**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**

**Західноукраїнський національний університет**

**Факультет економіки та управління**

Кафедра менеджменту, публічного управління та персоналу

**Кулянда Ігор Сергійович**

**Механізм надання амбулаторної допомоги закладами охорони здоров᾽я / Mechanism of outpatient care provided by health care institutions**

спеціальність 073 «Менеджмент»

освітня програма – Менеджмент закладів охорони здоров᾽я

Кваліфікаційна робота за ступенем вищої освіти «Магістр»

Виконав студент групи МЗОЗзм – 11

**І.С.Кулянда**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*підпис*

науковий керівник:

д.е.н., професор Михайло Шкільняк

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*підпис*

Кваліфікаціфну роботу допущено до захисту

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2021 р.

Зав. кафедри, д.е.н., професор

Михайло ШКІЛЬНЯК

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*Прізвище, ініціали підпис*

ТЕРНОПІЛЬ, 2021

**ЗМІСТ**

**ВСТУП ……………………………………………………………………… 3**

**РОЗДІЛ І ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ПЛАНУВАН­НЯ АМБУЛАТОРНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ………………………….. 8**

* 1. Сутність амбулаторної медичної допомоги та механізми її

реалізації……………………………………………………………………………..8

1.2. Методика планування медичної допомоги, виходячи з потреб населення…………………………………………………………………………. 13

Висновки до розділу 1 …………………………………………………… 19

**РОЗДІЛ 2. МЕХАНІЗМ НАДАННЯ АМБУЛАТОРНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ……………………………………………………………………. 20**

2.1. Шляхи отримання амбулаторної медичної допомоги …………….. 20

2.2. Аналіз роботи амбулаторно-поліклінічних закладів м. Тернополя. 25

2.3. Нормативно-правове забезпечення надання амбулаторної

допомоги …………………………………………………………………...33

Висновки до розділу 2 …………………………………………………… 40

**Розділ 3. ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМІВ НАДАННЯ АМБУЛАТОРНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ……………………………. 41**

3.1. Роль медичних інформаційних систем в удосконаленні амбулаторної медичної допомоги ……………………………………………………………… 41

3.2. Побудова оптимальної моделі надання амбулаторної медичної допомоги…………………………………………………………………………. 49

Висновки до розділу 3……………………………………………………. 56

**ВИСНОВКИ ……………………………………………………………… 57**

**СПИСОК ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ ………………………………. 58**

**ДОДАТКИ ………………………………………………………………... 65**

**ВСТУП**

**Актуальність проблеми.** В Україні на сьогодні відсутнє чітке механізмів забезпечення населення в різних видах амбулаторної медичної допомоги. Як наслідок це спричинило не тільки проблеми організаційного та економічного характеру, але й негативно вплинуло на якість надання медичної допомоги населенню. Відсутність чіткого розмежування закладів охорони здоров᾽я, що надають різного рівня амбулаторну медичну допомогу призводить до затримки пацієнтів на рівні первинної медичної допомоги або до необгрунтованого, у більшості випадків, направлення пацієнтів до закладів, що надають кваліфіковану та спеціалізовану медичну допомогу, призвело до зростання рівня надання населенню високовартісної медичної допомоги.

**Аналіз останніх досліджень та наукових праць**. За даними дослідників відмічається «стрімке старіння населення, яскраво регресивний характер відтворення населення, коли частка населення старших вікових груп значно перевищує частку населення віком 0—15 років» [63.]. Проведені дослідження стверджують, що «при цьому позитивні зрушення показників народжуваності, смертності немовлят і материнської смертності навіть малою мірою не можуть компенсувати тяжкої демографічної кризи в державі» [30]. Характерним є «високий рівень загальної захворюваності населення на тлі значного поширення факторів ризику захворювань, зростаючої розповсюдженості тютюнопаління, вживання алкоголю і наркотиків, передусім серед молодого покоління та поширення епідемії туберкульозу та ВІЛ/ СНІДу» [1, 3, 43].

Провідна роль у збереженні та зміцненні стану здоров’я населення належить амбулаторно-поліклінічній допомозі і насамперед її первинній ланці [82.]. Актуальною проблемою вітчизняної системи охорони здоров’я є необхідність переходу її на прогресивні моделі розвитку, які забезпечують структурну ефективність галузі [27, 42, 43].

Важливим інструментом вирішення даного завдання є удосконалення системи амбулаторної допомоги, у якій повинні розпочинати і завершувати своє лікування до 90 % пацієнтів, які звернулися за медичною допомогою [14]. Удосконалення амбулаторно-поліклінічної допомоги є ключовим напрямком модернізації вітчизняної системи охорони здоров’я. Загальний рівень доступності та якості медичної допомоги значною мірою визначається на даному її етапі. В Україні впродовж останніх років на законодавчому рівні неодноразово декларувались завдання пріоритетного розвитку амбулаторно-поліклінічної допомоги та здійснення реформ в організації первинної медичної допомоги [14, 49].

За даними [19], щодо амбула­торної допомоги отримано наступні основні результати:

- лише третина (33 %) дорослих українців у 2018 році зверталися по амбулаторну допомогу через проблеми зі здоров’ям. Ця частка зменшилася порівняно з попередніми роками (становила 36 % у 2016 р. та 37 % у 2017 р.);

- основними причинами звернення під час останнього амбулаторного візиту були хвороби органів дихання (30,7 %) та хвороби системи кровообігу (25,2 %);

- двоє з п’яти респондентів, які отримували допомогу у вузького спеціаліста, мали до нього направлення (41,7 %), що є у 1,5–2 рази більше, ніж у попередні роки.

- частка пацієнтів, яким надавали амбулаторну допомогу лікарі загальної практики — сімейної медицини, становила 34,8 % порівняно з 28,6 % у 2017 р. та 23,6 % у 2016 р. Частка осіб, які отримували під час останнього візиту амбулаторну допомогу в дільничного терапевта або вузького спеціаліста, відповідно, зменшується кожного року;

- 22,1 % споживачів амбулаторної допомоги у 2018 році відмовлялися від неї хоча б один раз протягом останнього року через брак коштів. Ця частка зменшилася порівняно з попередніми роками з 27,8 % у 2017 р. та 39,0 % у 2016 році;

- загалом отриману амбулаторну допомогу як «добру» або «дуже добру» оцінили 34 % споживачів. Найбільшою ця частка була в Тернопільській області (66 %) та найменшою — у Сумській (9 %).

Також усі інтервенції на рівні амбулаторної ланки є найменш вартісними, проте зберігають велику кількість ресурсів системи охорони здоров’я в майбутньому.

В Україні реформування амбулаторної ланки медичної допомоги тільки почалося. Важливим тут є також відстежувати зміни сприйняття якості амбулаторної допомоги, які відбуваються серед її споживачів, та зміни витрат і фінансової доступності.

**Мета кваліфікаційної роботи. Р**озвиток теоретичних положень та вироблення практичних рекомендацій щодо вдосконалення механізму надання амбулаторної медичної допомоги закладами охорони здоров᾽я.

**Завдання:**

- висвітлити сучасний стан надання і організації амбулаторної медичної допомоги;

- показати основні механізми реалізації амбулаторної медичної допомоги;

- проаналізувати показники діяльності амбулаторно-поліклінічних закладів м. Тернополя;

- описати роль медичних інформаційних систем в забезпеченні населення амбулаторною медичною допомогою;

- розробити оптимальну модель організації надання амбулаторної медичної допомоги.

**Об’єктом дослідження** є амбулаторно-поліклінічні заклади охорони здоров’я.

**Предметом дослідження** є показники діяльності ЗОЗ.

**Методи дослідження.**

Досягнення мети наукового дисертаційного дослідження потребувало розробки спеціальної програми, складеної з використанням системного підходу, виконання якої передбачалося у шість організаційних етапів, що забезпечило комплексність і системність дослідження та можливість отримання достовірної інформації для оцінки стану об’єкту дослідження. Програма представлена в табл. 1.1.

*Таблиця 1.1*

**Програма, матеріали, методи та обсяги дослідження**

|  |  |
| --- | --- |
| І етап | Аналіз існуючих підходів до ефективної діяльності закладів охорони здоров'я |
| Методи системного підходу і аналізу, бібліосемантичний | Джерела наукової літератури (усього джерел – , з них – іноземних авторів, Інтернет-мережі Medline, Pubmed, Medscape тощо) |
| ІІ етап | Вибір напрямку дослідження, формування мети, завдань, обґрунтування методів та обсягів дослідження |
| Обґрунтування методів та обсягів дослідження | Матеріали звітів про роботу амбулаторно-поліклінічних закладів |
| Збір та обробка інформації | |
| ІІІ етап | Оцінка основних показників діяльності амбулаторно-поліклінічних закладів |
| Методи системного підходу та аналізу, епідеміологічний, медико-статистичний | Статистична звітність, форми (2019-2020 рр.): Форма №20 “Звіт лікувально-профілактичного закладу», Нормативно-правові документи – 4 од. |

Для проведення дослідження були розроблені програма та робочий план. Програма дослідження включала наступні розділи:

1. Вивчення проблеми дослідження, визначення об’єкту та предмету дослідження.

2. Визначення мети, завдань та методів дослідження.

3. Збір інформації.

4. Комплексний аналіз отриманих результатів.

5. Формування висновків та практичних рекомендацій.

Перший етап присвячено вивченню досвіду та встановленню основних проблем і перспектив забезпечення ефективної діяльності закладів охорони здоров’я. Інформаційну базу даного етапу дослідження склали 82 джерела наукових праць, у тому числі 19 закордонних авторів. З використанням історико-інформаційного та бібліосемантичного методів.

На другому етапі наукового дослідження, базуючись на отриманих під час виконання першого етапу даних, було визначено напрям і мету, об’єкт та предмет дослідження, розроблено програму та дизайн дослідження, задачі кожного етапу, структуру та обсяг інформаційної бази даних, обрано методологію та методи дослідження.

Під час виконання третього організаційного етапу дослідження було вивчено та проаналізовано показники діяльності амбулаторно-поліклінічних закладів охорони здоров’я за період 2019-2020 років, Інформаційною базою дослідження стали звіти ЗОЗ міста за період 2015-2017 роки (форма № 20).

На третьому, заключному етапі, визначені теоретичні основи до принципів формування механізмів надання амбулаторно-поліклінічної допомоги закладами охорони здоров’я, виявлено недоліки в її організації та запропоновану концептуальну модель забезпечення амбулаторною допомогою.

Отже, структура аналізу дослідження включала: систематизоване надання та опис первинної інформації, виявлення чинників і закономірностей; формування висновків дослідження.

Таким чином, використання вибраних методів наукового дослідження дозволило отримати необхідні результати, що покладені в основу наукового обґрунтування механізмів надання та вдосконалення механізмів надання амбулаторно допомоги закладами охорони здоров’я.

**Наукова новизна дослідження** полягає у розвитку теоретичних положень щодо наукового обґрунтування необхідності вдосконалення механізмів надання амбулаторно-поліклінічної допомоги.

**Практична значущість** результатів дослідження полягає у вироблені практичних рекомендацій з удосконалення амбулаторно-поліклінічної допомоги населенню.

**Апробація.**

**РОЗДІЛ 1**

**ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ПЛАНУВАННЯ АМБУЛАТОРНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

**1.1. Сутність амбулаторної медичної допомоги та механізми її реалізації**

Фахівці стверджують, що «рівень здоров’я населення країни значно впливає на процеси і результати її економічного, соціального та культурного розвитку, демографічну ситуацію і стан національної безпеки, а також є важливим соціальним критерієм ступеня розвитку та добробуту суспільства» [57, 24].

Аналіз сучасного стану громадського здоров’я в Україні свідчать про «негативні тенденції в тріаді статистичних показників, а саме: показниках відтворення населення (медико-демографічні дані); показниках розвитку дітей, запасу фізичних сил у дорослого населення (показники фізичного розвитку) та адаптації населення до умов навколишнього середовища (захворюваність, інвалідність. При цьому чинниками цих негативних тенденцій в Україні є всі основні детермінанти здоров’я, на які вказують експерти ВООЗ, а саме: соціально-економічне становище в країні, стан довкілля, якість харчування та питної води, зростаюче розшарування населення за рівнем доходів, наявна організація надання медичної допомоги…» [22].

За твердженням окремих науковців, «система охорони здоров’я в Україні не спроможна задовольнити нагальні потреби населення у медичній допомозі, забезпечити доступність, якість і своєчасність надання медичної допомоги та послуг, забезпечити належний рівень профілактики захворюваності, смертності тощо…» [35].

Вивчення аналізу структури і кількісних показників динаміки обсягів позалікарняної медичної допомоги населенню на базі муніципальних закладів (денні стаціонари, амбулаторно-поліклінічна допомога), показали, що основним напрямком реформування муніципальної системи охорони здоров’я є не скорочення ліжкового фонду, а реструктуризація обсягів медичної допомоги на основі даних клініко-економічного аналізу надання медичної допомоги і необхідних для її надання ресурсних і трудових затрат персоналу [55].

Вивченню реальних потреб населення в медичній допомозі має передувати попереднє дослідження стану здоров’я населення, оцінка організаційних основ та особливостей надання різних видів медичної допомоги. Крім того, потреби в медичній допомозі залежать від багатьох факторів [31].

Найчастіше використовують віко-статеву структуру населення, тому що від статті та віку залежить ресурсне забезпечення надання медичної допомоги, зокрема, для дітей і осіб старших вікових груп встановлюються більш високі коефіцієнти [26].

Крім цього, на рівень потреб у медичній допомозі впливають і інші фактори – показники, які характеризують стан здоров’я населення і доступність медичної допомоги, у т.ч. високоспеціалізованої, рівень санітарно-епідеміологічного благополуччя, екологічна обстановка [40].

