

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

«Особливості менеджменту управління та адміністрування первинної ланки в сільській місцевості: наслідки впровадження медичної реформи в Шосткинському районі»

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

Студентки гр. УЗ.мз-91ш Пурис Ольги Олександрівни

Подається на здобуття освітнього ступеня магістр.

Кваліфікаційна робота магістра містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело _____ Пурис О.О.

Наукові керівники: _____ Валенкевич Л. П.
к.е.н., доцент кафедри політології соціології та права,
_____ Сміянов В.А.
д.мед.н, проф., завідувач кафедри громадського здоров'я

Суми 2020р.

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

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри _____

_____ 20____ р.

ЗАВДАННЯ ДЛЯ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ МАГІСТРА
за спеціальністю

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

студенту групи УЗ.мз-91.ш
Пурис Ользі Олександрівні

1. Тема роботи: Особливості менеджменту управління та адміністрування первинної ланки в сільській місцевості: наслідки впровадження медичної реформи в Шосткинському районі
затверджена наказом по СумДУ № _____ від „_____” _____ 20____ р.
2. Термін подання студентом закінченої роботи _____
3. Мета кваліфікаційної роботи: розробити рекомендацій та практичні механізми їх втілення для підвищення ефективності організації надання медичної допомоги населенню в сільській місцевості в умовах реформування
4. Об'єкт дослідження: КНП «Шосткинський районний центр ПМСД» Шосткинської районної ради Сумської області до та після впровадження медичної реформи
5. Предмет дослідження: суспільні відносини, що виникають в процесі надання первинної медичної допомоги
6. Кваліфікаційна робота виконується на матеріалах Закони України, Постанови Кабінету Міністрів України, монографії, підручники, навчальні посібники, статті та тези конференцій вітчизняних та зарубіжних авторів, Інтернет-ресурси, щорічна статистична звітність підприємства КНП «Шосткинський районний центр ПМСД», податкова звітність (баланс) КНП «Шосткинський

районний центр ПМСД», положення про центр первинної медичної (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	ОРГАНІЗАЦІЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ	10.11.2010
II	ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ДІЯЛЬНОСТІ КНП «ШОСТКИНСЬКИЙ РАЙОННИЙ ЦЕНТР ПМСД»	20.11.2020
III	РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ВИРІШЕННЯ ОСНОВНИХ ПРОБЛЕМНИХ ПИТАНЬ	30.11.2020

Зміст завдань для виконання поставленої мети кваліфікаційної роботи магістра:
У розділі 1 студент має дослідити особливості систем охорони здоров'я України, розкрити специфіку їх запровадження та розвитку, проаналізувати зарубіжний досвід впроваджених систем охорони здоров'я

У розділі 2 студент має провести аналіз діяльності КНП «Шосткинський районний центр ПМСД»

У розділі 3 студент має запропонувати рекомендації щодо вирішення основних проблемних питань, що виникли в результаті провадження господарської діяльності в умовах реформування

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)

Валенкевич Л.П.

Завдання до виконання одержав _____
(підпис)

Пурис О.О.

АНОТАЦІЯ

У роботі визначені передумови змін у системі охорони здоров'я України. Проведено порівняльний аналіз діяльності закладу первинної допомоги в сільській місцевості до впровадження реформи та після її реалізації на регіональному рівні. Виявлено зв'язок між прийняттям управлінських рішень та можливостями закладу до розвитку. Запропоновано шляхи усунення недоліків в управлінні закладом. Розроблені рекомендації щодо покращення надання медичної допомоги сільському населенню.

Ключові слова: реформа, охорона здоров'я, медична допомога, система управління.

РЕФЕРАТ

Структура і обсяг роботи. Робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, що включає 32 найменування. Загальний обсяг магістерської роботи становить 39 сторінок, в тому числі 6 рисунків, список використаних джерел – 3 сторінки.

Актуальність теми. Для організації роботи медичного закладу найбільше значення мають аналіз та об'єктивна оцінка результатів діяльності. Це є основою раціонального планування та сприяє покращенню медичного обслуговування населення. Вже сьогодні можна дослідити перші результати впровадження медичної реформи в Україні та оцінити соціальну, медичну та економічну ефективність закладу охорони здоров'я.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Дослідження механізмів фінансування закладів охорони здоров'я відображено в працях таких вчених, як Василюк О.Д., Камінської Т.М., Карпишина Н.І, Комарової І.В., Лопушняк Г.С., Мальованого М.І., Москаленко В.Ф., Опаріна В.М., Пашкова В.М., Пилипів В.В., Рожкової І.В., Слабкого Г.О., Смірнова Т.М., Федосова В.М., Швеця В.Я. та ін.. Розробці методологій та дієвих рішень щодо фінансування охорони здоров'я приділяли увагу такі західні науковці, як Е.Магуайр, М. Ширмер, Дж. Гендерсон, Г. Муні, С. Витер, Т.Енсором та ін..

Метою дослідження є розробка рекомендацій та практичного механізму їх втілення для підвищення ефективності організації надання медичної допомоги населенню в сільській місцевості в умовах реформування.

Для досягнення мети були поставлені наступні завдання:

- 1) проаналізувати основні показники діяльності закладу;
- 2) визначити основні фактори, що впливають на формування поточної ситуації;
- 3) розробити рекомендації щодо оптимізації та покращення роботи закладу.

Об'єктом дослідження визначено КНП «Шосткинський районний центр ПМСД» Шосткинської районної ради Сумської області до та після впровадження медичної реформи.

Предмет дослідження – суспільні відносини, що виникають в процесі надання первинної медичної допомоги.

В роботі використовуються такі методи дослідження, як порівняльний аналіз, синтез, прогнозування, системний підхід.

Наукова новизна та практична цінність. Вперше проведений аналіз реалізації медичної реформи окремого закладу в сільській місцевості. Розроблені рекомендації щодо усунення недоліків організації надання медичної допомоги мають аналітичне обґрунтування та можуть бути використанні при плануванні роботи медичної галузі на регіональному рівні.

Ключові слова: аналіз діяльності, реформа, медична допомога, оптимізація.

ЗМІСТ

ВСТУП

РОЗДІЛ 1 ОРГАНІЗАЦІЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

1.1 Порівняльна характеристика системи охорони здоров'я до та після впровадження медичної реформи на рівні держави

1.2 Кращі практики впровадження медичної реформи на регіональному рівні

РОЗДІЛ 2 ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ДІЯЛЬНОСТІ КНП «ШОСТКИНСЬКИЙ РАЙОННИЙ ЦЕНТР ПМСД»

2.1 Аналіз структури закладу охорони здоров'я

2.2 Аналіз основних економічних показників

2.3 Аналіз основних індикаторів якості надання первинної медичної допомоги

РОЗДІЛ 3 РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ВИРІШЕННЯ ОСНОВНИХ ПРОБЛЕМНИХ ПИТАНЬ

3.1 Основні недоліки управління в закладі охорони здоров'я

3.2 Заходи з покращення доступності та якості первинної медичної допомоги сільському населенню

ВИСНОВКИ

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

АЗПСМ – амбулаторія загальної практики – сімейної медицини

КНП – комунальне некомерційне підприємство

ЛКК – лікарська консультативна комісія

НСЗУ – Національна служба здоров'я України

ЦПМСД – центр первинної медико-санітарної допомоги

ФАП – фельдшерсько-акушерський пункт

ФП – фельдшерський пункт

ОТГ – об'єднана територіальна громада

ВСТУП

Сталий стан системи охорони здоров'я вважається головним цільовим питанням кожної країни. Рівень медичного забезпечення – це коефіцієнт благополуччя держави. Однак вплив соціально-економічних чинників на показники здоров'я населення відображаються не тільки на державному, а і на регіональному рівні. Вирішення проблеми розвитку системи охорони здоров'я неможливе без застосування нових підходів до організації управління та фінансування закладів охорони здоров'я. Особливо гостро це питання постає тоді, коли наявна система охорони здоров'я вже не вирішує поставлених завдань та досягнення очікуваних результатів сумнівне. Зважаючи на ці проблеми, проведення медичної реформи в Україні має призвести до удосконалення системи охорони здоров'я та являється одним із найважливіших завдань формування стратегії соціально-економічного розвитку та підвищення рівня та якості життя.

