

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
Центр професійної та післядипломної освіти  
Кафедра управління імені Олега Балацького

Шифр \_\_\_\_\_

Наказ ректора про  
затвердження теми

„До захисту допускається”  
завідувачка кафедри  
\_\_\_\_\_ Г.О.Швіндіна

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА**  
**на тему**  
**«Шляхи вдосконалення організації надання медичної**  
**допомоги сільському населенню»**

за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування»,  
освітньо-професійна програма «Управління та адміністрування  
в охороні здоров'я»

*Студента гр.УЗ-мз91-ш Побивайло Людмилі Василівні*

Кваліфікаційна робота магістра містить результати власних досліджень.  
Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на  
відповідне джерело \_\_\_\_\_ Побивайло Л.В.

*Наукові керівники:* \_\_\_\_\_ д.мед.н., професор Сміянов В.А.  
\_\_\_\_\_ к.е.н., доцент Оніщенко М.Л.

Суми 2020р.

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
Центр професійної та післядипломної освіти  
Кафедра управління імені Олега Балацького

ЗАТВЕРДЖУЮ  
Завідувач кафедри \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ р.

ЗАВДАННЯ ДЛЯ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ МАГІСТРА  
за спеціальністю  
281 «Публічне управління та адміністрування»  
освітня програма «Управління та адміністрування в охороні здоров'я»  
студенту групи У3-мз91-ш

\_\_\_\_\_ Побивайло Людмилі Василівні \_\_\_\_\_

1. Тема роботи: Шляхи вдосконалення організації надання медичної допомоги сільському населенню  
затверджена наказом по СумДУ № \_\_\_\_\_ від „\_\_\_\_\_” \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ р.
2. Термін подання студентом закінченої роботи \_\_\_\_\_
3. Мета кваліфікаційної роботи: полягає у визначенні основних шляхів вдосконалення організації надання медичної допомоги сільському населенню.
4. Об'єкт дослідження: шляхи вдосконалення організації надання медичної допомоги сільському населенню.
5. Предмет дослідження: теоретико-методичні засади вдосконалення організації процесу надання медичної допомоги сільському населенню.
6. Кваліфікаційна робота виконується на матеріалах: Кролевецького районного центру первинної медико – санітарної допомоги
7. Орієнтовний план кваліфікаційної роботи, терміни подання розділів керівникові та зміст завдань для виконання поставленої мети.

№ пор.	Назва розділу	Термін подання
I	Теоретико-методичні аспекти організації медицини для мешканців сільської місцевості	листопад, 2020
II	Аналіз організації медичної допомоги сільському населенню	листопад, 2020
III	Шляхи покращення надання медичних послуг сільському населенню	10 грудня, 2020

Зміст завдань для виконання поставленої мети кваліфікаційної роботи магістра:

У розділі 1 студент має дослідити теоретико-методичні аспекти організації медицини для мешканців сільської місцевості.

У розділі 2 студент має провести аналіз організації медичної допомоги сільському населенню

У розділі 3 студент має запропонувати основні шляхи покращення надання медичних послуг сільському населенню

8. Консультації щодо виконання роботи:

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
1			
2			
3			

9. Дата видачі завдання \_\_\_\_\_

Керівник кваліфікаційної роботи

\_\_\_\_\_  
(підпис)

Оніщенко М.Л.

Завдання до виконання одержав

\_\_\_\_\_  
(підпис)

Побивайло Л.В.

### **Анотація**

У магістерській роботі розглянуто основні шляхи вдосконалення організації надання медичної допомоги сільському населенню. Проаналізовано основні теоретико-методичні аспекти організації медицини для мешканців сільської місцевості, набули подальшого розвитку особливості надання загальної лікарської практики в сільській місцевості; основні етапи удосконалення механізму надання медичних послуг сільському населенню.

Надання медичних послуг мешканцям села – це складний багатомірний процес консультування, що полягає в наданні кваліфікованої медичної послуги сільському населенню.

## РЕФЕРАТ

*Структура й обсяг роботи.* Робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, що включає 30 найменувань. Загальний обсяг магістерської роботи становить 36 с., у тому числі 2 таблиць, 2 рисунків, список використаних джерел – 4 сторінки.

**Актуальність теми дослідження,** зумовлена процесами, які відбуваються в охороні здоров'я, а саме реформуванням системи медичного забезпечення населення України, через надання якісних медичних послуг, розвитку та процвітанню організації.

*Мета роботи* полягає у визначенні основних шляхів вдосконалення організації надання медичної допомоги сільському населенню, що зумовлює необхідність послідовного розв'язання таких завдань:

- дослідити особливості надання допомоги жителям сільської місцевості;
- дослідити методичні підходи до визначення ефективності медичної послуги;
- дослідити зарубіжний досвід забезпечення якості медичних послуг;
- надати загальну характеристику «Кролевецького районного центру первинної медико – санітарної допомоги»;
- надати оцінку якості медичної допомоги сільському населенню;
- надати оцінку механізму удосконалення надання медичних послуг сільському населенню;
- визначити основні напрямки забезпечення медичною допомогою Кролевецької об'єднаної територіальної громади та Кролевецького району.

*Об'єктом дослідження* є шляхи вдосконалення організації надання медичної допомоги сільському населенню.

*Предметом* є теоретико-методичні засади вдосконалення організації процесу надання медичної допомоги сільському населенню.

*Методи дослідження.* Методологічною основою дослідження виступають різноманітні методи обробки даних, а саме: порівняльний аналіз,

метод наукової абстракції, індукції та дедукції, аналізу і синтезу, методи, які включають розрахунок аналітичних таблиць, логічний метод.

*Наукова новизна.*

- набули подальшого розвитку особливості надання загальної лікарської практики в сільській місцевості; основні етапи удосконалення механізму надання медичних послуг сільському населенню.

**Ключеві слова:** СІЛЬСЬКЕ НАСЕЛЕННЯ, МЕДИЧНІ ПОСЛУГИ, ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я.

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	8
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИЦИНИ ДЛЯ МЕШКАНЦІВ СІЛЬСЬКОЇ МІСЦЕВОСТІ.....	10
1.1. Особливості надання допомоги жителям сільської місцевості....	10
1.2. Методичні підходи до визначення ефективності медичної послуги.....	12
1.3. Зарубіжний досвід забезпечення якості медичних послуг.....	14
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ СІЛЬСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ.....	18
2.1. Загальна характеристика «Кролевецького районного центра первинної медико – санітарної допомоги».....	18
2.2. Оцінка якості медичної допомоги сільському населенню.....	20
РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ ПОКРАЩЕННЯ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ СІЛЬСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ.....	24
3.1. Удосконалення механізму надання медичних послуг сільському населенню.....	24
3.2. Забезпечення медичною допомогою Кролевецької об'єднаної територіальної громади та Кролевецького району.....	25
ВИСНОВКИ.....	29
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ДЖЕРЕЛ.....	32

## ВСТУП

На сьогодні гостра стоїть проблема забезпечення сільського населення якісними медичними послугами. Найважче на селі доводиться жителям похилого віку, серед яких достатні багато пацієнтів, які не можуть вчасно відвідати медичну установу для обстеження або лікування. Експерти відзначають, що серед тих селян, які можуть відвідувати лікарку, що лікує, хоч би раз на місяць майже в два рази менше, ніж серед міських. Реформування системи медичного обслуговування населення, розглядаються в роботах як вітчизняних, так і за рубіжних науковців, а саме: Авраменко О.І., Мачуга Н.З., Очеретько О.М., Сміянов В.А., Клісов Ф.В. та ін. Основні їх напрямки спрямовані на формування якісних медичних послуг, а питання забезпечення сільського населення послугами знаходиться не на достатньому рівні вивчення. Тому тема дипломної роботи є дуже актуальною.

