

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ПОЛІСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

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

Суботенко Оксана Олексіївна

УДК 351.82

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

«Управління закладами первинно-медико-санітарної допомоги

Попільнянської селищної ради»

281 – Публічне управління та адміністрування

Подається на здобуття освітнього ступеня магістр

кваліфікаційна робота містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

(підпис, ініціали та прізвище здобувача вищої освіти)

Керівник роботи
Плотнікова Марія Федорівна
кандидат економічних наук, доцент

Житомир – 2021

АНОТАЦІЯ

Суботенко О. О. «Управління закладами первинно-медико-санітарної допомоги Попільнянської селищної ради». – Кваліфікаційна робота на правах рукопису.

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

Первинна медико-санітарна допомога охоплює всі аспекти державного апарату і включає компоненти: багатосекторальна політика і діяльність; розширення прав і можливостей людей і спільнот; основні функції громадської охорони здоров'я як фундамент комплексних медико-санітарних послуг. Система первинної медико-санітарної допомоги формується і функціонує з метою реалізації права на здоров'я за рівноправності і солідарності. Вона складається зі структурних і функціональних елементів, що забезпечують загальне охоплення і доступність прийнятних для населення послуг. Первинна медико-санітарна допомога – ключовий процес системі охорони здоров'я, що забезпечує доступну, безперервну, комплексну і скоординовану допомогу, орієнтовану на потреби пацієнта.

Ключові слова: організаційно-правовий механізм, первинна медико-санітарна допомога, політика, регулювання.

SUMMARY

Subotenko O. Management of primary health care institutions of the Popelnyansky village council. – Qualification work on the rights of the manuscript.

Qualification work for a master's degree in specialty 281 – Public administration and administration. – Polissia national university, 2021.

Primary health care covers all aspects of the state apparatus and includes components: multisectoral policies and activities; empowerment of people and communities; the main functions of public health as the foundation of Integrated Health Services. The primary health care system is formed and operates with the aim of realizing the right to health with equality and solidarity. It consists of structural and functional elements that ensure the overall coverage and accessibility of services acceptable to the population. Primary health care is a key process of the healthcare system that provides affordable, continuous, comprehensive and coordinated care focused on the needs of the patient.

Keywords: organizational and legal mechanism, primary health care, policy, regulation.

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. КОНЦЕПТУАЛЬНІ ОСНОВИ УПРАВЛІННЯ ПЕРВИННОЮ МЕДИКО-САНІТАРНОЮ ДОПОМОГОЮ.....	5
Висновки до розділу 1	10
РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ В ПОПІЛЬНЯНСЬКІЙ СЕЛИЩНІЙ РАДІ	11
Висновки до розділу 2	19
РОЗДІЛ 3. НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ	20
Висновки до розділу 3	26
ВИСНОВКИ.....	27
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	33
ДОДАТКИ.....	Ошибка! Закладка не определена.

ВСТУП

Актуальність теми. Первинна медико-санітарна допомога являє собою загальнонаціональний підхід до здоров'я і благополуччя, заснований на потребах і перевагах окремих людей, сімей і спільнот. Вона охоплює більш широкі детермінанти здоров'я і основну увагу приділяє цілісним і взаємопов'язаним аспектам фізичного, психічного і соціального здоров'я і благополуччя. Первинна медико-санітарна допомога передбачає комплексну турботу про здоров'я людини протягом усього її життя, а не лікування набору окремих захворювань. Вона забезпечує отримання людьми всебічного обслуговування – від заходів по зміцненню здоров'я і профілактики хвороб до лікування, реабілітації та паліативного догляду – якомога ближче до свого повсякденного середовища. Первинна медико-санітарна допомога заснована на ідеї соціальної справедливості та визнанні основного права на володіння найвищим досяжним рівнем здоров'я, задекларовані як основні права людини: «Кожна людина має право на життєвий рівень, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд та соціальне обслуговування, необхідні для підтримки здоров'я і добробуту його самого і його сім'ї [27]».

Потреба формування механізму системного управління охороною здоров'я досліджуються у працях М. Білінської, В. Грабовського, Н. Еккертома, П. Климента, В. Кучеренка, В. Лехан, Л. Мельника, І. Рожкової, Н. Солоненка, Р. Солтмана, Дж. Фігейроса й ін., в яких увагу приділено проблемам рівня державних гарантій та якості надання медичних послуг, забезпечення конкурентних відносин, маркетингу, фінансування медичної допомоги, проблемам становлення нових економічних відносин і ризик-менеджменту в умовах ринку, охорони здоров'я та медико-соціальним аспектам, забезпечення базису цінностей з орієнтацією на результат. Водночас, недостатньо досліджені локальні особливості первинної медико-санітарної допомоги.

Мета і завдання дослідження. Метою дослідження є визначення впливу фінансово-економічних механізмів функціонування первинної ланки

закладів охорони здоров'я на локальному рівні та виявлення резервів підвищення ефективності їх функціонування. Досягнення мети визначило завдання дослідження: 1) виявлення ключових чинників управління та фінансування закладів надання медичної допомоги; 2) систематизація та обґрунтування механізмів удосконалення їх роботи. *Об'єктом дослідження* є процес калькуляції та управління якістю наданої медичної послуги. *Предметом дослідження* – організаційно-правові засади витрати наявних ресурсів та планування діяльності медичних закладів відповідно до оптимальної моделі їх фінансування.

Методи дослідження. Методами оцінки ефективності управління, моніторингу діяльності медичних закладів є сукупність специфічних та загальнонаукових методів. Одними з них є економічні методи, що дозволяють оцінити наявні активи та вплив економічних суб'єктів у системі їх взаємовідносин. Також використано інформаційні технології аналізу даних та планування впливу адміністративних важелів на фінансові результати.

Практичне значення одержаних результатів. Базові положення дослідження розглянуті та схвалені керівництвом КНП «Попільнянський центр ПМСД» Попільнянської селищної ради (довідка №113 від 03.03.2021).

Апробація результатів дослідження. Результати дослідження представлені на таких науково-практичних конференціях «Інструменти і практики публічного управління в контексті децентралізації», «Біорізноманіття: теорія, практика, формування здоров'язбережувальної компетентності у школярів та методичні аспекти вивчення у закладах освіти», «Наукові читання – 2020»; «Механізми управління розвитком територій». **Публікації.** Основні положення дослідження викладені у матеріалах 4 науково-практичних конференцій.

Структура і обсяг кваліфікаційної роботи. Кваліфікаційна робота, написана українською мовою, включає анотацію, вступ, теоретичний, аналітичний та проектний розділи, висновки, список використаних джерел, додатки. Обсяг друкованого тексту кваліфікаційної роботи – 56 сторінок включає 12 таблиць, 3 додатки, а список використаних джерел – 50 найменувань.

РОЗДІЛ 1

КОНЦЕПТУАЛЬНІ ОСНОВИ УПРАВЛІННЯ ПЕРВИННОЮ МЕДИКО-САНІТАРНОЮ ДОПОМОГОЮ

Первинна медико-санітарна допомога (ПМСД) є однією зі складних організаційних систем в охороні здоров'я, внаслідок чого управління не може не бути однією з її інтегральних частин, без якої неможливе функціонування системи в цілому. Управління включає планування, керівництво та контроль, організацію та прийняття рішень. Крім того, сюди входить порядок використання ресурсів, вивчення мотивації людей, які є суб'єктами практичної діяльності системи. Реформи і нововведення в охороні здоров'я є звичайним явищем, їх не слід побоюватися за умови, що вони проводяться з урахуванням можливості досягнення поставлених цілей при даному рівні наявних ресурсів. Проведення реформи зачіпає як функціонально-практичну, так і адміністративну сферу, при цьому знання принципів керівництва і управління набуває особливої важливості, що окреслило вибір теми дослідження [27]. Концепція ПМСД неодноразово уточнювалася і переглядалася. У деяких контекстах вона трактується як надання амбулаторного індивідуального медичного обслуговування або першої допомоги. В інших контекстах Первинна медико-санітарна допомога розуміється як набір першочергових медико-санітарних заходів для груп населення з низьким рівнем доходу (їх ще називають «вибірковою первинною медико-санітарною допомогою»). Первинну допомогу також можна розглядати як необхідну складову людського розвитку з акцентом на економічні, соціальні та політичні аспекти [15, с. 21].

Незважаючи на помітне поліпшення показників рівня здоров'я населення в епоху Цілей сталого розвитку, як і раніше наявні серйозні і хронічні проблеми. Близько половина світового населення не має доступу до необхідних послуг; показники здоров'я непропорційно гірші у групах населення, схильних до впливу несприятливих соціальних та інших

детермінант здоров'я, що посилює нерівність в галузі охорони здоров'я як всередині країн, так і між ними. Питання здоров'я займають центральне місце в порядку денному на період до 2030 р. [31, с. 207], оскільки вони пов'язані із забезпеченням здорового способу життя, сприяння благополуччю для всіх у будь-якому віці, зобов'язанням дотримуватися принципу справедливості і не залишити нікого без уваги. Загальне охоплення послугами охорони здоров'я означає, що всі люди отримують необхідні медико-санітарні послуги достатньої якості, в тому числі у сфері зміцнення і охорони здоров'я, профілактики, лікування, реабілітації та паліативної допомоги, не відчуваючи у зв'язку з цим фінансових труднощів [40, с. 311]. Взаємозв'язок між ПМСД і поліпшенням показників здоров'я населення, зменшення нерівності, підвищенням безпеки в галузі охорони здоров'я та економічної ефективності очевидний. Тому, на нашу думку вона є базисом системи зміцнення та охорони здоров'я. Саме тому системі ПМСД приділяється пріоритетна увага (тридцята загальна програма роботи ВООЗ на 2019–2023 рр. трьома основними цілями передбачає зміцнення здоров'я, підтримання безпеки у світі та охоплення послугами вразливих груп населення [17]; пропонує глобальний план дій щодо забезпечення здорового способу життя і благополуччя для всіх. ПМСД відведено роль 1) активатора співпраці між партнерами для прискорення прогресу в досягненні цілей в галузі сталого розвитку на рівні країн; 2) комплексного механізму медико-санітарного обслуговування, орієнтованого на людину; 3) програми дій ВООЗ у сфері зміцнення систем охорони здоров'я та поліпшення його показників).