Актуальність теми. Для організації роботи медичного закладу найбільше значення мають аналіз та об'єктивна оцінка результатів діяльності. Це є основою раціонального планування та сприяє покращенню медичного обслуговування населення. Вже сьогодні можна дослідити перші результати впровадження медичної реформи в Україні та оцінити медичну, соціальну та економічну ефективність закладу охорони здоров'я [28,30].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Дослідження механізмів фінансування як ключового аспекту функціонування закладів охорони здоров'я відображено в працях таких вчених, як Василика О.Д., Камінської Т.М., Карпишина Н.І, Комарової І.В., Лопушняк Г.С., Мальованого М.І., Москаленко В.Ф., Опаріна В.М., Пашкова В.М., Пилипів В.В., Рожкової І.В., Слабкого Г.О., Смірнова Т.М., Федосова В.М., Швеця В.Я. та ін.. Розробці методологій та дієвих рішень щодо фінансування охорони здоров'я приділяли увагу такі західні науковці, як Е.Магуайр, М. Ширмер, Дж. Гендерсон, Г. Муні, С. Витер, Т.Енсором та ін..

Метою дослідження є розробка рекомендацій та практичного механізму їх втілення для підвищення ефективності організації надання медичної допомоги населенню в сільській місцевості в умовах реформування.

Для досягнення мети були поставлені наступні завдання:

- 1) проаналізувати основні показники діяльності закладу;
- 2) визначити основні фактори, що впливають на формування поточної ситуації;
- 3) розробити рекомендації щодо оптимізації та покращення роботи закладу.

Об'єктом дослідження визначено КНП «Шосткинський районний центр ПМСД» Шосткинської районної ради Сумської області до та після впровадження медичної реформи.

Предмет дослідження – суспільні відносини, що виникають в процесі надання первинної медичної допомоги.

В роботі використовуються такі методи дослідження, як порівняльний аналіз, синтез, прогнозування, системний підхід.

Наукова новизна та практична цінність. Вперше проведений аналіз реалізації медичної реформи окремого закладу в сільській місцевості. Розроблені рекомендації щодо усунення недоліків організації надання медичної допомоги мають аналітичне обґрунтування та можуть бути використанні при плануванні роботи медичної галузі на регіональному рівні.

РОЗДІЛ 1 ОРГАНІЗАЦІЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

1.1 Порівняльна характеристика системи охорони здоров'я до та після впровадження медичної реформи на рівні держави

До впровадження медичної реформи в Україні діяла система Семашко, яка з'явилась в перші роки Радянської влади, як модель бюджетного фінансування. Система Семашко відрізнялась значними витратами, але були і великі здобутки, особливо відчутні в період Великої Вітчизняної війни. На думку керівництва держави, на той момент нова система охорони здоров'я мала вирішити проблему принципової недопустимості та практичної недоцільності паралельного існування двох медицин – страхової та державної. При введенні системи Семашко була побудована чітка ієрархія медичних закладів, яка забезпечувала єдині принципи охорони здоров'я для населення: фельдшерсько-акушерський пункт - сільська дільнична лікарня – дільнична поліклініка – районна лікарня – міська лікарня – обласна лікарня – спеціалізовані інститути. Але, незважаючи на прикладені зусилля, включити всю медицину в єдину систему не вдалось. Відокремлені медичні заклади зберегли армія, залізничники, еліта, гірники та багато інших.

Охорона здоров'я СРСР завдяки акценту на соціальній гігієні та профілактиці хвороб за короткий проміжок часу була визнана однією з кращих систем в світі. Медичне обслуговування було безкоштовним, всі громадяни були закріплені за дільничними поліклініками за місцем проживання і в залежності від складності патології направлялись на лікування вищий рівень за територіальним принципом.

В 1970-ті роки основна увага приділялась спеціалізованій амбулаторній допомозі та значно знизилась роль дільничного лікаря. Система Семашко динамічно розвивалась та зіткнулась зі складнощами в 80-ті роки, що були пов'язані з політичними діями в державі за Михайла Горбачова. Враховуючи першочергову важливість та пріоритетність соціальної політики того часу, ця система постійно перебувала в стані хронічного недофінансування.

Фінансування закладів здійснювалось через розподіл обласними, районними органами влади, які, в свою чергу фінансувались за рахунок трансфертів з державного бюджету. Об'єм виділених коштів розраховувався переважно на основі статистичних даних прикріпленого населення, штатного розпису, кількості лікарняних ліжок.

Основною перевагою системи Семашко була профілактична спрямованість та охоплення населення диспансерним спостереженням, а основним ризиком – повна залежність від стану державного бюджету. Недоліками даної системи є бюрократичні і адміністративно – командні методи управління та відсутність економічних важелів управління [29].

Історично близькими для України є країни так званого, пострадянського простору із діючою системою Семашко, яким після подій 1990-х років довелося розбудовувати та запроваджувати національні стратегії після падіння великої та об'єднуючої держави.

Так, в Естонії була реалізована найбільш вдала медична реформа серед пострадянських країн. За відносно невеликий проміжок часу були докорінно змінені принципи фінансування та введене в дію медичне страхування. Медичним закладам була надана автономія, що позитивно вплинуло на перебудову системи загалом. За десять років в державі була створена абсолютно нова система охорони здоров'я, яка за показниками не поступається іншим європейським країнам. Принцип селективного укладання договорів з фондом медичного страхування підтримує конкуренцію та забезпечує надання якісної медичної допомоги.

Наповнення фонду відбувалось за рахунок коштів цільового податку на медичне страхування із заробітної плати. Згідно договорів медичні заклади отримували кошти в залежності від об'єму наданих послуг та могли вільно використовувати фінансові ресурси для реалізації своїх цілей. Поступові зміни були введені для покращення ефективності медичних закладів, раціонального використання фінансових та кадрових ресурсів, підвищення відповідальності медичних закладів. Для цього змінили правовий статус медичних закладів та

делегували їм частину фінансових ризиків та забезпечення якості медичних послуг.

На рівні держави були прийняті рішення для посилення централізованого планування та регулювання, запровадили системні зміни по відшкодуванню витрат на лікарські засоби та для більш раціонального використання коштів ввели базові ціни. Жорсткий контроль якості відбувається шляхом проведення клінічних аудитів спеціалізованими лікарськими асоціаціями, що дозволяє комплексно оцінити діяльність медичних закладів та впроваджувати надані рекомендації в свою практику. Заробітна плата лікарів загальної практики залежить від кількості прикріпленого населення, наявної матеріально-технічної бази, надання найбільш пріоритетних послуг, виплат бонусів за результатами діяльності.

За площею території, чисельністю населення, регіональною роздрібненістю Україна близька до Німеччини, яка вважається світовим лідером з надання медичних послуг високої якості. Тут розміщені найбільші медичні центри Європи, що надають високотехнологічні послуги, діє система обов'язкового медичного страхування. Матеріально технічне оснащення клінік оновлюється в середньому кожні 3-5 років. Важливими факторами є дуже високий рівень підготовки спеціалістів, сервіс та безумовний пріоритет інтересів пацієнта під час лікування. Саме в Німеччині спостерігається найвищий рівень видатків на систему охорони здоров'я.

Реформа була спрямована на оптимізацію витрат та підвищення якості медичних послуг. Зосередження на оптимізації видатків призвело до обмеження доступу пацієнтів на отримання медичних послуг. Іноді пацієнт має чекати кілька місяців своєї черги щоб потрапити на консультацію до спеціаліста. Позитивним в системі охорони здоров'я Німеччини є єдиний принцип ціноутворення на медичну послугу.

В Німеччині діє змішана система фінансування. Головним джерелом є державне медичне страхування, що доповнюється доходами приватного страхування та іншими спеціальними видами страхування. Внески в систему

державного медичного страхування збираються лікарняними касами від роботодавців та працівників. Членство в лікарняних касах є обов'язковим. Здійснюється подвійне фінансування системи охорони здоров'я. Для отримання коштів лікарні підписують контракти зі страховими компаніями, а також отримують державні інвестиційні субсидії з податків.