*Мета роботи* полягає у визначенні основних шляхів вдосконалення організації надання медичної допомоги сільському населенню, що зумовлює необхідність послідовного розв'язання таких завдань:

- дослідити особливості надання допомоги жителям сільської місцевості;
- дослідити методичні підходи до визначення ефективності медичної послуги;
- дослідити зарубіжний досвід забезпечення якості медичних послуг;
- надати загальну характеристику «Кролевецького районного центру первинної медико – санітарної допомоги»;
- надати оцінку якості медичної допомоги сільському населенню;
- надати оцінку механізму удосконалення надання медичних послуг сільському населенню;
- визначити основні напрямки забезпечення медичною допомогою Кролевецької об'єднаної територіальної громади та Кролевецького району.

*Об'єктом дослідження* є шляхи вдосконалення організації надання медичної допомоги сільському населенню .



*Предметом є* теоретико-методичні засади вдосконалення організації процесу надання медичної допомоги сільському населенню.

*Методи дослідження.* Методологічною основою дослідження виступають різноманітні методи обробки даних, а саме: порівняльний аналіз, метод наукової абстракції, індукції та дедукції, аналізу і синтезу, методи, які включають розрахунок аналітичних таблиць, логічний метод.

*У першій частині* роботи досліджено теоретико-методичні аспекти організації медицини для мешканців сільської місцевості: особливості надання допомоги жителям сільської місцевості; методичні підходи до визначення ефективності медичної послуги; зарубіжний досвід забезпечення якості медичних послуг.

*У другій частині* здійснено аналіз організації медичної допомоги сільському населенню: загальну характеристику «Кролевецького районного центра первинної медико – санітарної допомоги»; надано оцінку якості медичної допомоги сільському населенню;

*У третій частині* набули подальшого розвитку особливості надання загальної лікарської практики в сільській місцевості; основні етапи удосконалення механізму надання медичних послуг сільському населенню.

Практичне значення отриманих результатів полягає в тому, що вивчення результатів дослідження можуть бути пов'язані з наданням конкретних пропозицій щодо надання медичних послуг населенню, що мешкає в сільській місцевості. Пропозиції є безпосереднім і прямим посиленням і можуть бути прийняті керівництвом Кролевецької об'єднаної територіальної громади та Кролевецького району.

Запропоновані в роботі теоретичні положення, висновки і рекомендації можуть бути депоновані навчальному процесі Сумського Державного університету.

## РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИЦИНИ ДЛЯ МЕШКАНЦІВ СІЛЬСЬКОЇ МІСЦЕВОСТІ

### 1.1. Особливості надання допомоги жителям сільської місцевості.

Перед сільською охороною здоров'я стоять великі завдання по поліпшенню матеріально-технічної бази організацій сільської лікарської допомоги, подальшому вдосконаленню і підвищенню рівня надання медичної допомоги, поліпшенню показників стану здоров'я сільського населення. Надання лікаркою загальної практики багатопрофільної лікарської допомоги вирішує інтереси як системи охорони здоров'я – на рівні сільської лікарської ділянки немає профільних фахівців, так і населення – здобуття медичної допомоги за місцем проживання.

Система охорони здоров'я будь-якої країни складається з двох частин: первинна медико-санітарна допомога (ПМСД) і спеціалізована медична допомога. Відмінність полягає в тому, що в одних країнах перевага віддається розвитку ПМСД, а в інших – спеціалізованій медичній допомозі. Сьогодні працюють дві системи: стаціонари, в яких об'єм виконуваних маніпуляцій і функціональна здатність лікарок зведена до мінімуму, не дивлячись на те, що на дві треті поліклініки укомплектовані «вузькими» фахівцями [20].

Автори [Головський Б.В. (2005), Лаврищева Г.А. (2003), Саприкіна А.Г. (2003)], наполягають на тому, що загальна лікарська практика (ЗЛП) не надає вибору для сільської місцевості. Рівень життя там нижче, ніж в містах, найвища захворюваність, більше травм. Вирішенням даної проблеми, на нашу думку, має стати лікарки загальної практики (ЗЛП), належним чином підготовлені і забезпечені. ЗЛП може узяти на себе 80% функцій «вузьких»

фахівців, що дозволить на місці надавати майже всю необхідну медичну допомогу, розвантажити роботу центральних районних поліклінік (ЦРП) і станцій швидкої медичної допомоги (ССМД).

Безліч проблем зі здоров'ям, пацієнтів, що виникають на рівні першого контакту з системою охорони здоров'я можуть бути вирішені в рамках ЗЛП, але ЗЛП, повинен при необхідності своєчасний направляти пацієнтів до «вузьких» фахівців. ЗЛП бере на себе відповідальність за ухвалення первинного рішення, при необхідності консультуючись з «вузькими» фахівцями [11].

Особливості мешкання в сільській місцевості (віддаленість від ЦРП, проблеми транспортної доступності, характер розселення сільського населення, постаріння населення) роблять значний вплив на об'єм і рівень забезпечення медичною допомогою сільського населення. Збереження екстенсивної дороги розвитку охорони здоров'я, привело до виникнення стійких недоліків в первинній ланці сільської охорони здоров'я:

- зайва «вузька» спеціалізація (включаючи «вузьку» спеціалізацію лікарів терапевтичного профілю;
- недостатня кваліфікація лікарів, що надають медичну допомогу на догоспітальному етапі (лікарки ЦРП –72%, лікарки СБУ –46%);
- падіння престижу лікарів первинної ланки сільської охорони здоров'я, у зв'язку з «неперспективністю» роботи;
- відсутність лікарки, яка узяла б на себе відповідальність за здоров'я пацієнта;
- можливість відвідин профільних фахівців, минувши дільничну лікарку;
- «дефіцит» лікарів, що працюють в сільській місцевості (не перевищує 75%);
- зростання незадоволенню сільського населення умовами і місцем надання лікарської допомоги [8, 9, 10].

Для сучасного етапу характерний інтенсивний розвиток сільської охорони здоров'я: скорочення кількості сільських дільничних лікарень, а також перетворення їх в сільські лікарські амбулаторії і лікарні сестринського відходу, організація роботи дільничної лікарки на основі ЗЛП, впровадження стаціонарних технологій у вигляді денних.