Проблеми з якістю та доступністю медичної допомоги населенню, актуальні не тільки для України. Вивчення проблем і недоліків системи охорони здоров'я за даними соціологічних досліджень свідчить, що позитивно оцінювали стан охорони 33 здоров’я 30,5% респондентів, 61,8% вважали, що ситуація не змінилася і потребує покращення, 7,6 % відмітили, що ситуація погіршилася [60].

Для оптимального функціонування системи охорони здоров'я, необхідно адекватне планування її діяльності з урахуванням потреби в медичній допомозі. Проблеми планування медичної допомоги протягом багатьох років перебували у центрі уваги вітчизняних та зарубіжних науковців і організаторів охорони здоров'я [27, 13, 13, 20, 21, 25, 5].

Розвиток та вдосконалення системи амбулаторної допомоги може бути досягнуте шляхом формування довіри, діалогу між учасниками цього процесу, а ефективність роботи залежатиме від якості цих стосунків. Основним у цьому процесі є орієнтованість на результат, що базується на: результативності допомоги та/або профілактичних програм; фінансовій захищеність пацієнтів; ефективності використання коштів; зворотному зв’язку із пацієнтом для врахування побажань пацієнтів для прийняття рішень на усіх рівнях. Виконання будь-якої діяльності в системі охорони, зокрема в організації амбулаторно-поліклінічної допомоги, як одного з найбільш розповсюджених її видів, повинно регулярно оцінюється за результатами діяльності, що є підставою для покращення роботи. Окремі автори вважають, що «реформи, що передбачають залучення приватних надавачів медичних послуг повинні пропонуватися тільки у тому випадку, якщо вони дійсно призведуть до кращих результатів або зменшать витрати на надання послуг тієї ж якості. Саме з цієї причини формування бази даних із інформацією про якість надання послуг, кваліфікацію надавачів медичних послуг, ефективність роботи відповідного медичного закладу має бути пріоритетом» [28].

Проблеми розвитку первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) та амбулаторної медичної допомоги в Україні протягом останніх років посідають провідне місце як серед прийнятих управлінських рішень на національному рівні, так і серед тематики наукових досліджень в галузі організації охорони здоров᾽я [56]. Такі тенденції йдуть у ногу зі світовими трендами стосовно даного виду медичної допомоги, оскільки, як свідчать матеріали Європейського форуму первинної медико-санітарної допомоги (European forum for primary care – EFPC, 2016), «багато з проблем охорони здоров'я можуть бути вирішені при створенні стійкої системи амбулаторної медичної допомоги» [79].

У виступі генерального директора ВООЗ Маргарет Чен при заснуванні нового партнерства з метою зміцнення первинної медико-санітарної допомоги та прискорення прогресу на шляху досягнення цілей у галузі сталого розвитку медичної допомоги було відмічено, що «Сильні (стійкі) системи первинної медико-санітарної допомоги - це такі системи, до яких звертаються люди в своїх спільнотах для того, щоб залишатися здоровими і отримати медичну допомогу в разі хвороби. Якщо первинна медико-санітарна\амбулаторна допомога ефективна, вона може задовольнити медико-санітарні потреби переважної більшості людей…» [76].

В Україні тривають пошуки щодо адекватних моделей, форм та механізмів розвитку догоспітальної медичної допомоги. В країнах Євросоюзу також триває процес вдосконалення догоспітальної медичної допомоги. Результати наукових досліджень показують, що «сильна система догоспітальної медичної допомоги дає кращі показники здоров'я населення при менших витратах і більш високій суспільній задоволеності медичною допомогою» [77, 78, 80]. Однак стійка система амбулаторної медичної допомоги не може виникнути спонтанно. Для забезпечення процесу реформування амбулаторної медичної допомоги потрібна, в першу чергу, належна матеріально-технічна база, готовність медичної системи до проведення реформ як на рівні замовника так і на рівні постачальників медичних послуг.

Завдяки швидкому розширенню доступності до медико-санітарної інформації, порівняння показників діяльності різних систем охорони здоров'я набувають все більшої популярності [49, 69]. У 2015 році під егідою Європейської спостережної ради з систем та політики охорони здоров’я було опубліковано результати масштабного багатовекторного дослідження систем надання догоспітальної медичної допомоги в країнах Європи [65].

Для визначення чіткого вектору розвитку амбулаторної медичної допомоги в Україні існує гостра необхідність в аналізі інформації про стратегії і структуру організації послуг населенню на рівні цієї служби.

Варто акцентувати увагу на приватних медичних закладах, котрі працюють у сфері амбулаторно-поліклінічної допомоги. Станом на 2020 рік в Україні 271 приватний медичний заклад і понад 500 лікарів-ФОП уклали договори з НСЗУ. Це майже 25 % надавачів медичних послуг, які працюють з НСЗУ у цьому напрямку. Усі вони надають медичні послуги безоплатно в межах тих пакетів, за якими вони уклали контракти.

Слід відмітити, що законтрактовані Національною службою здоров’я України лікарі - ФОП та приватні медичні заклади є рівноправними учасниками медичного простору на рівні з комунальними чи державними заклади охорони здоров᾽я.

Приватні заклади зобов’язані безоплатно надавати той обсяг медичних послуг, що передбачено укладеним з НСЗУ договором. Пацієнт також може обрати сімейного лікаря, терапевта чи педіатра у приватному закладі і за державні кошти отримати безоплатний пакет послуг на первинці, зокрема це. консультації лікаря, базові дослідження та аналізи, вакцинація, електронний рецепт на «Доступні ліки», електронні направлення до інших спеціалістів, додаткові обстеження чи стаціонарне лікування.

Спеціалізовану амбулаторну медичну допомогу за договором з НСЗУ надають 34 приватних заклади. Серед цих закладів 34 уклали контракт на амбулаторну допомогу, зокрема вони проводять інструментальні дослідження для ранньої діагностики онкології: мамографію, гістероскопію, фіброгастродуоденоскопію, колоноскопію, цистоскопію та бронхоскопію.

Для того щоб отримати спеціалізовану допомогу у приватному закладі, потрібне направлення лікаря, з яким укладена декларація, чи направлення лікуючого лікаря. Для отримання безоплатної консультації направлення не потрібне до гінеколога, психіатра, фтизіатра, стоматолога, нарколога, а також при невідкладному стані пацієнта.

Отже, реформування системи охорони здоровʼя потребує наукового обґрунтування потреби населення в різних видах медичної допомоги, зокрема амбулаторно-поліклінічної. В першу чергу це стосується медичної допомоги в тих областях областей, де медична допомога є недостатньо доступною та якісною [38].

**1.2. Методика планування медичної допомоги, виходячи з потреб населення**

На сьогодні методики оцінки потреби в медичній допомозі удосконалюються, сформувалося декілька підходів до визначення потреби у певних видах медичної допомоги на основі:

– ринкових моделей (шляхом визначення попиту та пропозиції);

– створення реєстрів;

– розрахунку показника NNT (Number Needed to Treat) [64, 70,];

– клініко-епідеміологічних досліджень з використанням епідеміологічної інформації (частота і поширеність захворювань серед населення; вікова структура населення; стандартизовані показники смертності тощо);

– методів математичного прогнозування.

З метою регулювання потреби в окремих видах медичної, закрема амбулаторно-поліклінічної допомоги в ряді країн видаються національні клінічні рекомендації з показань і протипоказань щодо різних втручань. Надалі такі рекомендації використовуються і для оцінки потреби та оцінки правильності призначення діагностичних і лікувальних втручань. На рівні платника за медичну допомогу клінічні рекомендації мають допомагати в обмеженні призначення надлишкового лікування. Для того, щоб платники за медичну допомогу могли використовувати рекомендації, їх необхідно доповнювати результатами клініко-економічного аналізу. Національні клінічні рекомендації дозволяють (на відміну від вітчизняних стандартів надання медичної допомоги) виявити потребу в медичній допомозі на підставі чітко встановлених критеріїв, оцінити знання цих критеріїв лікарями та ступінь відповідності реальної практики клінічним рекомендаціям [33].

Обсяг медичної допомоги (послуг) повинен бути таким, щоб за якісними та ціновими параметрами задовольняти як інтереси суб’єктів діяльності (закладів охорони здоров’я), так і публічні інтереси, пов’язані із задоволенням потреб населення на якісні медичні послуги [45].

В країнах ЄС також використовуються окремі критерії для визначення потреб у наданні медичної допомоги населенню. Наприклад, у Норвегії – вікова структура населення, рівень смертності, відсоток осіб, старших 67 років, які проживають окремо; Швеції – вікова структура населення, середня тривалість життя, відсоток сільського населення, відсоток осіб, які проживають окремо; Данія – вікова структура населення,стандартизований показник смертності, довжина доріг, очікуване навантаження на лікарняне ліжко, відсоток осіб, старших 64 років, які проживають окремо; Велика Британія – довгостроковий рівень захворюваності і смертності населення віком до 75 років, відсоток пенсіонерів, які проживають окремо, незайняте населення (рівень безробіття), відсоток дітей у неповних сім’ях [73]. У Канаді для визначення потреб населення в медичній допомозі використовують демографічні та інші особливості населення (вік, стать, соціально-економічний статус тощо); характеристика закладу охорони здоров’я, що надає допомогу (наприклад, тип організації, її потужність,географічне розташування тощо) для оцінки витрат на надання медичної допомоги за профілями захворювань або обсягів послуг при плануванні на подальшу перспективу; кількості осіб, які потребують певних видів медичної допомоги (наприклад, протезування колінного суглобу, гемодіалізу тощо) [74, 75]. Дослідники The National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, Англія) рекомендують при визначені потреб населення в медичній допомозі враховувати місце проживання (сільська місцевість, віддалені/бідні райони), соціальний стан (певні вікові групи населення, етнічні приналежність, безробітні тощо), наявність окремих захворювань (наприклад, психічні захворювання, діабет тощо) [66]. Віко-статеві коефіцієнти – це відносно постійно шкала коефіцієнтів, які враховують різницю в рівнях споживання медичної допомоги різними вікостатевими категоріями населення [48].

В наказі МОЗ України від 15.07.2011 № 420 "Про затвердження Методичних рекомендацій щодо розрахунку потреби населення у медичній допомозі". функціональною одиницею для розрахунку потреби в амбулаторно-поліклінічній допомозі є лікарська посада, яка забезпечує обсяг послуг відповідно до функцій лікарської посади. Після запровадження первинної медико-санітарної допомоги, на яку покладається на 90 % надання усіх видів амбулаторної допомоги, назріла нагальна потреба переглянути механізми встановлення потреби в амбулаторній (кваліфікованій та спеціалізованій) медичній допомозі. На нашу думку, одним із таких механізмів є вивчення потреб споживача медичної послуги шляхом проведення його анкетування, а також, шляхом проведення аналізу якості надання первинної та вторинної медичної допомоги за індикативними показниками діяльності, шляхом вивчення відкритих джерел статистичної звітності в МІС з метою встановлення найбільш оптимального механізму надання амбулаторної допомоги ЗОЗ.

Точна оцінка потреб населення є необхідною умовою для розробки стратегій охорони здоров’я на рівні громади з надання відповідних послуг. Основними складовими вище вказаного процесу є: – виявлення і залучення всіх зацікавлених сторін до оцінки; – використання методології, яка може забезпечити точну та комплексну оцінку; – відбір та стандартизація цільової групи населення, для якої проводиться оцінка; – визначення певних демографічних тенденцій в цільовій групі; – збір повної і достовірної інформації про цільові групи та можливі їх вимоги до об’єму та якості медичної допомоги, обробка отриманих даних з урахуванням етичних, правових та організаційних вимог із забезпеченням конфіденційності; – аналіз спектру наявних медичних послуг, їх відповідності сучасним та майбутнім потребам, пакетам наявних медичних послуг, що пропонуються НСЗУ для амбулаторних закладів; – відкриті консультації з ключовими зацікавленими сторонами за результатами проведеного аналізу і коригування з урахуванням отриманих рекомендацій; – орієнтування на національні пріоритетні напрямки розвитку системи охорони здоров’я. Аналогічні критерії оцінки потреб наведені також і в інших публікаціях [2, 67, 71].

Для визначення потреб в амбулаторній медичній допомозі доцільно провести аналіз доступних показників діяльності. Одним з таких є аналіз електронних направлень [19].

Електронне направлення дає право на отримання безоплатної медичної допомоги. Електронні направлення надає сімейний лікар або лікуючий лікар. Пацієнт має право самостійно обрати медичний заклад для отримання консультації, незалежно від свого місця проживання чи реєстрації. Пацієнт отримає консультацію за електронним направленням безоплатно в будь-якому закладі, який уклав договір з НСЗУ на надання амбулаторної медичної допомоги.

Серед двадцяти трьох млн. направлень, що були створені в медичній інформаційній системі з квітня 2020 року, більшість направлень на консультації до лікарів-спеціалістів – 56 %. Найчастіше пацієнти направляються на консультацію до невролога, отоларинголога та офтальмолога.

Понад 823 тисячі електронних направлень було скеровано до майже 4,5 тисяч лікарів-неврологів, які 36 % з них виконали впродовж доби, а 47 % - в тому ж закладі, де й були створені.

Близько 590 тис направлень було створено до понад 2,5 тис лікарів-отоларингологів.  44 % направлень були виконані впродовж доби. 42 % - у тому ж лікувальному закладі, де й були створені.

Понад півмільйона направлень виконали майже 3 тис лікарів-офтальмологів. З них 35 % виконано впродовж доби, а 40% - у тому ж лікувальному закладі, де й були створені.

За результатами дослідження [19] у середньому 33,3% дорослих українців зверталися по амбулаторну допомогу хоча б один раз протягом минулого року через проблеми зі здоров’ям. Середня кількість візитів на одного респондента, який звертався по амбулаторну допомогу протягом минулого року, становила 2,3 візиту.

