

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ПОЛІСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет права, публічного управління та національної безпеки
Кафедра економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління

Кваліфікаційна робота
на правах рукопису

Лозко Оксана Олександрівна
(прізвище, ім'я, по батькові здобувача вищої освіти)

УДК 35.351.77
(індекс)

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

УПРАВЛІННЯ НАДАННЯМ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ (НА ПРИКЛАДІ КНП
«СМІЛЬЧИНСЬКИЙ ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ
МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ»)
(тема роботи)

281 «Публічне управління та адміністрування»
(шифр і назва спеціальності)

Подається на здобуття освітнього ступеня «Магістр». Кваліфікаційна робота містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело.

О. О.Лозко
(підпис, ініціали та прізвище здобувача вищої освіти)

Керівник роботи

Дубовик Анастасія Володимирівна
(прізвище, ім'я, по батькові)

к.держ.урп., доцент
(науковий ступінь, вчене звання)

Житомир – 2021

Висновок кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління
за результатами попереднього захисту: _____

Протокол засідання кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління № _____ від «_____» березня 2021 р.

Завідувач кафедри економічної теорії, інтелектуальної власності та публічного управління

к.е.н., професор
(науковий ступінь, вчене звання)

(підпис)

Якобчук В.П.
(прізвище, ім'я, по батькові)

«_____» березня 2021 р.

Результати захисту кваліфікаційної роботи

Здобувач вищої освіти _____ захистив (ла)
(прізвище, ім'я, по батькові)

кваліфікаційну роботу з оцінкою:
сума балів за 100-бальною шкалою _____
за шкалою ECTS _____
за національною шкалою _____

Секретар ЕК

(науковий ступінь, вчене звання)

(підпис)

Пугачова Н.С.
(прізвище, ім'я, по батькові)

АНОТАЦІЯ

Лозко О.О. Управління наданням медичної допомоги (на прикладі КНП «Ємільчинський центр первинної медико-санітарної допомоги»). – Кваліфікаційна робота на правах рукопису.

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «Магістр» за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування». – Поліський національний університет, Житомир, 2021.

Обґрунтовано теоретико-методичні передумови та актуальні питання державного регулювання системи охорони здоров'я паралельно здійснення реформування адміністративно-територіального устрою внаслідок процесу децентралізації влади в Україні. Вивчено тенденції розвитку нової організаційно-функціональної системи громадського здоров'я на рівні району та ОТГ. Визначено вплив державної політики реформування на систему охорони здоров'я країни. Визначено проблеми, сформульовано перспективи розвитку цієї соціальної сфери держави на рівні окремої конкретної території України.

Ключові слова: організаційно-функціональна структура, первинна медична допомога, громадське здоров'я, державне регулювання, децентралізація, законодавча база, система охорони здоров'я.

SUMMARY

Lozko O. O. Management of Medical Care (On the Example of Communal Non-profit Enterprise "Yemilchinsky Center of Primary Health Care"). - Qualification work on the rights of the manuscript.

Qualifying work for an educational level master's specialty 281 «Public Management and Administration». – Polis'ky National University, Zhytomyr, 2021.

Theoretical and methodological preconditions and topical issues of state regulation of the health care system in parallel with the reform of the administrative-territorial system as a result of the process of decentralization of power in Ukraine are substantiated. Trends in the development of a new organizational and functional system of public health at the district and united territorial community levels have been studied. The impact of the state reform policy on the country's health care system has been determined. Problems are defined, prospects of development of this social sphere of the state at the level of separate concrete territory of Ukraine are formulated.

Keywords: organizational and functional structure, primary health care, public health, state regulation, decentralization, legal framework, health care system.

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ПЕРЕДУМОВИ СУЧАСНОГО СТАНОВЛЕННЯ ТА РОЗВИТКУ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В НОВИХ УМОВАХ РОЗВИТКУ УКРАЇНИ.....	8
Висновки до розділу	16
РОЗДІЛ 2. ДІЯЛЬНІСТЬ КОМУНАЛЬНОГО НЕКОМЕРЦІЙНОГО ПІДПРИЄМСТВА «ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО- САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ ЄСМІЛЬЧИНСЬКОЇ СЕЛИЩНОЇ РАДИ ЖИТОМИРСЬКОЇ ОБЛАСТІ»	17
Висновки до розділу	24
РОЗДІЛ 3. ПЕРСПЕКТИВИ І ШЛЯХИ РОЗВИТКУ УПРАВЛІННЯ НАДАННЯМ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ.....	26
ВИСНОВКИ	35
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	37
ДОДАТКИ.....	42

ВСТУП

Актуальність теми. Система охорони громадського здоров'я України, згідно з державною політикою уряду України, кардинально перетворюється задля покращення як окремих галузевих показників здоров'я населення, так і поступового стабільного розвитку економічної доцільності галузі держави вкупі із реформою з децентралізацією владних функцій держави. На відміну від попередніх намагань внести окремі зміни в функціонування системи, нині перетворення мають більш виразний характер. Саме тому виникає об'єктивна необхідність аналізу здійснених Верховною Радою, Кабінетом Міністрів і Міністерством охорони здоров'я України заходів та оцінки їх впливу на результати роботи системи охорони здоров'я у цілому.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. В умовах швидких змін економічної ситуації в країні та зважаючи на зовнішні дестабілізаційні фактори, необхідно доповнювати праці науковців сучасними дослідженнями стану системи громадського здоров'я України та приділити увагу чинникам, що впливають на її стабільність. Важливість та актуальність проблеми, яка досліджується, недостатня розробленість теоретичних і методологічних питань, визначили вибір теми кваліфікаційної роботи, її мету і завдання, а також методи дослідження.

Метою кваліфікаційної роботи є теоретичне обґрунтування та розробка практичних рекомендацій щодо подальшого розвитку такої нової організаційно-функціональної складовою системи охорони здоров'я України, якою є первинна медична допомога (сімейна медицина).

Відповідно до встановленої мети були виконані такі **завдання**:

1. Визначити зв'язок заходів медичної реформи з реноваціями у сфері адміністративно-територіального устрою.
2. Дослідити намір міжнародних організацій розвивати програму технічної допомоги в охороні здоров'я на підтримку реформ у галузі охорони здоров'я.

3. Вивчити зміст проекту ВООЗ щодо його сприяння досягненню цілей Групи Світового банку щодо зменшення бідності та стимулювання спільного процвітання на стійкій основі.
4. Охарактеризувати зміни організаційно-функціональної структури у Емільчинському районі у відповідності до нормативно правової бази з метою реорганізаційні держави медичних закладів первинного рівня надання медичної допомоги.
5. Надати характеристику перемін, що відбулися у «Ємільчинському центрі первинної медико-санітарної допомоги» районна лікарня» ЄРР.
6. Описати основні проблемні питання, які стоять на часі у досліджуваному закладі охорони здоров'я.
7. Обґрунтувати завдання, шляхи та перспективи поступового розвитку надання медичної допомоги первинного рівня у «Ємільчинському центрі первинної медико-санітарної допомоги» районна лікарня» ЄРР.

Об'єктом дослідження є процес становлення та розвитку системи охорони здоров'я внаслідок її докорінної реформи в Україні.

Предметом даного дослідження є сукупність теоретико-методичних, юридичних та практичних аспектів становлення й розвитку первинної медичної допомоги (сімейної медицини) як однієї з основних ланок державної системи охорони здоров'я України на конкретному прикладі.

Методологічну та теоретичну основу досліджень становить критичний та конструктивний аналіз наукових розвідок побудови державної політики і наукових праць в практичному створенні новітніх змін організаційно-функціональних складових первинного рівня системи охорони здоров'я, монографічної і періодичної літератури, спеціальної літератури за проблемою розвитку системи охорони здоров'я України, законодавчих і нормативних актів України, матеріалів Верховної Ради України та документів Кабінету Міністрів, які визначають взаємини її учасників.

Для вирішення поставлених завдань у кваліфікаційній роботі використовуються загально-наукові методи, зокрема: наукової абстракції, діалектичний, аналізу і синтезу, індукції і дедукції та ін., а також специфічні – порівняльного аналізу, структурно-логічний тощо.