Надання багатопрофільної лікарської допомоги за місцем проживання сільського населення повинно призводити до зниження тієї, що звертаються до профільних фахівців в ЦРП, що дозволяє понизити фінансові і тимчасові витрати хворих. Зрештою приводить до задоволення сільського населення наданою медичною допомогою.

Швидка і невідкладна медична допомога в сільській місцевості повинна мати наступні особливості: доступність («безвідмовність»), продуктивність її надання, багатопрофільність її надання («універсальність»), висока ресурсна витратність, синдромальна діагностика захворювань («невизначеність» діагностики).

Спадкоємність роботи ЗЛП з профільними фахівцями, з ССМД і стаціонарними організаціями грає позитивну роль:

- ефективне використання лікаррок первинної ланки сільської охорони здоров'я;
- зниження витрат на стаціонарну допомогу за рахунок динамічного спостереження за здоров'ям пацієнтів і профілактики захворювань;
- зниження витрат на надання швидкої медичної допомоги за рахунок обслуговування викликів лікарками і фельдшерами загальної практики.

Основні принципи взаємодії первинної медико-санітарної і спеціалізованої медичної допомоги:

- етапність надання медичної допомоги;
- спадкоємність надання медичної допомоги на різних етапах;
- доступність медичної допомоги населенню СБУ;
- безоплатність медичної допомоги сільському населенню;

- державне регулювання заходів щодо надання медичної допомоги сільському населенню [11].

На нашу думку, першим в наданні ПМСД є профілактичний етап. На цьому етапі з профілактичних заходів пріоритетними напрямками є: активне проведення профілактики і формування в населення здорового способу життя; проведення імунопрофілактики; консультації по проблемах здоров'я; школи здоров'я; проведення скринінгових досліджень по виявленню чинників ризику; виявлення захворювань на ранніх стадіях розвитку; диспансерне спостереження здорових, вагітних, дітей, осіб декретованих груп; облич з груп ризику, спостереження хронічних хворих і профілактика у них загострень (ускладнень) хронічних захворювань, проведення раціональної маршрутизації хворих. Ці заходи виконуються на всіх етапах первинної ланки охорони здоров'я. Враховуючи, що ця робота міжвідомча, в її проведенні беруть участь: працедавці, центри профілактики і здоров'я, ЗМІ, фахівці народної освіти, культури, церковнослужителі, громадські організації і ін.

Другий етап – лікувально-патронажний (парагоспітальний). На цьому етапі пріоритетними напрямками є: короткочасний і регулярний патронаж, корекція чинників ризику, лікування захворювань на ранніх стадіях розвитку, доліковування хворих в «стаціонарі вдома» і денному стаціонарі при амбулаторно-поліклінічній установі; надання невідкладної і паліативної допомоги вдома і в поліклініці; медична допомога вперше хворим і лікування хворих із загостреннями хронічних захворювань в амбулаторних умовах. Ці заходи виконуються медичними працівниками дільничної служби на всіх етапах, в т.ч. мобільними і постійно діючими медичними бригадами, а в поліклініках – із залученням лікарів фахівців.

Третій етап – відновного лікування і реабілітації. Даний вигляд допомоги виявляється на базі фізіотерапевтичних кабінетів, що існують в поліклініках, відділень (у крупних міських поліклініках – центрів) відновного лікування і реабілітації. Ці підрозділи доукомплектовуються

необхідними кваліфікованими фахівцями (фізіотерапевт, лікарка (інструктор) ЛФК, психолог, соціальний працівник), оснащуються ефективним устаткуванням і у необхідній кількості засобами лікарської і немедикаментозної терапії [16].

Слід зазначити, для жителів сільської місцевості може бути доступним лише перших два етапи.

### **1.2. Методичні підходи до визначення ефективності медичної послуги.**

Економічна ефективність медичної послуги і медичної допомоги показує раціональне використання матеріальних, трудових і фінансових ресурсів при вирішенні поставлених завдань в області охорони здоров'я. Іншими словами, це співвідношення отриманих результатів з витраченими на це засобами. Її розрахунок виробляється з метою визначення найбільш економічного використання наявних ресурсів. В охороні здоров'я економічна ефективність розглядається в двох напрямках: ефективність використання різних видів ресурсів і вплив охорони здоров'я на розвиток суспільного виробництва в цілому.

Економічна ефективність зв'язує обсяги медичних послуг з витратами і її підвищення дозволяє зберегти або збільшити об'єми медичної допомоги при збереженні або економії ресурсів. Соціальна ефективність характеризує доступність медичної допомоги певної якості і являє собою забезпечення певного рівня якості медичних послуг в рамках існуючих ресурсів [27, 28] рис. 1.1.

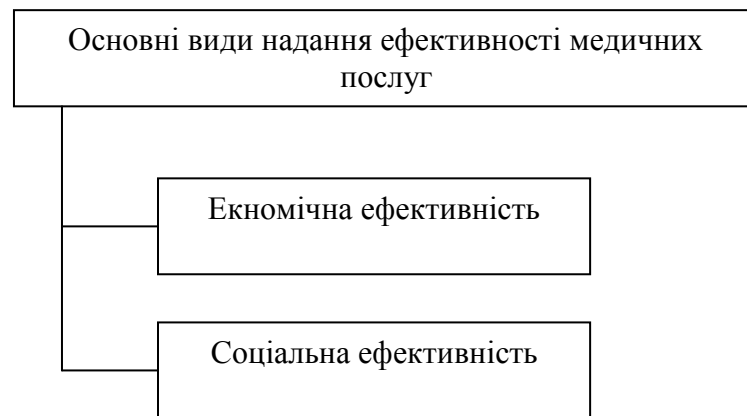


Рис. 1.1. Основні види ефективності

Джерело: узагальнено на основі [Jin-Li Hu1, 2014; ]

Зокрема, соціальна ефективність медичних послуг безпосередньо пов'язана з їх якістю і задоволеністю населення в них, оскільки може бути оцінена також як співвідношення числа задоволених до загального числа оцінюваних випадків. Адже задоволеність пацієнтів відображає соціальну прийнятність системи охорони здоров'я і вплив на здоров'ї населення [28]

Якість медичної послуги – це її відповідність певним встановленим вимогам, у тому числі: відповідність вмісту медичної діяльності, потребам пацієнтів, системі встановлених стандартів і нормативів.

При оцінці якості медичної послуги використовується значна кількість показників, серед яких її результативність, ефективність, повнота реалізації професійної компетентності, науково-технічний рівень послуги, задоволеність пацієнта медичним обслуговуванням. Сучасні соціально-економічні умови діяльності всієї системи охорони здоров'я вимагають забезпечення населення якісними медичними послугами в умовах обмеженого фінансування. У комплексному дослідженні ефективності медичної послуги, з врахуванням визначальних її чинників, якість медичної послуги є необхідною, проте не вичерпною складовою [10].

Пояснюється це тим, що під категорією якості розуміється відповідність її вмісту основній діяльності, нормативам і стандартам, потребам споживачів. Забезпечення якості без врахування затрат не має сенсу, оскільки в забезпеченні якості медичної послуги істотну роль грає чинник економічності і раціональності використання її ресурсних складових [3].