Важелі первинної медико-санітарної допомоги операційного механізму наведені у додатку А, необхідних для перетворення глобальних зобов'язань у практичні дії і заходи, що є тісно взаємопов'язаними, доповнюють і підсилюють один одного. Як частина національної стратегії у галузі охорони здоров'я ці принципи встановлюють пріоритетність загального охоплення населення послугами охорони здоров'я. Чотири ключові стратегічні важелі включають політичну волю та керівництво, основи стратегічного управління та політики, фінансування та розподіл ресурсів, а також залучення громад та інших заці-

кавлених сторін [14, с. 22]. Без ключових стратегічних важелів дії та заходи, що здійснюються з використанням операційних важелів не призведуть до створення системи ефективної первинної медико-санітарної допомоги. Дії та заходи, пов'язані з усіма важелями, що стосуються стратегічного управління та фінансування, повинні розроблятися на основі широкого та безперервного політичного діалогу із залученням місцевих громад. Використання ключових стратегічних важелів створює умови для застосування інших важелів. При використанні всіх важелів необхідно брати до уваги місцеву специфіку, сильні і слабкі сторони систем охорони здоров'я, а також сформульовані на національному, субнаціональному та місцевому рівнях пріоритети в області загального охоплення послугами охорони здоров'я [30, с. 212]. Передбачається, що країни будуть вибирати ті важелі, які найбільшою мірою відповідають їх умовам, виходячи з потреб, можливостей систем і моделей управління охороною здоров'я, а конкретні дії, заходи і стратегії, використовувані для забезпечення помітного поліпшення ПМСД, будуть варіюватися залежно від конкретних умов, їх впливу на стан справ у сфері зміцнення здоров'я, профілактики захворювань і надання лікувальної, реабілітаційної та паліативної допомоги [23, с. 89]. Факторами успіху операційного механізму є підтримка первинної медико-санітарної допомоги через забезпечення «здоров'я для всіх» на основі міжсекторальних дій, розширення прав і можливостей людей і спільнот (табл. 1.1), орієнтації комплексу медико-санітарних послуг на людину, забезпечення підзвітності вживаних дій, широкої участі структур громадянського суспільства, державного та приватного секторів у формуванні національної політики охорони здоров'я. Особливі зусилля повинні бути спрямовані на охоплення і залучення до повноцінної участі вразливих і неблагополучних груп населення, які страждають від поганого стану здоров'я, не маючи можливості брати участь в традиційних механізмах взаємодії. Залученню спільнот сприятимуть заходи щодо посилення соціальної відповідальності. Актуальною залишається потреба технічної та / або фінансової підтримки поліпшення системи ПМСД з метою досягнення загального охоплення послугами охорони здоров'я, відповідальне

керівництво і ведення інформаційно-роз'яснювальної роботи для узгодження дій донорів і технічних партнерів, політичної підтримки та діяльності органів влади, міжнародне партнерство в галузі охорони здоров'я в інтересах забезпечення загального охоплення послугами охорони здоров'я до 2030 р.

Таблиця 1.1

Важелі операційного механізму первинної медико-санітарної допомоги

Назва 1	Опис 2
<i>Ключові стратегічні важелі</i>	
Політична воля і керівництво	Політична воля і керівництво визнають головну роль ПМСД у межах зусиль щодо досягнення загального охоплення послугами охорони здоров'я та її багатоаспектний внесок у досягнення Цілей у галузі сталого розвитку
Основи стратегічного управління та політики	Структури стратегічного управління є основою політики та регулювання на підтримку ПМСД, які формують партнерські відносини всередині секторів і між ними, а також сприяють зміцненню провідної ролі спільнот і взаємної підзвітності
Фінансування та розподіл ресурсів	Мобілізація та розподіл достатніх фінансових ресурсів для ПМСД з метою мінімізації фінансового навантаження, зменшення нерівності та забезпечення високоякісних медичної допомоги та послуг
Залучення спільнот і інших зацікавлених сторін	Залучення спільнот та інших зацікавлених сторін з усіх секторів для виявлення проблем і пошуку рішень та визначення пріоритету заходів на основі політичного діалогу
<i>Операційні важелі</i>	
Моделі надання допомоги	Моделі медико-санітарної допомоги, які сприяють розвитку високоякісної, орієнтованої на людину первинної допомоги та основних функцій громадської охорони здоров'я як базису комплексу інтегрованих медико-санітарних послуг протягом всього життя людини
Кадрові ресурси ПМСД	Чисельність, рівні компетентності та розподіл відданого справі персоналу ПМСД, включає співробітників установ, працівників спеціалізованої допомоги та дільничних працівників, за підтримки у вигляді ефективного управління, нагляду та відповідної компенсації
Фізична інфраструктура	Безпечні та доступні заклади первинної медико-санітарної допомоги для надання ефективних послуг, з надійними системами водопостачання, каналізації та видалення / утилізації відходів, засобами зв'язку та енергопостачання, а також з транспортними системами
Системи закупівель та оплати	Системи закупівель та оплати сприяють переорієнтації моделей первинної допомоги на посилення роботи з профілактики та підвищення ролі первинної допомоги, а також на надання допомоги ближче до місця проживання та роботи людей. Такі системи створюють стимули для надання високоякісних послуг первинної медико-санітарної допомоги, сприяють інтеграції та координації дій
Цифрові технології охорони здоров'я	Використання цифрових технологій в інтересах охорони здоров'я з метою полегшити доступ до медико-санітарної допомоги та послуг, підвищити ефективність та результативність і посилити підзвітність
Лікарські засоби та ін. медико-санітарна продукція для зміцнення здоров'я	Забезпечення на основі прозорих процесів наявності та доступності за ціною належних, безпечних, ефективних і якісних лікарських засобів та іншої медичної продукції, призначеної для зміцнення здоров'я

Продовження таблиці 1.1

1	2
Взаємодія з пос- тачальниками приватного сектора	Тісне партнерство між структурами державного та приватного секторів з надання комплексних медичних послуг
Системи підвищення якості допомоги	Системи на місцевому, субнаціональному та національному рівнях для постійної оцінки і поліпшення якості комплексних медичних послуг
Дослідження, орієнто- вані на первинну меди- ко-санітарну допомогу	Дослідження та управління знаннями, включаючи поширення накопиченого досвіду, а також використання знань для прискореного розширення масштабів використання успішних стратегій щодо зміцнення систем, орієнтованих ПМСД
Моніторинг та оцінка	Моніторинг та оцінка за допомогою ефективно функціонуючих систем медико-санітарної інформації, які генерують достовірні дані та підтримують використання інформації для більш ефективного прийняття рішень і засвоєння накопиченого досвіду як на місцевому, національному, так і на глобальному рівні

Пов'язані з кожним важелем дії та заходи не повинні вживатися незалежно: вони тісно взаємопов'язані, доповнюють і підсилюють один одного. Вони повинні стати невід'ємною частиною національної стратегії у сфері охорони здоров'я, в якій встановлено пріоритетність, проведено оптимізацію та визначено послідовність їх виконання, щоб гарантувати результати за трьома компонентами загального охоплення послугами охорони здоров'я. До чотирьох ключових стратегічних важелів відносяться політична воля і управління, основи стратегічного управління та політики, фінансування та розподіл ресурсів, а також залучення спільнот та інших зацікавлених сторін. Дії та заходи, пов'язані зі всіма важелями, особливо з тими, які стосуються стратегічного управління та фінансування, повинні розроблятися з використанням всеохоплюючого й безперервного політичного діалогу із залученням місцевих громад. Використання ключових стратегічних важелів створює умови для застосування інших важелів. При використанні всіх важелів необхідно брати до уваги місцеву специфіку, сильні і слабкі сторони систем охорони здоров'я, а також національні, субнаціональні та місцеві пріоритети в галузі загального охоплення послугами охорони здоров'я.

Принципове значення для ПМСД має залучення населення – як окремих осіб, так і спільнот, а також зацікавлених сторін з усіх секторів – до спільної роботи з визначення медико-санітарних потреб, пошуку рішень і

визначення пріоритетів дій і заходів. Основні зусилля повинні бути спрямовані на охоплення вразливих та неблагополучних груп населення. Необхідні тверде керівництво та інформаційно-роз'яснювальна робота для гармонізації та узгодження дій донорів і технічних партнерів, які беруть участь у зміцненні ПМСД за політичної підтримки та під керівництвом органів влади країн.