Особистий внесок автора. Кваліфікаційна робота - завершена робота. Представлені автором результати наукових пошуків одержані особисто автором. Висновки та пропозиції, отримані в ході дослідження, спрямовані на удосконалення первинної медичної допомоги, як складової системи охорони здоров'я району та збереження і укріплення здоров'я мешканців досліджуваної території.

Кваліфікаційна робота складається зі вступу; теоретичного розділу 1, в якому охарактеризовано новий адміністративний поділ України внаслідок реорганізації владних організаційно-функціональних структур районного рівня до якого певною мірою прив'язана і медична реформа і її організаційно-функціональні та структурні зміни; аналітичного розділу 2, в якому здійснено аналіз діяльності Ємельчинського центру первинної медико-санітарної допомоги; розділу 3, в якому визначено проблеми, завдання, шляхи та перспективи функціонування Ємельчинського центру первинної медико-санітарної допомоги; висновків; списку використаних джерел.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ПЕРЕДУМОВИ СУЧАСНОГО СТАНОВЛЕННЯ ТА РОЗВИТКУ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В НОВИХ УМОВАХ РОЗВИТКУ УКРАЇНИ

Досі загальний адміністративний поділ України складав 490 районних територій. Отож для їх управління було створено тотожну кількість владних органів: районних рад та районних державних адміністрацій з загальним аналогічним функціональним контентом. Одначе, внаслідок територіальної нерівності районів та різної кількості населення був відмінний діапазон роботи. Тобто мала місце явна розбалансованість системи.

Так, у 6 районах утримувалось близько 10 000 населення, у 9 – понад 100 000, у 3 більше 150 000. Рівні функції існували поряд з різним навантаженням. У 26 районах вже було створено придатними громадськими об'єднаннями, в той час коли 173 райони тільки наполовину (50%) мали покриття організованими громадами. Районні органи переважну чисельність владних повноважень делегували на щабель громад.

Враховуючи дані обставини, Верховна Рада і український уряд прийняли відповідне до сучасної ситуації рішення щодо розв'язання проблеми шляхом реорганізації владних організаційно-функціональних структур районного рівня чисельністю до 136 нових районів натомість 490 ліквідованих колишніх. Так планувалось, і так це було здійснено рішенням ВР [1], прийняту голосами 238 обранцями народу [2] до 25.10.2020 року, тобто до наступних виборів у місцеві органи влади. Зовнішню демаркацію нового адміністративного територіального устрою встановлено за існуючими межами сільських, селищних, міських територіальних громад, що включені до переліку кожного з районів. Після реформи у кожному новоствореному районі буде знаходитись близько 150 тис. чоловік [3].

Практичне втілення у життя реорганізації районів розпочато у грудні 2020 року, опісля набуття чинності закону щодо розділення прав і ресурсів у межах районів і ОТГ. Передбачено і проміжний етап до половини 2021 року для адаптації населення змін у новітньому устрої, і щоб наявний доступ і вже досягнута якість медичної допомоги у районі не набула тенденцій до зниження.

«Відповідно до Закону «Про внесення змін до Бюджетного кодексу України щодо приведення у відповідність положень бюджетного законодавства у зв'язку із завершенням адміністративно-територіальної реформи» «...сільські, селищні, міські бюджети більше не залежатимуть від району. Всі 1470 територіальних громад, території яких уже затвердив уряд, перейдуть на прямі міжбюджетні відносини з державним бюджетом. Виходячи із законопроекту, доходи і видатки між бюджетами районів та територіальних громад розмежують. Районні бюджети пропонується виключити із системи горизонтального вирівнювання. Тобто районні бюджети не отримуватимуть базову дотацію і не будуть на прямих міжбюджетних відносинах з державним бюджетом» [4].

Конституційний Суд України 20 жовтня 2020 року отримав від 49 народних депутатів конституційне подання яким оскаржено легітимність постанови Верховної Ради про яку йдеться вище [5].

Колегією суддів розпочато провадження у цій справі 15.01.2021 р. Подання утримує клопотання про невідкладність розгляду цієї справи, для зменшення можливих наслідків, що може тягнути за собою вказана постанова. Серед аргументів: зміна складових устрою територій, що можна уможливити тільки відповідним законом, обмеження доступу людей до судових органів внаслідок укрупнення самостійних районів.

Паралельно з реформою адміністративно-територіального устрою держави доцільно здійснюється і організаційно-функціональна структура установ і закладів сфери охорони здоров'я. Створюються госпітальні округи, відповідно доцільно і

раціонально балансується і обсяг тих видів медичної допомоги і послуг, що є більш запитуваними у тому чи іншому регіоні.

Порядок денний реформ є величезним. Потрібно зменшити дефіцит державного бюджету та покращити ефективність державних витрат за рахунок зменшення у бюджетному та квазіфіскальному дефіцитах, створити умови для більш цілеспрямованих соціальних програм допомоги та реформи для підвищення якості та ефективності державних послуг, включаючи послуги з охорони здоров'я.

Система охорони здоров'я в Україні ще не реформована у відповідь на ці зміни, тягар хвороб та зростаюче домінування неінфекційних захворювань (НІЗ) та хронічних захворювань. Система надання медичних послуг досі є тією, що успадкована від Радянського Союзу, державно фінансується та перебуває у власності держави, орієнтована на лікарні, з послугами, орієнтованими на окремі лікування гострих хвороб та мінімальну профілактику. Ця система була по суті розроблена для боротьби з інфекційними захворюваннями.

Профілактичні послуги первинної медичної допомоги, необхідні для вирішення питань НІЗ, є недорозвинені. Недостатня кількість лікарів первинної ланки, відсутність потрібного направлення системи, "шляхи догляду" або протоколи догляду після виписки сприяють дорогим (і що можна уникнути) первинній та випадках повторних госпіталізацій.

Формальні кроки до посилення та реформування первинної медико-санітарної допомоги передбачалося запровадити з 2000 р., але яке ніколи не відбулося. Перша точка контакту із системою охорони здоров'я по суті тривала нерепформованою, і в основному контакт складається з міських та сільських поліклінік; жіночих консультацій клініки; сільських лікарських амбулаторій, відділень поліклінік у міських лікарнях та амбулаторних відділеннях у сільських лікарнях.

Лікарі первинної ланки доступні лише в обмежених кількостях країни, і до них звертаються лише з незначними скаргами, оскільки пацієнти використовують для отримання допомоги фахівців без офіційного направлення.

Насправді люди можуть вільно представляти себе на будь-якому рівні системи охорони здоров'я та просити звернутися до лікаря. Діагностика і лікування може бути недоречним, але послуги надаються, якщо пацієнт заплатить.

В Україні існує великий, неефективний лікарняний сектор з точки зору власне лікарень. Проте їхня спроможність надавати послуги надзвичайно обмежена. Україна має 2200 лікарень, 8300 поліклінік та понад 400000 лікарняних ліжок у державному секторі, приблизно на 40 відсотків більше ліжок на душу населення, ніж у середньому по Європейському регіону ВООЗ. Це інфраструктура лікарні була побудована з припущенням, що кожна мала територія повинна бути самодостатньою з точки зору охорони здоров'я (кожна область, муніципалітет та район), що було ймовірно правильним у часи поганого зв'язку та поганого транспорту (та низьких витрат на вхід), але зараз це менш виправдано як з огляду збірного населення, так і оптимізації інвестицій.

До того ж така розвинута інфраструктура лікарень є досить неефективною.

Так, у 2013 р. середня тривалість лікування в лікарнях в Україні становила 11,8 днів, як на противагу середньому показнику країн Європейського регіону 7,5, що є результатом не різних медичних потреб, а скоріше пов'язаним із збоченими стимулами, вбудованими в систему (наприклад, лікарні, що отримують плату відповідно до кількості ліжок та ліжко-днів створюють стимул для збільшення тривалості перебування пацієнта, навіть якщо це медично не потрібно).

Та інше, потужність надання послуг цієї великої лікарняної інфраструктури надзвичайно обмежена. Невеликі стаціонарні заклади, такі як муніципальні (міські) та районні (районний рівень) лікарні, а також муніципальні лікарні з однопрофільними захворюваннями (туберкульоз, захворювання, що передаються статевим шляхом, наркозалежність та ін.) становлять близько 75 відсотків

лікарняних ліжок, що забезпечують лише дуже базові стаціонарні послуги. Обласні лікарні (регіонального рівня), а також спеціалізовані клінічні та діагностичні центри національних науково-дослідних інститутів, представляють решту 25 відсотків лікарняні ліжка [6].