Розглядати спільно необхідно «якість» і «ефективність» медичної послуги, тому що існує взаємозв'язок, і їх оцінка базується на цілях, індикаторах і показниках. Підвищення якості і ефективності знаходиться в області стратегій, що забезпечують реалізацію основної мети в охороні здоров'я – підвищення соціальної цінності медичної допомоги на основі використання сучасної методології менеджменту [18].

### **1.3. Зарубіжний досвід забезпечення якості медичних послуг.**

Одночасне досягнення фінансової стійкості і рівного доступу населення до передових методів лікування і медичних технологій – важливе завдання, з яким стикається охорона здоров'я більшості країн світу. Це актуально не лише для бідних держав, що розвиваються, з перехідною економікою, але і для розвинених країн, які витрачають на охорону здоров'я істотно більше необхідного мінімуму, рекомендованого ВОЗ (5–6% від ВВП). Проте, на жаль, навіть в цих країнах істотна частина, що виділяється на охорону здоров'я використовується неефективно.

Навіть по найконсервативніших оцінках, частка подібних витрат в світі складає від 20 до 40% [1].

Поліпшенню охорони здоров'я сприяють нові медичні технології, що дозволяють ефективно боротися з такими серйозними проблемами, як хронічні захворювання, онкологія і рідкі хвороби. Як наслідок, зростає попит на нові послуги і інноваційні методи лікування, зростають вимоги



до їх якості, з'являються додаткові фінансові ризики, підвищуються чекання пацієнтів.

В умовах уповільнення темпів економічного зростання системам охорони здоров'я практично всіх провідних країн доводиться вирішувати такі проблеми, як пошук додаткових джерел фінансування, підвищення якості медичної допомоги і впровадження ефективніших форм її організації. Кожна країна личить до вирішення вказаних проблем, спираючись на модель охорони здоров'я, що склалася. У розвинених країнах набули поширення три основні моделі охорони здоров'я, в основі яких лежать різні способи фінансування і форми організації надання медичних послуг. Бісмарка (страхова); Беверіджа (державна); Семашко (що є різновидом державної системи) і приватна [7].

Охорона здоров'я, що існує в світовій практиці системи, має свою специфіку, що підтверджує відсутність універсальних методів управління. В той же час в розвинених країнах (окрім Данії) державна політика у сфері охорони здоров'я направлена, з одного боку, на оптимізацію витрат на медичні послуги і ліки, незалежно від того, хто оплачує ці послуги – держава (Німеччина, Великобританія) або населення (США), з іншого боку, пріоритетними напрямками є: підвищення кваліфікації медичного персоналу, розвиток конкурентного середовища, соплатежі населення і підвищення якості медичних послуг і стандартизація.

Перші три моделі будуються на передумові, що доступ людини до медичних послуг не залежить від його добробуту: багаті платять за бідних, здорових – за хворих, в приватній же моделі медичні послуги розглядаються як будь-який інший товар. В даний час не існує єдиної, найбільш ефективної моделі системи охорони здоров'я, що приводить до необхідності проведення реформ навіть в країнах з високими показниками здоров'я населення і рівня життя. Порівняльна характеристика систем охорони здоров'я наведена в табл. 1.1.

Таблиця 1.1. – Порівняльна характеристика систем охорони здоров'я

Система охорони здоров'я	Переваги	Недоліки
Страхова	<ul style="list-style-type: none"> <li>• широкий обхват населення медичною допомогою;</li> <li>• розподіл фінансового навантаження на охорону здоров'я між державою і приватним сектором;</li> <li>• висока якість медичних послуг, пов'язана з можливістю вибору страховика населенням</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• відсутність рівної доступності медичної допомоги для різних соціальних груп і віддалених територій;</li> <li>• тенденція до невиправданого зростання вартості медичних послуг; недостатній облік інтересів пацієнтів, що входять в групи високої ризику, тривало знаходяться в стаціонарі або залишилися поза системою соціального страхування;</li> <li>• наявність приватного страхування порушує принцип «багаті платять за бідних, здорових – за хворих»</li> </ul>
Державна	<ul style="list-style-type: none"> <li>• повний обхват населення медичною допомогою; широкі регулятивні можливості;</li> <li>• широкий набір інструментів для реалізації планів</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• недостатнє стимулювання зростання ефективності медичних послуг і обслуговування населення; централізована заборона державою зростання витрат на охорону здоров'я; недостатній облік думки пацієнта при виборі лікарки і медичної установи;</li> <li>• черга – регулювальник забезпечення медичної допомоги, у зв'язку з чим забезпечені групи населення вважають за краще звертатися до частнопрактикуючим лікаркам;</li> <li>• недостатній вибір умов госпіталізації</li> </ul>

продовження табл.1.1.

Приватна	<ul style="list-style-type: none"> <li>• конкуренція приводить до підвищення якості медичних послуг;</li> <li>• висока вартість медичної допомоги підвищує значущість самостійної турботи про своє здоров'я населення</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• висока вартість медичної допомоги; низький пріоритет профілактичної роботи; відсутність рівної доступності медичної допомоги для населення різних соціальних груп;</li> <li>• відсутній механізм впливу на територіальний розподіл медичних служб;</li> <li>• відбувається «нав'язування» зайвих медичних послуг, оскільки попит на медичні послуги не повною мірою відповідає пропозиції</li> </ul>
----------	--	---

Джерело: узагальнено автором на основі [23, 26, 29]

Ефективність функціонування системи охорони здоров'я залежить від досягнення поставленої перед нею мети поліпшення стану здоров'я населення зв'язані не стільки з реалізацією конкретних методів управління, скільки з соціально-економічними умовами їх реалізації і існуючою системою надання медичної допомоги. Це підтверджується схожими темпами приросту очікуваної тривалості життя при народженні в розвинених країнах, не дивлячись на істотну відмінність в інструментах управління, і актуалізує детальне вивчення механізму впливу соціально економічних умов на стан здоров'я населення.

## РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ОРГАНІЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ СІЛЬСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ

### 2.1 Загальна характеристика «Кролевецького районного центра первинної медико – санітарної допомоги»

Комунальне підприємство «Кролевецький районний центр первинної медико – санітарної допомоги» Кролевецької районної ради реорганізоване та зареєстроване у державного реєстратора 07.11.18 р. У грудні місяці укладена угода з НСЗУ на 2019 рік. Центр отримав ліцензію затверджену наказом Міністерства охорони здоров'я на право провадження господарської діяльності з медичної практики від 20.12.2018 року № 2373 [13].

З урахуванням методичних рекомендацій визначених наказом МОЗ №178/4 від 06.02.2018р. [14] на базі існуючих медичних закладів розроблений та затверджений проект спроможної мережі розпорядженням голови Сумської обласної державної адміністрації від 22.05.2018 року № 311 – Од «Про затвердження Плану спроможних мереж надання первинної медичної допомоги Сумської області», по Кролевецькому району затверджено 30 місць надання первинної медичної допомоги до якої входять 10 амбулаторій та 20 пунктів здоров'я (1- центральна ПМД, 1 - центральна, периферійна I порядку АГ, 8 - периферійних II порядку АМ, 20 - ПЗ) [16].

