

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Західноукраїнський національний університет
Навчально-науковий інститут публічного управління
Кафедра менеджменту, публічного управління та персоналу

ЛЕВЧУК Ольга Сергіївна

**Публічне управління первинною медициною на
місцевому рівні в умовах територіальної
реформи . / Public administration of primary
medicine at the local level in the context of the
territorial reform**

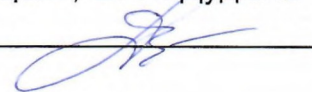
спеціальність: 281 - Публічне управління та адміністрування
освітньо-професійна програма - Державна служба

Кваліфікаційна робота

Виконала студентка групи
ДСПУАзм-21
О. С. Левчук



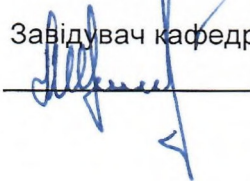
Науковий керівник:
к.е.н., доцент, О. П. Дудкіна



Кваліфікаційну роботу
допущено до захисту:

"18" листопада 2022р.

Завідувач кафедри



М. М. Шкільняк

ТЕРНОПІЛЬ - 2022

ЗМІСТ

Вступ.....	.....
Розділ 1. Теоретико-правові засади публічного управління первинною медициною на місцевому рівні в умовах територіальної реформи.....	.....
1.1. Сутність та основні завдання публічного управління первинною медициною на місцевому рівні.....	.....
1.2. Нормативні основи публічного управління системою охорони здоров'я в умовах територіальної реформи.....	.....
Висновки до розділу 1.....	.....
Розділ 2. Системний аналіз та оцінка управління первинною медициною в Збаразькій територіальній громаді.....	.....
2.1. Діагностика проблематики розвитку первинної медицини на рівні Збаразької територіальної громади.....	.....
2.2. Організаційне забезпечення управління первинною медициною в Збаразькій територіальній громаді.....	.....
2.3. Аналіз ресурсного забезпечення управління первинною медициною в досліджуваній територіальній громаді.....	.....
Висновки до розділу 2.....	.....
Розділ 3. Удосконалення публічного управління первинною медициною на рівні територіальної громади.....	.....
3.1. Застосування інструментів програмування в системі управління первинною медициною в Збаразькій територіальній громаді.....	.....
3.2. Впровадження інноваційних підходів до функціонування мережі закладів охорони здоров'я первинної медицини в Збаразькій територіальній громаді.....	.....
Висновки до розділу 3.....	.....
Висновки.....	.....
Список використаних джерел.....	.....
Додатки .....	.....

ВСТУП

Актуальність теми. Підхід до зміцнення систем охорони здоров'я у світі змінюється. Сьогодні для вирішення проблем всього сектора охорони здоров'я дедалі ширше використовується «рекомендаційно-переговорний» підхід, наслідком якого є поворот в обслуговуванні у бік орієнтованої на людину первинної медичної допомоги, просування до загального охоплення та врахування питань охорони здоров'я у всіх заходах політики. Ці напрями політики становлять серцевину оновлення первинної медико-санітарної допомоги. Основою ефективної організації медичної діяльності, безумовно, є впровадження сучасного управління, у тому числі на місцевому рівні. Останнім часом на рівні держави було здійснено низку ініціатив з реформування охорони здоров'я, спрямованих на покращення надання послуг та зміни підходів до фінансування.

Проблематика публічного управління сферою охорони здоров'я розглядається в працях таких вчених як Бобровська О., Хожило І., Васюк Н., Кузюк М., Логвиненко Б.О., Набхан О., Моїсеєнко Р. та ін.

Проте окремі аспекти удосконалення публічного управління первинною медициною потребує додаткового наукового обґрунтування. Це актуалізує дослідження питання публічного управління первинною медициною на місцевому рівні в умовах територіальної реформи.

Мета дослідження: теоретико-методологічне обґрунтування та вироблення практичних рекомендацій щодо удосконалення публічного управління первинною медициною на місцевому рівні в умовах територіальної реформи.