Висновки до розділу 1

1. Незважаючи на помітне поліпшення показників рівня здоров'я населення світу, досягненню вищого рівня здоров'я відповідно до Цілей сталого розвитку перешкоджають серйозні і хронічні проблеми: а) близько половина світового населення не має доступу до необхідних послуг; б) показники здоров'я непропорційно гірші у групах населення, що мають несприятливі соціальні проблеми та інші детермінанти здоров'я. Це посилює нерівність можливостей у сфері охорони здоров'я в країні. Загальне охоплення означає, що всі люди отримують необхідні їм медико-санітарні послуги достатньої якості, в тому числі у сфері зміцнення і охорони здоров'я, профілактики, лікування, реабілітації та паліативної допомоги, не відчуваючи у зв'язку з цим фінансових труднощів.

2. Взаємозв'язок між ПМСД та поліпшенням медико-санітарних результатів, зменшенням нерівності, підвищенням безпеки у сфері охорони здоров'я та економічної ефективності є базисом, який визначає перспективи зміцнення систем охорони здоров'я в країні. Тому метою подальшого розвитку системи охорони здоров'я є досягнення загального охоплення послугами охорони здоров'я та необхідної первинної медико-санітарної допомоги. Стратегія забезпечення здорового життя і благополуччя для всіх надає ПМСД роль каталізатора, який активізує співпрацю між партнерами з метою прискорення прогресу у досягненні цілей сталого розвитку.

РОЗДІЛ 2

ОРГАНІЗАЦІЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ В ПОПІЛЬНЯНСЬКІЙ СЕЛИЩНІЙ РАДІ

Наразі вітчизняні лікувально-профілактичні заклади, маючи все більшу автономію, здійснюють стратегічне та оперативне планування своєї діяльності, визначають необхідні для цього ресурси та вирішують завдання фінансової стійкості й конкурентоспроможності. Тому все більш актуальними стають заходи впорядкування планово-фінансової та організаційно-технічної структури лікувально-профілактичних закладів та закладів надання первинної медико-санітарної допомоги, що пов'язане як з комплексом програми стратегічного розвитку, так і бізнес-плануванням (додаток Б.1). Лікувально-профілактичних закладів (первинний та вторинний рівні надання медичної допомоги) у Попільнянському районі включають лікарняні заклади вторинного рівня надання медичної допомоги (КНП «Попільнянська лікарня» Попільнянської селищної ради) та центри ПМСД – юридичні особи (КНП «Попільнянський центр ПМСД» Попільнянської селищної ради, КНП «Центр ПМСД» Корнинської селищної ради), фінансовий аналіз діяльності яких наведено у додатку Б.2. Для порівняння в Житомирській області нараховується 85 лікувально-профілактичних закладів, у тому числі 29 вторинного рівня та 35 – первинної медико-санітарної допомоги.

Розгляд питань управління закладами охорони здоров'я проведено на прикладі закладів ПМСД Попільнянської селищної ради, головним з яких є КНП «Попільнянський центр ПМСД», який розташований за адресою 13501, Житомирський р-н, смт Попільня, вул. Київська, 40. Електронна адреса закладу: ropelcpmsdotg@gmail.com, телефон (04137)5-10-19. Відомості про заклади Попільнянського району Житомирської області, які станом на 01.01.2021 р. надають первинну медичну допомогу у самостійних центрах ПМСД наведені у табл. 2.1. У табл. 2.2 наведена структура закладів, які надають первинну медичну допомогу. У Житомирській області на 01.01.2021 року нараховується 35 таких центрів, 85 міських (МЛА) та 157 сільських

лікувальних амбулаторії, а також 611 ФАПів. Комунальне підприємство обслуговує 25326 чоловік: 20658 дорослого та 4668 осіб дитячого населення (виробнича потужність 451 примів/змін).

Таблиця 2.1

Заклади Попільнянського району, які надають первинну медичну допомогу у центрах ПМСД станом на 01.01.2021 р.

Найменування ЦПМСД	Лікарські амбулаторії		в т. ч. МЛА		в т. ч. СЛА		ФАПи			Усього закладів
	всього	з них АЗПСМ	всього	з них АЗПСМ	всього	з них АЗПСМ	Усього	з них ФАП	з них ФП	
КНП «Попільнянський центр ПМСД» Попільнянської селищної ради	9	9	1	1	8	8	20	6	14	29
Частка до обласного рівня, %	3,72	3,80	1,27	1,19	5,09	5,23	3,3	5,0	2,9	3,4
Усього у Житомирській області	242	237	85	84	157	153	611	121	490	853

Таблиця 2.2

Заклади Попільнянського району, які надають первинну медичну допомогу у самостійних центрах ПМСД станом на 01.01.2021 р.

МЛА				СЛА				ФАПи, ФП			
в Житомирській області											
85, з них АЗПСМ –84				157, з них АЗПСМ - 153				611, з них ФАП – 121, ФП – 490			
КНП «Попільнянський центр ПМСД» Попільнянської селищної ради											
МЛА				СЛА				ФАП/ФП			
Населений пункт	Денний стаціонар	Стаціонар на дому	Аптека	Населений пункт	Денний стаціонар	Стаціонар на дому	Аптека	Населений пункт	Денний стаціонар	Стаціонар на дому	Аптека
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. АЗПСМ смт Попільня.	23	+	-	1. АЗПСМ с. Квітневе	6	+	+	1. с. Кам’янка	1	+	+
				2. АЗПСМ с. Попільня	3	+	+	2. с. Новоселиця	1	+	+
				3. АЗПСМ с. Почуйки	6	+	+	3. с. Строків	1	+	+
				4. АЗПСМ с. Андрушки	6	+	+	4. с. Саверці	1	+	+
				5. АЗПСМ с. Сокоільча	8	+	+	5. с. Миролубівка	1	+	+
				6. АЗПСМ с. Ходорків	5	+	+	6. с. Макарівка	1	+	+
				7. АЗПСМ с. Парипси	3	+	+	1. с. Харліївка	1	+	+
				8. АЗПСМ с. Паволоч	6	+	+	2. с. Кошляки	1	+	+
								3. с. Василівка	1	+	+
								4. с. Ставище	1	+	+
								5. с. Красногірка	1	+	+
								6. с. Великі Лісівці	1	+	+

Продовження таблиці 2.2

МЛА				СЛА				ФП			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
								7. с. Маркова Волиця	1	+	+
								8. с. Котлярка	1	+	+
								9. с. Липки	1	+	+
								10. с. Велика Чернявка	1	+	+
								11 с. Голуб'ятин	1	+	+
								12. с. Романівка	1	+	+
								13. с. Єрчики	1	+	+
								14. с. Криве	1	+	+

Відомості про Комунальне некомерційне підприємство «Попільнянський центр ПМСД» Попільнянської селищної ради (далі – КНП «Попільнянський ЦПМСД» Попільнянської селищної ради як головний заклад громади наведено у табл. 2.3. Підприємство своєю діяльністю охоплює населені пункти Попільнянської ОТГ й Андрушківської ОТГ, а також інші громади Попільнянського району, що не увійшли до названих ОТГ. Рішенням Сімнадцятої сесії Попільнянської селищної ради №461 Від 27.03.2018 року «Про прийняття повноважень у сфері охорони здоров'я» до складу установи включено медичні заклади Квітневої ОТГ. Наказом Міністерства охорони здоров'я України №1186 від 06.09.2018 року підприємству видано ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, а 14 січня 2020 року за результатами акредитації присвоєно Першу категорію. Комунальне некомерційне підприємство (КНП) обслуговує 25326 чоловік: 20658 дорослого населення, 4668 дитячого населення. Виробнича потужність підприємства 451 відвідувань в зміну. Кількість штатних посад по КНП «Попільнянський центр ПМСД» Попільнянської селищної ради становить 115,25 одиниць, в т. ч.: лікарі – 25,25 од.; середній медперсонал – 54,0 од; молодший медперсонал – 16,0 од.; інший персонал – 20,0 од. Основними проблемними моментами функціонування КНП «Попільнянський ЦПМСД» є: залишковий принцип фінансування; неповною мірою раціональне використання основних ресурсів (кадри, фінанси, обладнання); нестача сучасних медичних технологій; зни-

ження кваліфікації медичного персоналу; зниження у медичних працівників мотивації до праці і систематичного підвищення кваліфікації, пов'язане з зрівнялівкою в оплаті праці; падіння трудової та виробничої дисципліни в колективах медичних працівників. Наразі у поліклініці (амбулаторії), диспансері, консультації недостатньо задіяні працівники (табл. 2.4–2.5).