Лікарняні поліклініки та районні лікарні надають і те, і інше на первинному та спеціалізованому рівнях медичної допомоги, тоді як обласні та міські лікарні випадково надають поєднану допомогу при хронічних недугах та спеціалізоване та високоспеціалізоване лікування рядом медичних служб за різними спеціальностями. Через хронічну відсутність інвестицій та інші обмеження дуже мало медичних працівників закладів здатні надати комплексну медичну допомогу (наприклад, сучасна кардіохірургія або лікування раку).

Міністерство охорони здоров'я не виконувало належним чином функції керівництва, в децентралізованому середовищі. Під час глибокої економічної та фінансової кризи 1990-х років право власності та управління медичними закладами було передано місцевим органам влади фінансування, наразі приблизно дві третини загальних державних витрат на охорону здоров'я передається через органи місцевого самоврядування та третину через центральні міністерства, в тому числі МОЗ. В новому децентралізованому середовищі МОЗ повинне було взяти на себе роль планувальника, керівника та оцінювача стандартів та результатів медичної допомоги і послуг, але місцеві органи влади на регіональному, міському, районному та громадському рівнях мали взяти на себе роль виконавців. Натомість перший продовжує нав'язувати надзвичайно детальну інформацію "Норми" (щодо персоналу, інфраструктури тощо) щодо всіх окремих об'єктів і має зосереджена головним чином на закупівлі (дуже неефективно) сировини, як-от ліків для національних програм, тоді як останні діяли значною мірою ізольовано, працюючи з незліченною кількістю ізольованих об'єктів, без чітких мандатів з точки зору стандартів послуг та результатів.

Міністерство охорони здоров'я не виконувало належним чином функції керівництва, в децентралізованому середовищі. Під час глибокої економічної та фінансової кризи 1990-х років право власності та управління медичними закладами було передано місцевим органам влади¹⁸ фінансування, наразі приблизно дві третини загальних державних витрат на охорону здоров'я передається через органи місцевого самоврядування та третину через центральні міністерства, в тому числі МОЗ.

Високий рівень власних платежів населенням створює бар'єр для доступу до здоров'я послуги для бідних та створюють катастрофічні витрати для тих, хто шукає невідкладної допомоги, або хворих на хронічні захворювання, які потребують придбання ліків. Враховувались приватні витрати домогосподарств, переважно оплат із власної кишені пацієнтів у місці надання послуг до 3,26% ВВП у 2012 році. ²⁰ Це дорівнювало 42,4 відсоткам загальних витрат на охорону здоров'я згідно з опитуваннями бюджету домогосподарств, проведеними в тому році, поки фармацевтичні препарати та інші медичні прилади в основному фінансуються домашніми господарствами (на рівні приблизно 90 відсотків). Ці високі рівні власних оплат можуть спричинити катастрофічні рівні витрат на здоров'я для тих, хто шукає допомоги та/або перешкоджає домогосподарствам шукати допомоги. Наприклад, згідно з опитуванням членів домогосподарств 2011 року, 22,6 відсотка тих, хто потребував покупки ліки не змогли їх отримати, головним чином, з причини цінової доступності, тоді як індекс концентрації для використання стаціонарних послуг становив 0,21, що свідчить про серйозність нерівності у використанні лікарняних послуг на користь багатих. Серед 40 відсотків Найбідніші домогосподарства, 10,2 відсотка повідомили, що витрачають більше 25 відсотків від їх загальної кількості харчові витрати на охорону здоров'я.

Усі опитування показують, що переважна більшість громадян визначила здоров'я першочерговим завданням, і заявила, що уряд повинен робити більше і краще для здоров'я. Наприклад, згідно з опитуваннями домогосподарств,

проведеними у 2007 та 2010 рр., сектор охорони здоров'я постійно визначається як провідний сектор з точки зору пріоритетності та з точки зору неефективності. У той же час наявна інформація вказує на те, що люди ще не здатні самостійно дбати про своє здоров'я і не знати про ризики, пов'язані, наприклад, із вживанням тютюну та алкоголю (поширеність куріння серед чоловіків перевищує 50 відсотків серед дорослих). Також серед молоді існує загрозлива тенденція до зловживання наркотичними речовинами.

У сукупності дані свідчать про те, що Україна стикається з кризою в галузі охорони здоров'я і їй потрібно провести термінові, відповідні та глибокі реформи, щоб змінити прогресивні погіршення стану здоров'я своїх громадян та довіри до системи. Всебічне метою цих реформ має бути створення системи охорони здоров'я, яка відповідає клієнтам, прозора та справедлива у своєму фінансуванні, а також ефективна та дієва у запобіганні та контролю НІЗ.

Конкретні заходи реформування повинні включати наступне:

а. Розширені послуги з профілактики та первинної медичної допомоги, контроль певних НІЗ можливо досягти лише за допомогою профілактики та раннього виявлення, за допомогою особистих оглядів і послуг населенню (часто їх називають "клінічними" та "охороною здоров'я" відповідно). Мета полягає в тому, щоб змінити поведінку людини та керувати, в розумних межах, дегенеративними симптомами, що пов'язані з НІЗ (наприклад, високий кров'яний тиск). Це здебільшого, але не виключно, відбуватиметься на первинному рівні.

б. Покращені механізми координації на різних рівнях допомоги шляхом побудови безперервних шляхів догляду для діагностики та лікування всіх типів захворювань, і одночасно чітко визначити роль та функції кожного медичного закладу/постачальника медичної допомоги в межах такого континууму.

в. Критерії розподілу ресурсів та системи оплати, які винагороджують постачальників медичних послуг які є більш ефективними та сприйнятливими до пацієнта. Для досягнення цих цілей громадське фінансування повинно бути

пов'язане з ефективністю та ефективними послугами, що надаються пацієнтам, і подалі від норм, заснованих на вхідних даних, які в даний час визначають формування бюджету та розподіл ресурсів на різних рівнях.

г. Поточна надмірна спроможність у лікарняному секторі зменшилась із створенням лікарняної мережі та консолідації мереж. Як значна частка госпіталізацій та/або проживання є недоречним, Україна має широкі можливості для зменшення кількості ліжок та зосередити свої вхідні послуги, зберігаючи при цьому узгоджену корзину послуг для реагування на потреби населення. Водночас країні потрібно більше інвестувати у вибраних закладах, їх фізичному та людському капіталі та покращити доступ до спеціалізованих служб, особливо для населення, яке проживає далеко від головних міських центрів.

д. Покращена доступність та використання даних. Спосіб отримання інформації про здоров'я збирання та управління в Україні потребує вдосконалення. Парадоксально, але існують суттєві вимоги до звітності, і велика кількість даних генерується на різних рівні системи, але більша частина з них не використовується для інформування про прийняття рішень. Це також не так перевірений і, отже, поганої якості.

ж. Знижена частка виплат з власних доходів. Міжнародний досвід свідчить, що для цього існують інструменти досягнення цього, наприклад, шляхом втручання з боку попиту, такого як легалізація виплати до певного порогу, збільшення державних субсидій на основні ліки та за допомогою втручань з боку пропозиції, таких як контроль нових технологій та ліків, або реформування регулювання цін на ліки, а також покарання лікарів, які вимагають неформального платежі [7].

Запропонований проект ВООЗ «Служіння людям, покращення здоров'я» спрямований на покращення якості медичних послуг у вибраних областях, з особливим акцентом на первинну та вторинну профілактику серцево-судинних захворювань та раку, а також для підвищення ефективності системи охорони

здоров'я. Ці цілі розвитку проекту будуть досягнуті узгодження моделі надання медичних послуг у вибраних областях із зміненим тягарем хвороби, а також шляхом вдосконалення управління МОЗ України [8].

Висновки до розділу

Підвищення ефективності витрат на охорону здоров'я було визначено одним із очікуваних результатів Стратегії державного партнерства для України. Є намір міжнародних організацій розвивати програму технічної допомоги в охороні здоров'я на підтримку реформ у галузі охорони здоров'я та підготовки нової операції з надання позик на підтримку початкових зусиль щодо реформ.

Проект ВООЗ сприятиме досягненню цілей Групи Світового банку щодо зменшення бідності та стимулювання спільного процвітання на стійкій основі. Крім того, проект міг би сприяти створенню основ для більш інклюзивного зростання в Україні, сприяючи розвивати сильніші послуги первинної медичної допомоги та профілактики та шляхом непрямого звернення до питання неформальних платежів та надмірних власних оплат.