Досягнення поставленої мети передбачає розв'язання таких **завдань:**

- визначити сутність та основні завдання публічного управління первинною медициною на місцевому рівні;
- окреслити нормативні основи публічного управління системою охорони здоров'я в умовах територіальної реформи;

- провести діагностику проблематики розвитку первинної медицини на рівні Збараської територіальної громади;
- дослідити організаційне забезпечення управління первинною медициною в Збараській територіальній громаді;
- проаналізувати ресурсне забезпечення управління первинною медициною в досліджуваній територіальній громаді;
- розглянути питання застосування інструментів програмування в системі управління первинною медициною в Збараській територіальній громаді;
- обґрунтувати напрямки впровадження інноваційних підходів до функціонування мережі закладів охорони здоров'я первинної медицини в Збараській територіальній громаді.

Об'єкт дослідження: процес публічного управління первинною медициною на місцевому рівні в умовах територіальної реформи.

Предмет дослідження: організаційно-функціональне забезпечення, методи та інструменти публічного управління первинною медициною на місцевому рівні в умовах територіальної реформи.

Практичне значення отриманих результатів. Практичне значення проведеного дослідження полягає в тому, що його результати можуть бути використані для вдосконалення публічного управління первинною медициною на місцевому рівні в умовах територіальної реформи (у тому числі результати дослідження можуть бути реалізовані на території Збараської територіальної громади).

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИКО-ПРАВОВІ ЗАСАДИ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ПЕРВИННОЮ МЕДИЦИНОЮ НА МІСЦЕВОМУ РІВНІ В УМОВАХ ТЕРИТОРІАЛЬНОЇ РЕФОРМИ

1.1. Сутність та основні завдання публічного управління первинною медициною на місцевому рівні

У будь-якому суспільстві наявні ресурси є обмеженими, проте сучасна парадигма в цивілізованому світі виходить з того, що системи охорони здоров'я не повинні розглядатися як «діра в бюджеті», а навпаки – як вигідна сфера вкладення коштів у здоров'я населення, що забезпечить подальше економічне зростання. Ця нова парадигма пропонує можливість для фундаментальної переоцінки ролі систем здоровоохорони у суспільстві, а також актуалізує питання вдосконалення управління медициною на усіх рівнях, у тому числі місцевому.

Дійсно, як зазначається в науковій літературі, «галузь охорони здоров'я належить до надзвичайно складних як з погляду цілей і складності вирішуваних завдань, так і за обсягом взаємозв'язків, наявності численних чинників впливу вторинних ефектів розвитку інших галузей і сфер суспільної діяльності, від якості функціонування яких залежать стан і рівень здоров'я населення країни. Останнє формується на всіх ієрархічних рівнях суспільного і регіонального поділу праці» [1].

Не секрет, що «публічне адміністрування у сфері охорони здоров'я виконує одну з ключових ролей у здійсненні внутрішньої політики країни, яка полягає у прийнятті державно-управлінських рішень для реалізації концепції надання доступної медичної допомоги усім, без винятку, громадянам країни» [10].

Світовий досвід ЗОЗ демонструє розмежування закладів охорони здоров'я за рівнями надання допомоги, що дозволяє наближувати первинну

допомогу безпосередньо до пацієнтів, надаючи медичну допомогу відповідного рівня з більш раціональним використанням ресурсів. Така організація дає змогу надавати на кожному рівні якісну медичну допомогу, скоротивши при цьому необхідність залучення на високі рівні надання медичної допомоги та піднімаючи роль саме первинної.

Проте в Україні спостерігалися деякі проблеми ПМСД: «нерациональна інфраструктура; низька доступність та недостатня якість первинної допомоги для населення, обумовлена технологічною відсталістю закладів, неналежним кадровим забезпеченням, відсутністю стандартів лікування, відсутністю мотивації працівників до ефективної праці, застарілими принципами фінансування, відсутністю дієвої системи управління первинною допомогою, недостатністю наукового обґрунтування та нормативно-правової бази діяльності первинної медико-санітарної допомоги» [6]. Усе це викликало необхідність у зміні підходів до управління нею.