Таблиця 2.3

Основні відомості про КНП «Попільнянський ЦПМСД»

Параметр	Характеристика
Назва	КНП «Попільнянський ЦПМСД» Попільнянської селищної ради
Код ЄДРПОУ	41823453
Адреса	Україна, 13501, Житомирська обл., Попільнянський р-н, селище міського типу Попільня, вулиця Київська, будинок 40
Електронна пошта	popelcpmsdotg@gmail.com
Телефон	+380971466660
Дата заснування	21.12.2017
Директор	Венгер Світлана Іванівна
Стан	зареєстровано
Статутний капітал	500₴
Основний вид діяльності	86.10 Діяльність лікарняних закладів
Інші види діяльності	86.21 Загальна медична практика 86.90 Інша діяльність у сфері охорони здоров'я
Власники на 09 вересня 2020	Попільнянська селищна рада – засновник, 500₴ (100%)
05.06.2018	змінилась назва (з Комунальна установа охорони здоров'я «Попільнянський центр первинної медико-санітарної допомоги» Попільнянської селищної ради Попільнянського району Житомирської області на Комунальне некомерційне підприємство «Попільнянський центр первинної медико-санітарної допомоги» Попільнянської селищної ради
Платник ПДВ	Номер свідоцтва — 418234506184, станом на: 11.09.2020
Дата включення до Реєстру:	04.01.2018
Ознака неприбутковості:	48 – зміна ознаки неприбутковості
Контролюючий орган:	Головне управління ДПС у Житомирській області #43142501
ПІН:	418234506184, дата реєстрації: 04.03.2020
Статус у Казначействі	Отримувач бюджетних коштів
Орган Казначейства	0618 — УДКСУ у Попільнянському районі
Орган ДФС:	0618 – Головне управління ДФС у Житомирській області, Бердичівське управління, Попільнянська державна податкова інспекція

Таблиця 2.4

**Кількість персоналу КНП «Попільнянський центр
первинної медико-санітарної допомоги» станом на 31.12.2020**

Посади	Всього на кінець звітного року	у тому числі			
		фельдшери (фельдшериці-акушерки)	акушерки	медичні сестри	молодший медперсонал
А	1	2	3	4	5
Штатні	27.50	4.75	9.0	5.5	8.25
Зайняті	23.25	3.50	6.5	5.5	7.75
Основні працівники	27.00	3.00	5.0	5.0	14.00

Таблиця 2.5

**Кількість медичного персоналу КНП «Попільнянський центр
первинної медико-санітарної допомоги» станом на 31.12.2020**

Найменування посад	Усього облікова кількість осіб	Із загальної кількості працівників, які мають кваліфікаційну категорію		
		вищу	I	II
1. Лікарі	19	7	2	6
у тому числі жінок	13	5	1	4
із загальної кількості - лікарі сільських адміністративних районів	19	7	2	6
із загальної кількості – лікарі з організації і управління охорони здоров'я (соціал-гігієністи)	3	2		
педіатри	5	2		3
у тому числі міських дільниць	4	2		2
загальної практики - сімейний лікар	10	3	2	3
інтерни	1			
із загальної кількості лікарів – працюють на основній роботі в закладах, які підпорядковані: обласним, міським та іншим органам виконавчої влади	19	7	2	6
2. Середній медичний персонал	46	20	7	8
у тому числі: фельдшери	7	3	1	1
акушерки	7	4	1	1
медичні сестри в усіх закладах	31	12	5	6
медичні статистики	1	1		
із загальної кількості середніх медичних працівників-жінок	45	19	7	8
із загальної кількості медсестер – медичні сестри загальної практики – сімейної медицини	21	10	4	4

Із загальної кількості лікарів 9 осіб пенсійного віку, 5 працюють у

сільській місцевості (табл. 2.6). Нестача лікарів та іншого персоналу є типовою для галузі в цілому.

Таблиця 2.6

Штатний склад персоналу станом на 31.12.2020

Найменування посад	Кількість посад у цілому в закладі		Кількість штатних працівників у цілому в закладі на зайнятих посадах, осіб
	штатних	зайнятих	
А	1	2	5
Лікарі, усього	25.25	22.00	19
у тому числі: керівники закладів та їх заступники	2.25	2.00	2
загальної практики - сімейні лікарі	15.00	12.00	10
стоматологи	0.50	0.50	
педіатри, усього	5.50	5.50	5
у тому числі: дільничні	5.50	5.50	5
з них міських дільниць	4.50	4.50	4
методисти	1.00	1.00	1
інтерни	1.00	1.00	1
Середній медперсонал, усього	32.00	31.00	31
у тому числі за спеціальностями: медичні сестри	26.00	25.00	25
акушерки	2.00	2.00	2
фельдшери	3.00	3.00	3
медичні статистики	1.00	1.00	1
Молодший медперсонал	8.50	8.00	11
Інший персонал	22.00	22.00	22
Усього посад	87.75	83.00	83
Крім того, медичні сестри загальної практики – сімейної медицини	20.00	20.00	20

Фінансування КНП «Попільнянський центр ПМСД» у 2018 р. складало 12,25 млн грн. (недофінансування склало 80 тис. грн.), (табл. 2.7).

Таблиця 2.7

Надходження позабюджетних коштів КНП «Попільнянський центр первинної медико-санітарної допомоги», тис. грн

Джерела надходжень	2018 р.		2019 р.		2020 р.		Зміна (+/-)	
	всього, тис грн	на 1 жителя, грн.	всього, тис грн	на 1 жителя, грн.	всього, тис грн	на 1 жителя, грн.	всього, тис грн	на 1 жителя, грн.
Депутатські кошти	536,50	21,46	–	–	1005,00	40,20	468,50	18,74
Платні послуги	7,10	0,28	21,60	0,86	350,00	14,00	342,90	13,72
Всього:	543,60	21,74	21,60	0,86	1355,00	54,20	811,40	32,46

У 2019 р. бюджет склав 1,8 млн грн. (у 6,6 раз менше порівняно з 2018 р., недофінансовано 23 тис. грн.) у зв'язку з укладанням договору з національною службою здоров'я та переходом на іншу форму фінансування. КНП «Попільнянський центр первинної медико-санітарної допомоги» (КНП ПЦПМСД) у 2020 р. отримав бюджетних асигнувань у сумі 17,2 млн. грн. в тому числі: 15,8 млн. грн. від Національної служби здоров'я України, 1,0 млн грн. – кошти місцевого бюджету, 0,35 млн грн. – інші джерела надходжень. Дохідна частина бюджету КНП у 2020 р.: сформована за рахунок інших операційних доходів – 50 тис. грн. (плата за оренду приміщень); 26 тис. грн. – надходження за оренду приміщень; 24 тис. грн. – відшкодування орендарями комунальних послуг; інші доходи – 300 тис. грн. (благодійні внески).

Витрати установи складаються з адміністративних витрат у сумі 16,8 млн грн., в тому числі *матеріальні затрати* – 1,0 млн. грн. (предмети, обладнання, матеріали та інвентар – 0,55 млн грн.; перев'язувальні матеріали та медикаменти – 0,35 млн грн.; відшкодування пільгових рецептів – 0,1 млн грн.); *витрати на оплату праці* – 11,5 млн грн.; *відрахування на соціальні заходи* – 2,5 млн грн.; *інші операційні витрати* – 1,16 млн грн. (оплата послуг – 0,29 млн грн., в тому числі послуг лабораторії, банку, інтернет, телефонного зв'язку, утилізації відходів); *оплата енергоносіїв та комунальних послуг* – 0,82 млн грн.; *видатки на відрядження* – 50 тис. грн.; *амортизація* – 0,7 млн грн.; *ін. операційні витрати* – 50 тис. грн. (матеріальні затрати – 26 тис. грн., ін. операційні витрати – 24 тис. грн.). Капітальні видатки пов'язані із придбанням необоротних активів та основних виробничих фондів – 0,6 млн грн. Наразі підприємство вийшло на нульовий фінансовий результат. (Додаток В)

Матеріально-технічна база КНП ПЦПМСД поліпшена у 2020 р. за рахунок закупівлі обладнання на суму 0,6 млн грн (придбано за кошти національної служби здоров'я 0,2 млн грн., 0,3 млн грн, придбано за кошти виділені депутатами обласної ради 42 тис. грн. (табл. 2.8–2.9). Питома вага апаратури та обладнання, що є робочому стані складає 73% (не працює 21% обладнання та апаратури, 6% є законсервованим).

Таблиця 2.8

**Активи КНП «Попільнянський центр первинної
медико-санітарної допомоги» Попільнянської селищної ради, тис. грн**

Актив	2018 р.	2019 р.	2020 р.	Відносне відхилення 2020 р. до 2018 р., (+/-)
Необоротні активи				
Залишкова вартість	1195	1283	1377	182
Первісна вартість	1408	1606	1832	424
знос	213	323	454	241
Основні засоби				
Залишкова вартість	7920	8053	8188	268
Первісна вартість	10629	11264	11937	1308
знос	2709	3211	3749	1040
Запаси	775	721	671	-104
Дебіторська заборгованість за розрахунками із внутрішніх розрахунків	0	23	0	0
Гроші та їх еквіваленти (рахунки в банках)	3	13	56	53
Дебіторська заборгованість з бюджетом в т.ч. податок на прибуток	0	31	0	0
Баланс	9893	10124	10360	467

Таблиця 2.9

**Пасиви КНП «Попільнянський центр первинної
медико-санітарної допомоги» Попільнянської селищної ради, тис. грн**

Пасив	2018 р.	2019 р.	2020 р.	Відносне відхилення 2020 р. до 2018 р., (+/-)
Власний капітал				
Зареєстрований капітал	12037	11955	11874	-163
Додатковий капітал	0	487	0	0
Нерозподілений прибуток (непокритий збиток)	-3165	-2385	-1797	1368
Усього за розділом	8872	10057	11400	2528
Цільове фінансування	981	0	0	-981
Поточні зобов'язання				
Поточні зобов'язання за розрахунками	40	67	112	72
Баланс	9893	10124	10360	467

Один автомобіль отримано від Управління охорони здоров'я у поточному році за програмою сільської медицини. На підприємстві наявні 6 одиниць автотранспорту, 1 з яких потребує косметичного ремонту. Кількість транспортних одиниць, що експлуатуються понад вісім років становить 4.

Повірка та ремонт апаратури у 2020 р. склала 39,3 тис. грн. Величина необоротних активів у 2020 р. зросла порівняно з 2018 р. на 182 тис. грн. (темп росту вартості становить 15,3%). Також відбулося збільшення вартості основних засобів у 2020 р. порівняно з 2018 р. на 268 тис. грн. (на 3,4%). Порівняння балансу активів підприємства засвідчує збільшення величини активів на 467 тис. грн. (на 4,7%), що характеризує позитивну динаміку відтворення капіталу підприємства за період з 2018 по 2020 рр. Водночас, варто відмітити вплив переоцінки основних засобів та інфляційних факторів, на збільшення балансу КНП ПЦПМСД Попільнянської селищної ради.