Зі сформованих (20) пунктів здоров'я являються ненормативними (17), включення їх до спроможної мережі пояснюється віддаленістю даних пунктів від центрів території доступності більше 7 км та повною (100%) укомплектованістю молодшими спеціалістами з медичною освітою працездатного віку.

В центрі функціонує 2 – міських лікарських амбулаторії, 5 - амбулаторій загальної практики – сімейної медицини, 2 сільських лікарських амбулаторій, 11 – фельдшерсько – акушерських пунктів, 9 – фельдшерських пунктів.

Підприємство надає медичну допомогу населенню Кролевецького району 36372 жителям( міське населення -22540, сільське -13832) в т. ч. доросле населення 30999 осіб, із них працездатного віку 20960 осіб, дітей 5373.

Рішенням Кролевецької районної ради Сумської області сьомого скликання двадцять восьмої сесії від 21.12.18 р. «Про оптимізацію структурних підрозділів КП «Кролевецький РЦ ПМСД» за погодження сільських рад, у зв'язку із складною демографічною ситуацією та поступовим зменшенням чисельності населення у сільських населених пунктах району, враховуючи рішення сільських рад вирішено провести з 01.01.2019 оптимізацію структурних підрозділів комунального підприємства Кролевецький районний центр первинної медико-санітарної допомоги» Кролевецької районної ради, а саме:

Перепрофілювати амбулаторію загальної практики сімейної медицини с. Тулиголове у Тулиголівський фельдшерсько-акушерський пункт, амбулаторію загальної практики сімейної медицини с. Камінь у Камінський фельдшерсько-акушерський пункт;

Припинити діяльність фельдшерських пунктів шляхом їх ліквідації з подальшим прикріпленням населення для медичного обслуговування:

- Заболотівського ФП до Божківського фельдшерсько-акушерського пункту,
- Калашинівського ФП до Зазірківського фельдшерсько-акушерського пункту,
- Новоселицького ФП до Зазірківського фельдшерсько-акушерського пункту,
- Тереховського ФП до Добротівського ФАП, Зарічанського ФП до Гречкинського ФП, Отрохівського ФП до АЗПСМ с. Мутин.

Вжиті заходи щодо забезпечення максимального підписання декларацій в Кролевецькому районі, відповідно до вимог наказу Міністерства охорони здоров'я України від 19.03.2018 № 503 «Про затвердження Порядку

вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларацій про вибір лікаря». Станом на 01.10.20 р. підписано 24662 декларацій (65%) в т.ч. сільське населення 9486 декларацій – 68,6% [12].

В структурних підрозділах центру створені стенди, де пацієнт може ознайомитися про сімейного лікаря (терапевта та педіатра), висвітлюється інформація на сторінці Фейсбук та сайті центру про реформування, ведеться щотижневий моніторинг стану підписання декларацій, проводяться зустрічі з керівниками району, ОТГ та представниками ЗМІ щодо процесу реформування, виявлення проблем та шляхів їх вирішення.

Первинна ланка села (штатні посади) укомплектована фізичними особами лікарів на 75% ( по штатному розкладу 4,25 штатних одиниць, зайнято 3.25), укомплектованість фізичними особами по місту становить 58% (згідно штатного розкладу передбачено – 21,5, зайнято 12,5 штатних одиниць), укомплектованість середніми медичними працівниками по селу – 91.0 % (по штатному розкладу передбачено 33,75, зайнято 30,75), по місту – 87 % (по штатному розкладу передбачено на 25.25, зайнято 22,0 штатних одиниць).

Із лікарів, які працюють в КП «Кролевецький РЦ ПМСД» 7 лікарів пенсійного віку ( 4 лікарі – терапевтів, 1 – педіатр, 2 ЗПСЛ), що становить 47 % від всіх лікарів, Із 2-х сімейних лікарів, що працюють в сільській мережі – 2 пенсійного віку.

## **2.2 Оцінка якості медичної допомоги сільському населенню**

Впродовж останніх десятирічь більшість країн Європи активно застосовують моделі реформування системи охорони здоров'я, що базуються на стратегії пріоритетного розвитку первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД). При цьому оптимальним організаційним підходом, що потенціює ефективне використання ресурсів охорони здоров'я для забезпечення

населення доступними та якісними медичними послугами визнано розбудову служби ПМСД на засадах загальної практики - сімейної медицини [23].

Передумовою успішної реалізації цієї стратегії в певних медико - соціальних умовах є розробка та практичне впровадження стандартів фахової діяльності з визначенням найбільш раціональної з точки зору якості та ефективності медичної допомоги комбінації таких організаційних компонентів, як обсяги допомоги, що надаються на первинному рівні, модель організації загальної практики, спосіб формування списку пацієнтів сімейного лікаря, принципи взаємодії закладів ПМСД з іншими службами, організація праці медичних працівників, спосіб фінансування галузі та методи оплати послуги.

Первинною інформаційною базою для вивчення суб'єктивного компоненту результативної складової якості медичної допомоги стали дані соціологічного дослідження 850 пацієнтів, які мешкали в зоні обслуговування амбулаторій загальної практики - сімейної медицини, і медичних працівників закладів і установ різних організаційних рівнів, які забезпечували надання комплексної медичної допомоги зазначеному контингенту населення.

Якість медичної допомоги, що надається амбулаторіями загальної практики сімейної медицини мешканцям села, згідно з кваліметричною шкалою ВООЗ, відповідає низькому рівню (з точки зору пацієнтів  $(56,8 \pm 2,1)\%$ , з точки зору медичних працівників –  $(58,8 \pm 3,5)\%$ ) [18].

Найбільш низькими складовими (табл. 2.1) інтегрального показника якості є:

- стан матеріально-технічної бази (оцінка пацієнтами –  $(34,8 \pm 1,8)\%$ ;
- оцінка медичними працівниками –  $(51,3 \pm 2,5)\%$ ;
- рівень фізичної доступності допомоги (з точки зору пацієнтів –  $(48,0 \pm 1,5)\%$ , з точки зору медичних працівників –  $(47,6 \pm 1,7)\%$ );
- та рівень професійної компетентності медичного персоналу амбулаторіями загальної практики сімейної медицини (з точки

зору пацієнтів –  $(53,2 \pm 2,6)\%$ , медичних працівників –  $(52,8 \pm 2,5)\%$ .

Встановлено, що наявність хронічних захворювань відзначають  $(57,2 \pm 1,7)\%$  опитаних, оцінюють стан свого здоров'я як вкрай незадовільний –  $(24,9 \pm 1,5)\%$  респондентів, водночас рівень звернення мешканців села за допомогою в місцеві заклади первинного рівня низький: з приводу захворювань –  $(4,2 \pm 1,3)$  разів на рік, а з профілактичною метою –  $(2,1 \pm 0,7)$  разів на рік.