Найпоширенішими причинами звернення по амбулаторну допомогу були хвороби органів дихання (30,7 %) та хвороби системи кровообігу (25,2 %). Третє і четверте місця посідали травми, отруєння та інші наслідки зовнішніх причин (6,4 %) і хвороби кістково-м’язової системи та сполучної тканини (5,9 %). Усі інші причини становили менше п’яти відсотків кожна. Для майже десяти відсотків споживачів амбулаторної допомоги (9,9 %) діагноз ще не був встановлений на момент останнього візиту.

Вибір надавача медичної допомоги.

Останній амбулаторний візит у 35 % робили до лікаря загальної практики-сімейної медицини, 29 % — до дільничного терапевта, 34 % - до вузького спеціаліста і ще 2 % - до особистого лікаря.

Порівняно з 2016 та 2017 роками постійно зростає частка українців, які отримують амбулаторну допомогу в лікаря загальної практики - сімейного лікаря (23,6 % у 2016 р., 28,6 % у 2017 р. та 34,8 % у 2018 р.), та зменшується частка тих, хто відвідує дільничного терапевта та вузького спеціаліста. Серед тих, хто звертався до вузького спеціаліста, 41,7 % мали направлення до нього від сімейного / дільничного лікаря. Ця частка зросла порівняно з попередніми роками: так, у 2017 р. вона становила 28,5 %, а в 2016 р. - 20,9 %.

За місцем отримання амбулаторної допомоги перше місце, як і в попередні роки, посідають міські/районні/відомчі поліклініки. Проте ця частка зменшується з кожним роком. Так, вона становить 63,3% у 2016 р., 54,9% у 2017 р. та 46,9% у 2018 р. Частка українців, які отримують допомогу в амбулаторіях сімейної медицини, навпаки, зростає (з 13,4% у 2017 р. до 19,3% у 2018 р.).

З різних аспектів якості отриманої амбулаторної допомоги найвище її споживачі оцінили чемність лікарів у спілкуванні з пацієнтами та їхніми родинами (61,0% споживачів оцінили цей аспект як «добре» або «дуже добре»). На другому і третьому місцях за позитивними оцінками була зрозумілість лікарських пояснень (55,4%) та результативність лікування (46,0%). У цілому близько половини респондентів оцінювали ці показники як «добре» або «дуже добре».

Найнижче споживачі амбулаторної допомоги оцінювали наявність необхідного обладнання (21,0% оцінили як «добре» або «дуже добре») та можливість безоплатно отримати необхідні діагностичні обстеження, лабораторні аналізи та лікувальні процедури (22,5%).

Загалом третина респондентів, які отримували протягом року перед проведенням опитування амбулаторну допомогу, оцінили її «добре» або «дуже добре» (34,2 %).

На запитання «Які аспекти надання амбулаторної допомоги для Вас є найважливішими?» споживачі амбулаторної допомоги обрали відповідь «Результативність лікування» (84,9 %). Наступним пунктом з відривом майже вдвічі йшла можливість безоплатного отримання необхідного діагностичного обстеження (47,1 %). Усі інші пункти обирало двадцять і менше відсотків споживачів амбулаторної допомоги.

Отже, аналіз електронних направлень та проведення опитування споживачів амбулаторної допомоги дає інформацію про реальний стан у цій галузі, визначає оптимальні шляхи вдосконалення та подальшого розвитку амбулаторно-поліклінічної допомоги.

Висновки до розділу 1

1. Проведений аналітичний огляд наукової літератури показав, що в Україні в теперішній час проводиться комплексне реформування системи охорони здоров’я яке скероване на людину в загалі та пацієнта безпосередньо. Реформа охорони здоров’я торкається як структурної перебудови системи з пріоритетним розвитком ПМСД на засадах сімейної медицини так і зміни системи фінансування закладів охорони здоров’я та оплати праці медичних працівників.

2. Вивчення існуючого стану розрахунків потреби населення в медичній допомозі показало, що в кожній країні існують свої національні підходи до проведення відповідних розрахунків. В Україні комплексних підходів до розрахунку потреби населення в різних видах медичної допомоги не існує. Це потребувало розробки та затвердження даної методики. Крім того в державі не визначена потреба в медичній допомозі первинного та вторинного рівнів надання медичної допомоги. Визначення відповідної потреби є складовою проведення реформи і тому її наукове обґрунтування є актуальним, своєчасним та необхідним. Дане і визначило необхідність проведення наукового дослідження результати якого наведені нижче.

**РОЗДІЛ 2**

**МЕХАНІЗМ НАДАННЯ АМБУЛАТОРНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

**2.1. Шляхи отримання амбулаторної медичної допомоги**

Цей вид допомоги займає провідне місце в медичному забезпеченні населення. В основному вона реалізується шляхом надання первинної медико-санітарної допомоги та вторинної медичної допомоги.

Одним із закладів, який надає первинну медико-санітарну допомогу у м. Тернополі є Тернопільський міський комунальний заклад «Центр первинної медико-санітарної допомоги» (ТМКЗ «ЦПМСД»).

ТМКЗ «ЦПМСД» створений рішенням сесії Тернопільської міської ради та почав надавати первинну медичну допомогу з 2013 року. Частина медичного персоналу створеного ЗОЗ була після переведена з поліклінічних відділень Тернопільської міської лікарні швидкої допомоги, міських лікарень № 2 і № 3. Заклад створений з метою реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я, що передбачає забезпечення населення міста Тернополя доступною, своєчасною, якісною та ефективною амбулаторною медичною допомогою.

Рішенням Тернопільської міської ради у 2017 році заклад реорганізовано в Комунальне непри­буткове підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомо­ги», затверд­жено Статут Комунального некомерційного підпри­ємства “Центр первинної медико-санітарної допомоги».

Територія обслуговування центу включає 160 тисяч дорослого населення міста Тернополя, яке розподілене між 116 дільницями, що об’єднані в 13 амбулаторій загальної практики-сімейної медицини. Амбулаторії обслуговують центральну частину міста, мікрорайон «Дружба», с. Кутківці і с. Пронятин, мікрорайони «Східний» і «Сонячний».

У Центрі працює 295 осіб, із них лікарів 124 чоловік, середнього медичного персоналу – 116 осіб.

Основними завданнями КНП «ЦПМСД» є**:**

- надання первинної медико-санітарної допомоги сімейним лікарем. Вона передбачає: консультацію, діагностику, лікування найбільш поширених захворювань, травм, отруєнь, фізіологічних (при вагітності) станів, проведення профілактичні заходи з дотриманням стандартів та уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги;

- надання невідкладної допомоги при гострих розладах фізичного чи психічного здоров’я, які не потребують екстреної медичної допомоги;

- проведення профілактичних щеплень;

- проведення профілактичних оглядів та диспансеризації населення;

- проведення заходів з попередження і своєчасного виявлення найбільш соціально значущих захворювань;

- відбір та направлення хворих на консультацію та лікування до закладів охорони здоров’я, що надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високо­спеціа­лізовану) медичну допомогу,

- впровадження нових форм та методів діагностики, профілактики, лікування та реабілітації захворювань та станів;

- широке використання в роботі стаціонарів на дому;

- надання невідкладної допомоги на прийомі в амбулаторіях та на дому;

- проведення експертизи тимчасової непрацездатності;

- направлення на МСЕК осіб із стійкою втратою працездатності;

- пільгове забезпечення лікарськими засобами населення у визначеному законодавством порядку в межах виділених коштів;

- проведення спільно з санітарно-епідеміологічною службою профілактичних та протиепідемічних заходів;

- участь у проведенні освітньо-роз'яснювальної роботи серед населення щодо формування здорового способу життя;

- відбір хворих на санаторне-курортне лікування та реабілітацію;

- аналіз показників стану здоров’я населення та участь у розробці заходів, що спрямовані на забезпечення і покращення здоров’я населення;

- забезпечення безперервного професійного розвитку працівників Центру.

Основні показники роботи амбулаторій сімейної медицини наведено в таблиці 2.1.

*Таблиця 2.1*

**Показники роботи амбулаторій сімейної медицини**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Рік | Кількість відвідувань лікарів | Кількість відвідувань лікарями хворих вдома |
| 2018 | 469063 | 73021 |
| 2019 | 259863 | 13153 |
| 2020 | 254049 | 8675 |

Звертає на себе увагу той факт, що кількість відвідувань лікарів у 2019-2020 роках значно зменшилась у порівнянні з 2018 роком. Тобто, на фоні запровадження карантинних обмежень у майже як на 54 % зменшилась кількість відвідувань лікарів і в той же час у 2020 році у порівнянні з 2018 роком у 8 разів зменшилась кількість відвідувань лікарями хворих вдома. Цей факт можна трактувати як незадовільну організацію на дання первинної медико-санітарної допомоги населенню під час пандемії.

Вторинна амбулаторна медична допомога надається:

- у поліклінічних відділеннях лікарень, що перепрофільовані для проведення планового стаціонарного лікування. Вони створюються для надання консультативно-діагностичної допомоги, проведення доліковування після виписку зі стаціонару, повторних курсів протирецидивної терапії з використанням стандартних схем лікування;

- в самостійних консультативно-діагностичних центрах, консультативно-діагностичних центрах лікарень планового інтенсивного лікування лікування.

Поступлення пацієнтів до закладів охорони здоров‘я, що надають вторинну амбулаторну медичну допомогу здійснюється здійснюється за направленням лікаря загальної практики-сімейної медицини.

Від ефективності роботи амбулаторно-поліклінічної ланки медичної допомоги суттєво залежать рівень та тривалість тимчасової втрати працездатності, частота ускладнень та наслідки захворювань, частота госпіталізації, тривалість перебування хворих у стаціонарах, раціональність використання ліжок.

Основними завданнями амбулаторно-поліклінічного закладу є:

- надання вторинної кваліфікованої та спеціалізованої медичної допомоги амбулаторно та на дому;

- проведення диспансерного спостереження за різними групами населення;

- проведення експертизи непрацездатності;

- організація та проведення профілактичних та протиепідемічних заходів;

- пропаганда здорового способу життя;

- узагальнення і аналіз показників здоров’я прикріпленого контингенту.

Консультативно-діагностична амбулаторна допомога забезпечується шляхом надання консультацій вузькими спеціалістами, профілактичними, діагностичними і лікувальними послугами.

При наданні амбулаторної консультативно-діагностичної допомоги лікувально-профілактичні заклади керуються рекомендаціями МОЗ щодо сучасних методів профілактики, діагностики і лікування захворювань [23].

Послуги, що може отримати пацієнт на вторинному рівні надання амбулаторної допомоги:

- консультативна вторинна кваліфікована або спеціалізована медична допомога;

- інструментальні неінвазивні методи діагностики (рентгеноло­гічні, ендоскопічні, ультразвукові, ЕКГ та ЕЕГ тощо) відповідно до затверджених галузевих стандартів у сфері охорони здоров’я;

- загально-клінічні та біохімічні лабораторні дослідження;

- динамічне спостереження та амбулаторне лікування при хронічних захворювань;

- за показами хірургічні втручання в амбулаторних умовах;

- лікування в умовах денного стаціонару;

- планова медична реабілітація в амбулаторних умовах;

- невідкладна стоматологічна допомога;

- направлення пацієнта для подальшого лікування чи до обстеження у інші спеціалізовані лікувальні заклади;

- забезпечення якісної консультативної допомоги іншими спеціалістами, у тому числі із використанням телемедичних технологій.

У межах амбулаторної допомоги виділено пріоритетні діагностичні послуги – це ті, що спрямовані на лікування станів і захворювань, що найбільше впливають на тривалість і якість життя. В першу чергу це рання діагностика онкологічних захворювань. До них належать гістероскопія, езофаго-гастро-дуоденоскопія, колоноскопія, цистоскопія, бронхоскопія, мамографія.

У період реформування вторинної ланки системи охорони здоров’я робота амбулаторно-поліклінічних закладів, котрі орієнтовані на надання кваліфікованої та спеціалізованої медичної допомоги, повинна бути спрямована на суттєве підвищення конкурентоспроможності закладів, орієнтованість на максимально широкий спектр послуг, котрі надаються окремим закладом, на забезпеченість висококласними спеціалістами та сучасним діагностичним обладнанням.

Таким чином, первинна амбулаторна медична допомога надається лікарями загальної практики-сімейної медицини при самостійному зверненні пацієнта. Спеціалізована консультативна та діагностична допомога, котра недоступна на первинному рівні надається на вторинному рівні в закладах поліклінічного типу (окремі відділення лікарень, самостійні консультативно-діагностичні центри).

**2.2. Аналіз роботи амбулаторно-поліклінічних закладів м. Тернополя**

Проведено аналіз роботи двох амбулаторно-поліклінічних закладів м. Тернополя: Комунальне підприємство «Тернопільський міський лікувально-діагностичний центр» Тернопільської міської ради (КП «ТМЛДЦ» ТМР) та консультативно-діагностичної поліклініки КНП ТМКЛ № 2.

Комунальне підприємство «Тернопільський міський лікувально-діагностичний центр» Тернопільської міської ради працює з 2016 року.

З НСЗУ в 2020 році було укладено наступні договори:

Пакет 9 «Амбулаторна вторинна (спеціалізована) та третинна (високо­спеціалі­зована) медична допомога дорослим та дітям, включаючи медичну реабілітацію та стоматологічну допомогу».

Медичний заклад обслуговує населення загальною чисельністю 54,4 тис. осіб. Медична допомога населенню надається поліклінічним відділенням на 300 відвідувань у зміну. В закладі функціонує стаціонар на 60 ліжок. Станом на 01.07.2021 р. в установі працює 67 лікарів та 87 осіб середнього медичного персоналу.