Висновки до розділу 2

Оцінка ефективності управління закладами охорони здоров'я проведена на прикладі КНП «Попільнянський центр первинної медико-санітарної допомоги». В цілому позитивно оцінюючи діяльність підприємства варто відмітити задовільний стан забезпечення кадрами, матеріально-технічною базою. Проведений аналіз власного капіталу засвідчив скорочення зареєстрованого капіталу у 2020 р. порівняно з 2018 р. на 163 тис. грн. (1,4%). Також мало місце збільшення поточних зобов'язань за розрахунками на 72 тис. грн. (у 2,8 рази) у 2020 р. порівняно з 2018 р. стабільно високим протягом досліджуваного періоду залишається розмір непокритого збитку, що значно обмежує можливості підприємства щодо надання якісних послуг. Виходячи з наведених та проаналізованих даних, можна зробити висновок про потребу систематичного контролю за виконанням поставлених планів та більш раціональним використанням коштів підприємства, а також активізацію координаційної діяльності закладу з усіма стейкхолдерами, зокрема органами місцевого самоврядування.

РОЗДІЛ 3

НАПРЯМИ УДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ

Здоров'я населення як пріоритетний напрям державної та регіональної політики та якісна характеристика ефективності соціально-економічного розвитку соціуму передбачає діяльність закладів охорони здоров'я соціально-економічної, громадської та медико-санітарної спрямованості. Орієнтація на такі індикатори як рівень здоров'я населення, здатність забезпечити його працездатність та довголіття передбачає реалізацію таких принципів як територіальний (забезпечує розміщення закладів охорони здоров'я на всіх територіях, де це є необхідним), галузевий (наявність власних медичних закладів у окремих відомств), рівності та доступності медичних послуг незалежно від вікової, гендерної, релігійної чи іншої відмінності. Діяльність у сфері охорони здоров'я на регіональному рівні включає лікування, профілактичну практику та санітарно-епідеміологічний нагляд, які фінансують з різних джерел (національного, регіонального та муніципальних, а також на засадах самофінансування, наприклад внаслідок надання платних послуг, реалізації послуг аптечного, санітарно-профілактичного та фармацевтичного характеру тощо).

Управління системою охорони здоров'я, у тому числі закладами ПМСД здійснюється через механізми розробки політики нормативно-правового регулювання, організації питань медичної профілактики, організації допомоги та реабілітації, розробки та реалізації медичних технологій, контролю якості та ефективності лікарських препаратів, санітарно-епідеміологічного нагляду. Виявлені у ході дослідження невідповідність між потребою у профілактичній, лікувальній, реабілітаційній допомозі та фінансуванням галузі, зниження ефективності (співвідношення між витратами і результатами) робить вторинну (спеціалізовану) допомогу більш дорогою. Практична відсутність профілактичної роботи та система фінансування за надані послуги охороні здоров'я більш вигідним робить зростання кількості хворих, що збільшує грошові

асигнування, які надходять до лікувального закладу. Водночас, організація амбулаторно-поліклінічної допомоги майже не регулює потоки пацієнтів, дільнична служба недостатньо укомплектована лікарями, значна частина яких є пенсійного віку, недостатньою залишається забезпеченість закладів охорони здоров'я сучасною апаратурою та матеріально-технічною базою (до 70% застарілої медичної техніки, потреба в повсякденних витратних матеріалах задовольняється на 30–40 %). Не є оптимальною за фінансуванням співпраця у сфері спільних дій швидкої та невідкладної допомоги, росте дефіцит медичних кадрів. Через низьку оплату праці і зниження престижності з професії йдуть лікарі і середній медичний персонал. Система медичного страхування, особливо у період пандемії, не забезпечує захист пацієнтів і їх прав, а також контроль якості медичної допомоги. Базова програма страхування не гарантує населенню отримання всіх видів допомоги, а використовувані для їх оплати критерії не передбачають покриття реальних витрат. Тому реформа ПМСД більшою мірою необхідна на муніципальному рівні охорони здоров'я (поліклініки, відновлення, реабілітація та ін.). Головний напрямок цієї реформи – перенесення основної частини медичних послуг їх стаціонарного сектору до амбулаторно-поліклінічного. Вирішальне значення в реформуванні ПМСД мають планування і управління, які ускладнюються в умовах децентралізації внаслідок неготовності місцевих адміністрацій самостійно планувати масштабні заходи. Результатом нашого дослідження стала пропозиція щодо підготовки нормативно-правових документів на регіональному рівні, основні з них: розпорядчо-виконавчі акти органу управління охорони здоров'я та лікувально-профілактичних закладів Попільнянського району.

Введення в дію нових законодавчих актів сприятиме розробці регіональної стратегії розвитку муніципальної системи охорони здоров'я в сучасних умовах. Враховуючи, що основою муніципальної охорони здоров'я є організація первинної медико-санітарної допомоги на основі розробки та впровадження медико-організаційних моделей з урахуванням умов їх функціонування та поетапного освоєння, найбільш доцільною

формою підвищення її ефективності вважаємо удосконалення кадрового потенціалу та налагодження державно-приватного партнерства.

Орієнтація діяльності КНП «Попільнянський центр первинної медико-санітарної допомоги» на збереження здоров'я населення регіону, забезпечення доступної та якісної медичної допомоги через формування дружніх відносин в громаді, активізацію партнерства між органами державної влади, місцевого самоврядування та бізнесу ґрунтуються на взаємодовірі та повазі, а також високому професіоналізмі працівників. Ставка на впровадження інновацій у сфер надання первинної медико-санітарної допомоги, комфорту та якісних медичних послуг для населення знаходить відгук у розробленій регіональній стратегії розвитку. Одночасно відбувається розвиток технологій надання послуг дистанційно. Маючи довіру з боку місцевих мешканців завдяки доброзичливому вмотивованому колективу, комфортним умовам та якісному наданню послуг 85% Попільнянської селищної ради обирають КНП «Попільнянський центр первинної медико-санітарної допомоги» як заклад надання невідкладної допомоги. SWOT-аналіз КНП «Попільнянський центр первинної медико-санітарної допомоги» наведено на табл. 3.1. Враховуючи встановлені сильні і слабкі сторони, можливості та загрози функціонування закладу доцільними вбачаємо реалізацію таких стратегій, наведених у додатку В. Подальшого дослідження потребують питання управління знаннями, включаючи поширення найкращої вітчизняної практики та зарубіжного досвіду, а також використання знань для прискореного розширення масштабів використання успішних стратегій по зміцненню систем, орієнтованих на ПМСД. Проведені дослідження засвідчили, що питання, пов'язані з ПМСД, мають вирішувати такі завдання як розробка стратегій, спрямованих на задоволення потреб населення і вирішення пріоритетних завдань у сфері охорони здоров'я; визначення оптимальних шляхів взаємодії з людьми, спільнотами та іншими зацікавленими сторонами різних секторів суспільно-економічного буття з метою поліпшення показників здоров'я населення; приділення більше уваги питанням рівності, у тому числі розриву між міськими та сільськими районами або гендерним аспектам охорони здоров'я;

забезпечення надання послуг в умовах надзвичайних ситуацій; визначення оптимальних способів ефективного реагування на загрози (як заходів у відповідь, так і профілактики); розуміння складових якості послуг охорони здоров'я (включаючи ефективність, орієнтованість на людину, своєчасність, інтеграцію, результативність і безпеку); проведення прикладних досліджень для оцінки впливу заходів щодо поліпшення цих складових; оцінка впливу та поширення найбільш ефективних форм надання послуг у сфері охорони здоров'я; розробка моделей передачі знань і надання їм підтримки з метою сприяння поширенню знань під час впровадження ПМСД.

Таблиця 3.1

**SWOT-аналіз КНП «Попільнянський центр
первинної медико-санітарної допомоги»**

Сильні сторони організації	Слабкі сторони організації
Проходить процес впровадження інформаційних технологій, формування робочих місць лікаря, покращено якість роботи мережі Інтернет ПМСД має компактну і ефективну структуру управління, інформаційного забезпечення Достатній рівень укомплектованості матеріально-технічної бази Передбачено фінансування для забезпечення механізму фінансової мотивації Наявність інформаційної сторінки закладу на національних медичних ресурсах	Рівень кваліфікації персоналу потребує подальшого підвищення Амбулаторія потребує вдосконалення приміщень Неукомплектованість штату Недосконалий штатний розпис Рівень сервісного обслуговування клієнтів має бути поліпшено Недостатній рівень фінансової системи мотивації персоналу Недостатній рівень знань щодо використання телемедичних технологій
Зовнішні можливості	Зовнішні загрози
Наявна інформаційна система обмежує можливість впровадження високошвидкісного обладнання для впровадження телемедицини Висока частка літнього населення у сільській місцевості потребує системного підходу у діагностиці та наданні первинної невідкладної допомоги й пільговому забезпеченні медикаментами Значна підтримка з боку органів влади та місцевого самоврядування Великою є частка мешканців району, які живуть у сільській місцевості, а працюють у місті Низький рівень конкуренції між закладами ПМСД на районному рівні	Ріст конкуренція за рахунок відкриття у районі приватних центрів ПМСД та лікувальних закладів Недостатньо високою є частка населення, яка є активною до вибору лікаря Наявна недовіра до первинної ланки медичної допомоги з боку частини населення району Недостатньо ефективні відносини з департаментом ОЗ ОДА

Вживання науково обґрунтованих заходів у сфері охорони здоров'я передбачає надання відповідей на питання, які важливі для громади та допомагають зрозуміти соціальні детермінанти здоров'я; розуміння того, яким чином соціаль-

ні функції і взаємини впливають на ефективність роботи систем охорони здоров'я; розширення інформаційної взаємодії та зміцнення взаємної поваги між зацікавленими сторонами у сфері охорони здоров'я, включаючи найбільш вразливі верстви населення; підвищення достовірності результатів досліджень, зміцнення механізмів соціальної відповідальності, розкриваючи нові можливості інформаційного забезпечення закладів охорони здоров'я. До традиційних механізмів підвищення ефективності первинної медико-санітарної допомоги можна віднести такі заходи як збільшення цільового та спеціального фінансування ПМСД з дотриманням за участю людей і спільнот, а також забезпечення їх участі у процесі отримання доступу до інформації про реалізовані державою проєкти (співпраця громадськості та пацієнтів, наприклад, через громадські консультативні ради), (табл. 3.2). Розширений спектр пропозиції щодо розвитку ПМСД в умовах КНП «Попільнянський центр первинної медико-санітарної допомоги» наведено у додатку В.