Так, структурний аспект – це основні умови належного функціонування системи первинної допомоги. Ці умови передбачають наявність відповідних стратегій та правил, а також фінансових, кадрових та матеріальних ресурсів.

Безумовно, спосіб структурування ПМСД визначає важливі умови для її процесу та результатів. І, як уже було зазначено вище, до структурного аспекту первинної медицини належить управління нею.

Так, управління передбачає концепцію та напрямок політики у галузі здоров'я, вплив якої опосередкований нормативно-правовим регулюванням та інформаційно-роз'яснювальною роботою, а також збиранням та використанням інформації. Управління, що відноситься до аспектів структури, згаданих вище, включає комплекс особливостей реалізації політики на різних рівнях.

Концептуальною відправною точкою є визначення управління, сформульоване таким чином: «управління – це набір принципів, норм,

функцій та процедур прийняття рішень, щодо яких діючі суб'єкти сходяться на певній суспільно-політичній арені» [56, с. 157].

Крім того, використовуються «концепції, засновані на теорії режиму, такі як кінцеві результати (у вигляді управління якістю інфраструктур); наявність правової підтримки (включаючи закони та нормативні акти); та існування адміністративної практики, яка обмежує, наказує або забезпечує надання послуг» [54].

Однією з найбільш стабільних характеристик політики у країнах із сильною системою первинної допомоги є прагнення урядів справедливо розподіляти ресурси та уникати нерівності.

Як звертається увага в науковій літературі, кінець ХХ століття відзначився тим, що у багатьох передових країнах відбулося реформування національних систем охорони здоров'я, внаслідок чого посилилось значення у першу чергу ПМД, що дозволяло їй на 80-90% вирішувати проблеми населення зі здоров'ям без застосування складних і коштовних діагностичних та лікувальних технологій.

Б.О. Логвиненко пропонує виокремити «три основні моделі публічного адміністрування сферою охорони здоров'я за критерієм обсягу публічних повноважень:

імперативну модель, що характеризується винятковою роллю держави в адмініструванні сферою охорони здоров'я;

державну модель – представлену домінуючим положенням держави, як ключового суб'єкта владних повноважень

конкурентну модель, яка заснована на діяльності держави в ролі рефері, який встановлює правила гри, проте сама не бере в ній участі. Тобто держава надає правове забезпечення сфери охорони здоров'я, формує та реалізовує окремі державні програми в цій сфері» [17, с. 32].

Що стосується розподілу відповідальності за управління первинною медициною між різними рівнями влади, то у світі існують різні підходи щодо цього питання. Так, у відносно невеликій кількості країн, включаючи

Угорщину, Латвію, Мальту, Словаччину, Швейцарію та Естонію, відповідальність за первинну допомогу централізована на національному рівні. В інших країнах відповідальність за основні функції, такі як встановлення пріоритетів, фінансування, планування та управління поставками, надання послуг або моніторинг якості, покладений на регіональні або місцеві органи влади або регіональні фонди медичного страхування, лікарні чи трасти ПМД.

Дійсно, іншими словами, враховуючи важливі аспекти організації, фінансування, управління, нормативно-правового регулювання медичної допомоги, то умовно можна виділити три типи систем здравоохранення:

- переважно централізовані;
- децентралізовані;
- змішані системи.

Перший тип найбільш наочно представлений у Великій Британії, де існує жорстко централізована національна (державна) система охорони здоров'я, яку очолює Міністерство, якому безпосередньо підпорядковані регіональні управління ОЗ, яким у свою чергу підпорядковуються місцеві управління охорони здоров'я та управління сімейного здоров'я. Жодне з них не підпорядковане місцевим органам влади. Ланка ПМД представлена загальними лікарськими практиками – груповими або індивідуальними, які є незалежними некомерційними структурами. У більшості випадків лікар (або група лікарів) володіє своєю практикою (приміщенням, обладнанням) на правах власності, він же наймає й решту персоналу.