Консультативно-діагностична поліклініка є структурним підрозділом Комунального некомерційного підприємства «Тернопільська комунальна міська лікарня № 2». Основними завданнями поліклініки є надання кваліфікованої та спеціалізованої консультативної допомоги пацієнтам, котрі звернулись по направленню від лікаря первинної ланки, чи, у певних випадках, передбачених НСЗУ, по самозверненню, відбір пацієнтів для стаціонарного лікування. Крім консультативних прийомів у поліклініці лікарі-спеціалісти консультують хворих на дому, а також у стаціонарних відділеннях.

У консультативно-діагностичній поліклініці здійснюється прийом за такими медичними спеціальностями: невролог (об’єднані в неврологічний кабінет), офтальмолог, отоларинголог, кардіолог, ендокринолог, гастро-ентеролог, стоматолог, дерматолог, інфекціоніст, ревматолог, психотерапевт, терапевт, гематолог, гінеколог. Працюють хірургічне відділення, фізіотера-певтичне відділення, лабораторія та відділення функціональної діагностики.

До складу поліклініки також входить денний стаціонар.

Стан амбулаторно-поліклінічної мережі характеризується пропускною спроможністю поліклінік. Основним її показником є потужність, яка вимірюється кількістю відвідувань за зміну. Розрізняють потужність наявну (фактичну) та планову (нормативний показник).

Планова ємність, з розрахунку на 10 тис населення, становить відповідно 300 (КП «ТМЛДЦ» ТМР) та 350 відвідувань у зміну в консультативно-діагностичній поліклініці КНП ТМКЛ № 2. Відвідування лікувальних закладів наведено у таблиці 2.2.

*Таблиця 2.2*

**Відвідування амбулаторних закладів**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Заклад | КП «ТМЛДЦ» ТМР | | Консультативно-діагностична поліклініка КНП ТМКЛ № 2 | |
| Рік | 2019 | 2020 | 2019 | 2020 |
| Потужність | 300 | | 390 | |
| Відвідування (нормативний показник) | 75000 | | 97500 | |
| Відвідування  (фактичний показник) | 198672  (264 %) | 142123  (189 %) | 261848  (267 %) | 156113  (160 %) |

Як видно з представлених у таблиці 2.2 даних, фактична потужність в обох закладах значно перевищує нормативні показники. Це вказує на значне зростання потреби в амбулаторно-поліклінічній допомозі, що проявляється у реальному збільшенні кількості відвідувань поліклініки за вказані періоди.

Далі вивчався та аналізувався рівень відвідування населенням лікарів-спеціалістів обох поліклінік м. Тернополя. області. Кількість звернень до лікарів-спеціалістів з розрахунку на одного жителя відображено в таблиці 2.3.

*Таблиця 2.3*

**Кількість звернень до лікарів-спеціалістів з розрахунку на одного жителя**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Заклад | 2019 | 2020 |
| На одного жителя | На одного жителя |
| КП «ТМЛДЦ» ТМР | 3,7 | 2,6 |
| Консультативно-діагностична поліклініка КНП ТМКЛ № 2 | 3,03 | 1,78 |

Як видно з таблиці, рівень звернень дещо вищий у КП «ТМЛДЦ» ТМР у порівнянні з консультативно-діагностичною поліклінікою КНП ТМКЛ № 2. У 2020 році звернень до лікарів-спеціалістів було менше, що можна пояснити запровадженням протиепідемічних заходів.

Важливим показником в оцінці організації амбулаторно-поліклінічної допомоги є функція посади.

Аналіз даних за 2019 рік (табл. 2.4) показав, що лікарі-терапевти та лікарі-кардіологи КП «ТМЛДЦ» ТМР працюють із значним перенавантаж­енням (168 та 154 % відповідно). Лікарі-неврологи, травматологи та отоларин­го­лог незначно перевиконали функцію лікарської посади і працюють майже в оптимальному режимі. З недостатнім навантаженням працюють лікарі за такими спеціальностями: хірурги (68 %), уролог (41 %), гастроентеролог (63 %), пуль монолог (42 %), ревматолог (51 %), офтальмолог (63 %).

У 2020 році лише терапевти працювали в мажах своїх функціональних показників, кардіологи знову працювали з достатнім перенавантаженням (146 %). Всі інші спеціалісти у тій чи іншій мірі не виконали функцію лікарської посади, що частково можна пояснити запровадженням жорстких протиепіде­мічних заходів.

У консультативно-діагностичній поліклініці КНП ТМКЛ № 2 виконання функції посади у 2019 році було наступним (табл. 2.5): терапевти – 242 %; кардіологи – 290 %; неврологи – 182 %; хірурги – 82 %; травматологи – 187 %; уролог - 81 %; гастроентеролог – 140 %; ревматолог – 81 %; офтальмолог – 132 %; отоларинголог – 117 %.

*Таблиця 2.4*

**Функція посади лікарів-спеціалістів, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу КП «ТМЛДЦ» ТМР**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Спеціальність | Норматив | 2019 | 2020 |
| З надання медичної допомоги дорослому населенню | | | |
| Лікар-терапевт | 5922 | 9929 | 5905 |
| Лікар-кардіолог | 5760 | 8847 | 8399 |
| Лікар – невролог | 7402 | 8010 | 5870 |
| Лікар - хірург | 12960 | 8822 | 7580 |
| Лікар-травматолог | 8640 | 9542 | 6283 |
| Лікар- уролог (0,5 ставки) | 7560 | 3063 | 2834 |
| Лікар-гастроентеролог | 8640 | 5428 | 3378 |
| Лікар –пульмонолог | 8640 | 3667 | 3957 |
| Лікар-ревматолог | 6624 | 3344 | 3065 |
| Лікар- офтальмолог | 11520 | 7228 | 4545 |
| Лікар-отоларинголог | 11520 | 11901 | 8210 |

*Таблиця 2.5*

**Функція посади лікарів-спеціалістів, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу в консультативно-діагностичній поліклініці КНП ТМКЛ № 2**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Спеціальність | Норматив | | 2019 | 2020 |
| З надання медичної допомоги дорослому населенню | | | | |
| Лікар-терапевт | | 5922 | 24310 | 11017 |
| Лікар-кардіолог | | 5760 | 16676 | 8563 |
| Лікар – невролог | | 7402 | 13437 | 8550 |
| Лікар – хірург | | 12960 | 10638 | 9837 |
| Лікар-травматолог | | 8640 | 16165 | 9431 |
| Лікар- уролог | | 7560 | 6113 | 3156 |
| Лікар-проктолог | |  | - | 1188 |
| Лікар-гастроентеролог | | 8640 | 12080 | 4029 |
| Лікар –пульмонолог | | 8640 | - | - |
| Лікар-ревматолог | | 6624 | 5350 | 4037 |
| Лікар- офтальмолог | | 11520 | 15191 | 6973 |
| Лікар-отоларинголог | | 11520 | 13445 | 6812 |

Таким чином, із значним перевиконанням функції лікарської посади працюють наступні спеціалісти: терапевти, кардіологи, травматологи, гастроентеролог, офтальмолог. Наступні фахівці поліклінічного відділення не виконують функцію лікарської посади: хірурги, уролог, ревматолог.

У 2020 році в консультативно-діагностичній поліклініці КНП ТМКЛ № 2 знову із перенавантаженням працювали терапевти (186 %) та кардіологи (149 %), в межах нормативних показників – неврологи (116 %) та травматологи (109 %). Не виконали функцію лікарської посади наступні спеціалісти закладу: хірурги (76 %), уролог (41,7 %), гастроентеролог (47 %), ревматолог (61 %), офтальмолог (61 %), отоларинголог (59 %).

Складовою амбулаторно-поліклінічної допомоги є організація лікування пацієнтів в денних стаціонарах. Отримані дані, щодо організації при амбулаторно-поліклінічних закладах денних стаціонарів та основні показники з пролікованих пацієнтів приведені в таблицях 2.6-2.7. Отримані результати вказують на тенденцію до скорочення як кількості ліжок в денних стаціонарах так і кількості пролікованих пацієнтів.

*Таблиця 2.6*

**Робота денного стаціонару КП «ТМЛДЦ» ТМР**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Рік | К-ть ліжок | К-ть пролікованих хворих | Середній л\д | Профіль ліжка (% виконання л\д) | | | |
| Гастро-ентерологічні | Кардіо-логічні | Ендо-крино­логічні | хірургічні |
| 2019 | 60 | 2003 | 10,2 | 18 | 42 | - | - |
| 2020 | 60 | 810 | 9,4 | 17,2 | 46,2 | - | - |

Окрім цього, звертає на себе увагу той факт, що у КП «ТМЛДЦ» ТМР мало місце невиконання плану ліжко-днів, у тай час як у консультативно-діагностичній поліклініці КНП ТМКЛ № 2 усі ліжка (окрім ендокринологічних) працювали з перевиконанням плану виконання ліжко-днів.

*Таблиця 2.7*

**Робота денного стаціонару консультативно-діагностичної поліклініки**

**КНП ТМКЛ № 2**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | К-ть ліжок | К-ть пролікова-них хворих | Середній л\д | Профіль ліжка (% виконання л\д) | | | |
| Гастро-ентерологічні | Кардіо-логічні | Ендокри-нологічні | хірургічні |
| 2019 | 85 | 4846 | 10.3 | 133,6 | 133,0 | 47,4 | 107,9 |
| 2020 | 69 | 1489 | 10,0 | 116,6 | 134,6 | 33,9 | 60,8 |

За основними показниками діяльності амбулаторно-поліклінічного закладу консультативно-діагностична поліклініка КНП ТМКЛ № 2 показала значно кращі результати (табл. 2.8). Зокрема, при однакових потужностях денного стаціонару, проліковано більше хворих, значно краще спрацювала фізіотерапевтична служба та кабінет функціональної діагностики. Більша частина хворих були обстежені лабораторно, ендоскопічно та пройшли УЗД. У той же час хірургічна робота краще виконується у КП «ТМЛДЦ» ТМР.

*Таблиця 2.8*

**Показники роботи амбулаторно-поліклінічного закладу**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Показник | КП «ТМЛДЦ» ТМР | | Консультативно-діагностична поліклініка КНП ТМКЛ № 2 | |
| 2019 | 2020 | 2019 | 2020 |
| Потужність | 300 | | 350 | |
| Відвідування | 198672 | 142123 | 261848 | 156113 |
| Денний стаціонар (проліковано хворих\сер. л\д) | 2003 \10,2 | 810 \9,4 | 3558\10,3 | 1489\10,0 |
| Хірургічна робота (к-ть операцій) | 709 | 578 | 314 | 342 |
| Фіз. Кабінет  (к-ть хворих\к-ть процедур) | 5744 \45952 | 2578\  25635 | 13327\  157413 | 4648\  59761 |
| Функціональна діагностика (обстежено\к-ть досліджень) | 11413\  14756 | 6405\8885 | 44092\  46031 | 19550\  31108 |
| Діяльність лабораторії (к-ть аналізів) | 339735 | 215536 | 1245418 | 952228 |
| К-ть рентгенографій | 19489 | 15957 | 23955 | 9569 |
| УЗД | 7322 | 8125 | 75990 | 52093 |
| Ендоскопічний кабінет (к-ть ендоскопій) | 284 | 120 | 2792 | 1679 |

Отже, з подальшим розвитком первинної медико-санітарної допомоги потреба у кваліфікованій та спеціалізованій медичній допомозі буде зменшуватись, що призведе до зменшення кількості посад лікарів певних вузьких спеціальностей. В перспективі сімейні лікарі повинні будуть обслуговувати до 80 % всіх звернень за амбулаторною допомогою. Ефективність діяльності поліклініки в майбутньому буде залежати від правильної організації роботи всіх її підрозділів і медичного персоналу на основі реального аналізу статистичних даних щодо ефективності роботи.

**2.3. Нормативно-правове забезпечення надання амбулаторної допомоги**

Реформа охорони здоров’я була визначена на законодавчому рівні [18] і була науково обґрунтованою [29, 59, 44].

Основою законодавства України про охорону здоров'я є Конституція України, в якій визначено, що: ‒ «Кожна людина має невід’ємне право на життя... Кожен має право захищати своє життя і здоров’я, життя і здоров’я інших людей від протиправних посягань» (ст. 27); ‒ «Кожен має право на охорону здоров’я, медичну допомогу та медичне страхування... Держава дбає про розвиток фізичної культури і спорту, забезпечує санітарно-епідемічне благополуччя» (ст. 49); ‒ «Кожен має право на безпечне для життя і здоров’я довкілля та на відшкодування завданої порушенням цього права шкоди» (ст. 50).

Відповідно до Конституції центральна роль в процесі реалізації політики в сфері охорони здоров’я належить державі, зокрема органам виконавчої влади. Суспільство і держава відповідають перед наступними поколіннями за рівень здоров’я і збереження генофонду народу України, забезпечують першочерговість реалізації потреб охорони здоров’я в діяльності держави, впливають на основні фактори, що визначають рівень здоров᾽я населення, а саме: поліпшення умов праці, навчання, побуту і відпочинку населення, розв’язання екологічних проблем, запровадження здорового способу життя, удосконалення медичної допомоги.

Основні підходи в системі управління охороною здоров'я в Україні регламентує Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», який було прийнято 19 листопада 1992 року. На сьогоднішній день була внесена значна кількість поправок та доповнень до Закону, що значною мірою трансформували та усучаснили його сутність, особливо ті зміни, що були прийняті у 2017 році під час підготовки до втілення основних механізмів медичної реформи.

Головні положення цього Закону:

- дано сучасні визначення медичної термінології, яка застосовується в практиці ринкових відносин;

- регламентація прав та обов'язків громадян у сфері охорони здоров'я;

- економічні та спеціалізовані основи організації охорони здоров'я;

- забезпечення здорового і безпечного способу життя;

- форми та шляхи надання медичної допомоги;

- забезпечення лікарськими та протезними засобами, охорона здоров'я матері та дитини, медико-санітарне забезпечення санаторно-курортної діяльності і відпочинку, медична експертиза, медична і фармацевтична діяльність, міжнародне співробітництво.