РОЗДІЛ 2

ДІЯЛЬНІСТЬ КОМУНАЛЬНОГО НЕКОМЕРЦІЙНОГО ПІДПРИЄМСТВА
«ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО - САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ
ЄМІЛЬЧИНСЬКОЇ СЕЛИЩНОЇ РАДИ
ЖИТОМИРСЬКОЇ ОБЛАСТІ»

В основі Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я України» [9] лежить переміна механізму асигнування системи охорони здоров'я шляхом створення та запровадження новітніх, відмінних від існуючих, основ моделі фінансування, які вбачають прозорі реальні гарантії держави щодо обсягу безоплатної медичної допомоги, фінансовий захист громадян у випадку виникнення хвороби, ефективний та справедливий розподіл суспільних коштів та скорочення неформальних платежів, створення мотиваційних умов «...до поліпшення якості надання медичної допомоги населенню державними і комунальними закладами охорони здоров'я.

Втілення Концепції передбачено здійснити у три етапи:

- підготовчий етап (2017 рік),
- етап впровадження (2018 – 2019 роки),
- етап інтеграції (2020 рік)» [4].

Метою підготовчого етапу (2017 рік) було закладення нормативно-правового підґрунтя, інформаційно-роз'яснювальної роботи та інституційних основ для нової системи живлення охорони здоров'я, запровадження реформаторської побудови надання коштів на первинний рівень медичної допомоги та поріг упорядкування сітки закладів, що адресують спеціалізований медичний сервіс у новостворених госпітальних округах.

Метою наступного етапу (середньострокового) впровадження є введення в дію пакета медичної допомоги гарантованого державою на всіх трьох рівнях

медичної допомоги, створення інституту єдиного Національного замовника медичних послуг та фінансування через нього цього пакету.

Метою етапу інтеграції передбачено налаштування повноцінного функціонування нової системи фінансування охорони здоров'я у загальнонаціональному масштабі [10].

Для пересічних українців це значить, що це початок оголошення МОЗ України, так званої приписної кампанії. Громадяни мають визначити для себе лікаря сімейної практики чи педіатра для своєї дитини і заключити з ним декларацію. У разі переїзду чи отримання медичних послуг незадовільної якості пацієнт зможе переукласти договір-декларацію з будь-яким іншим лікарем. Попередня угода за таких умов автоматично анулюється. При необхідності громадяни матимуть право звернутися до фахівців там, де їм це буде вигідно – необхідності відвідувати лікаря за місцем реєстрації чи помешкання не буде.

Ці види допомоги є безкоштовними – декларація є необхідною, аби встановити лікарям платню за їх виконану роботу. МОЗ України навело відповідні розрахунки з виплати з бюджету кожному лікареві 370 гривень щорічно за кожного пацієнта без урахування відповідних вікових коефіцієнтів. Цю суму у 2019 році планується збільшити до 450 гривень на рік [11].

Натомість Розрахунки для вторинного та третинного рівня медичної допомоги тривають і, згідно прогнозу міністерства, для цього буде потрібно ще близько двох років. Відтак спеціалізована та високоспеціалізована ланки працюватимуть у звичному режимі і лише з 2020 р. планується перейти на нові принципи роботи. І вже опісля цього пацієнт складатиме із медичними закладами угоди, в яких зазнаватиметься перелік послуг та ліків, які можна отримати безкоштовно, а обирати лікарню можна буде без урахування місця реєстрації чи проживання [12].

Втім скористатися допомогою лікаря-спеціаліста після запровадження реформи можна буде лише за рішенням сімейного лікаря чи педіатра. Якщо

незалежно від призначення лікаря первинної ланки, пацієнт звернеться до відповідного профільного фахівця самостійно, він муситиме самотужки оплатити його послуги. «Попри той факт, що відтепер медичні послуги формально надаватимуться на страховій основі, жодних додаткових відрахувань через це українці не робитимуть. Оскільки завдяки реформі було створено Національну службу здоров'я України, що фактично виконуватиме роль страховика. Гроші на покриття видатків надходитимуть до цієї фінансової організації з державного бюджету» [13]. Із тих фактичних податків, які вже сплачують громадяни, і будуть накопичуватись страхові внески, які буде передбачено на отримання необхідної у рамках пакету медичної допомоги та послуг.

Якщо раніше держава спрямовувала кошти на асигнування власне самої системи охорони здоров'я, тобто утримувала заклади охорони здоров'я, то відтепер бюджетні кошти спрямовуватимуться на закупівлю у медичних закладів медичної допомоги та наданих послуг. Держава платитиме за це не тільки державним і комунальним, але й приватним закладам охорони здоров'я. За задумом авторів реформи, такий підхід має змусити медичні заклади змагатися за пацієнтів, створити здорове конкурентне середовище, позбавить необхідності фінансування лікарень, які не виконують передбачене навантаження, на яке вони розраховані, створить вільні умови окремим лікарям, що зможуть ефективно працювати як приватні підприємці.

До безкоштовних належатимуть невідкладна, первинна та паліативна медична допомога. Це означає, що усі звернення до сімейних лікарів, педіатрів та терапевтів, ургентні втручання і оперативне лікування, а також догляд і знеболювання для важко і невиліковно хворих залишатимуться безоплатними для тих, хто звернувся по таку допомогу. У вказаному Переліку буде визначена спеціалізована та високоспеціалізована медична допомога, медична реабілітація, медична допомога дітям до 16-ти років і породіллям [14].

У Міністерстві охорони здоров'я України зазначають, Перелік безкоштовних медичних послуг буде єдиним для усіх адміністративно-територіальних одиниць по всій країні, і обраховуватимуться вони за єдиною тарифною сіткою, незалежно від місця надання таких послуг. Буде визначено і частину послуг як офіційно платними. У Міністерстві охорони здоров'я України прогнозують, що йтиметься передусім про окремі діагностичні і лабораторні дослідження, косметологічні втручання, естетичну хірургію і стоматологію за винятком екстрених епізодів [15].

Кількість населення Ємільчинської селищної ради Житомирської області становить 32103, в т.ч. доросле - 25592, діти –6511. На території Ємільчинської територіальної громади проживає 22291 осіб, Доросле населення – 18644, дітей – 3647.

Всього підписали декларації з сімейними лікарями та педіатрами – 20738 осіб ,що становить – 93,0%.

Із загальної кількості населення до лікарів ЗПСМ прикріплено 16299 особи, до педіатрів – 4439 дітей.

Центр первинної медико-санітарної допомоги в складі має 32 заклади:

- 6 амбулаторій загальної практики сімейної медицини;
- 7 фельдшерсько-акушерських пунктів;
- 19 фельдшерських пунктів.

Реорганізація служби

Відповідно до розпорядження КМУ від 15.04.2020 р. №481 «Про затвердження перспективного плану формування територій громад Житомирської області», рішень Ємільчинської селищної ради від 04.09.2020 р.» № 1916 «Про зміну засновника, зміну назви та внесення змін до Статуту Комунального некомерційного підприємства «Центр первинної медико - санітарної допомоги Ємільчинської селищної ради» та від 18.12.2020 р. № 34 та № 35 « Про передачу із

комунальної власності Ємільчинської селищної ради у комунальну власність Барашівської/Чижівської сільської ради майна КНП «Центр ПМСД Ємільчинської селищної ради», було проведено передачу 3-ьох амбулаторій АЗПСМ та 15 ФАП /ФП у вище вказані сільські ради.

Штатне забезпечення Центру ПМСД

Таблиця 2.1

Чисельність штатних посад лікарського складу, станом на 01.01.2021 р.

Кількість	Штатних	Зайнятих	Фізичних осіб
лікарів	17,75	16,75	16

Укомплектованість лікарями становить – 90%;

Таблиця 2.2

**Чисельність штатних посад середніх медичних працівників,
станом на 01.01.2021 р.**

Кількість	Штатних	Зайнятих	Фізичних осіб
Середній медичний персонал	54,5	50,0	53

Відтак, укомплектованість посад середніх медичних працівників становить 97%.