Таблиця 3.2

Глобальний план дій із забезпечення здорового способу життя та добробуту для всіх: спільні дії у системі ПМСД

Дії на рівні держави	Дії на рівні регіону
Надання підтримки регіонам за рахунок спільних колективних дій у таких сферах: - підтримки ПМСД на рівні закладів; - використання спільного підходу до оцінки системи охорони здоров'я; - надання цільової скоординованої підтримки з метою посилення системи ПМСД через визначення національних пріоритетів, планування та складання бюджету, мобілізації фінансування та розвитку кадрів системи охорони здоров'я з метою кращого охоплення ситуації як умови забезпечення соціальної справедливості, у тому числі в умовах нестабільності та вразливості; - надання допомоги у виявленні тих, хто залишився без уваги, а також визначення пріоритетів інтеграції з іншими суспільними секторами для надання впливу та детермінанти та результати щодо здоров'я	Забезпечення послідовної ефективної підтримки за рахунок активної діяльності у питаннях створення суспільних благ у сферах: - співпраця трьох компонентів ПМСД з використанням існуючих механізмів, включаючи фінансування; - удосконалення інформаційно-комунікаційної політики закладів, зміцнення потенціалу партнерів з метою їх ефективної участі, прискорення, узгодження звітності ПМСД з використанням загальних інструментів, механізмів та підходів; - розробка та розширення інструментів та підходів в межах принципу «нікого не залишити поза увагою»

Для активізації локальної діяльності закладу на місцях та системної роботи ПМСД на території ОТГ доцільною є розробка кільцевих маршрутів

виїзду лікарів до сільських населених пунктів (СНП) як формату прийому хворих безпосередньо в селах. Для цього обладнати відповідним чином приміщення ФАПів, ФП. У СНП, де наразі немає таких приміщень, використати приміщення бувших сільрад, пристосувавши їх відповідним чином. Інші СНП бувших сільрад, розташовані по сусідству, будуть в межах досяжності для населення. Відомий заздалегідь графік дозволяє лікареві знаходитися у призначений час у відповідному населеному пунктах, де організовано прийом відвідувачів. Протягом робочого дня слід передбачати таку роботу у межах 3–4 СНП з урахуванням часу на переїзд та обідню перерву. Кільцеві маршрути варто формувати з урахуванням наявних об'єктів інфраструктури, зокрема дорожньо-транспортної мережі.

Старости округів ОТГ організовують, за необхідності, підвезення лікаря до місця прийом людей свого округу. Додаткові витрати на «кільцевий» режим роботи лікарів, у тому числі транспортні витрати, передбачати за рахунок інвентаризації використання усіх категорій земель та реєстрацію орендарів на території ОТГ (їх представництв або дочірніх підприємств), спрямовуючи додаткові кошти до місцевого бюджету. Також додатковим джерелом надходжень є за рахунок формалізації відносин щодо паїв, оренда яких не оформлена договором. У масштабах району інвентаризація використання усіх категорій земель спроможна сформувати грошовий потік розміром близько 2–3 млн грн щорічно. Наведемо приклад розрахунку надходжень за використання земельних ділянок в районі з кількістю людей 15 тис. осіб (середній район), які отримали земельні паї.

- 1) Близько 10% населення не оформило договори оренди (середні цифри за дослідженнями в різних регіонах країни).
- 2) Це становить 1500 осіб (земельних паїв).
- 3) Середній розмір земельного паю в Україні – 5 га.
- 4) Середній розмір орендної плати за 1 га – 3 тис грн.
- 5) Розмір орендної плати за 1 пай (5 га*3 тис. грн.) – 15000 грн.

6) Розмір податку на дохід фізичних осіб (18%) від орендної плати – 15000 грн.* 18% = 2700 грн.

7) Додаткове надходження до місцевого бюджету від інвентаризації використання тільки земельних паїв громадян може становити (1500 осіб * 2700 грн.) понад 4 млн грн. Цього буде достатньо для додаткового відшкодування транспортних витрат організованих кільцевих маршрутів лікарів за програмою забезпечення прийому хворих у старостинських округах.

Висновки до розділу 3

Наразі позначилася тенденція до зростання фінансування системи охорони здоров'я, в тому числі амбулаторної допомоги, що обумовлене а) скороченням обсягів стаціонарної допомоги, б) тарифною політикою, спрямованою на фінансове зміцнення первинного сектора охорони здоров'я, що свідчить про деяке підвищення пріоритетності ПМСД у фінансовому забезпеченні. Водночас, варто відмітити, що на амбулаторну допомогу витрачається приблизно третина державного фінансування, тоді як на стаціонарну – більше половини, визнає пріоритетність стаціонарної допомоги. Також має місце стійке скорочення частки лікарів, зайнятих в амбулаторному секторі (з 55% у 1995 р. до 51% у 2019 р.). Процес розширення складу первинної допомоги йде, головним чином, за рахунок збільшення числа середнього медичного персоналу і працівників соціальних служб, як наслідок, відбувається перевантаження лікарів дільничної служби і обмеженості їх клінічного функціоналу. Є підстави вважати, що сьогодні в Україні діє проміжна модель, що допускає пряме звернення пацієнтів до великого числа фахівців, причому всупереч встановленому порядку звернень. Відповідно, можливості сімейних лікарів впливати на обсяги спеціалізованої допомоги стають все більшими.

ВИСНОВКИ

Розвиток системи ПМСД внаслідок зміни системи охорони здоров'я в країні, трансформації структури екстрених викликів, передачі значної їх частини у службу невідкладної допомоги у поліклініках підвищило рівень навантаження на кожного спеціаліста. Навіть якщо припустити, що виклики невідкладної допомоги за своїм змістом відрізняються від викликів швидкої допомоги, проте очевидно, що загальне число станів, що спонукають громадян звертатися за швидкою та невідкладною допомогою має тенденцію до зростання. Порівняння показників «частки жителів, які скористалися послугами відділень швидкої допомоги через відсутність доступної первинної допомоги» в Україні та країнах ЄС (від 8 до 30%) ілюструє значно вищі параметри цього показника в Україні (близько 60%). Триразове перевищення частоти звернень за швидкою та невідкладною допомогою є ознакою відносної слабкості ПМСД в країні. Щодо рівня госпіталізації, то за останні 20 років він залишається практично незмінним – приблизно 212 госпіталізацій на тисячу населення (у суспільній свідомості населення домінує уявлення про те, що по-справжньому можна лікуватися тільки у лікарні). Дійсно, матеріально-технічне та кадрове забезпечення первинної допомоги істотно поступається стаціонарної допомоги, а можливості поліклінік взяти на себе навантаження стаціонарів після проведеного в останні роки скорочення їх ліжкового фонду обмежені. Тому незважаючи на процес оптимізації лікарняного сектора число госпіталізацій на 1 жителя в Україні залишається значно вище, ніж в країнах ЄС і, навпаки, порівняння з країнами ЄС засвідчує вищий рівень госпіталізації в Україні. Порівняння України з країнами ЄС засвідчує, що управління системою ПМСД, кадрове забезпечення, доступність і комплексність надання ПМСД поступаються аналогічним показникам країн Європи (за економічними характеристиками і координуючою функцією ПМСД Україна знаходиться ближче до середини рейтингу, проте за показниками безперервності надання ПМСД – поступає позиціями іншим країнам). Таким чином, аналіз характеристик ПМСД

свідчить про наявність великої кількості гострих проблем і серйозне відставання України від інших європейських країн. Стан цього сектору не відповідає його особливій ролі в загальній системі охорони здоров'я та соціальній політиці.

Локальні оцінки рівня розвитку ПМСД на прикладі КНП «Попільнянський центр первинної медико-санітарної допомоги» серед головних проблем є спроби подолання дефіциту сімейних лікарів, пошук шляхів підвищення ефективності роботи поліклінік, реалізація програми диспансеризації. Наразі проблема дефіциту вирішується, головним чином, за рахунок допуску випускників медичних вузів до роботи в якості сімейних лікарів. Явне ослаблення вимог до підготовки лікарів здійснюється під гаслом посилення практичної орієнтації їх навчання, хоча на практиці мова йде не про навчання, а про роботу з пацієнтами: не маючи навичок практичної роботи випускники вузів стають сімейними лікарями.