Слід окремо акцентувати увагу на тій частині Закону, згідно з якою Держава у відповідності до Конституції України, гарантує всім громадянам реалізацію їх прав у сфері охорони здоров'я шляхом:

а) створення розгалуженої мережі закладів охорони здоров'я;

б) організації і проведення системи державних і громадських заходів щодо охорони та зміцнення здоров'я;

в) фінансування надання всім громадянам та іншим визначеним законом особам гарантованого обсягу медичних послуг та лікарських засобів у порядку, встановленому законом;

г) здійснення державного і, по можливості, громадського контролю та нагляду в сфері охорони здоров'я;

д) організації державної системи збирання, обробки і аналізу соціальної, екологічної та спеціальної медичної статистичної інформації;

е) встановлення відповідальності за порушення прав і законних інтересів громадян у сфері охорони здоров'я.

Прийняті зміни до Закону дозволяють зробити висновок про відповідність основ законодавства 1992 року більш пізніше прийнятим законодавчим та нормативним актам, спрямованим на створення нової системи охорони здоров'я.

Також основним законодавчим актом, що регламентує процедури трансформації системи управління охороною здоров'я є: Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19 жовтня 2017 року [15, 16]. У цьому законі описана структура системи реформування охорони здоров'я на основі програм медичного забезпечення. Крім цих основних положень, у Законі регламентується контроль та відповідальність за реалізацію програм надання медичних послуг.

В законі України «Про державні фінансові гарантії медичного обслугову­вання населення» регламентовано наступне:

1) впровадження гарантованого пакету медичних послуг населенню;

2) впровадження електронної системи охорони здоров’я;

3) впровадження механізму «гроші ідуть за пацієнтом».

Продовженням законодавчого регулювання змін в системі управління є прийнятий 14 листопада 2017 року Закон України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості». Цей Закон спрямований на регулювання найбільш слабкої ланки медичного забезпечення – охорони здоров'я громадян, які мешкають в сільський місцевості.

Найбільше цей Закон орієнтований на заходи, які заплановано реалізувати в сільській місцевості. Серед таких заходів необхідно визначити наступні:

- наближення якісного медичного обслуговування до населення шляхом сприяння розвитку лікувальних закладів усіх форм власності у сільській місцевості, удосконалення мережі закладів охорони здоров'я;

- впровадження сучасних технологій з медичного обслуговування у сільській місцевості, зокрема з використанням телемедицини;

- розроблення та реалізація програм з медичного обслуговування у сільській місцевості щодо діагностики, лікування, реабілітації та профілактики захворювань населення, насамперед дітей, вагітних жінок та літніх людей;

- надання медичних послуг, лікарських засобів та виробів медичного призначення, передбачених програмою державних гарантій медичного обслуговування населення, за рахунок коштів державного бюджету в порядку, визначеному законом;

- розроблення та реалізація програм із забезпечення населення у сільській місцевості ефективними, якісними та необхідними лікарськими засобами і виробами медичного призначення;

- запровадження дієвих механізмів залучення до медичного обслуговування у сільській місцевості кваліфікованих медичних і фармацевтичних працівників;

- розвиток необхідної телекомунікаційної інфраструктури, включаючи забезпечення закладів охорони здоров'я, а також лікарів загальної практики – сімейних лікарів та лікарів інших спеціальностей, які надають первинну медичну допомогу та зареєстровані як фізичні особи – підприємці;

- розвиток транспортної інфраструктури, створення умов для застосування авіаційних, водних, автомобільних спеціальних та спеціалізованих санітарних транспортних засобів, у тому числі обладнаних реанімаційними засобами;

- залучення інвестицій у розвиток медичного обслуговування у сільській місцевості, сприяння розширенню державно-приватного партнерства та здійсненню благодійної діяльності у сфері охорони здоров'я;

- сприяння дієвій просвітницькій роботі серед населення щодо активної соціальної орієнтації на здоровий спосіб життя шляхом формування традицій і культури здорового способу життя, престижності здоров'я, залучення населення до активних занять фізичною культурою і спортом для збереження здоров'я та активного довголіття.

Як стверджують фахівці «метою реформи охорони здоров’я є створення системи охорони здоров’я, яка забезпечить населення країни доступною та якісною медичною допомогою шляхом проведення структурної перебудови з пріоритетним розвитком первинної медико-санітарної допомоги та формування госпітальних округів із формуванням лікарень нового типу (інтенсивного, планового, відновного лікування), запровадження якісно нової системи фінансування» [61].

У ході пілотного відпрацювання реформи було досягнуто наступне:

- створення якісно нової системи первинної медико-санітарної допомоги;

- розроблено методичне забезпечення створення госпітальних округів та почато їх формування;

- в пілотних регіонах запроваджено нову систему фінансування.

Повністю мета пілотного відпрацювання реформи охорони здоров’я досягнута не була, а експеримент не було продовжено.

У 2014 році було розпочато розробку «Національної стратегії реформування системи охорони здоров’я України на 2015–2020 роки» [38]. Така стратегія була розроблена, але документ так і не вдалось прийняти через об’єктивні причини. Одним із завдань вказаної стратегії, як вказують її автори, «було перетворення бюджетних установ, якими були заклади охорони здоров'я комунальної та державної власності, в некомерційні неприбуткові підприємства та подальше запровадження загальнодержавного соціального медичного страхування» [62]. Впровадження Національної стратегії мало на меті сприяти розвитку первинної медико-санітарної медичної допомоги населенню лікарями загальної практики-сімейними та лікарями, які є фізичними особами підприємцями і для цього отримали відповідну ліцензію.

Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров’я» [15] регламентує законодавче впровадження зміни юридичного статусу закладу охорони здоров’я із установи в комерційне неприбуткове підприємство.

При розробці зазначених вище законодавчих актів був використаний досвід з організації діяльності систем охорони здоров’я інших країн, що базувався на різних принципах фінансового забезпечення медичної галузі:

- оплата загальних податків до державного бюджету (Велика Британія, Італія, Іспанія, Ірландія, країни Скандинавії) [4, 10]., Медичне страхування в Австрії, Фінляндії, Швеції, Італії, Ізраїлі, США;

- система обов’язкового медичного страхування (Японія, Німеччина, Бельгія, Австрія, Франція, Нідерланди) [81, 72];

- змішана система фінансування (США), де більша частина американців користується послугами приватних страхових компаній, а ті категорії населення, які не в змозі оплачувати страхові внески, користуються медичною допомогою за рахунок спеціальних цільових державних програм доступної медичної допомоги [58].

В науковій літературі проводилося активне обговорення реформа­торських документів, що використовувались як правова база для запровадження реформ сфері охорони здоров᾽я [12, 46].

Треба зазначити, що згідно з твердженням Т. С. Гавриш, «однією з головних перешкод для ефективного впровадження законодавчо визначених реформ може стати тлумачення Конституційним Судом України 49 статті Конституції України щодо права населення України на безоплатну медичну допомогу в повному обсязі» [6].

Важливою складовою реформи системи охорони здоров’я в Україні є створення системи громадського здоров’я [41, 32, 53, 52, 54]. Визначальну роль в розвитку системи громадського здоров’я має відіграти Закон України «Про систему громадського здоров’я».

Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1101 «Про утворення Національної служби здоров’я України» [47] регламентує розмежування замовника, надавача та платника медичних послуг із створенням структури, яка буде замовляти, контролювати та оплачувати медичні послуги, які надаються населенню закладами охорони здоров’я. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 23 серпня 2017 р. № 582-р «Про схвалення Концепції реформування механізмів публічних закупівель лікарських засобів та медичних виробів» [50] регламентує прозорість і відкритість механізмів публічних закупівель лікарських засобів та медичних виробів.

Для процесу реформування вторинної ланки медичної допомоги важливими є наступні законодавчі акти Міністерства охорони здоров’я: Наказ МОЗ України від 26.01.2018 № 148 «Про затвердження Примірного табеля матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров’я та фізичних осіб – підприємців, які надають первинну медичну допомогу», Наказ МОЗ України від 19.03.2018 № 503 «Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу», Наказ Міністерства охорони здоров’я України та Міністерства регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України від 06.02.2018 №178/24 «Про затвердження Порядку формування спроможних мереж надання первинної медичної допомоги», Наказ МОЗ України від 18.12.2017 №1621 «Про внесення змін до Примірного положення про госпітальний округ» [36].

Дані накази МОЗ України дають правове підґрунтя для виконання та впровадження системних змін в охорону здоров’я України, зокрема у сфері організації амбулаторної медичної допомоги населенню.

Висновки до розділу 2

1. Амбулаторна допомога залишається найбільш розповсюдженим видом медичної допомоги, тому вона повинна бути найбільш орієнтованою на потреби споживача цього виду медичних послуг.

2. Існуючі амбулаторно-поліклінічні заклади, котрі надають вторинну та третинну медичну допомогу потребують оптимізації та вдосконалення механізмів надання амбулаторної медичної допомоги.

3. Назріла нагальна потребу у широкому використанні сучасних медичних інформаційних систем у роботі медичних установ, що надають кваліфіковану та спеціалізовану амбулаторну медичну допомогу.

4. В Україні наявна достатня законодавча та нормативна база із реформування системи охорони здоров’я, зокрема її амбулаторної частини.

**РОЗДІЛ 3**

**ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМІВ НАДАННЯ АМБУЛАТОРНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

**3.1. Роль медичних інформаційних систем в удосконаленні амбулаторної медичної допомоги**

Одним із напрямків реформування медичної сфери є впровадження інформаційних технологій, зокрема медичних інформаційних систем (МІС), які забезпечують функціонал, необхідний медичній установі для взаємодії з eHealth і Національною службою здоров’я України.

Медична інформаційна система - це комплексний програмний продукт, що забезпечує автоматизацію всіх основних процесів, пов'язаних із роботою медичних установ. Автоматизовані медичні інформаційні системи дозволяють швидко й ефективно налагодити електронний документообіг, оптимізувати роботу з пацієнтами, вести оперативний облік роботи персоналу, ефективно контролювати всі організаційні і фінансові питання.

За кордоном прийнято використовувати термін HIS (Hospital Information System) - госпітальна інформаційна система для комплексного управління всіма процесами надання медичної допомоги, у тому числі і забезпечувати юридичний супровід медичної діяльності. Доповненнями до неї можуть бути певні специфічні модулі, наприклад, RIS (Radiology Information System) - радіологічна інформаційна система або PACS (Picture Archiving and Communication System) - система збереження медичних зображень. Окремий вид МІС - лабораторні інформаційні системи (Laboratory Information Management Systems) й аптечні інформаційні системи (АІС). Вони можуть частково або повністю функціонувати у вигляді окремих компонентів загальної медичної інформаційної системи.

Основні функції медичної інформаційної системи. Кожна МІС складається з блоків, що відповідають за автоматизацію різних складових діяльності медичної установи. Серед них:

 - реєстратура та електронні медичні картки пацієнтів;

 - дані лабораторних та інших досліджень;

 - робочі місця лікаря і медсестри;

 - управління фінансами і їх облік;

 - адміністративне інформування і комунікація співробітників;

 - лікарські призначення, журнал призначень;

 - стандарти надання медичної допомоги та ін..

Зокрема МІС дозволяють оптимізувати вирішення саме тих завдань, що здатні значно покращити результативність та ефективність роботи амбулаторно-поліклінічних закладів, а саме:

- управління даними й оптимізація процесів. Інформаційна система дозволяє управляти великими масивами даних про пацієнтів і результатами діяльності медичної організації. Вся занесена в МІС інформація зберігається і доступна в будь-який час у будь-якій точці входу в систему. Таким чином є можливість стандартизувати досвід надання послуг для пацієнтів та оформляти медичну документацію за одним зразком;

- об᾽єднання даних і формування звітності. МІС дозволяє створювати електронні бази для поліклінік в цілому і для її окремих кабінетів та підрозділів, об'єднувати кілька закладів у єдину електронну систему. Більшість МІС мають гнучкі алгоритми роботи й зрозумілі інструменти формування та передачі звітності;

- доступність інформації. Вся інформація в МІС - це, по суті, величезний електронний архів. Система дозволяє надавати доступ до різних розділів для різних груп користувачів (наприклад, підтримка окремого порталу для пацієнтів або внутрішнього порталу для лікарів із можливістю спілкування й обміну інформацією).

Комплексні медичні інформаційні системи, як правило, мають модульну структуру. Це дозволяє налаштувати МІС у потрібній конфігурації для установ різного типу і забезпечувати необхідний функціонал із можливістю подальшого додавання або вилучення модулів.

Медична інформаційна система дозволяє об’єднувати модулі в окремі великі групи:

1. Аналітичний й управлінський. Ці модулі дозволяють проводити управлінський облік, дають можливість аналізувати якість та ефективність медичних послуг. Це у свою чергу дозволяє проаналізувати стан медичної установи, виявити наявні проблемні місця й оптимізувати робочі процеси. На рівні користувача є можливість провести пошук медичних записів за будь-якими критеріями та з урахуванням обмежень за рівнем доступу до інформації. Результати аналізу можна отримати у вигляді графіків, таблиць, що виводяться на дисплей комп᾽ютера або роздрукувати отримані результати.

2. Медичні. Це одні із основних складових МІС. Вони забезпечують реєстрацією пацієнтів, ведення реєстру електронних медичних карт, облік листків непрацездатності, ведення листків призначень лікаря, інформаційний супровід лікування пацієнтів у різних типах установ (амбулаторія, поліклініка, стаціонар), медична статистика й аналітика та багато іншого.

3. Фінансово-економічні. Цей модуль набуває все більшої актуальності, оскільки окрім ведення обліку медикаментів, інших матеріальних цінностей дає можливість провести розрахунок собівартості лікування і тарифів на надання платних медичних послуг, розрахувати індивідуальні надбавки лікарям і, по суті, є інструменти проведення економічного аналізу діяльності медичного закладу.