Медичні заклади мають відповідати загальним вимогам, які закріплені на законодавчому рівні, розробляти внутрішні програми управління якістю та документально оформлювати показники діяльності у вигляді, що дозволяє проводити порівняльний аналіз. Заохочується участь клінік в системах сертифікації.

Оплата праці лікарів, що працюють в системі державного медичного страхування, здійснюється наступним чином: лікарняні каси переводять повністю всю суму заробітної плати асоціаціям лікарів, а вже асоціації розподіляють загальну суму між працівниками згідно єдиної шкали вартості послуг та додаткових інструкцій. В кінці кожного кварталу кожний самостійно працюючий лікар надає в свою асоціацію рахунок, де вказана загальна кількість балів за надані послуги. Лікарям платять щомісяця в залежності від розрахунків за попередній квартал, але фактична сума, яку вони отримують варіюється та залежить від багатьох факторів.

Низький рівень якості та можливості надання медичної допомоги в Словаччині в 90-х роках дуже подібний до ситуації в Україні. Також фактором схожості є оперативність проведення реформ та швидкість досягнення поставлених цілей. В країні працює система обов'язкового медичного страхування та охоплює всі верстви населення, враховуючи безробітних. Реформа зосереджена на підвищенні якості наданих медичних послуг та їх доступності.

Кардинальні зміни в організації та системі фінансування відбулись одразу після проголошення незалежності та було законодавчо врегульоване обов'язкове державне та приватне страхування. Розвиток приватного сектору дозволив підвищити якість послуг. Реформа системи мала підвищити доступ до

медичних послуг для кожного жителя, а громадяни, в свою чергу забезпечували фінансування системи, залежно від рівня доходів та користувались медичними послугами за потреби.

Створений Інститут медичного страхування, який є єдиною організацією, що відповідає за забезпечення обов'язкового медичного страхування, укладення договорів медико-санітарної допомоги, надання правової та іншої професійної допомоги застрахованим особам, ведення бази даних та статистики показників медичного страхування, встановлення рівнів ставок для внесків. Цікавим є те, що всі працюючі роблять внески та їх рівень залежить від виду діяльності. За безробітних сплачує держава у вигляді субвенції, а за осіб без доходів, в'язнів, ветеранів війни – держава та місцева влада.

Більшу частину своїх доходів медичні заклади отримують згідно договорів, укладених з Інститутом медичного страхування, а їх видатки затверджені бюджетом. Центри первинної допомоги фінансуються в залежності від кількості обслуговуваного населення та об'ємів наданих послуг. Приватні медичні послуги оплачуються пацієнтом або покриваються коштами добровільного медичного страхування. Ціни на послуги, які не передбачені договором добровільного страхування, лікар може встановлювати самостійно.

Лікарі в державних закладах отримують заробітну плату, яка розраховується на основі колективного договору в медичному закладі.

Ще однією країною, в якій функціонувала система охорони здоров'я Семашко до реформування є Польща. Основними завданнями нової системи були децентралізація, фінансування Національним фондом охорони здоров'я, покращення первинної допомоги з акцентуванням на сімейну медицину, впровадження системи акредитації медичних закладів. Було здійснене удосконалення інформаційної системи, ведений гарантований державою об'єм медичної допомоги, проводилась боротьба з корупцією, посилились права пацієнтів.

Наповнення Національного фонду охорони здоров'я здійснюється за рахунок державного бюджету, податку із заробітної плати працюючого

населення та інших альтернативних джерел (штрафів за прострочені обов'язкові платежі, дотації з фондів Європейського союзу). Фінансування приватного медичного сектору відбувається за рахунок особистих платежів громадян. Кілька спроб ввести добровільне медичне страхування виявились безуспішними.

В межах договорів з Національним фондом охорони здоров'я передбачені кошти для капітальних ремонтів, придбання обладнання, але грошей, що залишаються після покриття поточних витрат, недостатньо. Органи регіональної, районної та муніципальної влади відіграють важливу роль в якості головного джерела капіталовкладень для лікарень. Асигнування з державного бюджету найчастіше використовуються для розробки проектів, що спів фінансуються Європейським союзом.

Розрахунок заробітної плати медичних працівників здійснюється на основі трудових договорів та згідно трудового законодавства, договорів відшкодування вартості наданих послуг.

Незважаючи на те, що офіційно не передбачене обов'язкове ліцензування надавачів медичних послуг, Національний фонд, в процесі укладення договорів, заохочує додатковими балами тих надавачів, які отримали акредитацію чи сертифікацію. Кількість балів впливає на категорію клініки та коефіцієнти для визначення вартості медичних послуг.

В системі охорони здоров'я Великобританії (як приклад бюджетної системи фінансування) фонд формується переважно із загальних податків, існує Національна служба охорони здоров'я, а громадяни забезпечені практично всіма необхідними медичними послугами, лікарськими засобами в стаціонарах та виробами медичного призначення безкоштовно. У разі амбулаторного лікування існує збалансована система відшкодування вартості лікарських засобів, для соціально незахищених верств населення, встановлені пільги по спів оплаті [27].

В Україні реформування системи охорони здоров'я проходить на фоні особливостей політичних та економічних перетворень регіонів та необхідності

в глобалізації міжнародних відношень. Впровадження загальнодоступної медичної допомоги шляхом покриття витрат на охорону здоров'я соціально незахищених верст населення має взяти на себе держава. Реальна діяльність лікувально-профілактичних закладів, а саме платні послуги, благодійні внески, необґрунтовані виклики, дублювання ролей говорить про те, що необхідно перевести таку форму з діяльності окремих співробітників в діяльність системи, яка юридично врегульована[32].

В Україні середня тривалість життя менша (жінки – 76 років, чоловіки – 66 років) в порівнянні з середнім європейським показником (80 років та 72 роки відповідно). В поєднанні з міграцією виникла демографічна криза через скорочення населення за два десятиліття на 7 млн. осіб (з 52 до 45,3 млн.). Україна посідає друге місце в Європейському регіоні за рівнем смертності, який за період незалежності зростає, 25% загальної смертності становить смертність працездатного населення. Основними причинами залишаються серцево-судинні, онкологічні захворювання, хвороби обміну речовин. Це свідчить про те, що населення не захищене від факторів ризику таких як куріння, нездорове харчування, низька фізична активність, надмірне вживання алкоголю. Цьому сприяє також низький економічний розвиток держави. Заклади охорони здоров'я перебували переважно в незадовільному стані та були неспроможні надавати якісні послуги пацієнтам. Правові, організаційні, управлінські, структурні, економічні, кадрові накопичені помилки заважали Україні отримувати вигоду від власного людського капіталу незважаючи на те, що громадяни витрачали на охорону здоров'я значну частку свого капіталу.

Крім того існувала невідповідність гарантованого безкоштовного обслуговування в державних та комунальних закладах охорони здоров'я відповідно до Конституції України та реального стану. Витрати з державних джерел покривали лише близько 60% від реальної потреби, із них 75% використовувались для оплати праці медичних працівників та відшкодування комунальних послуг. Фінансування закладів здійснювалось за чітко визначеними кодами статей економічних витрат, та було заборонено

переносити кошти з однієї статті бюджету до іншої, або перерозподілити фінансові ресурси на відповідні види діяльності. Всі невикористані гроші наприкінці року повертались до державного бюджету.

Всі ці чинники стали рушійною силою в розробці та подальшій реалізації медичної реформи. Визначено основні принципи реформування системи охорони здоров'я в Україні, а саме:

- 1) безпечність надання медичної послуги;
- 2) орієнтованість на пацієнта;
- 3) ефективність – коректне надання послуг, розвиток людського потенціалу та ефективне використання наявних ресурсів для швидкого одужання пацієнта;
- 4) підзвітність – створення системи моніторингу та розподіл відповідальності між зацікавленими сторонами;
- 5) доступність, що полягає в легкості отримання медичних послуг та залежить від географічних та фінансових факторів;
- 6) неупередженість – рівень та якість медичної допомоги не має залежати від таких факторів як вік, стать, соціальний статус;
- 7) партнерство, що передбачає максимальну медичну користь для пацієнта, персоналу, лікарень та спільноти та залежить від успішної взаємодії між усіма зацікавленими сторонами[4].