Станом на 01.01.2021 року по Центру ПМСД загалом затверджено 111,25 штатних посад (у 01.01.2020р - 153,25). Укомплектованість посад середніх медичних працівників ФАПів становить – 98%. Вакантними залишається посада завідувача: на 1 ФАП (Кривотино) та на 2 ФП працюють сумісники (сс. Тайки, Мокляки). Дані щодо штатного забезпечення представлено у табл. 2.1 та 2.2.

У зв'язку із територіальною реформою та передачею частини закладів до інших громад було скорочено 42 штатних посади та 36 фізичних осіб.

Педіатрична служба

За 2019 рік народилось 237 дитини проти 274 в минулому році.
Медичними оглядами дітей охоплено – 63,5% проти 100% за 2019р.
Рівень первинної інвалідності дитячого населення становить 17,3 (12/6903) проти 14,8.

В 2020 році померла 501 особа, в минулому 2019 році - 541.

В структурі загальної смертності населення:

I місце займають хвороби системи кровообігу 78,8% всіх смертей.

II місце - новоутворення – 9,3% .

III місце – травми та отруєння -3,1%.

4 місце – хвороби нервової системи – 2,1%.

В 2020 році відмічається збільшення захворюваності на інсульти 57 випадків (2019 р. – 45). Разом з тим, констатуємо зниження смертності від інсультів (5 випадків у 2020 році) проти (6 – 2019 рік). 56 хворих з інсультом було госпіталізовано в стаціонарні відділення, із них - 32 хворих до обласної лікарні. 25 хворих госпіталізовано в ТМО м. Новоград – Волинськ.

Протягом 2020р. зареєстровано 16 випадків інфарктів міокарда, що на рівні минулорічного показника.

Протягом року померла 1 людина внаслідок інфаркту міокарда (за аналогічний період у 2019 р.-2 особи).

Обстежено методом ПЛР – 2827 обстежень, експрес – тестами на Covid – 19 – 103. Показники захворюваності, лікування та смертність надано у табл.2.3.

Фтизіатрична служба

Вперше зареєстровано 8 випадків захворювань на туберкульоз проти 13 випадків у 2019р.

Протидія пандемії коронавірусній інфекції

Таблиця 2.3

Епідемічна ситуація щодо COVID – 19

Всього хворих	проліковано		одужало	хворі, які лікуються		померло
	стаціонарно	амбулаторно		вдома	стаціонарно	
1266	106	1160	1187	63	32	16

Захворюваність на туберкульоз 24,9 на 100 тис. населення проти 39,7 у 2019 році. Відсоток виявлення хворих на туберкульоз при флюографічних профілактичних оглядах – 50% (4\8). Охоплення туберкулінодіagnostикою дитячого населення в районі - 732,0% (2467/3370).

Смертність від туберкульозу становить 6,2 (2 чол.) проти 9,1 (3 чол.)

За 2020 рік всього підлягало щепленням проти керованих інфекцій 7885 осіб, зроблено 3831, що складає – 48,6%, в тому числі дітей підлягало – 4885, виконано – 3350, що складає – 68,6%, дорослих 3000, зроблено 481 – 16,0%.

Проти кору, паротиту, краснухи підлягало щепленням 760 дітей, зроблено 570 – 75,0%. Також проти КПК щеплено поза планом – 86 дорослих. Проти дифтерії, кашлюку, правця підлягало щеплення 4529, виконано 1373 – 30,3%. Від поліомієліту підлягало щепленням 1602 дитини, щеплено 1283- 81,1%. Проти гепатиту В при плані 364, виконано 214 - 58,8%. Проти гемофільної інфекції план складав 622 дитини, виконано 387 - 62,2%. Проти гепатиту В при плані 364, виконано 214- 58,8%.

Проти гемофільної інфекції план складав 622 дітини, виконано 387 - 62,2%.

Проведено витрати всього на суму 16672,9 тис. грн., в т. ч.:

- на заробітну плату з нарахуваннями – 13931,4 тис. грн..
- придбання медикаментів, перев'язувальних матеріалів, предметів, матеріалів, обладнання та інвентарю – 1382,5 тис. грн. ;
- оплата комунальних послуг та енергоносіїв – 833,4 тис. грн. ;
- на виконання цільових програм – 525,63 тис. грн.

За 2020 рік проведені поточні ремонти на загальну суму – 370571,00 грн.

Реєстратура АЗПСМ смт Ємільчине – 70571 грн. (за кошти НСЗУ).

За кошти обласного бюджету:

- ФАП с. Горбове – 195546,00 грн.
- ФП с. Велика Глумча – 47059,55 грн
- ФП с. Сергіївка – 49289,64 грн.
- Придбано у 2020 році гематологічний аналізатор – 177000,00 грн.
- Сумка – лікаря – 12000,00 грн.
- Компютер - 9600,00 грн.
- Принтер 4 шт. – 12000,00 грн
- Аналізатор сечі – 22000,00 грн.
- Автомобіль Рено Duster – 443000,00 грн
- Пульсоксиметри – 14 шт. – 14000,00 грн.
- Меблі – 30000,00 грн.

Всього 719600,00 грн.

Висновки до розділу

Відповідно до нормативно-правової бази України у Ємільчинському районі відбулася реорганізація медичних закладів первинного рівня надання медичної допомоги.

Так, створено Центр первинної медико - санітарної допомоги Ємільчинської селищної ради Житомирської області.

Укомплектованість лікарями становить – 90%; посад середніх медичних працівників становить 97%. Територіальна реформа та передача частини закладів до інших ОТГ скорочено 42 штатних посади та 36 фізичних осіб, яких працевлаштовано на інші посади.

РОЗДІЛ 3

ПЕРСПЕКТИВИ І ШЛЯХИ РОЗВИТКУ УПРАВЛІННЯ НАДАННЯМ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

Основні проблемні питання

- Потребують покращення якості надання медичних послуг, в т.ч. і профілактичні заходи по ранньому виявленню захворювань та їх доступність;
- Недостатній рівень декларування населення;
- Забезпечення виконання вимог щодо доступності ЗОЗ для осіб з особливими потребами та інших малорухомих верств населення, що є обов'язковою умовою для підписання договору з НСЗУ на 2021 рік;
- Недостатній рівень охоплення вакцинацією;
- Погіршення стану здоров'я населення (зростання занедбаних норм, інвалідності, смертності);
- Незадовільне ставлення населення до стану власного здоров'я;
- Низький відсоток охоплення цитологічним обстеження жіночого населення;
- Потребують дооснащення ЛПЗ медичним обладнанням, устаткуванням, ЗІЗ, комп'ютерною технікою, меблями відповідно до табелю оснащення;
- Недостатнє фінансування ПМД, включаючи роботу мобільних бригад
- Більшість закладів потребують проведення ремонтних робіт.
- Переведення в інші приміщення ФАП с. Степанівка та ФП с. Андріївчів,

Співпраця з ЛПЗ, які перейшли у власність інших сільських рад (Бараші, Чижівка).

1. Забезпечення пільгових категорій населення необхідними медикаментами, наркотичними засобами, лікувальним харчуванням, технічними засобами для інвалідів;

2. Налагодження якісного спостереження за дітьми 1 – го року життя та вагітними;
3. Виконання заходів з імунопрофілактики населення;
4. Дотримання порядку звітності щодо роботи ЛПЗ;

Серед основних завдань КНП «Смільчинський центр первинної медико-санітарної допомоги» районна лікарня» ЄРР:

- Продовження роботи по декларуванню населення;
- Покращення якості та доступності медичної допомоги;
- Забезпечення виконання заходів, спрямованих на покращення здоров'я населення;
- Виконання заходів з імунопрофілактики;
- Впровадження телемедичних послуг в ЛПЗ;
- Виконання державних та регіональних програм в галузі охорони здоров'я;
- Поступове змінення пріоритетів з лікування хвороб на їх профілактику та розвиток стаціонарозамінних форм лікування (денний стаціонар, стаціонар вдома);
- Виконання вимог щодо доступності ЗОЗ для осіб з інвалідністю та інших маломобільних груп для підписання договору з НСЗУ на 2021 рік;
- Дооснащення ЛПЗ необхідним медичним обладнанням, устаткуванням, ЗІЗ, комп'ютерною технікою, меблями відповідно до табелю оснащення;
- Проведення ремонтних робіт в медичних закладах;
- Налагодження ефективної співпраці з громадами у власність яких перейшли заклади.