Таблиця 2.1 – Якість медичної допомоги в закладах первинної медико-санітарної допомоги за даними соціометричного аналізу

Критерії оцінки якості	Узагальнені показники, %	
	мешканці села	медичні працівники
<b>Якість медичної допомоги</b>	<b>56,8±2,1</b>	<b>58,8±3,5</b>
1. Адекватність	-	63,6±2,1
2. Професійна компетентність	53,9±2,8	52,8±2,5
3. Доступність	58,2±1,8	46,8±1,9
3.1. фінансова	68,3±2,1	45,9±2,5
3.2. фізична	48,0±1,5	47,6±1,7
4. Своєчасність	61,9±1,5	57,8±5,3
4.1. в амбулаторії	56,9±1,2	57,9±5,9
4.2. вдома	66,9±1,6	57,6±5,2
5. Безпека	63,2±2,1	59,1±1,7
6. Якість матеріально-технічного забезпечення	34,8±1,8	51,3±2,5
7. Якість взаємовідносин персоналу та пацієнтів	57,6±1,5	65,3±2,4
8. Безперервність	53,5±3,1	58,3±3,8
9. Наступність	59,2±3,1	56,6±3,5
10. Результативність	55,5±2,1	54,8±2,5

Джерело: узагальнено автором на основі [13, 15]

Обсяги медичної допомоги, що надає персонал амбулаторіями загальної практики сімейної медицини, відповідають фактичним потребам населення у первинній допомозі тільки на  $(66,3 \pm 2,1)\%$ .

При цьому, відсутня дієва система заохочення медичних працівників до розширення обсягів та підвищення якості допомоги: рівень заробітної плати персоналу ПМСД незадовільно низький (як низький його ідентифікували  $(38,8 \pm 2,4)\%$  респондентів, а  $(51,8 \pm 2,5)\%$  – як такий, що не дає можливості



забезпечити основні життєві потреби) та не залежить від кількісно-якісних характеристик наданих медичних послуг.

На рівні закладів первинної ланки найбільш перспективним напрямком підвищення якості та розширення обсягів медичної допомоги є розробка та впровадження організаційно-технологічних стандартів. Пріоритетним напрямком підвищення якості медичної допомоги, поряд з усуненням дублювання функцій, є корекція взаємовідносин в роботі виробничої пари «сімейний лікар-медична сестра».

## РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ ПОКРАЩЕННЯ НАДАННЯ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ СІЛЬСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ.

### 3.1. Удосконалення механізму надання медичних послуг сільському населенню.

Надання медичних послуг населенню з села, на сьогодні, це дуже складний процес, який потребує удосконалення механізму надання послуг, основні етапи, щодо удосконалення механізму наведені рис. 3.1.

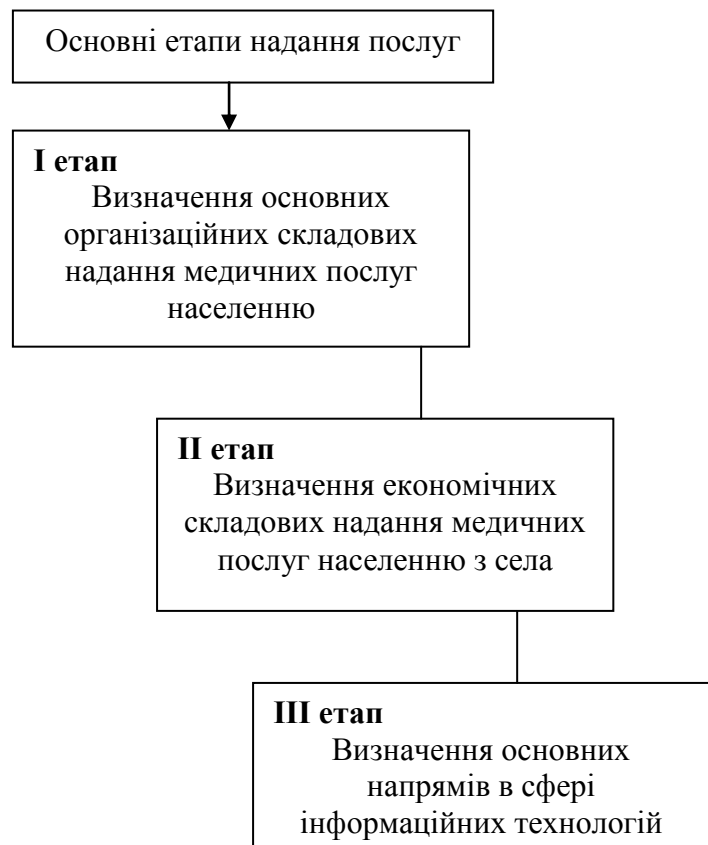


Рисунок 3.1. – Основні етапи щодо удосконалення механізму надання медичних послуг

Джерело: узагальнено на основі [5, 10]

I етап – полягає в тому, що необхідно вирішити проблему лікарів на селі - дефіцит лікарів. Їх перш за все турбує якість життя в сільській місцевості, доступне житло, доступність до інфраструктури.

II етап – полягає в тому, що важливим для лікарів, що обслуговують сільське населення є гідна заробітна плата.

III – полягає в доступності до інформаційно-комунікаційних технологій через систему Інтернет.

Зрозуміло, те що в удосконаленні механізму надання медичних послуг населенню на селі визначальна роль повинна належати державі, на рівні регіону (об'єднаним територіальним громадам, які мають власний бюджет, щодо розпорядження коштами, частина яких повинна бути спрямована на реформування медичної реформи на селі, через розробку відповідних програм, в яких треба прописати та виділити кошти на створення простих медичних пунктів, тем де відсутні фельдшерські-акушерські пункти.

### **3.2 Забезпечення медичною допомогою Кролевецької об'єднаної територіальної громади та Кролевецького району**

З метою поліпшення стану здоров'я населення, зниження показників смертності осіб працездатного віку, підвищення середньої тривалості життя, забезпечення доступності медичної допомоги розроблено та затверджено рішенням районної ради сьомого скликання «Програма забезпечення первинною медичною допомогою населення Кролевецької об'єднаної територіальної громади та Кролевецького району на 2020 рік», для проведення комплексу заходів щодо розвитку первинної медико-санітарної допомоги. Виконання даної програми дасть змогу істотно вплинути на поліпшення демографічної ситуації, досягнути справедливого розподілу і раціонального використання бюджетних коштів [6].

Що до забезпечення первинної медичної допомоги, виконання програми забезпечить:

- забезпечення населення ефективними, безпечними та якісними лікарськими засобами і виробами медичного призначення;
- створення сучасних ІКТ у сфері охорони здоров'я;
- ооснащення відповідним медичним обладнанням та виробами медичного призначення;
- проведення поточних та капітальних ремонтів лікувально-профілактичних закладів ;
- проведення заходів, що будуть сприяти розвитку системи охорони здоров'я;
- підвищення кваліфікації та навичок у медичних працівників та ін. [2].