Було прийнято ряд нормативно-правових актів на рівні держави, що стало рушійною силою для кардинальних змін системи охорони здоров'я України [5]. Утворена Національна служба здоров'я України, яка визначена єдиним замовником медичних послуг для реалізації державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення [6].

Зміна системи фінансування закладів охорони здоров'я за принципом «гроші ходять за пацієнтом» зобов'язала місцеву владу автономізувати медичні заклади та перетворити їх у комунальні некомерційні підприємства, додатково залучити кошти місцевих бюджетів для дооснащення лікувально-профілактичних закладів, що дало змогу головним лікарям більш раціонально

планувати доходи та витрати, визначати пріоритетні напрямки в роботі закладів та перерозподіляти кошти для їх реалізації[8,9].

Паралельно велось активне впровадження електронних інструментів та обміну медичною інформацією, що дало пацієнтам можливість реалізації їх прав з використанням електронних сервісів [10].

За період незалежності України вперше був визначений чіткий перелік медичних послуг та умови їх надання, що сприяло збільшенню комунікації з громадськістю, нарешті, розуміння громадян яку послугу, де і за яких умов вони можуть отримати безкоштовно [14,15].

Запроваджена урядова програма «Доступні ліки», за якою можна отримати лікарські засоби за електронним рецептом безоплатно, або з незначною доплатою для лікування серцево-судинних хвороб, цукрового діабету, бронхіальної астми. За оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я, програма “Доступні ліки” поліпшила доступ українців до лікування, а також дозволила знизити ціни на препарати[26].

Планується поступовий перехід на виключно електронний документообіг, ведення всіх медичних записів в електронній медичній картці, запровадження більшої кількості електронних інструментів (електронний лікарняний, направлення). Ці зміни мають позитивно вплинути на комунікацію між лікарем та пацієнтом, пришвидшити обмін медичною інформацією між спеціалістами та закладами всіх рівнів, покращити систему звітності.

Починаючи з проголошення незалежності нашої держави, докорінних змін системи охорони здоров'я не відбувалось, а розпочаті нововведення не розвивались та не приносили очікуваного результату. Зважаючи на досвід пострадянських держав, реформа медицини в Україні запізнилась на 25 років, але це дало змогу проаналізувати позитивні та негативні надбання інших країн, розробити і запровадити нинішню реформу охорони здоров'я. На даний момент вже є напрацювання та перші результати, що можуть бути використанні для оцінки реалізації реформи на регіональному

рівні та вчасного реагування для зменшення негативних явищ як для населення, так і для держави загалом.

1.2 Кращі практики впровадження медичної реформи на регіональному рівні

Зміна методу фінансування медичних закладів від отримання субвенцій до принципу «гроші ходять за пацієнтом» призвела до кардинальних перетворень в медицині. Це стало поштовхом для керівників та працівників створити дійсно кращі умови надання медичної допомоги шляхом створення конкурентоспроможного підприємства.

Паралельно з медичною реформою відбуваються процеси децентралізації. Саме продуктивний діалог з місцевою владою сприяв вирішенню безлічі питань.

Прекрасний приклад роботи місцевої влади демонструє Харківський район Харківської області, де був розроблений проект «Ефективна медицина в громаді», втілюються в життя стратегічні плани центрів первинної медицини, особливо в сільській місцевості, за рахунок коштів обласного та місцевих бюджетів на умовах спів фінансування (сума міні-грантів становить не більше 300 тис. грн.).

Болючим питанням для всієї країни була реорганізація та оптимізація медичних закладів, яка викликала багато невдоволення як працівників цих закладів, так і пацієнтів. Як приклад вирішення цієї складної ситуації можна навести досвід Бібрської об'єднаної територіальної громади Львівської області. В першу чергу оцінили стан приміщень, обладнання, кількість та якість наданих послуг та виявили, що медичні заклади перебувають в незадовільному стані, наявне обладнання давно вичерпало свій ресурс, кількість звернень за медичною допомогою до деяких структурних підрозділів була вкрай низькою. Переважна більшість мешканців громади отримувала необхідну медичну допомогу в районному центрі. На основі цього була проведена оптимізація малопотужних фельдшерських пунктів, з місцевого бюджету виділили кошти

для проведення ремонтів, закупівлю медичного обладнання та проводилась широкомасштабна роз'яснювальна робота з населенням щодо необхідності та переваг реформування.

Головний лікар комунального некомерційного підприємства «Центр первинної медико-санітарної допомоги» Бібрської міської ради О. Горинь зазначив, що чітка позиція громади під час утворення підприємства надає змогу приймати найбільш ефективні рішення. «Ми вже частково провели оптимізацію мережі фельдшерсько-акушерських пунктів, адже деякі з них узагалі непотрібні, а інші, навпаки, потрібно зберігати через популярність послуг та вкладати кошти у їхній розвиток. Завдяки належним стартовим можливостям, поступово ми приведемо до ладу роботу цілої мережі», – підкреслив О. Горинь.

Для покращення умов праці та комфортного обслуговування пацієнтів в багатьох населених пунктах збудовані нові амбулаторії та проведені поточні та капітальні ремонти в наявних підрозділах в рамках державної ініціативи «Доступна медицина».

Також вкрай важливим для жителів сільської місцевості є фізична наявність лікаря. Країна відчула значний дефіцит та нерівномірний розподіл спеціалістів, тому що молодий лікар після закінчення вищого навчального закладу не вбачав перспектив для професійного розвитку та покращення свого матеріального стану працюючи в селі. То ж громади почали активно розробляти та втілювати в життя заохочувальні механізми. У Кіптівській об'єднаній територіальній громаді Чернігівської області відкрили нову амбулаторію, забезпечену всім необхідним обладнанням, закупили автомобіль та передбачили квартиру для лікаря. Фельдшерсько-акушерські пункти утримуються повністю за рахунок коштів громади.

У Вінницької області відкрили сучасну амбулаторію загальної практики сімейної медицини Жданівського центру первинної медико-санітарної допомоги із досить широким спектром медичних послуг. Як повідомила голова Жданівської об'єднаної територіальної громади С. Ядвіжина, амбулаторія обслуговує більше ніж 4000 жителів усіх населених пунктів громади. Заклад

забезпечили медичним обладнанням, згідно вимог, спеціалізованими кабінетами. Працюють два сімейних лікарів та 13 осіб медичного персоналу. Громада забезпечила медичних працівників житлом та додатковими соціальними стимулами.

Такі області як Київська, Харківська, Івано-Франківська, Рівненська визначили пріоритетним напрямком запровадження телемедицини, що значно наблизило сільських жителів до отримання принципово нових та своєчасних медичних послуг, що надавалися 1500 сімейними лікарями в 1000 амбулаторій шляхом проведення близько 2000 консультацій спеціалістами всіх рівнів[31].

Зважаючи на досвід громад, можна стверджувати, що для ефективної та якісної медичної допомоги необхідна тісна співпраця органів місцевого самоврядування з керівниками медичних закладів та мешканцями. Лише провівши детальний аналіз структурного, матеріально-технічного, фінансового, кадрового потенціалу та враховуючи потреби жителів, лише тоді можна приймати виважені рішення щодо шляхів та методів покращення медичної допомоги.

РОЗДІЛ 2 ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ДІЯЛЬНОСТІ КНП «ШОСТКИНСЬКИЙ РАЙОННИЙ ЦЕНТР ПМСД»

2.1 Аналіз структури закладу охорони здоров'я

Комунальний заклад «Шосткинський районний центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги був створений згідно рішення дев'ятнадцятої сесії шостого скликання Шосткинської районної ради від 28 вересня 2012 року внаслідок передачі сільських дільничних лікарень у власність районної ради. Таким чином було утворено 8 амбулаторій загальної практики-сімейної медицини, 3 фельдшерсько-акушерські пункти та 15 фельдшерських пунктів. Медичну допомогу жителям району надавали 8 лікарів та 72 середніх медичних працівника.