Але незважаючи на обсяг медичної допомоги, що надається мешканцям території, що обслуговується нашим закладом, окремим категоріям хворих потрібна і спеціалізована та високоспеціалізована меддопомога, яку вони можуть отримати поза межами юрисдикції нашого КНП «Смільчинський центр первинної медико-санітарної допомоги» районна лікарня» ЄРР.

З метою розширення доступу до окремих видів медичної допомоги Кабінет міністрів 24 лютого, прийняв проєкт постанови і вніс переміни до Порядку використання коштів, покращання системи вжитку розходів державного бюджету для здійснення планів та виконання центральних заходів з охорони громадського здоров'я, що являють закономірність збирання попиту й поділу лікарських препаратів та виробів медичного призначення до приватних медичних закладів, що уклали угоди з НСЗУ.

Проєкт теж має врегулювати систематичність вжитку розходів особливої фундації Державного бюджету, що існуватимуть на придбання виробів та помічних заходів для здійснення лабораторних аналізів тестувань на коронавірусну пандемію.

НСЗУ укладатиме угоди та розраховуватиметься за надані послуги із закладами охорони здоров'я, що виконали всі умови щодо вакцинації проти COVID-19, що і окреслено Програмою медичних гарантій на поточний рік [16].

Медичні технології у своєму сучасному контексті мають отримати значні інвестиції.

Надання високоспеціалізованої медичної допомоги є першочерговим завданням України у плані фінансової доступності для мешканців держави, тому що цей вид надання медичної допомоги (а це є насамперед лікування оперативними методами) є досить високовартісним і може сягати до сотень тисяч гривень. Насамперед це інвазійні втручання у серцево судинній, травній та центральній нервовій системах та трансплантації життєво важливих органів. Половина від цього коштують складові цих оперативних втручань: ліків, кардіо- і нейростимулятори, вироби для стентування, обладнання для застосування вказаних виробів тощо. Нові фінансові механізми запропонували Мінфін та Національна АМН України. На ці операції надано 763,4 млн грн у 2020 році. Учасниками проєкту обрано Національний інститут хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова, Інститут нейрохірургії імені академіка А. П. Ромоданова,

Національний інститут серцево-судинної хірургії імені М. М. Амосова, Національний науковий центр "Інститут кардіології імені академіка М. Д. Стражеска, а з 2021 року цей список значно поширено (до 8-ми установ) для створення загальної принципу фінансового забезпечення у рамках реформи для надання третинного виду, тобто високоспеціалізованої медичної допомоги населенню в межах програми медичних гарантій [17].

За свідченням статистичних даних, нині в Україні більше 2 мільйони чоловік, які хворіють на наркозалежність. На жаль, в Україні немає правової норми, яка б визнавала таких людей недужими, а не правопорушниками. Відповідно, це утруднює проведення їх повноцінної реабілітації та ресоціалізації та відбирає у них доступ до спеціалізованої медичної допомоги [18, 19].

Міністерство охорони здоров'я опрацювало план заходів до 2003 року, спрямований на скорочення попиту на нарковмісні препарати і стратегію в царині обороту наркотиків на період до 2030 року [20].

Консолідація зусиль МВС, Міносвіти та МОЗ, залучає кращий світовий досвід і має сприяти ключовим напрямам трирічного плану і стратегії впродовж 10-ти річного періоду: профілактиці вживання наркотиків у підлітковому середовищі та створенню освітніх програм, лікуванні наркозалежних, усуненню криміногенних факторів обігу наркоречовин, реабілітації після лікування.

Міністерство охорони здоров'я внесло зміни до ліцензійних умов здійснення господарської практики з виготовлення лікарських засобів, їх роздрібної та гуртової дистанційної торгівлі. Запровадження таких перспектив є одним з прогресивних інструментів для створення умов доступності хворих до фармакологічних препаратів [21, 22].

Законодавці спрогнозували, що для виконання цього рішення достатньо реалізувати вимоги регулятора й одержати дозвіл на роздрібну торгівлю медичними засобами. Кошти на тримання постійних аптечних точок тратити немає потреби. Це зменшує затрати інтернет-аптек внаслідок чого знижує

заключну вартість медпрепарату для споживача. Окрім того, інтернет-торгівля дозволяє виробникам самостійно реалізовувати свою продукцію [23].

За станом розвитку інформаційно-технологічної інфраструктури галузі охорони здоров'я в Україні, метод глобального бюджету слід було б поєднати з методом поділу хвороб на діагностично-споріднені групи з метою оцінки і погоджування загального обсягу допомоги, яка подається в межах глобального бюджету. Ідеальна система оплати послуг медицини стимулювала б більш ефективно та справедливе подання медичних послуг з правильної мотивації та з мінімумом трансакційних витрат. Але така практика не існує. Отже, уряд має вибрати, зважаючи на компроміс між обсягом, якістю та витратами охорони здоров'я, а також необхідною бюрократичною роботою.

Відтак, сучасні методи надходження коштів у заклади охорони здоров'я повинно забезпечувати балансування доходів та витрат і створювати у постачальників стимули щодо підвищення якості та економічної ефективності медичної допомоги. Однак застосування вказаної методології виплат є проблематичним і протяжним процесом, а його втілення у життя потребуватиме тривалого часу, у тому числі для забезпечення придатної підготовки різних категорій медичних працівників [24].

Інформаційні автоматизовані технології нині застосовують майже всіх сферах суспільного життя і активно інтегруються і в медицину впродовж останніх десятиліть.

У країнах Європейського Союзу, до прикладу, на протязі 15 років поспіль біля 500 мільйонів євро спрямовано на наукові дослідження у царині медичної інформатики. Медичні інформаційні системи –сукупність технічних методів та засобів за допомогою яких опрацьовують медичні дані у цілісних технологічних системах для створення, використання, зберігання, передавання і захисту

профільного інформаційного продукту, що застосовують у процесі розв'язання поставлених завдань у полі медичних інформаційних технологій.

Медична інформаційна технологія –інструмент, що дає змогу найбільш ефективно визначати і планувати ресурси закладу охорони здоров'я із застосуванням спеціалізованого програмного забезпечення, засобів обчислювальної техніки, необхідного медичного обладнання, засобів зв'язку, і підтримує лікувально-діагностичну, фінансову, адміністративно-господарську, облікову, сервісну та інші види діяльності закладу чи установи для надання якісних медичних послуг пацієнтам и прийняття більш раціональних управлінських рішень.

У залежності від поставлених завдань, медична інформаційна система буває спеціалізованою або універсальною. Спеціалізовані враховують тільки особливості діяльності конкретного закладу. Універсальні ж використовують загальні компоненти показників, характерних для більшості закладів охорони здоров'я та їхніх підрозділів. Використання медичної інформаційної системи контролює ефективність та результативність лікувального процесу і реабілітації [25].

Електронна охорона здоров'я (eHealth) дає змогу ефективно розв'язувати завдання у галузі охорони здоров'я за допомогою інформаційно – комунікаційних технологій незалежно від географічного перебування лікаря і пацієнта. Назва дослівно перекладається як «електронне здоров'я». Насправді – це узагальнена категорія, що поєднує автоматизовані засоби і в охороні здоров'я в цілому. Електронна база даних дозволяє зберігати інформацію, що міститься у медичних картах пацієнтів. Основними напрямками функціонування «електронне здоров'я» є:

- 1) використання профільних спеціалізованих інформаційних технологій та автоматизованих програм у професійній діяльності лікарів, фармацевтів, управлінців, державних службовців, інших працівників закладів та установ охорони здоров'я;

2) обслуговування та сервіси для пацієнтів для широкого вжитку серед населення, що підвищують доступність інформації і покращують якість життя.

Спеціалізовані продукти «електронне здоров'я»:

- діагностична та лабораторна інформаційні системи;
- програми обліку медичних кадрів та їх якісний склад;
- фармацевтичні облікові та обрахункові програми;
- телемедична діагностика та консультування;
- інші програмні продукти, основне завдання яких – автоматизувати й уніфікувати роботу фахівців для раціоналізації та пришвидшення лікарських рішень;

3) управління охороною здоров'я на рівні всієї країни, і зокрема, у Міністерстві охорони здоров'я України.

Для реалізації цілей управління і здійснення регуляторної політики в галузі побудовано центральний компонент «електронне здоров'я» МОЗ України вседержавного рівня, який є головною ланкою, що акумулює отримання інформації від медичних установ.

