsevih-byudzhetiv-i-2-3-mlrd-grn-dobyudzhetiv-otg-rezultati-finansovoyi-detsentralizatsiyi-za-2016-rik/>

37. Сайт Мінрегіону України [Електронний ресурс]. – Джерело інформації:
<http://www.minregion.gov.ua/press/news/ob-yednani-gromadi-osvoyili-95-subventsiyi-na-rozvitokinfrastrukturi-svoyih-teritoriy-reforma-diye/>

38. Довідка щодо стану виконання доходів місцевих бюджетів за січень-квітень 2017 року / Міністерство фінансів України [Електронний ресурс]. – Джерело інформації: <http://www.minfin.gov.ua/news/view/vykonannia-dokhodiv-mistsevykh-biudzhetiv-?category=bjudzhet&subcategory=local-budg>

39. Місцеві бюджети за підсумками 4-х місяців 2017 року [Електронний ресурс]. – Джерело інформації: <http://reforms.in.ua/ua/novyna/miscevi-byudzhety-za-pidsumkamy-4-h-misyaciv-2017-roku>

40. Прем'єр-міністр доручив вирішити проблему штучного стримування об'єднання територіальних громад на Київщині [Електронний ресурс]. – Джерело інформації: <http://decentralization.gov.ua/news/item/id/5669> 30 Жебрівський пообіцяв Ахметову проблеми / Дзеркало тижня [Електронний ресурс]. – Джерело інформації: https://dt.ua/POLITICS/zhebrivskiy-poobicyav-ahmetovu-problemi-229940_.html.

41. Міністерство регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України [Електронний ресурс]. – Джерело інформації: <http://www.minregion.gov.ua/press/news/nastav-chas-formuvannya-efektivnogo-rayonnogo-rivnya-ivzhe-ochevidno-z-yakih-rayoniv-treba-pochinati-v-yacheslav-negoda/>

42. Об'єднана громада, що «поглинула» весь район: візит до Сновської ОТГ [Електронний ресурс]. – Джерело інформації: <http://decentralization.gov.ua/news/item/id/5646>