Активне впровадження реформи на території Шосткинського району розпочалося з прийняттям спільного наказу МОЗ та Мінрегіону «Про затвердження Порядку формування спроможних мереж надання первинної медичної допомоги» № 178/24 від 06.02.2018. На той момент функціонував 1 центр первинної допомоги, власником якого була районна рада, та працювали лікарі первинної ланки м.Шостка у складі поліклінічної служби Шосткинської центральної районної лікарні. Була проведена масштабна робота із розроблення ефективної мережі первинної медичної допомоги, враховуючи фактично наявне населення, стан мережі закладів, їх ресурсну забезпеченість, транспортну інфраструктуру району.

Розпорядженням голови Сумської обласної адміністрації № 311-ОД від 22.05.2018 «Про затвердження Плану спроможних мереж надання первинної медичної допомоги Сумської області» затверджено формування 1 Центру, з реєстрацією у м.Шостка, 11 амбулаторій загальної практики-сімейної медицини та 11 пунктів здоров'я. Фактично мережа медичних закладів в сільській місцевості скорочувалась на близько 50% від наявного переважно за рахунок малопотужних ФАП/ФП та перетворення АЗПСМ у ФП. Об'єднання м.Шостка і Шосткинського району в потужну ОТГ не відбулось. В результаті, за

рішенням Шосткинської районної ради від 17 серпня 2018 року (двадцять п'ята сесія районної ради сьомого скликання), створене шляхом перетворення комунального закладу «Шосткинський районний центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги» Шосткинської районної ради Сумської області у комунальне некомерційне підприємство.

Первинна допомога в Шосткинському районі надається КНП «Шосткинський районний центр ПМСД» Шосткинської районної ради та КНП «Шосткинський міський центр ПМСД» Шосткинської міської ради. 98% ФАП/ФП знаходяться у підпорядкуванні районного центру. Перетворено Собицьку АЗПСМ у Собицький ФАП, оптимізовано 4 ФП. Також проведені значні кадрові зміни.

Після оптимізації структура закладу виглядає наступним чином: 6 амбулаторій загальної практики-сімейної медицини, 3 ФАПи та 10 ФП. Медичну допомогу надають 9 лікарів та 49 середніх медичних працівників. Загальна чисельність задекларованого населення складає 11550 осіб, з них дітей – 1600 осіб.

Для порівняльного аналізу взято показники діяльності за звітні 2016 та 2019 роки. У 2016р. було затверджено 163 штатні посади працівників, зайнято - 149,25, фізичних осіб – 158; у 2019 році штатних посад – 102, зайнято – 93, фізичних осіб – 109. На Рис.2.1.1 деталізована порівняльна чисельність фізичних осіб відповідно займаних посад.

Укомплектованість лікарями у 2016 році становила 64,2%, забезпеченість лікарями на 10 тис. населення 5,8, у 2019 році 83,3% та 5,1 відповідно. 25% лікарів пенсійного віку. 1 лікар має вищу кваліфікаційну категорію, 3 – першу, 3 – другу.

Укомплектованість середнім медичним персоналом у 2016 році була 92,7%, у 2019 році – 90,2%. У 2016р. в закладі працювало близько 40% середнього персоналу перед пенсійного та пенсійного віку, у 2019 році цей показник становив 10%. У 2019р. середнього медичного персоналу з вищою кваліфікаційною категорією – 7 осіб, першою – 5, другою – 17.

Співвідношення лікарів та середніх медичних працівників у 2016 році складало 1:6, у 2019р. – 1:4,9.

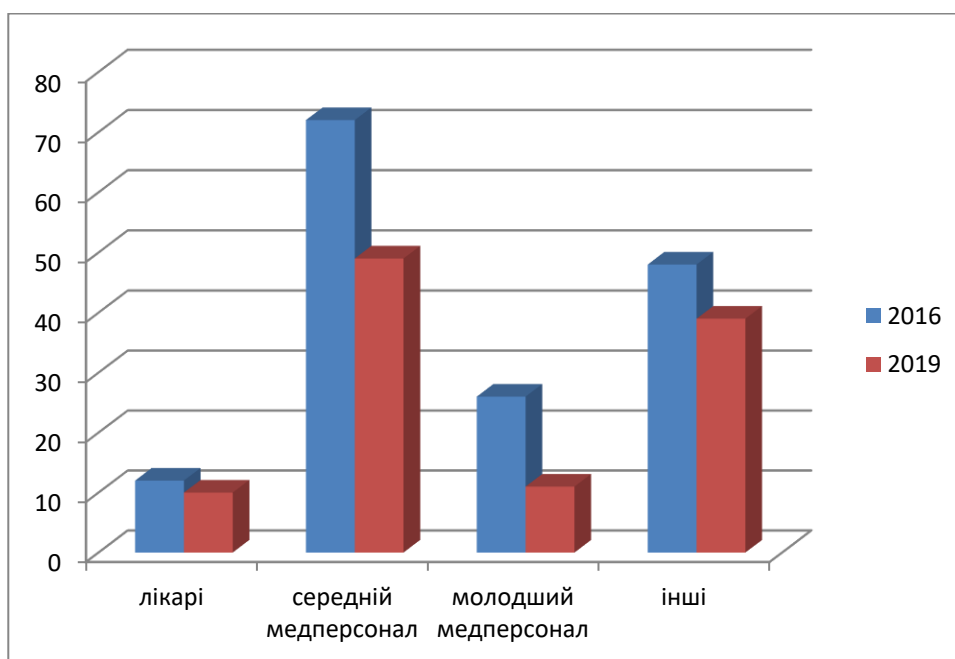


Рис.2.1.1 – Чисельність працівників.

Джерело: узагальнено автором на основі статистичних даних підприємства

Можна чітко прослідкувати те, що скорочення штатних посад та фізичних осіб працівників відбулось за рахунок середнього та молодшого медичного персоналу переважно пенсійного віку.

2.2 Аналіз основних економічних показників

У КНП «Шосткинський районний центр ПМСД» налічується 6 АЗПСМ та 14 ФП (6 ФП з населенням менше 100 осіб, 5 ФП – менше 300 осіб) в яких працює 8 сімейних лікарів , 1 терапевт та 49 середніх медичних працівників. Закладом обслуговується 11500 жителів сіл, з яких 1600 – діти, 2200 – особи до 40 років, 4500 – 40-64 роки та 3200 – старше 65 років.

Ліміт обсягу декларацій, рекомендованого наказом МОЗ України №504 від 19.03.2018 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» не досягнутий жодним лікарем Центру у зв'язку з фактичною

відсутністю населення в селах через трудову міграцію та невеликої частки населення, що задекларовані в м. Шостка.

До впровадження медичної реформи в Україні основне фінансування закладу відбувалось за рахунок медичної субвенції з державного бюджету. Ці кошти заклад міг використати тільки для виплат заробітної плати працівникам. Всі інші витрати закладу покривались за рахунок місцевих бюджетів. Із впровадженням медичної реформи у головних лікарів з'явилась додаткова можливість використовувати кошти, сплачені Національною службою здоров'я України на інші статті видатків для розвитку медичного закладу.

Так, відповідно до Рис.2.2.1 обсяги доходів закладу за 2019 рік збільшились за рахунок коштів НСЗУ на 6,8 млн грн.. та загалом у 2,3 рази.

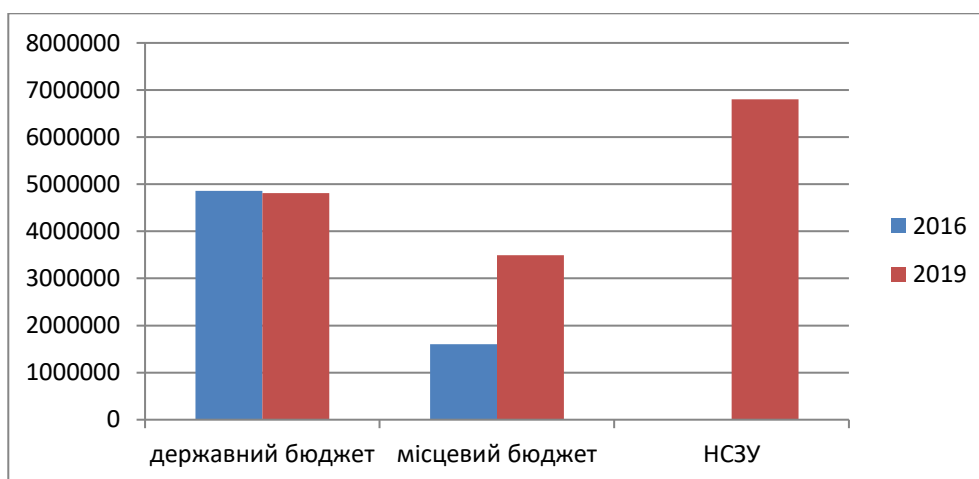


Рис.2.2.1 – Обсяги фінансування.