Центральний компонент eHealth МОЗ України є спеціалізованою комп'ютерною програмою з підключенням до неї інших медичних інформаційних систем на місцях.

Головними завданнями, що поставлені перед центральним компонентом «електронне здоров'я» – це реєстрація та облік лікувальних закладів, окремих лікарів і договорів про надання медичних послуг лікарями загальної практики. Всі лікувальні заклади незалежно від статусу власності і типу управління, які будуть надавати послуги за кошти бюджету, повинні будуть зареєструватися в центральному компоненті «електронне здоров'я» МОЗ України та звітувати за обсяги виконаної роботи та її якість [26].

Так центральний компонент вказаної системи накопичуватиме і опрацювання інформацію щодо медичних закладів, що отримують кошти з

державного та місцевого бюджетів. Вказана інформація необхідна для наслідування головних принципів реформи – «гроші ходять за пацієнтом» і асигнування не ліжка/місць, а власне послуг, тобто «електронне здоров'я» стає тим технологічним інструментом, який дозволить впровадити у життя зазначені принципи.

Іншою важливою ланкою «електронне здоров'я» є медичні інформаційні системи, які за відповідними правилами з'єднуються з центральним компонентом і створюють можливість лікувальним закладам спроводжувати інформацію в центральний компонент «електронне здоров'я» МОЗ України. На ринку України інформаційних систем доволі для забезпечення закладів охорони здоров'я і установ якісними і надійними рішення. Багато з компаній-виробників інформаційних технологій мають досвід за кордоном, тому є серйозний сучасний досвід у створенні спеціалізованих продуктів для охорони здоров'я.

На рівні держави повномасштабне впровадження «електронне здоров'я» в Україні дасть можливість отримати відповідні інструменти для цільового вжитку та контролю коштів на профілактику та лікування хвороб, а їх результати оцінювати за конкретними стандартними рисами. Інша визначна складова «електронне здоров'я» – це послуги, які підвищують задоволеність пацієнтів від наданих послуг. Серед найбільш поширених сервісів маємо інформаційні: отримання доступу до актуального графіку лікаря, розшук потрібних даних щодо закладу та відзиви пацієнтів про лікування і обслуговування. Також отримання медичних висновків і витягів, висновки з діагностики і результатів аналізів. Загалом, сукупність сервісів «електронне здоров'я» істотно підвищує якість результатів медичного обслуговування, а відтак медичну і соціальну ефективність. І вкрай важливо, щоб ці сервіси були доступні громадянам не тільки в комерційних лікувальних закладах, а й в комунальних [27].

Заклади охорони здоров'я почали все частіше впроваджувати у свою діяльність найсучасніші інформаційні рішення та розробки, оскільки це дає їм

змогу ефективніше спрямовувати ресурси, запобігає створенню черг, виникненню лікарських помилок та сприяє наданню якісної медичної допомоги мешканцям віддалених територій. Інформаційні системи спроможні співпрацювати зі стандартними формами МОЗ України, та лише деякі з них можуть формувати і вести електронну медичну картку та інтегруватися до підручного медико-діагностичного оснащення. Найшвидший розвиток отримали комплексні системи, спроможні досягнути високого економічного ефекту і які в цілому поліпшують процес медичних послуг населенню. Електронна медицина користується численним потенціалом інформаційних технологій та підтримує розвиток цілісного інтелектуального середовища: забезпечувати керування наданням медичної допомоги населенню, впроваджувати персоналу закладів новітні методи діагностики та лікування, організовувати консиліуми лікарів у реальному часі на значній, що відстані [28].

Охорона здоров'я прогресивна галузь щодо впровадження сучасних інформаційних технологій. Лікарська практика обслуговує значну кількість хворих, здійснює багато обстежень, створює обсяги інформації, тому без використання сучасних систем її обробки персоналу закладів і менеджерам охорони суспільного здоров'я складно справитись з її обсягом так швидко, як це вимагається. Тому, повсякмісне використання автоматизованих інформаційних технологій у діагностиці та інтенсивному лікуванні а також інтеграція до світового інформаційного простору є надважливими задачами при реформуванні вітчизняної охорони здоров'я.

ВИСНОВКИ

Сукупні дані свідчать про те, що галузі охорони здоров'я Україна стикається з кризою в і їй потрібно провести термінові, відповідні та глибокі реформи, щоб змінити прогресивні погіршення стану здоров'я своїх громадян та довіри до системи. Формальні кроки до посилення та реформування первинної медико-санітарної допомоги передбачалося запровадити з 2000 р., але чого ніколи не відбулося.

Внаслідок проведеного дослідження встановлено зв'язок заходів медичної реформи з реноваціями у сфері адміністративно-територіального устрою. Так, більш раціональною представляється архітектоніка первинної медичної допомоги на районному рівні, а також побудова механізму наступності медичної допомоги для мешканців ОТГ.

Міжнародні організації мають суттєвий намір розвивати програми фінансової й технічної участі у розвитку українських реформ в галузі охорони здоров'я. Найбільшу допомогу надають проекти ВООЗ для її сприяння досягненню цілей Групи Світового банку спрямованих на зменшення бідності та стимулювання спільного процвітання на стійкій основі.

Зміни організаційно-функціональної структури, що відбулися у Емільчинському районі у відповідності до державних правових актів з метою створення більш раціональної та якісної структури медичних закладів первинного рівня збереження здоров'я людей реально показали переваги перед попередньою системою. Про це свідчить характеристика перемін, що сталися у «Ємільчинському центрі первинної медико-санітарної допомоги» районна лікарня» ЄРР.

В результаті вивчення ситуації виявлено основні проблемні питання, які стоять на часі у досліджуваному закладі охорони здоров'я та потребують першочергового розв'язання для подальшого поступового прогресивного

розвитку. Серед яких - співпраця з ЛПЗ, які передано у власність інших сільських рад, забезпечення пільгових категорій населення лікарськими засобами, технічними засобами для інвалідів, подолання комп'ютерної недолугості медичного персоналу, вирішення питань неінфекційних хронічних хвороб, створення електронної системи врядування, налагодження якісного спостереження за немовлятами, виконання імунопрофілактичних заходів серед населення та інших ініціатив, що мають на меті розширення справедливого, рівного, всеохоплюючого доступу до якісних послуг з надання медичної допомоги.

Вищевказане дозволило визначити завдання, шляхи та перспективи подальшого розвою складових галузі медичної допомоги первинного рівня у «Ємільчинському центрі первинної медико-санітарної допомоги» районна лікарня» ЄРР.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Про утворення та ліквідацію р... | від 17.07.2020 № 807-IX (rada.gov.ua).
URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/807-20#Text> (дата звернення: 15.01.2021).
2. Україна з новим адмінтерустроєм: парламент створив 136 нових районів та ліквідував 490 старих (decentralization.gov.ua). URL: <https://decentralization.gov.ua/news/12634> (дата звернення: 16.01.2021).
3. КСУ перевірит конституційність постановлення Верховної Ради о ліквідації районів. URL: <https://gordonua.com/news/politics/ksu-proverit-konstitucionnost-postanovleniya-verhovnoy-rady-o-likvidacii-rayonov-1535728.html> (дата звернення: 15.01.2021).
4. Офіційний портал Верховної Ради України (rada.gov.ua). URL: <https://www.rada.gov.ua/print/200921.html> (дата звернення: 12.01.2021).
5. Про утворення та ліквідацію р... | від 17.07.2020 № 807-IX (rada.gov.ua). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/807-20#Text> (дата звернення 23.02.2021).
- 6.5.4. Система охорони здоров'я: загальний огляд - Всеукраїнська громадська організація «Фундація медичного права та біоетики України» (medicallaw.org.ua). URL: <http://medicallaw.org.ua/vydavnytstvo/praktychnyi-posibnyk-prava-liudyny-u-sferi-okhorony-zdorovia/5-zagalna-karakteristika-pravovoji-sistemi-i-sistemi-okhoroni-zdorovja-ukrajini/54-sistema-okhoroni-zdorovja-zagalnii-ogljad/> (дата звернення: 10.01..2021).
7. International bank for reconstruction and development project appraisal document on a proposed loan in the amount of us \$ 214.73 million to Ukraine for a serving people, improving health project. URL: documents1.worldbank.org/curated/en/973321468306920750/text/PAD9390PAD0P14010Box385413B00OOU090.txt (дата звернення: 09.01.2021).
8. Project Appraisal Document Serving People Improving Health Project_45.pdf. URL: <file:///C:/Users/Asus/AppData/Local/Temp/MicrosoftEdgeDownloads>

/fb39c307-0f6c-4a5d-addb-749ddc07bc87/Project%20Appraisal %20Document%20Serving%20 People%20Improving%20Health%20Project_45.pdf (дата звернення: 09.01.2021).