4. Компоненти обміну даними. Важливим є те, що МІС забезпечує ведення уніфікованих реєстрів, обмін отриманими даними в системі закладів охорони здоров'я, обробка отриманих даних.

5. Загальнотехнічні. Забезпечують контроль за доступом користувачів і захист бази даних, підтримують технічну можливість інтеграції з іншими системами і програмами.

Одним з таких програмних продуктів, що забезпечує інформаційний супровід лікувальних процесів лікувальних закладів, акредитований МОЗ та підключений до електронної системи охорони здоров’я «E-Health» є Медична інформаційна система «МедІнфоСервіс».

Система «МедІнфоСервіс» містить повний функціонал для створення, редагування, збереження та передавання електронних медичних записів до ЕСОЗ з функцією імпорту даних з "Медичної карти амбулаторного хворого", до електронних медичних записів.

МІС «МедІнфоСервіс» забезпечує передачу інформації до ЕСОЗ, що у свою чергу дає можливість вчасно і в повному обсязі отримують оплату за договорами. Що важливо, що при використанні МІС є можливість запобіганню внесенню некоректних даних та уникненню помилок при звітуванні.

З метою уникнення помилок при внесенні інформації та полегшення роботи медичного персоналу у ній використано шаблони для заповнення текстових блоків інформації, а також на створення електронних направлень та заповнення листків лікарських призначень. В програму вкладено велику кількість довідників. Основні з них: «Аналізи та дослідження», «Огляд пацієнта», «Анамнези та скарги», «Міжнародна класифікація первинної медичної допомоги ICPC-2», «Міжнародний класифікатор хвороб 10 перегляду», «Австралійська модифікація МКХ-10-АМ», «Класифікатор медичних процедур та хірургічних операції», Австралійський класифікатор медичних інтервенцій (АКМІ), «Лікарські засоби» (Державний реєстр лікарських засобів України), «Лікарські засоби, вартість яких підлягає відшкодуванню» (Доступні ліки).

Функціональні можливості комп’ютеризованого робочого місця реєстратора поліклініки забезпечують значну кількість процесів, що необхідні для повноцінного функціонування поліклінічного закладу/відділення/кабінету та забезпечують можливості онлайн та офлайн реєстратури з формуванням електронної черги на прийом.

Модуль «Медична карта амбулаторного пацієнта» створено у форматі електронної медичної картки, куди внесено дані про пацієнта (паспортні дані, місце роботи, листок профоглядів, сигнальні позначки, фактори ризику та інші), анамнез життя, перенесені хірургічні втручання, алергологічний анамнез, наявні захворювання та відвідування.

Програмний засіб забезпечує внесення наступних даних: огляд та скарги пацієнта; результати аналізів, результати діагностичних обстежень; електронні рецепти, проведені маніпуляції, опис лікування; консультації суміжних спеціалістів, з можливість друку форми 028/о; листки непрацездатності (форма 036/о); хірургічні операції (журнал 069/о); відомості щодо страхування; виписка з медичної карти амбулаторного хворого (форма 027/о).

Взаємодіючи з електронною системою охорони здоров’я, лікарі мають можливість створювати декларації з пацієнтами, реєструвати електронні рецепти за програмою реімбурсації «Доступні ліки», виписувати/погашати електронні направлення та вносити електронні медичні записи, використовуючи функцію імпорту даних з амбулаторної картки пацієнта.

Розділ медичної статистики займає одне з провідних місць в МІС «МедІнфоСервіс». На основі інформації, внесеної користувачами в МІС, в разі необхідності можна сформувати необхідний перелік звітних форм. Наприклад: форма 039 «Звіт про роботу лікарів»; форма 074/о «Журнал реєстрації амбулаторних пацієнтів»; форма 31 таблиця 2300 «Захворюваність дітей до року»; форма 20 таблиця 2100 «Робота лікарів поліклініки, диспансеру, консультації»; форма 20 таблиця 3100 «Ліжковий фонд та його використання» та інше.

Крім статистичних звітів програма дає можливість формувати оперативну звітну інформацію щодо діяльності закладу, зокрема: звіти з рідкісних (орфанних) захворювань; звіт щодо відвідуваності; звіт та показники летальності; звіт про нещасні випадки на виробництві; реєстри населення за різними критеріями – вік, дільниця, адреса, контингент та інше.

Важливим є те, що адміністрація ЗОЗ може аналізувати інформацію внесену користувачами в ЕСОЗ, зокрема реєстр медичних записів, реєстр діагностичних звітів, реєстр виписки та погашення електронних направлень, реєстр електронних рецептів. Це дозволяє уникнути або вчасно виправити помилки, що в результаті дозволяє в повному обсязі отримувати оплату за договорами від Національної служби здоров’я України за надані медичні послуги.

Модуль «Лабораторія», містить засоби ведення обліку досліджень пацієнтів, як за направленнями так і без них, результати аналізів та досліджень, що автоматично відображаються в електронній медичній карті амбулаторного пацієнта. Поряд з цим для покращення та спрощення роботи закладів, які використовують вузькоспеціалізовані лабораторні системи, реалізована інтеграція між медичною інформаційною системою «МедІнфоСервіс» та лабораторною інформаційною системою «TerraLab».

Модуль «Кабінет рентгенологічних, флюорографічних досліджень та МРТ» забезпечує можливість вносити дані про проведені обстеження, а також сформувати «Карту профілактичних флюорографічних досліджень» (форма 052/о) та вести «Журнал запису рентгенологічних досліджень, магніторезонансних томографій» (форма 050/о).

Модуль «Кабінет функціональної діагностики» дозволяє проводити облік виконаних процедур та формувати за результатами роботи «Щоденник обліку роботи кабінету функціональної діагностики» (форма 039-7/о) та «Журнал реєстрації функціональних досліджень» (форма 047/о).

Модуль «Ендоскопічний кабінет» дозволяє персоналу вводити записи в електронному вигляді та отримати в результаті «Щоденник обліку роботи ендоскопічного кабінету» (форма 039-6/о) та «Журнал реєстрації ендоскопічних досліджень» (форма 046/о).

Для відділення чи кабінету реабілітації пацієнтів у програмі реалізовано модуль «Фізіотерапевтичний кабінет та Кабінет ЛФК». Це забезпечує можливість створення електронних направлень з амбулаторної та стаціонарної карт, а також здійснення відміток та обліку виконаних процедур.

Ще однією перевагою МІС «МедІнфоСервіс» є функція імпорту даних з "Медичної карти амбулаторного пацієнта" до електронних медичних записів, що зменшує лікарям об’єм рутинної роботи - достатньо лише раз внести дані в електронну документацію з подальшою можливістю імпорту та друку вже набраних документів.

Переваги використання МІС.

Вдалий вибір медичної інформаційної системи позитивно відображається на роботі організації на якості надання медичних послуг. Але у будь-якому випадку залежить від виду МІС, адаптації до специфіки конкретного медичного закладу та її функціональних можливостей.

Сучасна галузь охорони здоров’я, в умовах зростання інформаційних потоків, не може функціонувати належним чином без використання інформаційних технологій, зокрема МІС.

Серед очевидних переваг використання таких систем у медичних закладах необхідно зазначити:

- уникнення необхідності заповнення значної кількості паперової документації. Відсутність дублювання записів і повторного внесення однієї і тієї ж інформації в інші документи. Користувачі, котрі мають доступ до бази даних, можуть ознайомитися з історією хвороби, процесом лікування, результатами досліджень;

- автоматизований документообіг дозволяє зменшити кількість рутинної роботи, спрощує ведення базу даних пацієнтів, котра формується з актуальної інформації про проведені дослідження і надані послуги, значно знизити ризик втрати важливих даних, оперативно отримати повну інформації про результати лікування, додаткові методи обстеження, консультації спеціалістів;

- телемедицина. Сучасний і перспективний напрямок розвитку медицини, що створює можливість проведення онлайн-консультацій в реальному режимі часу, що особливо актуально в період карантинних обмежень. Телемедичні технології значно спрощують доступ до спеціалізованої та високоспеціалізованої консультативної допомоги;

- узгодженість роботи. Наявність онлайн-реєстратури, загально лікарняної бази пацієнтів дозволяє оптимально розподіляти їх по кабінетах із урахуванням завантаженості і графіка роботи фахівців, маючи при цьому можливість оцінити попит на ті чи інші види послуг, а приватним клінікам – правильно формувати ціноутворення.

Також, необхідно зазначити, що використання МІС надає значні переваги і для пацієнтів медичних закладів, зокрема:

- отримання доступу до своїх медичних персональних даних;

- оперативне отримування результатів лабораторних аналізів і відстежування їх разом із своїм лікарем;

- попередній онлайн-запис на прийом до лікаря, що дозволяє уникнути черги в лікувальному закладі;

- підтримка зворотного зв'язку з лікарем;

- знижується ймовірності підробки і втрати медичних даних, адже пацієнт здійснює їх моніторинг самостійно.

**3.2. Побудова оптимальної моделі надання амбулаторної медичної допомоги**

На основі аналізу показників роботи ЦПМСД м. Тернополя, результатів діяльності амбулаторно-поліклінічних закладів міста Тернополя та на основі даних літератури [7, 8, 9, 11, 34, 39] можна сформувати основні принципи інтеграції амбулаторної допомоги у загальну систему надання медичної допомоги населенню:

Комплексність послуг з усіх аспектів лікування – надання пацієн­тові всього спектру необхідного об᾽єму послуг: від первинної до третинної медичної допомоги, а також тісна інтеграція між медичними закладами, задіяними в процес надання послуг пацієнту.

Орієнтація на пацієнта – в центрі уваги інтегрованих систем – пацієнт та задоволення його потреб у медичній допомозі.

Територіальне охоплення з максимально можливим максимізацією доступних послуг для пацієнтів і мінімізацією їх дублювання.

Стандартизація надання медичної допомоги із застосуванням міждисциплінарних команд, в яких ролі та обов’язки всіх членів команди чітко розподілені, для забезпечення плавного переходу пацієнтів від отримання одного пакету послуг до іншого.

Управління ефективністю – застосування сучасних інструментів для моніторингу, вимірювання та аналізу отриманих результатів медичного обслуговування на різних рівнях. Результати аналізу отриманої інформації можуть бути використанні, у подальшому, для поліпшення якості надання послуг.

Застосування інформаційних систем – надання амбулаторної медичної допомоги потребує сучасної інформаційної підтримки, що дозволяє забезпечити ефективний обмін інформацією між учасниками інтегрованої системи для забезпечення неперервності та наступності медичної допомоги пацієнтам.

Організаційна культура і лідерство - впровадження та функціо­нування інтегрованої системи охорони здоров’я вимагає лідерства та організа­ційної культури, що нівелюють перешкоди, пов’язані з особливостями ментальності лікарів різних спеціальностей та інших постачальників послуг.

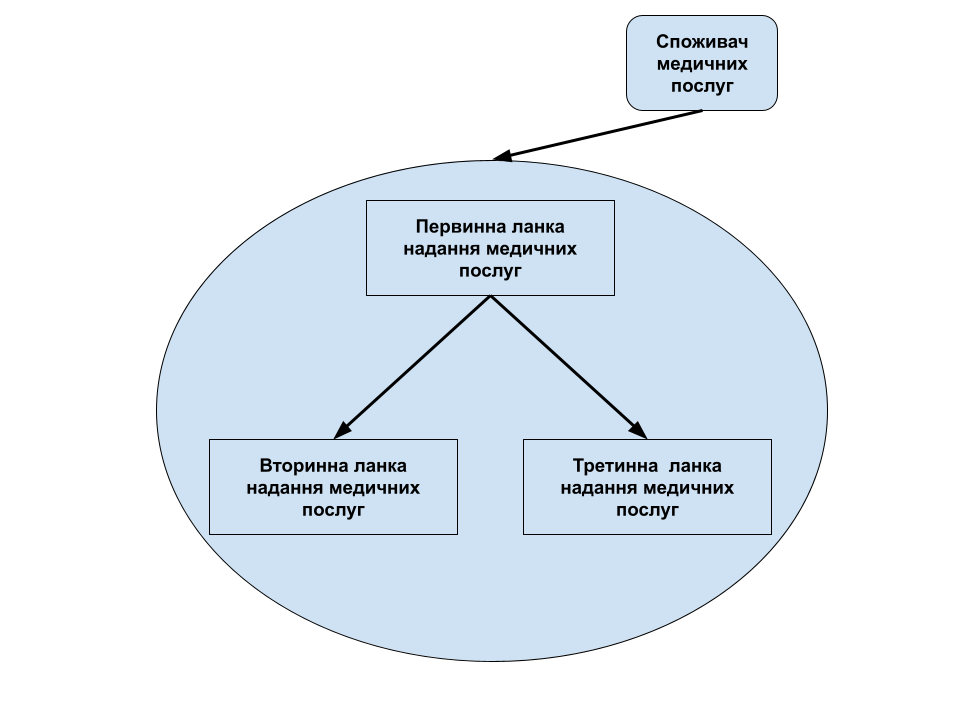
Інтеграція лікарів – лікарі повинні бути ефективно-інтегровані на всіх рівнях системи і відігравати роль лідера в розробці, впроваджені та експлуатації комплексної системи охорони здоров’я.

Удосконалення структури управління – розвиток структур управління, що сприяють координації з представництвом від різних заінтересованих груп, які беруть участь у наданні всього спектру медичних послуг.

Фінансовий менеджмент – застосування в інтегрованих системах охорони здоров’я тих фінансово-економічних механізмів, що насамперед забезпечують отримання економічних вигод за рахунок збільшення об’єму медичних послуг і зменшення вартості адміністративних витрат.

Загальну існуючу модель інтеграції амбулаторної медичної допомоги показано на рис. 3.1.