Джерело: узагальнено автором на основі статистичних даних підприємства

У 2019 році була розроблена та затверджена районна Програми підтримки та розвитку медичної допомоги Шосткинського району на загальну суму 2795350 грн., до якої увійшло фінансування комунальних послуг, послуг зв'язку, додаткового преміювання медичних працівників, забезпечення лікарськими засобами пільгових категорій громадян, закупівля обладнання. Якщо у 2016 році для виплати заробітної плати використовувалось 75% загального бюджету закладу, на закупівлю обладнання та основних засобів –

11%, комунальні платежі – 4%, відшкодування вартості медикаментів для пільгової категорії громадян – 1,4%, проведення капітальних ремонтів – 8,6%, то вже у 2019 році структура видатків змінилась, а саме: для виплати заробітної плати використовувалось 51,4% загального бюджету закладу, на закупівлю обладнання та основних засобів – 11%, комунальні платежі – 4%, відшкодування вартості медикаментів для пільгової категорії громадян – 2,6%, проведення капітальних ремонтів – 31%. Проведення капітальних ремонтів здійснювалось за рахунок коштів Державного фонду регіонального розвитку, субвенції з державного бюджету на соціально-економічний розвиток територій та спів фінансування з районного бюджету.(Рис.2.2.2)

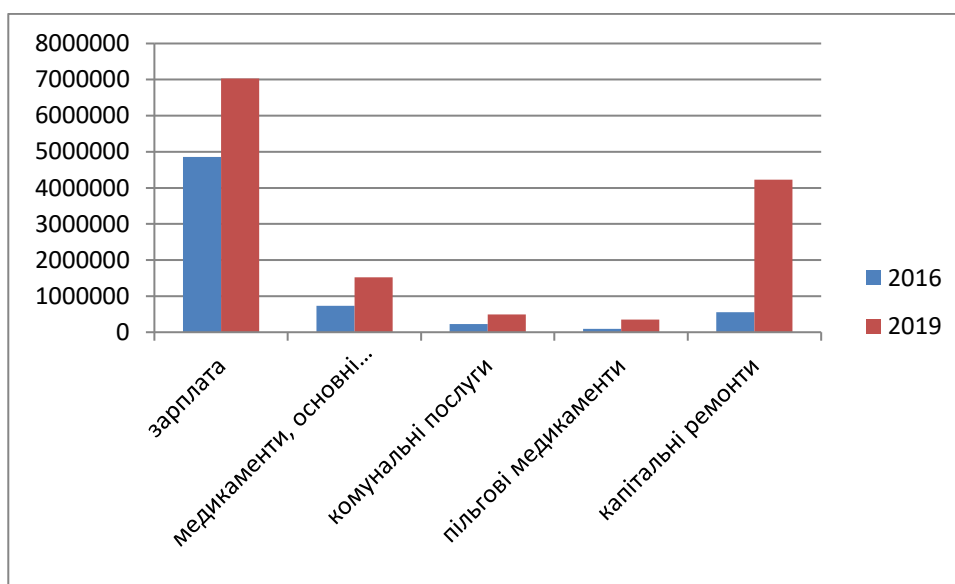


Рис.2.2.2 – Структура видатків.

Джерело: узагальнено автором на основі статистичних даних підприємства

Розрахунок посадових окладів працівників здійснюється за Єдиною тарифною сіткою розрядів і коефіцієнтів з оплати праці. Незважаючи на збільшення видатків для виплати заробітної плати, додаткового стимулювання з місцевих бюджетів, преміювання, значного підвищення реальних доходів працівників не спостерігається. (Рис.2.2.3).

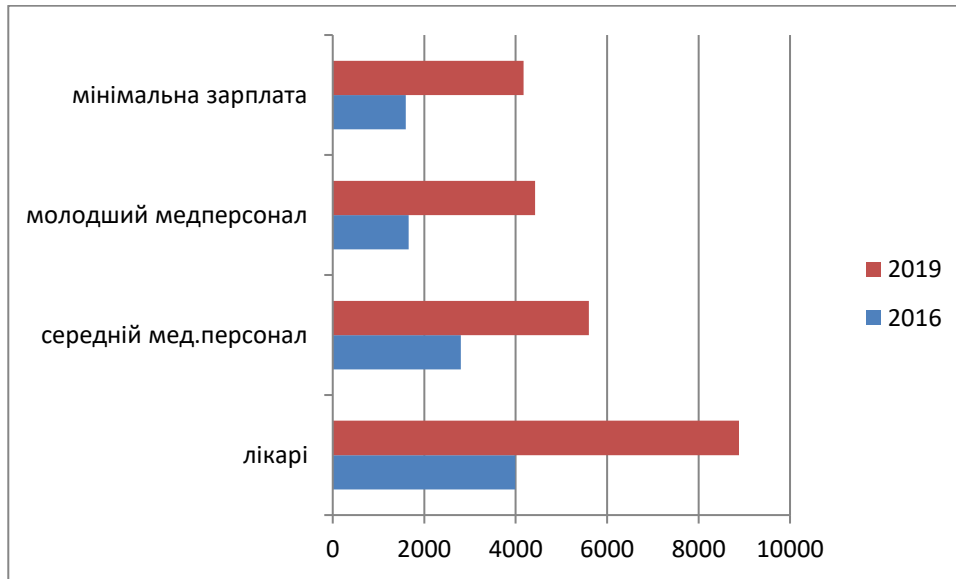


Рис.2.2.3 – Деталізація розміру заробітної плати.

Джерело: узагальнено автором на основі статистичних даних підприємства

В той же час для виплати заробітної плати працівників адміністрації закладу використано у 2016 році 479172 грн. (10% від загального бюджету закладу), а в 2019 році – 1056390 грн. (15%).

2.3 Аналіз основних індикаторів якості надання первинної медичної допомоги

При проведенні порівняльного аналізу основних демографічних показників сільського населення в Шосткинському районі прослідковується щорічне стабільне зменшення загальної чисельності жителів, що пов'язане з вираженими процесами трудової міграції, низьким соціальним розвитком території, високою смертністю, низькою народжуваністю та, як наслідок, від'ємним значенням природного приросту за останні п'ять років (Рис.2.3.1).



Рис.2.3.1– Демографічні показники сільського населення

Джерело: узагальнено автором на основі статистичних даних підприємства

В той же час існує стабільно висока захворюваність на онкопатологію та туберкульоз органів дихання (Рис.2.3.2), що призводить до збільшення інвалідизації населення (Рис.2.3.3) та, як наслідок, примножує соціальні та економічні витрати держави на фінансування цих категорій населення.