9. Про утворення Національної служби здоров'я України : постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1101 . URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017п> (дата звернення: 01.03.2021).

10. Про утворення Національної служби здоров'я України : постанова Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1101 . URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017п> (дата звернення: 28.02.2021).

11. Пальчук В. Пріоритет 2018 року – реформування сільської медицини [Електронний ресурс] / В. Пальчук // Україна: події, факти, коментарі. – 2018. – № 3. – С. 43–55. URL: <http://nbuviar.gov.ua/images/ukraine/2018/ukr3.pdf> (дата звернення: 01.01.2021).

12. Побочний І. А. Політико–правові засади децентралізації влади в контексті реформ в Україні / А. Побочний // Правова держава: історія, сучасність та перспективи формування в умовах євроінтеграції: матеріали українсько–польської наук.–практ. конф., (Дніпропетровськ, 15 листопада 2013 р.). – Д. : Дніпропетр. держ. Ун–т внутр. справ. – 2013. – С. 24–25.

13. Пальчук В. Оптимізація мережі медичних закладів первинного рівня: новий розподіл повноважень [Електронний ресурс] / В. Пальчук // Україна: події, факти, коментарі. – 2017. – № 21. – С. 41–55. URL: <http://nbuviar.gov.ua/images/ukraine/2017/ukr21.pdf>. (дата звернення: 22.02.2021).

14. Ковбасюк Ю. Наука державного управління в умовах системних державно–управлінських реформ і суспільних трансформацій / Ю. Ковбасюк // Вісник Національної академії державного управління при Президентові України. – 2012. – Вип. 1. – С. 5–20.

15.Смірнова Т.М. Формування державної політики з охорони здоров'я в Україні / Т.М. Смірнова, О.Р. Ситенко // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я в Україні. – 2014. – № 2(60). – С. 5–9.

16.Уряд розширив доступ до медичної допомоги в Україні – новини на УНН | 24 лютого 2021, 14:17 (unn.com.ua). URL: [https://www.unn.com.ua/uk/news/](https://www.unn.com.ua/uk/news/1917854-uryad-rozshiriv-dostup-do-medichnoyi-dopomogi-v-ukrayini)

1917854-uryad-rozshiriv-dostup-do-medichnoyi-dopomogi-v-ukrayini (дата звернення: 24.02.2021).

17.Чи може якісна медицина бути безоплатною? Нові етапи медичної реформи - ITMED.URL: [https://itmed.org/news/chy-mozhe-yakisna-](https://itmed.org/news/chy-mozhe-yakisna-medytsyna-buty-bezoplatnoyu-novi-etapy-medychnoyi-reformy/)

medytsyna-buty-bezoplatnoyu-novi-etapy-medychnoyi-reformy/ (дата звернення: 23.02.2021).

18.Про затвердження плану заходів ... | від 06.02.2019 № 56-р (rada.gov.ua) .URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/56-2019-%D1%80#Text> (дата

звернення: 23.02.2021).

19.МВС | Стратегія у сфері обігу наркотиків на 2020-2030 рік повинна включати механізми боротьби з наркоманією і реабілітацію (mvs.gov.ua) .URL: [https://mvs.gov.ua/ua/news/26360_Strategiya_u_sferi_obigu_narkotikiv_na](https://mvs.gov.ua/ua/news/26360_Strategiya_u_sferi_obigu_narkotikiv_na_2020_2030_rik_povinna_vklyuchati_mehanizmi_borotbi_z_narkomaniyu_i_rea_bilitaciyu_.htm)

_2020_2030_rik_povinna_vklyuchati_mehanizmi_borotbi_z_narkomaniyu_i_rea_bilitaciyu_.htm (дата звернення: 23.02.2021).

20.Оборот наркотиков в Украине - Минздрав разработал стратегию до 2030 года | РБК Украина (rbc.ua). URL: <https://www.rbc.ua/rus/news/strategiya-sfere-oborota-narkotikov-2030-1614241426.html> (дата звернення: 23.02.2021).

21.Президент підписав закон, який регулює електронну роздрібну торгівлю лікарськими засобами. URL: <https://www.president.gov.ua/ru/news/prezident-pidpisav-zakon-yakij-uregulovuye-elektronnu-rozdri-64477> (дата звернення: 15.01.2021).

22.Торгівля ліки Україна (lenta.ua). URL: <https://lenta.ua/ua/v-ukraine-hotyat-razreshit-dstantsionnuyu-torgovlyu-lekarstvami-88118/> (дата звернення: 23.02.2021).

23. Аптечные олигархи пытаются не допустить появления рынка интернет-торговли лекарствами, — Охрименко. URL: [https://ukranews.com/news/750134 - aptechnye-oligarhi-pytayutsya-ne-dopustit-poyavleniya-rynka-internet-torgovli-lekarstvami-ohrimenko](https://ukranews.com/news/750134-aptechnye-oligarhi-pytayutsya-ne-dopustit-poyavleniya-rynka-internet-torgovli-lekarstvami-ohrimenko) (дата звернення: 15.01.2021).

24. Лебединська О. Система органів місцевого самоврядування регіону: динамічна модель структури / О. Лебединська, В. Вакуленко, В. Колтун // Вісник Національної академії державного управління при Президентові України. – 2010. – № 3. – С. 143–151.

25. Системи охорони здоров'я: час змін —[Електронний ресурс]. URL: <http://bit.ly/2qJdw1n> (дата звернення: 23.02.2021).

26. Упровадження децентралізації публічної влади в Україні: національний і міжнародний аспекти / Г.Г. Динис, Т.О. Карабін, Я.В. Лазур, М.В. Менджул, Р.П. Натуркач, О.Я. Рогач, М.В. Савчин, І.С. Сухан, П.А. Трачук, І.В. Хохлова; за заг. ред. д-ра юрид. наук, проф. М.В. Савчина. – Ужгород: ТІМРАНИ, 2015. – 216 с.

27. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік / МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ, 2017. – 516 с.

28. Щербина В.С. Різновиди засобів законодавчої техніки / В.С. Щербина // Порівняльно-аналітичне право. – 2017. – № 4. – С. 43–46.

28. Про підвищення доступності... | від 14.11.2017 № 2206-VIII (rada.gov.ua). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2206-19#Text> (дата звернення: 09.02.2021).

29. Про утворення Національної служб... | від 27.12.2017 № 1101 (rada.gov.ua) . URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF#Text> (дата звернення: 01.02.2021).

30. Конституція України | від 28.06.1996 № 254к/96-ВР (rada.gov.ua) . URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text> (дата звернення: 09.02.2021).

31.Основи законодавства Україн... | від 19.11.1992 № 2801-XII (rada.gov.ua) .
URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text> (дата звернення: 12.02.2021).

32.Деякі питання електронної систем... | від 25.04.2018 № 411 (rada.gov.ua) .
URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/411-2018-%D0%BF#Text> (дата звернення: 23.02.2021).

33.Про договори про медичне обслугов... | от 25.04.2018 № 410 (rada.gov.ua) .
URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/ru/410-2018-%D0%BF#Text> (дата звернення: 22.02.2021).

34.Про затвердження Порядку надання... | від 19.03.2018 № 504 (rada.gov.ua) .
URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18#Text> (дата звернення: 02.2021).

35.Про внесення змін до деяки... | від 06.04.2017 № 2002-VIII (rada.gov.ua) .
URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2002-19#Text> (дата звернення: 22.02.2021).

36.Стратегія (moz.gov.ua) . URL:<https://moz.gov.ua/strategija> (дата звернення: 22.02.2021).

37.Реформування системи охорони здоров'я в Україні: досвід міжнародних експертів | Еженедельник АПТЕКА (apteka.ua) . URL: <https://www.apteka.ua/article/298348> (дата звернення: 29.02.2021).