У структурі надання амбулаторної медичної допомоги, споживач медичних послуг винесений із самої системи. Він є просто спостерігачем, пасивним споживачем медичних інформаційних потоків.

*Рис. 3.1*

**Існуюча модель амбулаторної медичної допомоги**

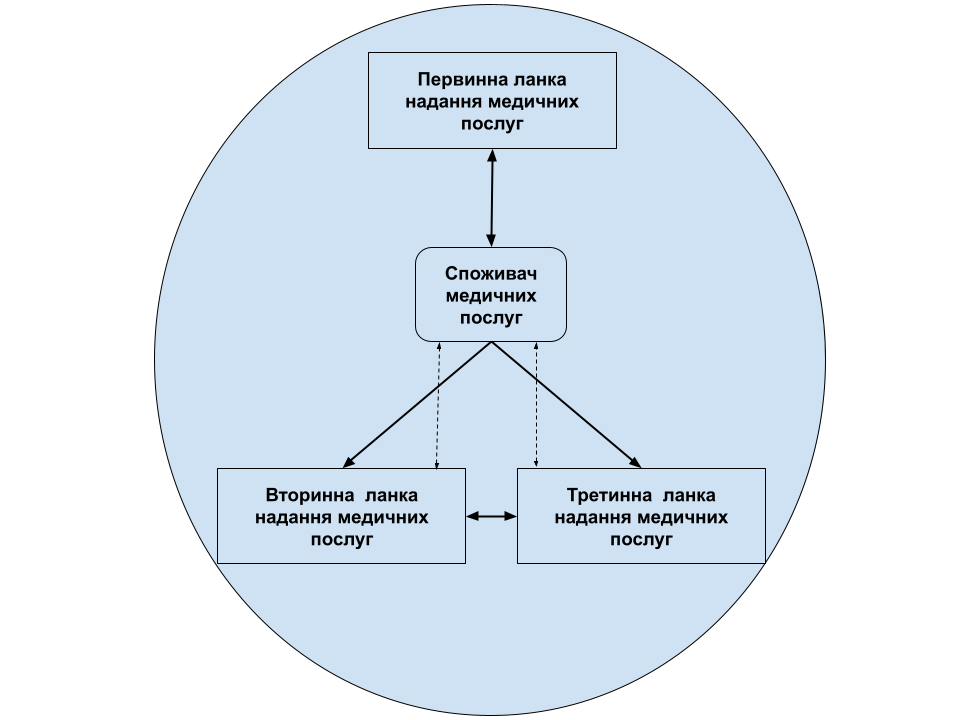
Такий підхід породжує цілу сукупність проблем, які ми можемо спостерігати у закладах амбулаторної медичної допомоги, зокрема:

1) різке збільшення навантаження на лікарів первинної ланки медичної допомоги. Збільшення кількості необґрунтованої паперової роботи, необхідність ведення записів як у паперових медичних картах пацієнтів та внесення записів до МІС.

2) зменшення відповідальності лікарів вторинної та третинної ланки, за рахунок послаблення відповідного контролю за рахунок відсутності горизонтальних зв'язків, між вторинною та третинною ланками надання медичних послуг.

3) зростання черг біля кабінетів за рахунок формування записів на прийом до лікаря як онлайн так і безпосередньо в реєстратурі.

На нашу думку доцільно переглянути існуючу модель надання амбулаторної медичної допомоги за рахунок створення умов, коли споживач медичних послуг є активним учасником та контролером медичних інформаційних потоків пов'язаних з ним (рис.3.2).



*Рис 3.2*

**Запропонована модель надання амбулаторної медичної домопоги**

У пропонованій моделі за рахунок налагодження вертикальних та горизонтальних зв'язків між ланками надання медичних послуг створюються умови для покращення обслуговування споживачів медичних послуг, та зменшенню негативних факторів, які можуть при цьому виникнути.

Центральним компонентом запропонованої моделі виступає тріада:

1 - координація діяльності між різними рівнями медичної допомоги, між різними закладами охорони здоров’я, що належать до одного рівня та між різними структурними підрозділами одного закладу;

2 - командна робота лікарів різних спеціальностей для досягнення максимального результату;

3 - наступність медичної допомоги як в межах одного медичного закладу, так і в закладах різних рівнів.

Вертикальна координація між різними рівнями медичної допомоги (первинним, вторинним, третинним) здійснюється шляхом формування обґрунтованих оптимальних маршрутів, що скеровують пацієнта по всьому маршруту в епізоді надання допомоги.

Горизонтальна координація між закладами та підрозділами, що знаходяться на одному рівні або мають однаковий статус, враховуючи місцеві умови, здійснюється за допомогою наступних механізмів:

а) зосередження максимально необхідного об’єму медичної допомоги в одному закладі/підрозділі;

б) створення об’єднання однотипних закладів або підрозділів під єдиним управлінням зі спільним фінансуванням;

в) співробітництва, коли медичні організації або структурні підрозділи узгоджують маршрутизацію пацієнтів та/або укладання угод, зберігаючи при цьому відповідний рівень автономії, при цьому кожен несе свою відповідальність за надані послуги та має власні джерела фінансування.

Перші два механізми відносяться до структурної інтеграції, третій – до функціональної.

Другий компонент запропонованої моделі - професійна інтеграція. Вона передбачає командну роботу різних спеціалістів для досягнення поставлених цілей, що підсилюється інтенсивною взаємодією між учасниками одного лікувально-діагностичного процесу.

Третій компонент - наступність (координація діяльності в процесі надання пацієнтові медичної допомоги на різних етапах та в різних лікувальних закладах). Його можна реалізувати лише при наявності стандартизованих вимог до заповнення медичної документації, затверджених протоколів лікування, спільних критеріїв оцінки якості лікувального процесу, запровадження універсальних індикативних показників діяльності на відповідних етапах лікування. Така координація діяльності медичних працівників забезпечить високі гарантії для проведення адекватного процесу лікування та досягнення належного результату.

На нашу думку, основними умовами, що забезпечуть реалізацію запропонованої моделі, повинні бути наступні:

- стандартизація медичної допомоги. Для забезпечення цілісності лікувально-діагностичного процесу, наступності та взаємозв’язку в роботі різних медичних організацій та різних спеціалістів необхідне створення загальних або наскрізних клінічних рекомендацій/клінічних протоколів, що визначають правила клінічної роботи та критерії переходу пацієнта з одного рівня медичного обслуговування на інший в багатокомпонентній, багаторівневій системі надання медичної допомоги;

- створення ефективної системи контролю якості лікування та віддалених наслідків діяльності лікувальних закладів, налагодження ефективного обміну інформацією між учасниками лікувально-діагностичного процесу та створення системи відповідальності за результати діяльності.

Важливою умовою забезпечення належного безперервного лікувального процесу у запропонованій моделі є чітка послідовність надання допомоги, яка зрозуміла для користувача послугою. До пацієнта повинно бути чітко доведена інформація про особливості його лікувально-діагностичного процесу, отримана згода на проведення тих чи інших обстежень та консультацій. Необхідно забезпечити більш тісну інформаційну взаємодію між медичними службами, активний обмін інформацією між постачальниками послуг та лікарями різних спеціальностей та отримувачем послуг (пацієнтом).

Обмін інформацією - це засіб комунікації, що забезпечує стійкі зв'язки між різними постачальниками медичних послуг та отримувачем медичної послуги. Дає можливість пацієнту контролювати свої обстеження, результати лікування та вчасно надавати інформацію про зміни в стані свого здоров᾽я. Це дозволить інтегрувати різні етапи надання медичної допомоги, уникнути дублювання діагностичних досліджень, збільшити взаєморозуміння між медичними установами, окремими фахівцями та пацієнтами.

Ефективний обмін медичними даними між різними надавачами медичних послуг та їх споживачами дозволить надати при тих же витратах допомогу більшій кількості пацієнтів і, в результаті, зменшити вартість лікування. Наявність добре налагодженого обміну інформацією також сприяє поліпшенню управління в рамках запропонованої системи шляхом формування та застосування системи оцінки та моніторингу діяльності, визначення того, чи виконані завдання, досягнуті цілі, які проблеми залишаються без належної уваги і потребують нагального вирішення.

Перешкоджає виконанню зазначених завдань розпорошеність даних про пацієнтів по різних надавачах послуги, оскільки вони здебільшого збираються та зберігаються в ізольованих системах різних лікувальних закладів/підрозділів. В результаті часто неможливо отримати повну інформацію про хід лікувального процесу хворого і стан його здоров'я в конкретний момент.

Для покращення обміну медичною інформацією в запропонованій моделі надання амбулаторної медичної допомоги передбачено здійснення наступних заходів:

1) вироблення оптимального алгоритму прямих та зворотних зв’язків між постачальниками медичних послуг;

2) використання засобів інформаційних технологій для обміну інформацією на принципах універсальності та захищеності персональних даних пацієнтів.

Таким чином, запропонована модель організації амбулаторної медичної допомоги дозволить максимально врахувати інтереси споживача послуги з одного боку, а з іншого – ефективно проводити моніторинг діяльності амбулаторно-поліклінічних закладів.

Висновки до розділу 3

1. Сучасна галузь охорони здоров’я, в умовах зростання інформаційних потоків, не може функціонувати належним чином без використання інформаційних технологій, зокрема МІС.

2. Запропонована модель організації амбулаторної медичної допомоги за рахунок налагодження вертикальних та горизонтальних зв'язків між ланками надання медичних послуг створює умови для покращення обслуговування споживачів медичних послуг, та зменшення негативних факторів, які можуть при цьому виникнути.

**Висновки**

1. Амбулаторна допомога закладами охорони здоров᾽я надається за бюджетні кошти в окремих поліклініках, поліклінічних відділеннях стаціонарів, лікувально-діагностичних центрах на основі пакетів послуг програми медичних гарантій НСЗУ.

2. Механізми реалізації амбулаторно-поліклінічної допомоги потребують оптимізації та вдосконалення на основі вивчення відкритої статистики медичних інформаційних систем, впровадження інноваційних технологій, розширення спектру амбулаторних послуг за рахунок фандрейзингу.

3. Запропонована модель організації амбулаторної медичної допомоги дозволить максимально врахувати інтереси споживача послуги з одного боку, а з іншого – ефективно проводити моніторинг діяльності амбулаторно-поліклінічних закладів