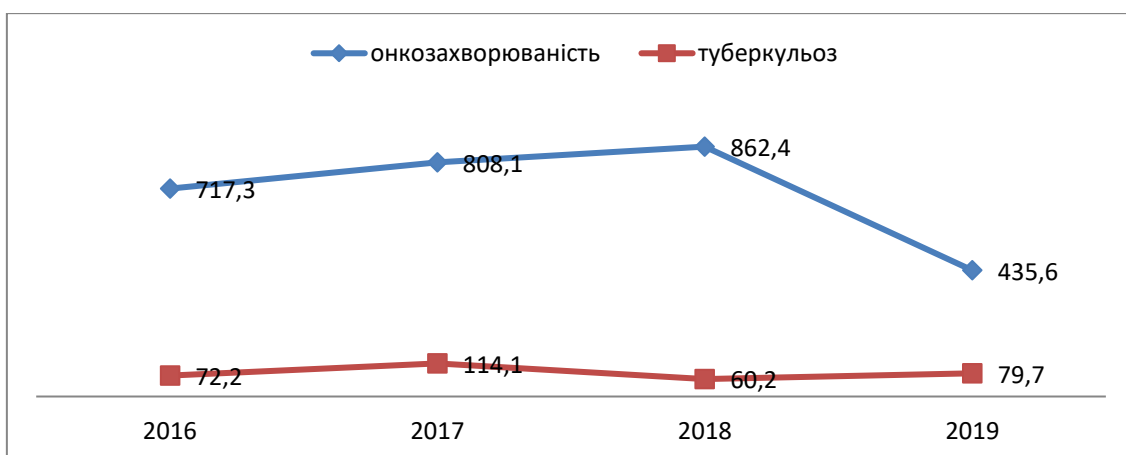


Рис.2.3.2 – Показники захворюваності населення

Джерело: узагальнено автором на основі статистичних даних підприємства

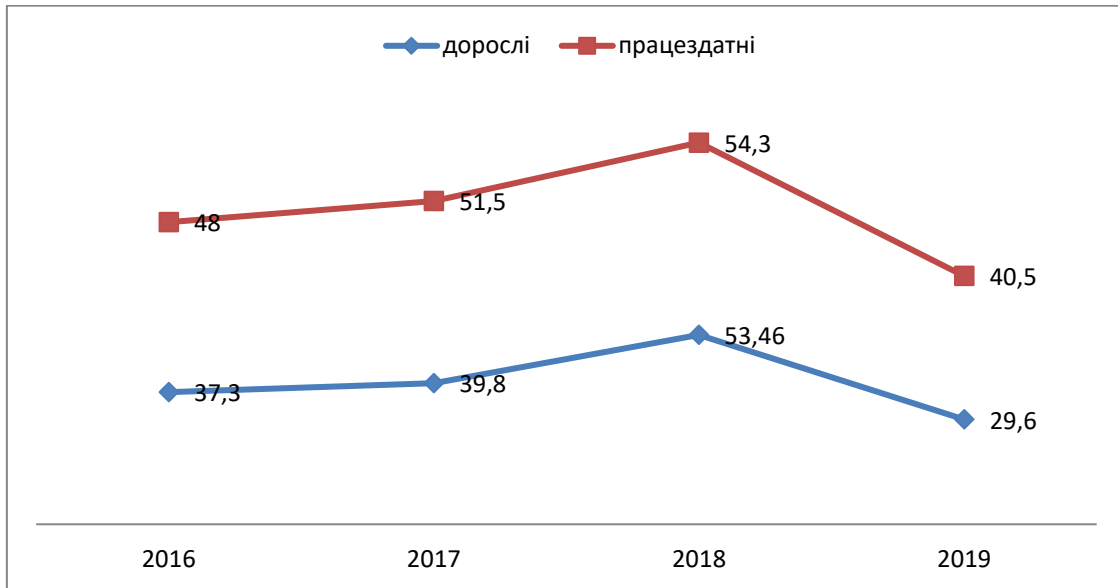


Рис.2.3.3 – Первинний вихід на інвалідність

Джерело: узагальнено автором на основі статистичних даних підприємства

В профілактичній роботі закладу відмічається середній рівень показника (на рівні 700-800 на 1000 підлягаючого) охоплення рентгенфлюорографічним обстеженням та низьким рівнем онкопрофоглядів жінок (50-52%), що значно впливає на обсяг раннього виявлення та діагностики та вчасного лікування захворювань.

РОЗДІЛ 3 РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ВИРШЕННЯ ОСНОВНИХ ПРОБЛЕМНИХ ПИТАНЬ

3.1 Основні недоліки управління в КНП «Шосткинський районний центр ПМСД»

Основними принципами впровадження медичної реформи в Україні стали доступність, безпечність, результативність, своєчасність, економічна ефективність та орієнтованість на людину.

Найбільш значущим здобутком адміністрації центру є максимальне збереження мережі ФАПів та ФП в структурі закладу. Завдяки тісній співпраці з органами місцевого самоврядування вдалося створити та затвердити районну програму підтримки та розвитку первинної допомоги, що дало змогу залучити кошти місцевих бюджетів на виконання заходів з поліпшення матеріально-технічної бази, провести поточні ремонти в структурних підрозділах, забезпечити населення пільгових категорій необхідними медикаментами, закупити імунобіологічні препарати для вакцинації співробітників від грипу, реалізувати туберкулінодіагностику на підпорядкованій території, запровадити стимулювання у вигляді преміювання медичних працівників.

Але після проведеного аналізу діяльності КНП «Шосткинський районний центр ПМСД» можна визначити ряд управлінських рішень, що негативно вплинули на розвиток закладу та реалізацію медичної реформи в сільській місцевості.

На сьогодні первинна медична допомога виконує значну соціальну функцію, що полягає у видачі довідок для отримання фінансової допомоги та певних пільг у службах соціального захисту населення, оформленні та переоформленні груп інвалідності. Відстань до найвіддаленіших сіл може становити близько 40 км по дорогах незадовільної якості.

Адміністративним центром Шосткинського району є місто Шостка, але для видачі вищезазначених документів необхідно звертатись до ЛКК та адміністрації Центру, що територіально розташовані в смт. Вороніж за

юридичною адресою. Виникає логістичний дисбаланс, ще призводить до збільшення часових та матеріальних витрат пацієнтів, адже прямі транспортні сполучення відсутні. Додатково це створює непотрібне психоемоційне навантаження, адже соціальної підтримки потребують люди з вже наявними соматичними та психічними розладами та часто такі тривалі поїздки за необхідною довідкою викликають загострення наявних захворювань.

В закладі 45% лікарів не мотивовані до самовдосконалення переважно у зв'язку з віковими особливостями, прогресуючими ознаками професійного вигорання, значними витратами часу на відрядження для проходження обов'язкових курсів підвищення кваліфікації та спеціалізації, обмеженим переліком тем та надавачів освітніх послуг. Досить часто дані курси носять формальний характер, що впливає на якість отриманих нових знань та навичок і незадовільний рівень медичної послуги при їх практичному застосуванні в лікарській діяльності.

Наявна кількість структурних підрозділів розгалужена та не відповідає Плану спроможних мереж. Відносно велика кількість допоміжного персоналу (водії, опалювачі), чисельність яких разом з адміністративним персоналом рівна кількості медичних працівників та водночас наявність лише 8 лікарів, що підписали недостатньою кількістю декларацій з населенням призводить до постійного недофінансування закладу з державного бюджету. Матеріально-технічна база застаріла та потребує постійних видатків для проведення капітальних та поточних ремонтів, оновлення та ремонту обладнання, приведення будівель у відповідність до затверджених державних будівельних норм та санітарно-гігієнічних норм, виконання приписів Держпродспоживслужби та пожежних вимог створюють додаткове навантаження на місцеві бюджети.

Лікарі в сільській місцевості отримують меншу заробітну плату, у порівнянні з лікарями міста при відносній обмеженості в засобах діагностики та практично однаковій навантаженості. 50% фахівців проживають в м.Шостка та щоденно їздять громадським транспортом на роботу в села, тривалість доїзду

може становити близько 1 години. Відшкодування вартості проїзду не запроваджене, що збільшує особисті видатки медперсоналу та поглиблює незадоволення організацією, створює конфліктні ситуації в колективі та періодично призводить до виникнення непорозумінь з пацієнтами (особливо коли виникають перебої в функціонуванні громадського транспорту та збільшується час доїзду до робочого місця).

Територія Шосткинського району забезпечена недостатньо якісним мобільним та інтернет-зв'язком, що значно зменшує доступність населення та медичних працівників до надання медичної допомоги та діагностики захворювань та станів із застосуванням телемедицини. Кількість провайдерів обмежена, відсутня конкуренція в межах даного виду надання послуг, та, як наслідок діють відносно високі тарифи за комунікаційні послуги низької якості.