До країн із типово децентралізованою системою охорони здоров'я належить США. Її система представлена різноманітними програмами, а також федеральними та місцевими фондами, приватними страховими компаніями та індивідуальними спонсорами, але їхні зусилля почасти погано скоординовані. Тому незважаючи на високі витрати (затрати на охорону здоров'я з розрахунку на одного жителя в США майже вдвічі вищі, ніж в інших розвинених країнах), 17% населення не мають захисту у разі хвороби.

Змішана система здравооохорони, заснована на елементах централізації та децентралізації представлена в Японії. У цій країні показники здоров'я населення є одними з найсприятливіших у світі, у той час як витрати на охорону здоров'я менші, ніж в інших економічно розвинених країнах, а населення, незалежно від рівня грошових доходів, має доступ до медичного обслуговування.

Однак, безумовно, у будь-якому випадку держава не повинна і не може бути повністю відстороненою від управління медичною сферою. Існує ціла низка обставин, пов'язаних з особливостями медичних послуг, які вимагають участі держави в управлінні, організації та фінансуванні охорони здоров'я, незалежно від того, наскільки сильно розвинені в конкретній державі ринкові відносини. Тому, на думку багатьох міжнародних експертів, держава повинна взяти на себе такі зобов'язання:

«забезпечити життєздатність системи оподаткування та обліку витрат;
створити закони та нормативні акти, відповідно до яких мають працювати всі медичні установи незалежно від форм власності;
нести відповідальність за фінансування та надання основних медичних послуг населенню, включених до гарантованого державою базового пакету;
вводити стандарти якості послуг та стежити за їх дотриманням;
фінансувати та/або надавати послуги безпосередньо незаможним та найбільш уразливим верствам населення» [7].

Однак визнання того, що держава зобов'язана втручатися в систему це ніяк не означає, що вона має бути монополістом у цій галузі. В колишніх країнах соцтабору – всі медичні установи були державними, вони фінансувалися з державних джерел (держбюджету, бюджету держпідприємств та державних позабюджетних фондів) та керувалися державними органами. Водночас, навіть у відносно благополучні періоди свого розвитку, ця система стикалася з низкою проблем, які вона так і не змогла вирішити.

Що стосується України, то національна система публічного управління первинною медициною характеризується її наявністю як на державному, так і на локальному рівні.

Вважаємо за необхідне відмітити, що на сьогодні відбувається зміна механізмів управління у цій сфері і основними засадами реформування публічного управління у ній у вказаному ключі мають бути децентралізація. До того ж, як чітко відмічається увага в науковій літературі, «подальша трансформація регіонального управління полягає у винайдені оптимальних пропорцій загальнодержавного, регіонального та місцевого рівнів управління. Має зберегтися тенденція поглиблення процесу децентралізації управління, що передбачає передачу більшості управлінських функцій від держави середнім і нижнім рівням управління в регіони, формування регіональної відтворювальної моделі розвитку в рамках переважно самостійного вирішення всіх нагальних проблем регіону» [22].

Таким чином, управління медичною сферою, у тому числі ПМСД в Україні здійснюється на всіх рівнях – у тому числі на місцевому. Ми встановили, що існують різні моделі системи охорони здоров'я у світі, а управління нею відбувається за різними варіантами. Участь місцевих органів публічного управління в ній є першочерговим фокусом уваги.

1.2. Нормативні основи публічного управління системою охорони здоров'я в умовах територіальної реформи

За останні два десятиліття у країнах центральної та східної Європи, які раніше входили до соціалістичного табору, пройшли фундаментальні реформи охорони здоров'я. Старі системи слід було повністю перебудувати. У цих країнах розвиток ланки первинної допомоги став відповіддю на необхідність створення більш ефективної і гнучкої системи ОЗ. У низці країн

впровадили «систему первинної допомоги з опорою на сімейних лікарів з функцією диспетчерів, які направляють пацієнтів на інші рівні охорони здоров'я, чим обігнали країни Західної Європи, які зміцнювали систему первинної допомоги повільно та поступово» [58]. Проте, безумовно, для становлення системи ПМСД, достатньо міцної для повноцінного вирішення намічених завдань, двадцяти років розвитку охорони здоров'я може бути недостатньо.