Величезний розрив у забезпеченості лікарями міської та сільської місцевості зберігається (45,2 проти 14,5 лікарів на 10 тис. жителів). Разова виплата на облаштування молодого фахівця не може компенсувати низький рівень зарплати, ізолюваність від центрів передової медицини, відсутність перспектив для професійного розвитку. Для цього потрібні більш масштабні фінансові впливи і більш широке коло заходів соціальної та професійної підтримки лікарів. Система ПМСД, яка трактується як аналог амбулаторної допомоги, створює можливість для зміщення акценту політики охорони здоров'я від зміцнення служби сімейного лікаря, як структурної основи ПМСД, в бік вирішення більш загальних питань розвитку поліклінік. Сьогодні домінує позиція: первинна допомога у нас організована по-іншому, тому потрібні інші важелі зміцнення ПМСД, насамперед підвищення ефективності роботи поліклінік. Цей процес йде у напрямі удосконалення внутрішніх процесів в діяльності поліклінік у межах регіонів, одночасно вирішуючи завдання вдосконалення логістики пацієнтів і медичного персоналу в поліклініках, стандартизація лікувально-діагностичних процесів, поліпшення сервісної складової медичної допомоги, полегшення запису до

лікарів, навчання персоналу з питань реалізації нових процесних підходів. На цій основі планується забезпечити зростання продуктивності праці медичного персоналу, зниження часу очікування медичної допомоги. Для вирішення цих завдань використовуються індустріальні технології, апробовані в ряді галузей промисловості.

Другий напрямок – інформатизація поліклінік. Нові інформаційні технології використовуються для полегшення запису пацієнтів до лікаря, інформаційної та технічної підтримки медичного персоналу, електронного ведення історій хвороби. Це дає можливість управляти потоками пацієнтів в амбулаторній ланці, вести електронну медичну карту, проводити персоніфікований облік медичної допомоги, вести «хмарну» бухгалтерію, забезпечувати медичні процеси автоматизованими засобами управління інформацією, що дозволило скоротити чергу вдвічі.

Третій напрямок – посилення процесів поділу праці в поліклініках, що передбачає відвідування пацієнтів на дому; спостереження за хронічно хворими з боку сімейних лікарів; функціонування сестринських постів для звільнення лікаря від ряду рутинних функцій, у тому числі для спрощення процедури оформлення пільгових рецептів; розведення потоків пацієнтів за принципом однорідності витрачених ресурсів на виконання відвідувань; ведення хронічно хворих і хворих з множинними захворюваннями через комплекс лікувальних і патронажних заходів; функціонування системи запису «все до всіх». Хворі, які не мають можливості записатися до свого лікаря, можуть звернутися до будь-якого іншого дільничного лікаря. Ці процеси спрямовані на те, щоб знизити навантаження на сімейних лікарів і підвищити їх продуктивність (у 2018 р. частка пацієнтів, що записалися на прийом до сімейного лікаря у той же день, становила 78%, а в 2019 р. – вже 90–95%; скоротився час очікування прийому перед дверима лікаря; 30% пацієнтів звертаються за випискою довідок, напрямків та ін., їх прийом веде тепер окремий лікар, що знижує навантаження на дільничного лікаря).

Однак, перераховані новації в організації праці в поліклініках, крім позитивних результатів, тягнуть за собою і вельми тривожні наслідки.

Передача ряду традиційних функцій дільничних лікарів лікарям-фахівцям знижує рівень їх відповідальності за стан здоров'я на ділянці, створює ризик втрати комплексності лікування множинних захворювань. Особливо тривожна ерозія дільничного принципу організації допомоги та системи обов'язкового направлення дільничного лікаря до лікарів-фахівців.

В останні роки в діяльності первинної ланки помітно зросло значення профілактичних заходів в рамках програми диспансеризації. Масштаби охоплення населення цією програмою досить значні. Диспансеризації не рідше одного разу на три роки підлягають як працюючі, так і непрацюючі громадяни, а також школярі та студенти. За даними МОЗ за 2017–2019 рр. число виявлених захворювань зросло в 7,5 разів. При цьому виявлення випадків онкологічних захворювань на першій і другій стадії досягла 60–80% від загального їх числа. Разом з тим невирішеною проблемою є організація масової роботи з лікування виявлених хворих. Звідси і зростання числа викликів швидкої допомоги і все ще значні за мірками інших країн обсяги стаціонарної допомоги. Індикатором невисокої кінцевої результативності цієї вельми витратної програми профілактики служить також показник співвідношення загальної та первинної захворюваності – він має тенденцію до зростання з 1,81 в 2000 р. до 2,08 в 2019 р. (на 15%). Це означає, що зростаюча частина виявлених випадків захворювань переходять в хронічну фазу. Серйозним недоліком організації роботи з профілактики захворювань є надмірне адміністрування цього процесу. Профілактичні огляди проводяться не за вибором дільничних лікарів, а на підставі спускаються зверху планів, які не враховують як фізичні можливості лікарів, так і просто їх доцільність для конкретного пацієнта. В результаті огляди та скринінги поглинають значний обсяг ресурсів, загострюючи проблему перевантаження лікарів. Ресурсів на проведення необхідного лікування значної частини виявлених хворих не залишається. Має значення і те, що спеціалізація на проведенні оглядів силами додатково організованих підрозділів профілактики порушує принцип єдності профілактичної та лікувальної діяльності лікарів дільничної служби. Виявлення і лікування захворювань важко розділити на окремі

етапи, неминуча втрата частини інформації про частину виявлених хворих, а найголовніше – неясна відповідальність за подальше ведення цих хворих і не налагоджений моніторинг за результатами цієї роботи. Передбачається збільшення охоплення населення профілактичними оглядами більш ніж в два рази. З метою розвитку здорового способу життя і профілактики активізується діяльність страхових представників: вони повинні інформувати громадян про користь відповідних заходів. Реалізація цього завдання позитивно проявила себе через реалізацію ідеї «Родова садиба», де формат державно-приватного партнерства поєднується із діяльністю громадських організацій, активністю та взаємодопомогою з боку населення, що особливо важливо для підвищення доступності первинної допомоги жителям сільських і віддалених районів країни. До 2022 р. Це дозволить відновити роботу понад 1,5 тисячі об'єктів сільської охорони здоров'я (ФАПів, лікарських амбулаторій, у тому числі збудувати понад 360 та забезпечити діяльність 1,2 тис. наявних), закупити мобільні медичні комплекси.

Не маючи сильного дільничного лікаря, здатного координувати діяльність фахівців і ефективно взаємодіяти з ними, ми неминуче послаблюємо як систему ПМСД, так і охорони здоров'я в цілому. Її важко вдосконалити технічними та адміністративними заходами щодо наведення порядку. Важливо також враховувати обмежені можливості делегування медсестрам частини функцій лікарів в силу недостатньої підготовки медсестер і їх нестачі. Вирішення цього завдання також лежить у площині забезпечення проживання фахово підготовленої молоді на сільських територіях, що активно реалізується через функціонування родових поселень. Таким чином, вирішується житлова та демографічна проблеми у державі, а сільські території отримують можливість бути забезпеченими фахово підготовленими спеціалістами з числа свідомої екологічно орієнтованої інвестиційно активної молоді, медичні служби отримують цінні кадри, а подальша профілактика здоров'я та курси надання ПМСД підвищуватимуть рівень здоров'я населення регіону безпосередньо у місцях проживання.

Важливо також передбачити заходи щодо посилення координації та наступності лікування: а) формування клінічних рекомендацій з акцентом на забезпечення послідовних дій лікарів на різних етапах лікування, включаючи розробку регламентів дій лікарів поліклінік після завершення госпіталізації хворих, б) активізацію комунікацій між лікарями різних спеціальностей, в тому числі з лікарями стаціонарів, в) спільне планування лікувально-діагностичного процесу силами дільничних лікарів і лікарів-фахівців.

Кадрове зміцнення дільничної служби має три основні аспекти: а) укомплектування вакантних посад лікарів дільничної служби, відмова від інституту сумісництва; б) розукрупнення лікарських ділянок як умова підвищення доступності ПМСД, збільшення часу спілкування лікаря і пацієнта і розширення спектру і обсягів наданої їм медичної допомоги; в) збільшення числа середнього медперсоналу, що припадає на одного лікаря, з метою підвищення ефективності використання робочого часу лікаря. Щоб вирішити це завдання, потрібно змінити систему планування кадрових ресурсів – розробити перспективний план підготовки медичних кадрів до 2030 р., передбачаючи у ньому зміни в структурі медичних кадрів. Забезпечити планування не стільки на основі обсягів допомоги (як це робиться зараз), але і з урахуванням більш широкого набору соціально-демографічних і медико-технологічних факторів. Здійснювати оцінку потреби в кадрах в регіонах не за кількістю наявних вакансій, а за відповідністю фактичного їх числа розробленим нормативам кадрового забезпечення. Планувати структуру місць для навчання в ординатурі з урахуванням особливої значущості лікаря загальної практики.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Громадське здоров'я: підручник для студентів вищих мед. навч. закладів / В.Ф. Москаленко, О.П. Гульчій, Т.С. Грузева [та ін.]. Вид. 3. Вінниця : Нова Книга, 2013. С. 521–531.
2. Збірник тестових завдань до державного випробування з гігієни, соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я / В.Ф. Москаленко та ін.; за ред. В.Ф. Москаленка, В.Г. Бардова, О.П. Яворовського. Вінниця: Нова Книга, 2012. 200 с.
3. Здоровье XXI. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. *Европейская серия по достижению здоровья для всех*. Копенгаген, ВОЗ ЕРБ, 1999. № 6. 310 с.
4. Методические указания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов 6 курса медицинского факультета по подготовке к государственному выпускному практически-ориентированному экзамену по социальной медицине и организации здравоохранения / сост. В.А. Огнев, Н.А. Галичева и др. Харьков, 2016. 66 с.
5. Организация общей практики / Р.А. Галкин, Peter Toon, А.В. Иванова, Б.Л. Мовшович. Самара: Самарский Дом печати. 1997. 281 с.
6. Організація первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини в Україні: сучасний стан та нормативно-правові документи, що регламентують роботу сімейних лікарів (довідник-посібник для лікарів загальної практики – сімейної медицини) / О.І. Висоцька, Ю.В. Вороненко, Н.Г. Гойда та ін. К., 2001. 112 с.
7. Організація роботи лікаря загальної практики (сімейного лікаря) / В. М. Лехан, А.В. Іпатов, Е.В. Борвінко, Л.В. Крячкова, О.Л. Зюков. Дніпро: АРТ–ПРЕС, 2002. 370 с.
8. Попільнянський центр первинної медико-санітарної допомоги Попільнянської районної ради. URL: <https://www.c3n.info/registration/index.php?Id=1381> (дата звернення 20.12.2020)
9. Проект методичних рекомендацій щодо організації управління системою охорони здоров'я на території об'єднаної територіальної громади та ре-