Лабораторні дослідження здійснюються згідно договору з Шосткинською ЦРЛ на базі клініко-діагностичної лабораторії в м.Шостка. Це призводить до втрат часу та заощаджень пацієнта, збільшення періоду проведення діагностичних процедур (для проведення необхідних досліджень пацієнту потрібно їхати, переважно громадським транспортом, очікувати в живій черзі, очікування результату дослідження може тривати 1-2 дні). Досить часто пацієнти відмовляються від проведення даних процедур, що негативно впливає на діагностично-лікувальний процес та прогноз захворювання і якості життя в цілому.

3.2 Заходи з покращення доступності та якості первинної медичної допомоги сільському населенню

Проведений порівняльний аналіз діяльності закладу свідчить про те, що основною та ключовою проблемою залишається недофінансування та створюються значні ризики для діяльності установи через залежність обсягів коштів, що залучаються з місцевого бюджету.

При створенні єдиного міжрайонного центру первинної допомоги з адміністративним центром в м.Шостка для забезпечення потреб жителів

Шосткинського району було б можливе вирішення ряду наступних проблем, а саме:

- 1) збереження віддалених фельдшерсько-акушерських пунктів та підвищення заробітної плати працівників за рахунок скорочення адміністративного персоналу окремого центру, незначної оптимізації малопотужних структурних підрозділів, що відносно близько розташовані один від одного; на державному рівні забезпечити фінансування видатків на медичну допомогу згідно законодавства України на рівні не менше 5% ВВП та ввести коефіцієнти підвищення при розрахунках вартості для сільської місцевості;
- 2) покращення логістики за рахунок розміщення лікарсько-консультативної комісії в м.Шостка (є прямі транспортні сполучення з усіма селами району);
- 3) підвищення мотивації медичних працівників можливе за рахунок введення структурованої системи заохочень, наприклад, фіксованих або диференційованих доплат від місцевої влади за роботу в сільській місцевості, запровадження пільг на проїзд або відшкодування вартості проїзду, забезпечення житлом та/або необхідно на державному рівні розробити та ввести в дію національні стандарти лікування та запровадити персональне ліцензування лікарів для підвищення професійної майстерності на основі підтвердження знань відповідно до прийнятих на державному рівні постанови Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 року № 302 «Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я» та відповідного наказу МОЗ України № 446 від 22.02.2019 «Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів»;
- 4) для покращення доступності медичної допомоги доцільно акумулювати кошти бюджетів всіх рівнів для забезпечення сільського населення доступом до високошвидкісної мережі інтернет, що

відповідають рекомендованим критеріям передачі та шифрування даних, що дало б змогу використовувати телемедичні консультації для пришвидшення діагностики та лікування;

- 5) для покращення лабораторної діагностики необхідно залучити кошти місцевих бюджетів, задіяти спонсорські організації або розробити проект для отримання грантової допомоги державних або міжнародних організацій для закупівлі в сільські амбулаторії автоматичних або напівавтоматичних аналізаторів крові та сечі, що дасть змогу прискорити діагностику захворювань та вчасно розпочати лікування.

ВИСНОВКИ

Провівши порівняльний аналіз діяльності КНП «Шосткинський районний центр ПМСД», можна стверджувати, що основним та докорінно невірним було рішення місцевої влади сформувавши в сільській місцевості окремий центр первинної допомоги всупереч розпорядженню вищого рівня влади. Мала чисельність населення, високий рівень безробіття, розміщення великої кількості структурних підрозділів в малонаселених пунктах, незручні логістичні та транспортні маршрути призвели до збільшення фінансового навантаження на місцевий бюджет.

КНП «Шосткинський районний центр ПМСД» залишається дотаційним підприємством, що унеможлиблює його самостійний розвиток та покращення надання медичної допомоги населення. Рівень заробітної плати та умови праці залишаються непривабливими для залучення висококваліфікованих або молодих спеціалістів до роботи в сільській місцевості.

Показники здоров'я населення свідчать про недостатню профілактичну роботу з населенням, низький рівень ресурсного забезпечення, недостатню мотивацію медичних працівників та незначний рівень довіри населення до медичної галузі загалом.

Тому необхідно продовжити роботу по об'єднанню двох центрів первинної допомоги (районного та міського) для більш ефективного використання коштів та підвищення спроможності первинної допомоги якісно надавати медичні послуги населенню.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Конституція України.
2. Основи законодавства України про охорону здоров'я.
3. Закон України «Про підвищення доступності та якості медичної допомоги в сільській місцевості» № 2206-VIII від 14.11.2017.
4. Розпорядження КМУ «Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я» від 30 листопада 2016 р. № 1013-р
5. Розпорядження КМУ «Про затвердження плану заходів з реалізації Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я на період до 2020 року» від 15 листопада 2017 р. № 821-р
6. Постанова КМУ «Про утворення Національної служби здоров'я України» від 27 грудня 2017 р. № 1101
7. Постанова Кабінету Міністрів України від 28 березня 2018 року № 302 «Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я».
8. Постанова КМУ «Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення» від 28 березня 2018 р. № 391
9. Постанова КМУ «Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік» від 25 квітня 2018 р. № 407
10. Постанова КМУ «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я» від 25 квітня 2018 р. № 411
11. Спільний наказ МОЗ та Мінрегіонбуд «Про затвердження Порядку формування спроможних мереж надання первинної медичної допомоги» № 178/24 від 06.02.2018.

12. Наказ МОЗ України № 148 від 26.01.2018 «Про затвердження Примірного таблиця матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб – підприємців, які надають первинну медичну допомогу».
13. Наказ МОЗ України № 446 від 22.02.2019 «Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів».
14. Наказ МОЗ України № 503 від 19.03.2018 "Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу".
15. Наказ МОЗ України №504 від 19.03.2018 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги».
16. Наказ МОЗ України № 801 від 29.07.2016 «Про затвердження Положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи»
17. Розпорядження голови Сумської обласної державної адміністрації № 311-ОД від 22.05.2018 «Про затвердження Плану спроможних мереж надання первинної медичної допомоги Сумської області»
18. Рішення 19-ї сесії шостого скликання від 28 вересня 2012 року.
19. Рішення 25-ї сесії сьомого скликання Шосткинської районної ради від 17.08.2018 року.
20. Районна Програма підтримки та розвитку первинної медичної допомоги в Шосткинському районі на 2019 рік.
21. Статут КНП «Шосткинський районний центр ПМСД».
22. Звіт з кадрів за 2016-2019р.
23. Накази підприємства з основної діяльності.
24. Статистична звітність за 2016-2019р.
25. Фінансова звітність підприємства за 2016-2019р.
26. Звіт ВООЗ 2019р. «Оцінка програми «Доступні ліки в Україні» [Електронний ресурс] - Режим доступу:
https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/400429/52308-WHO-Affordable-Medicines-Programme-Ukraine-UKR_low_V7.pdf

- 27.Максимова Л.В, Омельяновський В.В., Сура М.В. «Аналіз систем охорони здоров'я провідних іноземних країн» Ж.: «Медичні технології» №1, 2014 - С.38
- 28.Матюха Л.Ф. Підходи до оцінки ефективності лікарської практики з надання первинної медичної допомоги / Л.Ф. Матюха, Н.В. Медведовська. – Україна. Здоров'я нації. – 2017. – № 2 (43). – С.140-142.
- 29.Медведовская Н.В. Функционально-организационная система мониторинга состояния здоровья населения и особенности ее функционирования на региональном уровне / В. Медведовская // Инновации в медицине. – 2011. – Вып. 7 (2). – С. 56
- 30.Медяник Д.І. Особливості ефективності управління закладами охорони здоров'я / Д.І.Медяник, В.О.Липчанський. – Наукові записки, вип.19, 2016. – С.22-29.
- 31.Пальчук В. Розвиток первинного рівня медицини в ОТГ [Електронний ресурс] В. Пальчук // Україна: події, факти, коментарі. – 2019. – № 22. – С. 38–44. –
Режим доступу:<http://nbuviar.gov.ua/images/ukraine/2019/ukr22.pdf>.
- 32.Ходош Э.М. Газета «Новостимедицины и фармации» / Э.М. Ходош // - 13 (464) - 2013.