Впровадження організаційно-правових засад державної політики щодо гарантій та організації підвищення доступності та якості медичного обслуговування на рівні первинної медичної допомоги у сільській місцевості дозволить:

- забезпечити здійснення фахового управлінського консультування лікарем-спеціалістом за місцем проживання людини, яка звертається за медичною допомогою за допомогою засобів ІКТ;
- укомплектувати заклади охорони здоров'я необхідним обладнанням і первинним набором ліків для надання первинної медичної допомоги, а також створити належну інфраструктуру.

Повноваження місцевих органів публічної влади та органів місцевого самоврядування забезпечують формування та реалізацію державної регіональної політики, щодо забезпечення підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості.

Кабінет Міністрів визначає порядок та критерії забезпечення за рахунок коштів державного бюджету закладів охорони здоров'я в сільській місцевості обладнанням та транспортними засобами необхідними для медичного обслуговування населення, зокрема:

- сучасними комп'ютерними та телекомунікаційними технологіями та засобами для забезпечення функціонування електронної системи охорони здоров'я;
- організації медичного обслуговування у сільській місцевості із застосуванням телемедицини;
- електронних рецептів;
- інтеграції інформаційних систем закладів охорони здоров'я [17, 18, 20].

Надання медичної допомоги із застосуванням телемедицини передбачає підвищення доступності та якості медичні послуг з консультування; діагностики; лікування із використанням засобів дистанційного зв'язку у вигляді обміну інформацією в електронній формі; у тому числі шляхом передачі електронних повідомлень; проведення відеоконференцій.

Форми надання телемедичних послуг:

- телемедичне консультування:
  - ✓ дистанційне надання консультації;
  - ✓ проведення діагностики;
  - ✓ лікування;
  - ✓ реабілітації та профілактики хвороб;
  - ✓ визначення закладу охорони здоров'я; що може забезпечити надання пацієнту необхідної медичної допомоги (відповідно до визначених лікуючим лікарем медичних показань);
  - ✓ надання лікарем-консультантом вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги;
- телемедичне обговорення - телемедичне консультування за участю одночасно двох і більше лікарів-консультантів;
- телеметрія:

- ✓ оцінка і моніторинг стану здоров'я пацієнта;
  - ✓ контроль показників діяльності (фізіологічних параметрів) організму людини шляхом дистанційного вимірювання;
  - ✓ збору і передачі відповідної інформації за допомогою датчиків; що фіксують біометричні показники; та пристрої зв'язку з ними з наступною обробкою даних спеціальними програмними та програмно-апаратними засобами;
- домашнє телеконсультування - форма надання телемедичних послуг; що передбачає консультування медичним працівником пацієнта; який перебуває за межами закладу охорони здоров'я [1].

Розширення повноважень об'єднаних територіальних громад у сфері соціального захисту населення; зокрема надає їм право додаткового фінансового заохочення та забезпечення службовим житлом і службовим транспортом працівників охорони здоров'я; які працюють у сільській місцевості.

## ВИСНОВКИ

Здійснив аналіз шляхів удосконалення організації надання медичних послуг сільському населенню можна зробити наступні висновки:

1. До основних особливостей надання медичної допомоги сільському населенню, слід віднести: віддаленість від центральних районних лікарень, проблеми транспортної доступності, характер розселення сільського населення, різке старіння населення. Тому для надання медичної допомоги на селі потрібні лікарі широкої кваліфікації, які можуть проконсультувати мешканців, які до них звернулися з проблемами по здоров'ю.
2. Ефективність медичної послуги, є характеристикою ефекту і показує доцільність використання матеріальних, фінансових і трудових ресурсів при даному заході, методі, втручанні. Відносно медичної послуги визначається медична, соціальна і економічна ефективність, між якими існує взаємозв'язок і взаємообумовленість. Ефективність медичної послуги розглядається в безпосередній ув'язці з її якістю. Якість і ефективність медичної послуги є взаємозв'язаними характеристиками. Проте не завжди ефективні медичні послуги, особливо, з точки зору економічної ефективності, можуть бути якісними, і не завжди якісні медичні послуги – можуть бути названі економічно ефективними.
3. Зарубіжний досвід забезпечення якості медичних послуг засвідчує, що пріоритетними напрямками є: підвищення кваліфікації медичного персоналу, розвиток конкурентного середовища, соплатежі населення і підвищення якості медичних послуг і стандартизація – все це може стати корисним для нашої країни.

4. Аналіз організації медичної допомоги сільському населенню на прикладі «Кролевецького районного центра первинної медико – санітарної допомоги» Первинна ланка села (штатні посади) укомплектована фізичними особами лікарів на 75% ( по штатному розкладу 4,25 штатних одиниць, зайнято 3.25), укомплектованість фізичними особами по місту становить 58% (згідно штатного розкладу передбачено – 21,5, зайнято 12,5 штатних одиниць), укомплектованість середніми медичними працівниками по селу – 91.0 % (по штатному розкладу передбачено 33,75, зайнято 30,75), по місту – 87 % (по штатному розкладу передбачено на 25.25, зайнято 22,0 штатних одиниць). Із лікарів, які працюють в КП «Кролевецький РЦ ПМСД» 7 лікарів пенсійного віку ( 4 лікарі – терапевтів, 1 – педіатр, 2 ЗПСЛ), що становить 47 % від всіх лікарів, Із 2-х сімейних лікарів, що працюють в сільській мережі – 2 пенсійного віку.
5. Оцінка якості медичної допомоги сільському населенню свідчить, про те, що Обсяги медичної допомоги, що надає персонал амбулаторіями загальної практики сімейної медицини, відповідають фактичним потребам населення у первинній допомозі тільки на  $(66,3 \pm 2,1)\%$ . При цьому, відсутня дієва система заохочення медичних працівників до розширення обсягів та підвищення якості допомоги: рівень заробітної плати персоналу ПМСД незадовільно низький (як низький його ідентифікували  $(38,8 \pm 2,4)\%$  респондентів, а  $(51,8 \pm 2,5)\%$  – як такий, що не дає можливості забезпечити основні життєві потреби) та не залежить від кількісно-якісних характеристик наданих медичних послуг.
6. В удосконаленні механізму надання медичних послуг населенню на селі визначальна роль повинна належати державі, на рівні регіону (об'єднаним територіальним громадам, які мають власний бюджет, щодо розпорядження коштами, частина яких повинна бути спрямована на реформування медичної реформи на селі, через розробку відповідних програм, в яких треба прописати та виділити



кошти на створення простих медичних пунктів, тем де відсутні фельдшерські-акушерські пункти.