У теоретичних і практичних дослідженнях поняття «децентралізація» є багатоаспектним та розглядається різнопланово. Не оминули ці процеси і Україну. Розглянемо базові нормативно-правові акти, які закріплюють основи публічного управління системою охорони здоров'я.

Так, у першу чергу відмітимо, що «сучасна система охорони здоров'я України сформована за принципами та пріоритетами державної політики охорони здоров'я, які визначаються Конституцією України, Основами законодавства про охорону здоров'я та іншими прийнятими на їх виконання актами законодавства, що встановлюють механізм державного управління системою охорони здоров'я» [47, с. 249].

У ст. 32 Закону визначені конкретні повноваження виконавчих органів ОМС щодо сфер соціально – економічного і культурного розвитку поселень. До цих повноважень належать «управління закладами охорони здоров'я, організація медичного обслуговування та харчування у оздоровчих закладах, які належать територіальним громадам або передані їм; сприяння роботі творчих спілок, національно-культурних товариств, асоціацій, інших громадських та неприбуткових організацій, які діють у сфері охорони здоров'я. До делегованих повноважень належить внесення пропозицій до відповідних органів про ліцензування індивідуальної підприємницької діяльності у сфері охорони здоров'я» [40].

По суті, за допомогою ОМС і участю їх фахівців розробляються і запроваджуються в діяльність закладів ПМСД на засадах сімейної медицини комп'ютерні програми автоматизованої системи управління нею. Керівники

та працівники ЛМС беруть безпосередню участь у заходах з реформування ПМСД на засадах сімейної медицини, відвідуючи новостворені заклади та з'ясовуючи їх проблеми. Така участь стосується створення матеріально-технічної бази закладів сімейної медицини, будівництва та ремонту приміщень, технічного та комп'ютерного забезпечення, адаптації графіків роботи до потреб населення, створення запасів ліків та ін.

Очевидно, що одним із показників діяльності ОМС щодо управління розвитком сімейної медицини є «повнота охоплення населення первинною медико-санітарною допомогою на засадах сімейної медицини, а також відсоток закінчення лікування хворих на рівні закладів первинної медико-санітарної допомоги, що здешевлює медичну допомогу. Погоджуємося, що провідну роль у підвищенні доступності та якості надання медичних послуг населенню, гарантованих державою, відіграють фінансові ресурси, які надходять у розпорядження галузі охорони здоров'я» [8].

Що ж стосується безпосередньо публічного управління нашою системою в умовах проведення реформ, то була затверджена Концепція реформи фінансування системи охорони здоров'я. Як зазначалося у документі, вітчизняна система ОЗ є дисфункціональною, що пов'язано зі специфікою її організації та фінансування. Так, фактично склалася ситуація, коли кошти, які формуються завдяки загальним податкам та акумулюються в державному бюджеті, витрачалися не для оплати медичних послуг конкретно визначеним громадянам у випадку їх хвороби, а на підтримку існування наявної мережі ЗОЗ, без врахування затребуваності таких закладів серед населення та якості фактично наданих ними послуг пацієнтам. Таке «розпорядження фінансами на медицину було занадто неефективним, переважна більшість громадян не могла сподіватися на безоплатне, своєчасне та водночас якісне лікування в мережі державних та комунальних закладів охорони здоров'я. Це усе створювало ситуацію, коли населення двічі платило за охорону здоров'я: спочатку шляхом сплати регулярних

податків, а в подальшому - з власної кишені, придбаючи за власний кошт лікарські засоби, оплачуючи медичні процедури» [12].