**Список літературних джерел**

1. Андреева Т.И. Табак и здоровье / Т.И. Андреева, К.С. Красовский. - К., 2004. - 224 с.
2. Антонова Г.А. Планирование медицинской помощи, ориентиро­ванное на пациента / Г.А. Антонова, М.В. Пирогов. – Экономика здравоохра­нения. – 2008. – №12. – С. 18–25.
3. Бабанов С.А. Распространенность табакокурения среди городского населе­ния Самары и факторы, ее определяющие / С.А. Бабанов // Терапевти­ческий архив. - 2008. - № 1. - С. 69—74.
4. Бушкевич М.М. Досвід медичного страхування у зарубіжних країнах / М.М.Бушкевич // Наук. Вісник НЛТУ України. 2011. №21(10). – С.178-184.
5. Виблая И.В. Определение потребности в стационарной медицинской помощи на муниципальном и региональном уровнях и пути максимального ее удовлетворения: дис. доктора мед. наук : 14.00.33 / Виблая Ирина Викторовна. – М., 2004. – 400 с.
6. Гавриш Т. Рамочная трансформация. Коментарий / Т.Гавриш // Юрид. Практика. 2017. №12. – С.26.
7. Гінзбург В.Г. Аналітичний огляд розбудови регіональних систем охорони здоров’я. Дніпропетровська область / В.Г. Гінзбург, П.М. Лисенко // Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров’я України. 2011 рік / за ред. Р. В, Богатирьової. – К., 2012. – С. 297-310.
8. Гінзбург В.Г. Структурна перебудова системи охорони здоров’я на регіональному рівні: досягнення та завдання / В.Г. Гінзбург // Медичні перспективи. – 2010. - Т. ХV, №4. – С. 137-143.
9. Гінзбург В.Г. Характеристика реалізації стратегічних завдань з оптимізації системи охорони здоров’я України в 2013 році. Аналіз ходу реформування сфери охорони здоров’я в пілотних регіонах. Дніпропетровська область / В.Г. Гінзбург // Щорічна доповідь про стан здоров’я населення, санітарно-епідеміологічну ситуацію та результати діяльності систем охорони здоров’я України. 2013 рік / за ред.. О.С. Мусія. – К., 2014. –С. 201 – 210.
10. Горохов С.В. Порівняльний аналіз систем медичного страхування зарубіжних країн / С.В.Горохов, С.Д.Старинчук // Актуальні проблеми філосо­фії та соціології. 2016. № 9. – С.24-28.
11. Губар О. Є. Медичне страхування у країнах Європейського Союзу / О.Є. Губар // Фінанси України. – 2013. – № 7. – 130 с.
12. Деякі уроки реформи охорони здоров’я України / Г.О.Слабкий, В.М. Лехан, К.О. Надутий, Ю.Б. Ященко, М.В Шевченко, Н.Ю. Кондратюк, М.А. Знаменська // Україна. Здоров’я нації. – 2014. – № 3. – С. 7–22.
13. Дифференцированные нормативы медицинской помощи населению и ресурсного обеспечения : Методические рекомендации № 99/180 / [В.И. Стародубов, Ю.В. Михайлова, Э.Н. Матвеев и др.]. – М., 2000. – 28 с.
14. Дорофеев В. М. Организация амбулаторно-поликлинической помощи городскому населению / В. М. Дорофеев. – Гомель, 2008. – 64 с.
15. Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров’я» від 06.04.2017 р. № 2002.
16. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуго­вування населення» 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII.
17. Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб» № 1645-III від 6 квітня 2000 року.
18. Закон України від 07.07. 2011 № 3612-VI «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров’я у Вінницькій, Дніпропетровській Донецькій областях та місті Києві».
19. Індекс здоров’я. Україна–2018: Результати загальнонаціонального дослідження / Укл. Степурко Т.Г. та ін. Київ, 2018.
20. Калинская А.А. Объем, характер и экономический эффект деятельности стационара дневного пребывания горбольницы / А.А. Калинская // Здравоохранение Российской Федерации. – 2000. – № 5.– С. 20– 23.
21. Качур О.Ю. Характеристика проекту госпітальних округів Житомирської області// Україна. Здоров’я нації. 2013. - №4. – С.73-77.
22. Коваленко В.М., Корнацький В.М., Манойленко Т.С., Прокопишин О.І. Динаміка показників стану здоров’я населення України за 1995—2005 роки: Аналітично-статистичний посібник. – К., 2007. – 72 с.
23. Критерії класифікації закладів охорони здоров’я за рівнями надання медичної допомоги. Методичні рекомендації / Міністерство охорони здоров’я України. – К., 2010. – 22 с.
24. Кундієв Ю.І., Нагорна А.М., Чернюк В.І. Професійні здоров’я в Україні та шляхи його покращення// Журн. акад. мед. наук України. – 2007, № 3 (том 13). – с. 464-475
25. Лазоришинець В.В., Слабкий Г.О., Семенів І.П., Дубініна В.Г. та інш. Державне управління охороною здоров’я. К.: «МП Леся», 2014.– 339 с.
26. Лехан В. М. Методичні основи визначення необхідних ресурсів для досягнення цілей модернізації охорони здоров’я / В. М. Лехан, К. О. Надутий, М. В. Шевченко // Україна. Здоров’я нації. – 2013. – 2 (26). – С. 67– 71.
27. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров’я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко // Україна. Здоров’я нації. – 2010. – № 1. – С. 5–23.
28. Лехан В.М. Перетворення в системах первинної медичної допомоги (порівняльний аналіз підходів в країнах Європи та в Україні): навчальний посібник / В. М. Лехан, Л. В. Крячкова, В. В. Волчек. – Дніпропетровськ, 2016. - 30 с
29. Лобас М.В. Підвищення якості та доступності медичної допомоги як провідна задача реформи охорони здоров’я/ Лобас М.В., Слабкий Г.О. // XVI Конгрес Світової Федерації Український Лікарських Товариств (8-23 серпня 2016 р., м. Берлін – м. Київ) : матеріали., – Одеса: Видавництво Бартенєва, 2016 – С. 255.
30. Матеріали підсумкової колегії МОЗ України, 3 березня 2010 р. (Електронний ресурс). — Режим доступу: // www.apteka.ua/article/8309?print=1.
31. Методичні рекомендації стосовно розробки місцевими органами виконавчої влади та органами місцевого самоврядування планів заходів щодо спеціалізації закладів охорони здоров'я, оптимізації їх мережі та створення об'єднань таких закладів, зокрема міжрайонних / за ред. Г.О. Слабкого. – К., 2010. – 24 с 217
32. Миронюк І.С. До структури національної системи громадського здоров’я/ Миронюк І.С. Слабкий Г.О. Шафранський В.В. // Вісник проблем біології і медицини. 2017 – Випуск 3, том 2, № 138 - С. 135-142.
33. Мнение врачей первичного звена в оценке потребности пациентов в хи­рур­гических методах лечения ишемической болезни сердца : (Електронный ресурс) / Л. А. Бокерия, И. Н. Ступаков, И. В. Самородская, Е. В. Болотова, Е. Н. Фуфаев // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия – 2008. – №1. – Режим доступа к журн. : [http://www.mediasphera.ru/journals/ cardsurg/ detail/ 419/6188/](http://www.mediasphera.ru/journals/%20cardsurg/%20detail/%20419/6188/)
34. Модернізація вторинної медичної допомоги – шлях до підвищення ефективності охорони здоров’я / В.М. Лехан, В.Г. Гінзбург, Л.В. Крячкова, Е.В. Борвінко // Вісник проблем біології і медицини. – 2014. – Вип. 3, Т. 1 (110). – С. 201-205.
35. Модернізація України – наш стратегічний вибір : Щорічне Послання Президента України до Верховної Ради України. – К., 2011. – 416 с.
36. Наказ МОЗ України «Про затвердження порядку надання первинної медичної допомоги» від 19.03.2018 № 504.
37. Національна стратегія реформування системи охорони здоров’я в Україні на період 2015 – 2020 років. Київ, 2015- 39с.
38. Національна стратегія реформування системи охорони здоров’я в Україні на період 2015-2020 років (Електронний ресурс) / Стратегічна дорадча група з питань реформування системи охорони здоров'я в Україні,. 2015. – 41 с.
39. Нова модель надання первинної медико-санітарної допомоги – досвід пілотних регіонів / В.М. Лехан, В.Г. Гінзбург, Л.В. Крячкова, М.В. Шевченко // Wiadomosci Lekarskie. – 2014. - Tom LXVII, №2. - С. 210-214.
40. О формировании дифференцированного подушевого норматива в системе обязательного медицинского страхования / М.А. Хуторской, И.А. Гехт // Экономика здравоохранения. – 2008. – № 2. – С. 22–31.
41. Огнев В.А. Громадське здоров’я: змістовно-управлінський аспект / В.А.Огнев, І.А.Чухно // Україна. Здоров’я нації. 2018. №3 (50) – С.58-61.
42. Орлова Н. М. Регіональна система охорони здоров’я: концептуальні підходи до формування її сучасної політики / Н. М. Орлова. – К., 2010. – 184 с.
43. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні: (спільний звіт) / За заг. ред. В.М. Лехан, В.М. Рудого. - К.: Вид-во Раєвського, 2005. — 168 с.
44. Пархоменко Г. Я. Лікарня інтенсивної допомоги – лікарня євро­пейського зразка / Г. Я. Пархоменко // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров’я України. – 2011. – № 2. – С. 39–41.
45. Пашков В.М. Проблеми державного регулювання правовідносин у галузі охорони здоров’я / В.М. Пашков // Український медичний часопис. 2005. – № 5 (49),IX/Х . – С. 64–67.
46. Пашков В.М. Реформа охорони здоров’я від Уряду: аргументи за та проти. // Щотижневик Аптека / 2015. – № 32(1003) – С 6–7.
47. Постанова КМУ від 27 грудня 2017 р. № 1101 «Про утворення Національної служби здоров’я України».
48. Практическое Пособие для Руководителей Учреждений ПМСП. / (Хакимова М., Салихова Ф., Нурмухамедова Б. и др.). – (Переработанное изд.). – Ташкент. : ЮСАИД ЦБРП "Здоровье" МЗ РУз, 2004. – 161 с.
49. Про затвердження загальнодержавної програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної на період до 2011 року : Закон України від 22.01.2010 р. № 1841- VI // Відомості Верховної Ради України. – 2010. – № 13. – С. 380, стаття 126.
50. Розпорядження КМУ від 23 серпня 2017 р. № 582-р «Про схвалення Концепції реформування механізмів публічних закупівель лікарських засобів та медичних виробів.
51. Розпорядження КМУ від 30.11.2016 р. № 1013-р «Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров’я».
52. Слабкий Г.О. Епідеміологічний нагляд як основна функція громадського здоров’я/ Слабкий Г.О., Миронюк І.С., Шафранський В.В. // Україна. Здоров’я нації. 2017. - №4. – С.97-100.
53. Слабкий Г.О. Профілактика, як стратегічний напрямок ефективної діяльності системи охорони громадського здоров’я/ Слабкий Г.О., Шафранський В.В. // Здоров’я суспільства. 2017. - №1-2. – С.80-86.
54. Слабкий Г.О. Система громадського здоров’я: бачення Всесвітньої організації охорони здоров’я. Основні оперативні функції громадського здоров’я та їх зміст/ Слабкий Г.О. Миронюк В.І. Качала Л.О.// Україна. Здоров’я нації. 2017. - №3 (44) – С. 24-31.
55. Трофимов А.С. Анализ количественных показателей динамики объемов внебольничной медицинской помощи населению на базе муниципальных учреждений / А.С. Трофимов // Экономика здравоохранения. – 2006. – № 5. – С. 19–21.
56. Устінов О. В. Реформа первинної медичної допомоги - 2013: сучасний стан, проблеми, шляхи вирішення / О. В. Устінов // Український медичний часопис. - 2013. - № 5 (97). - С. 24-27.
57. Чепелевская Л. А. Особенности заболеваемости и распространен­ности болезней среди взрослого населения Украины / Л. А. Чепелевская, А. А. Крапивина // Сб. Материалов І Междунар. форума [«Активное долголетие»], (Алматы, 3–4 июня 2013 г.). – С. 49.
58. Череп А.В. Практичний іноземний досвід медичного страхування / А.В.Череп // Сталий розвиток економіки. 2013. - №2. – С.17-23.
59. Шевченко М. В. Пілотний проект реформування системи охорони здоров’я (застосування елементів програмно-цільового методу, перехід до стратегічних закупівель) / М. В. Шевченко, Г. О. Слабкий // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров’я України. – 2014. – № 4. – С. 17–21.
60. Щепин О.П. Основные направления совершенствования профилактической работы по материалам социологического исследования / О.П. Щепин, Р.В. Коротких, С.М. Смбатян, В.В. Расстегаев // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения, истории медицины. – 2009. – № 5. – С. 25–28.
61. Щорічна доповідь про стан здоров’я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров’я України. 2013 рік / за ред. О. С. Мусія. - К., 2014. – 437 с.
62. Щорічна доповідь про стан здоров’я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров’я України. 2015 рік / за ред. Шафранського В. В.; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ, 2016. – 452 с.
63. Щорічна доповідь про стан зд оров'я населення України та санітарно)епідемічну ситуацію. 2008 рік / За ред. В.М. Князевича. — К.: МОЗ України, ДУ "Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України", 2009. - 360 с.
64. Bender R. Calculating the "number needed to be exposed" with adjustment for confounding variables in epidemiological studies / R. Bender, M. Blettner // Journal of Clinical Epidemiology. – 2002. №55(5). Р. 525–530.
65. Building primary care in a changing Europe: case studies / [D. S. Kringos, W. G. W. Boerma, A. Hutchinson, R. B. Saltman]. - World Health Organization: European Observatory on Health Systems and Policies, 2015. – 315 p.
66. Cavanagh S. Summary: Health needs assessment at a glance / Sue Cavanagh, Keith Chadwick. – London : HDA Regional Associate Directors and Practice Development Officers, 2004. – 105 р.
67. G. S. Birkhead, C. M. Maylahn State and Local Public Health Surveillance. In Principles and Practices of Public Health Surveillance / Birkhead G. S., Maylahn C. M. – New York: Oxford University Press, 2000. – 270 р.
68. Gilbert N. Targeting Social Benefits: International Perspectives & Trends / Neil Gilbert. – New Jersey. : International Social Security Association. 2000. – 233 p.
69. Health system performance comparison. An agenda for policy, information and research/ Edited by Irene Papanicolas and Peter C. Smith. European 28 Observatory on Health Systems and Policies Series: Open University Press, 2013. – 360 р.
70. Hutton J.L. Number needed to treat and number needed to harm are not the best way to report / J.L. Hutton // . –2009. – №146(1). Р.27–30.
71. Jamison D.T, Breman J.G., Measham A.R., et al., editors. Disease Control Priorities in Developing Countries. 2nd edition / D.T, Jamison , J.G. Breman, A.R.,Measham . – Washington (DC): World Bank, 2006. – 22 р.
72. Kroneman M. The basic benefit package: Composition and exceptions to the rules. A casestudy / M. Kroneman, J. de Jong // Health Policy. – 2015. - № 119. – P. 245-251.
73. Matthew S. Regional differences in health care delivery: implications for a national resource allocation formula / Sutton Matthew, Peter Lock // Health Economics. – 2000. – V.9. – P. 547–559.
74. McKillop I. The Financial Management of Acute Care in Canada: A Review of Funding, Performance Monitoring and Financial Reporting Practices / I. McKillop, G.H. Pink, L.M. Johnson . – Toronto : Canadian Institute for Health Information, 2001. – 272 р.
75. Neena L. Chappell Population Aging and the Evolving Care Needs of Older Canadians. An Overview of the Policy Challenges /. Chappell Neena L. – Toronto : IRPP Study, 2011. – 36 р.
76. New partnership to help countries close gaps in primary health care [Електронний документ] / [WHO. Media centre]. – жовтень 2016. – Режим доступу: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/partnership-primaryhealth-care/en/.
77. Scott I. Why Family Medicine? A Fact Sheet for Prospective Family Physicians (The College of Family Medicine in Canada) [Електроний документ] / I. Scott, G. Chami. – Режим доступу: http://www.cfpc.ca/Why\_Family\_Medicine/. – Назва з екрану. – Дата звернення: 05.10.2016.,
78. Starfield B. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health / B. Starfield, L. Shi, J. Macinko // Milbank Quarterly. - 2005. - Vol. 83 (3). - P. 457- 502.
79. Statement on strengthening people-centred health systems [Електроний документ] / [EFPC]. – жовтень 2016. – [2 с.]. – Режим доступу: http://euprimarycare.org/sites/default/files/statement\_on\_strengthening\_people\_- \_final.pdf.
80. Taking the pulse of health care systems: experiences of patients with health problems in six countries / C. Schoen, R. Osborn, P. T. Huynh [et al.] // Health Affairs. - 2005. - W5. – Р. 509 – 525
81. Tan S. DRG systems in Europe: variations in cost accounting systems among 12 countries. / S. Tan, A. Geissler, L. Serdén, M. Heurgren, B. Martinvanlneveld , W. Ken Redekop, L. Hakkaart van Roijen // The European Journal of Public Health Dec. – 2014. - № 24(6). – P. 1023-1028.
82. The World Health Report 2008: Primary Health Care, Now More Than Ever. – WHO, 2008. – 563 р.