організації мережі відповідних закладів. *Інститут громадянського суспільства*. URL: <https://www.csi.org.ua/activity/proekt-metodychnyh-rekomendatsij-shodo-organizatsiyi-upravlinnya-systemoyu-ohorony-zdorov-ya-na-terytoriyi-ob-ye-dnanoyi-terytorialnoyi-gromady-ta-reorganizatsiyi-merezhi-vidpovidnyh-zakladiv/> (дата звернення 20.12.2020)

10. Рудень В.В. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я: посібник для позааудиторної самостійної підготовки до практичних занять. Львів, 2004. 595 с.

11. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я/ під ред. Ю.В. Вороненка, В.Ф. Москаленка. Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. С. 327–328.

12. Тестові завдання з соціальної медицини, організації охорони здоров'я та біостатистики: навч. посібн. для студентів мед. ф-тів / за ред. В.А. Огнєва. Харків : Майдан, 2005. С. 145–176.

13. Awoonor-Williams JK, Appiah-Denkyira E. Bridging the intervention-implementation gap in primary health care delivery: the critical role of integrated implementation research. *BMC Health Services Research*. 2017. Vol. 17(3). P. 772.

14. Bryndin E. G. Aspects of health and healthy lifestyle. *The Modern Aspects of Formation of a Healthy Lifestyle*. NGMU: Sibmedizdat, 2017. P. 39–43.

15. Bryndin E. G. Culture of a healthy lifestyle. *Horizons of civilization*. 2012. Vol. 1. P. 32–40.

16. Bryndin E. G. Formation of the healthy person, family and society. Germany: LAMBERT Academic Publishing, 2015. 93 p.

17. Bryndin E. G. Spiritual and scientific bases of health. Germany: LAMBERT Academic Publishing, 2016. 120 p.

18. Bryndin E. G., Bryndina I. E. Formation of health saving medicine. *Health and Education XXI Century*. 2016. Vol. 18(11). P. 28–31.

19. Bryndin E. G., Bryndina I. E. Healthy Wellbeing of the Person and Society. *The European Proceedings of Social & Behavioural Sciences EpSBS*. 2017. Vol. 19. P. 130–139.

20. Bryndin E. G., Bryndina I. E. Management of social infrastructure of formation of a healthy lifestyle of the population. *Society and continuous wellbeing of the person*. 2014. Vol. 4. P. 102–106.

21. Bryndin E. G., Bryndina I. E. Natural-science aspects of health. *Donozologiya and Healthy Lifestyle*. 2016. Vol. 2(19). P. 7–12.
22. Bryndin E. G., Bryndina I. E. Natural-Science Aspects of Health. *Weber Medicine & Clinical Case Reports*. Vol. 1 (1). 2015. pp. 134-137.
23. Bryndin E. G., Bryndina I. E. Sanatorium Rehabilitation of the Population by the Healthy Lifestyle. *Rehabilitation Sciences*. 2017. Vol. 7. P. 3540.
24. Cashin C, Chi Y-L, Smith PC, Borowitz M, Thomson S. Paying for performance in health care: implications for health system performance and accountability. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Maidenhead, United Kingdom: McGraw-Hill Education; 2014 URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/271073/Paying-for-Performance-in-Health-Care.pdf (дата звернення 10.06.2020)
25. Clarke D, Doerr S, Hunter M, Schmets G, Soucat A, Pavisa A. The private sector and universal health coverage. *Bulletin of the World Health Organization* 2019. Vol. 97 P. 434–435.
26. Global Sustainable Development Goals Indicators Database. United Nations Statistics Division URL: <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/> (дата звернення 10.06.2020)
27. Goodyear-Smith F, Mash R. How to do primary care research. Boca Raton, United States of America: CRC Press; 2018.
28. Government of South Australia, WHO. Progressing the Sustainable Development Goals through Health in All Policies: case studies from around the world. Adelaide: Government of South Australia; 2017.
29. Health at a Glance: OECD Indicators. P.: OECD Publishing, 2017. 216 p.
30. Joint Learning Network. Using Data Analytics to Monitor Health Provider Payment Systems. URL: <http://www.jointlearningnetwork.org/resources/data-analytics-for-monitoring-provider-payment-toolkit> (дата звернення 10.06.2020)
31. Kane J, Landes M, Carroll C, Nolen A, Sodhi S. A systematic review of primary care models for non-communicable disease interventions in sub-Saharan Africa. *BMC Family Practice*. 2017;18:46. doi:10.1186/s12875-017-0613-5.
32. Kruk ME, Gage A, Arsenault C, Jordan K, Leslie HH, Roder-DeWan S, et al. for the Lancet Global Health Commission on High-Quality Health Systems in

the SDG Era. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *Lancet Global Health*. 2018. Vol. 6(11). P. 1196-E1252 doi:10.1016/S2214-109X(18)30386-3.

33. Langenbrunner JC, Cashin CS, O'Dougherty S, editors. *Designing and implementing health care provider payment systems: how-to manuals*. Washington DC: World Bank; 2009.

34. Machinko J., Starfield B., Shi I. The Contribution of Primary Care Providers to Health Outcomes within OECD Countries, 1970–1998. *Health Services Research*. 2004; 38: 831–865.

35. OECD, Statistical Office of the European Communities, WHO. *A system of health accounts*, 2011 edition. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2011 URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44775> (дата звернення 10.06.2020)

36. OECD. *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development; 2019 URL: <https://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-191312.htm> (дата звернення 10.06.2020)

37. Paina L, Ekirapa-Kiracho E, Ghaffar A, Bennett S, editors. *Engaging stakeholders in implementation research: tools, approaches, and lessons learned from application*. Health Research Policy and Systems; 2017.

38. Phalkey RK, Butsch C, Belesova K, Kroll M, Kraas F. From habits of attrition to modes of inclusion: enhancing the role of private practitioners in routine disease surveillance. *BMC Health Services Research* 2017. Vol. 17. P. 599.

39. Primary Health Care Performance Initiative: indicators library URL: <https://improvingphc.org/content/indicator-library> (дата звернення 10.06.2020)

40. *Recommendations to OECD ministers of health from the high level reflection group on the future of health statistics - Strengthening the international comparison of health system performance through patient-reported indicators*. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development; 2017 URL: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Recommendations-from-high-level-reflection-group-on-the-future-of-health-statistics.pdf> (дата звернення 10.06.2020)

41. Sheiman I., Shevski V. Two Models of Primary Health Care Development: Ukrainian vs Central and Eastern European Countries. Working paper. WP BRP 06/PSP/2017, Kiiiv: HSE; 2016. 30 p.

42. Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases: implementation research toolkit. Geneva: World Health Organisation URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/110523> (дата звернення 10.06.2020)

43. Thomas C, Makinen M, Blanchet N, Krusell K, editors. Engaging the private sector in primary health care to achieve universal health coverage: advice from implementers, to implementers. Joint Learning Network for Universal Health Coverage Primary Health Care Technical Initiative; 2016.

44. WHO, UNICEF. Technical Series on Primary Health Care. Primary health care: closing the gap between public health and primary care through integration. Geneva: World Health Organization; 2018. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326458> (дата звернення 10.06.2020)

45. WHO. Building the primary health care workforce of the 21st century. World Health Organization; 2018 URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/328072> (дата звернення 10.06.2020)

46. WHO. Global action plan for healthy lives and well-being for all. World Health Organization 2019 URL: <https://www.who.int/sdg/global-action-plan> (дата звернення 10.06.2020)

47. WHO. Global spending on health: a world in transition. Geneva: World Health Organization; 2019. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330357>

48. WHO. Quality in primary health care. Geneva: World Health Organization; 2018 URL: <https://apps.who.int/iris/handle/106661> (дата звернення 10.06.2020)

49. WHO. WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening. Geneva: World Health Organization; 2019 URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311941> (дата звернення 10.06.2020)

50. World Health Organization, Regional Office for South-East Asia; 2018 URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/3258> (дата звернення 10.06.20 20)