7. Забезпечення медичною допомогою Кролевецької об'єднаної територіальної громади та Кролевецького району полягає в проведенні комплексу заходів щодо розвитку первинної медико-санітарної допомоги, які визначені у відповідному документі «Програма забезпечення первинною медичною допомогою населення Кролевецької об'єднаної територіальної громади та Кролевецького району на 2020 рік., в якій вказано основні шляхи покращення надання медичної допомоги.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авраменко О.І., Швецов В.С., Бодак В.М. Методичні підходи до формування медичних інформаційних систем //Українські медичні вісті. – 1997. – № 57-58. – С. 109 (Особистий внесок здобувача: дисертантом запропоновано викласти упорядкування інформаційних потоків в системі охорони здоров'я).
2. Аналітичні записки з розробки напрямків державної політики / Укл. В.Є. Романов, О.І. Кілієвич. - К.: Вид-во УАДУ, 2001. 236 с.
3. Безродна С. М. Управління якістю : навч. посіб. для студентів економічних спеціальностей / Безродна С. М. – Чернівці: ПВКФ «Технодрук», 2017. – 174 с.
4. Головской, Б. В. Семейная практика – путь решения некоторых проблем сельского здравоохранения / Б. В. Головской // Здравоохранение: Здравоохранение: журнал для руководителя и главного бухгалтера. – 2005. – № 1. – С. 39-41.
5. Денисов, И. Н. Перспективы развития общей врачебной практики / И. Н. Денисов // Менеджер здравоохранения. – 2004. – № 8. – С. 26-31.
6. Закон України «Про затвердження Порядку формування спроможних мереж надання первинної медичної допомоги» URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0215-18#Text> (дата звернення 27.11.2020)
7. Клисов Ф.В. Классификация наиболее известных систем здравоохранения развитых стран // Здравоохранение за рубежом. – 2010. – № 5. – С. 101–102.
8. Коротков, Ю. А. Некоторые аспекты работы врача общей практики в странах Западной Европы / Ю. А. Коротков, В. Е. Чернявский // Медицина. – 2001. – № 3. – С. 13-16.

9. Лаврищева, Г. А. Опыт внедрения общей врачебной практики в учреждениях сельской местности / Г. А. Лаврищева // Проблемы управления здравоохранением. – 2003. – № 4. – С. 24-28.
10. Мачуга Н.З. Методологічні аспекти формування та функціонування системи якісних медичних послуг в Україні [Монографія] / Н.З. Мачуга. – Тернопіль, Тайп, 2012. – 199 с.
11. Михалевич П.М. Шешко В.Ф. Наступність роботи лікаря загальної практики в сільській місцевості з сільськими медичними організаціями». URL: <https://amosov.org.ua/index.php/naukovi-materiali/nastupnist-roboti-likarja-zagalnoi-praktiki-v> (дата звернення 27.11.2020)
12. Міністерства охорони здоров'я України від 19.03.2018 № 503 «Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларацій про вибір лікаря». URL: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-19032018--503-pro-zatverdzhennja-porjadku-viboru-likarja-jakij-nadae-pervinnu-medichnu-dopomogu-ta-formi-deklaracii-pro-vibir-likarja-jakij-nadae-pervinnu-medichnu-dopomogu?preview=1> (дата звернення 28.11.2020)
13. Міністерство охорони здоров'я України. URL: <http://www.moz.gov.ua>. (дата звернення 25.11.2020)
14. Міністерство охорони здоров'я України: Що було, є і буде URL:: [https://moz.gov.ua/uploads/2/13773-transition\\_book\\_healthcare.pdf](https://moz.gov.ua/uploads/2/13773-transition_book_healthcare.pdf) (дата звернення 25.11.2020)
15. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.03.2018 № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги». URL: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-19032018--504-pro-zatverdzhennja-porjadku-nadannja-pervinnoi-medichnoi-dopomogi> (дата звернення 25.11.2020)

16. Наказ Міністерство охорони здоров'я України «Про затвердження типових інструкцій щодо заповнення форм первинної медичної документації лікувально-профілактичних закладів. URL.: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0258282-01#Text> (дата звернення 25.11.2020)
17. Національна служба здоров'я України. URL: <https://nszu.gov.ua/likar-2020> (дата звернення 25.11.2020)
18. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 років URL: <https://moz.gov.ua/uploads/0/691-strategiya.pdf>  
<https://moz.gov.ua/uploads/0/691-strategiya.pdf> (дата звернення 25.11.2020)
19. Очередыко О.М. Дослідження тенденцій реформування стаціонарної допомоги сільському населенню на первинному рівні //Матеріали шостої наук.-практ. конф. молодих учених та фахівців ВДМУ, Вінниця, 6-7 квіт., 2000.- Вінниця. - 2000. - С.31-32.
20. Проект Закону України «Про первинну допомогу на засадах сімейної медицини. URL: [http://search.ligazakon.ua/l\\_doc2.nsf/link1/JH54A00A.html](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/JH54A00A.html)
21. Сапрыкина, А. Г. Организация первичной медико-санитарной помощи сельскому населению по принципу общей врачебной практики / А. Г. Сапрыкина // Проблемы управления здравоохранением. – 2003. – № 12. – С. 5-13.
22. Сміянов В.А. Визначення якості медичної допомоги та концепції її розвитку / В.А. Сміянов // Вісник соціальної гігієни та організації хорони здоров'я України. – 2011. – №1. – С. 86-95.
23. Юристовська Н. Зарубіжний досвід державного забезпечення рівноправності у доступі до медичних послуг сільського населення у процесі реформування системи охорони здоров'я URL:

- [http://www.lvivacademy.com/vidavnitstvo\\_1/edu\\_52/fail/23.pdf](http://www.lvivacademy.com/vidavnitstvo_1/edu_52/fail/23.pdf) (дата звернення 27.11.2020)
24. Як підвищити ефективність роботи державних та комунальних закладів охорони здоров'я? URL: <http://euinfocenter.rada.gov.ua/uploads/documents/28837.pdf> (дата звернення 27.11.2020)
25. Якісна реформа медицини в умовах децентралізації URL: <https://decentralization.gov.ua/health> (дата звернення 27.11.2020)
26. Guide to the healthcare system in England 2013. URL: <https://www.gov.uk/government/publications/guideto-the-healthcare-system-in-england> (дата звернення: 25.11.2020).
27. Jin-Li Hu<sup>1</sup>, Fang-Yu Yeh<sup>2</sup> & Yun-Chih Tsai<sup>1</sup>. Regional Traffic & Medical Services and Cost Efficiency of International Tourist Hotels in Taiwan // International Business Research; Vol. 7, No. 10; 2014
28. Methods for Assessment of the Relation of Benefits to Costs in the German Statutory Health Care System, Version 1.1 (Cologne, Germany: IQWiG, Oct. 9, 2008) URL: [http://www.iqwig.de/download / 08-10-14\\_Methods\\_of\\_the\\_Relation\\_of\\_Benefits\\_to\\_Costs\\_v\\_1\\_1.pdf](http://www.iqwig.de/download/08-10-14_Methods_of_the_Relation_of_Benefits_to_Costs_v_1_1.pdf)
29. Peacock, S., Chan, C., Mangolini, M. and Johansen, D. 2001, Techniques for Measuring Efficiency in Health Services, Productivity Commission Staff Working Paper, July
30. Zhang An, Bao Yong. Research on efficiency of chinese medical health services based on analysis of c-d production function. European Scientific Journal December edition vol.8, No.30 2014.