З огляду на це, враховуючи міжнародний досвід, рекомендації ВООЗ, а також практику використання вітчизняної моделі системи ОЗ, визначено, що єдиним способом забезпечити належний медичний захист є перехід до фінансування медицини за принципом «гроші йдуть за пацієнтом». Як наслідок, було прийнято Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [33], яким передбачено «гарантування державою в межах визначеного пакету повну оплату за рахунок коштів державного бюджету необхідних медичних послуг та лікарських засобів на первинному рівні. З запровадженням такої моделі фінансування реалізується принцип гроші ходять за пацієнтом – коли кошти бюджету спрямовуються не на утримання інфраструктури закладів охорони здоров'я, як то було раніше, а безпосередньо на оплату визначених медичних послуг та лікарських засобів, наданих пацієнтам. Це, у свою чергу, сприяє тому, що кошти держави використовуються більш ефективно, а пацієнти мають доступ до якіснішого медичного захисту» [39].

Водночас реалізація політики держави у сфері організації фінансування надання медичних послуг та лікарських засобів в рамках пакету, що гарантується державою, покладено на новостворений центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері організації фінансування надання медичних послуг та лікарських засобів. Було розроблено проект Закону України «Про внесення змін до Бюджетного кодексу України щодо забезпечення державних фінансових гарантій надання медичних послуг та лікарських засобів», згідно з яким основним принципом фінансування первинної медичної допомоги визнано здійснення фінансування на основі капітаційної ставки – єдиного тарифу за первинне медико-санітарне обслуговування однієї людини, яка уклала з закладом охорони здоров'я відповідний договір» [31].

На перший погляд «спостерігається певна відстороненість територіальної громади від процесу фінансування первинної медичної допомоги. Дійсно, це пов'язано з тим, що гроші проходять поза бюджетами територіальних громад, прямуючи безпосередньо до постачальників послуг, які уклали декларації з клієнтами. Однак громади жодним чином не можна вважати відстороненими від вирішення питань охорони здоров'я. Дійсно, саме територіальна громада, а точніше її адміністрація несе відповідальність за розвиток системи охорони здоров'я населення» [25].

Упроваджені зміни, по суті, дозволили уточнити визначення ролі бюджетів громад та ОМС у наданні медичної допомоги, яка згідно з Концепцією реформи полягає не у безпосередньому фінансуванні послуг, а у забезпеченні розвитку і підтримці медичних закладів, а також у фінансуванні місцевих програм громадського здоров'я. Крім того, створено можливості для місцевих органів публічної влади здійснювати видатки для формування місцевих програм та розвиток ЗОЗ, що перебувають у їхній власності, незважаючи на те, що поточні видатки на реалізацію заходів здійснюються з Державного бюджету.

Окрім того, місцеві бюджети отримали змогу залучати комунальні медичні заклади для виконання місцевих програм громадського здоров'я через фінансування відповідних видатків з місцевого бюджету, навіть якщо ці заклади отримують фінансування з Державного бюджету України на надання первинної медичної допомоги в рамках гарантованого пакету.

Дійсно, питання збереження здоров'я населення не обмежується медичним компонентом, а передбачає також стимулювання здорового способу життя населення, забезпечення доступу до спортивної інфраструктури, організації дозвілля та соціального життя тощо.

Це означає, що завданням управлінської команди на рівні громади є формування стратегії розвитку системи охорони здоров'я громади із залученням заінтересованих сторін та визначенням місця кожного постачальника медичних послуг на території громади та за її межами.

Відповідно до цієї стратегії громада формує запит до медичних закладів первинного рівня та надає фінансування ініціативам, пов'язаним з ОЗ.

Крім того, територіальна громада також має контрольні повноваження, зокрема представник громади уповноважений брати участь в роботі опікунських рад при медичних закладах.

Важливо відмітити і те, що саме громада є власником інфраструктури медичних закладів, а відтак уповноважена інвестувати в її підтримку та розвиток.

Не менш значущим завданням розвитку ПМСД на рівні громади є і оновлення кадрового складу, у тому числі шляхом заохочення до роботи в громаді молодих сімейних лікарів. Безумовно, вирішення такого важливого питання виходить за межі можливостей окремого медичного закладу. Саме тому територіальна громада в рамках реалізації стратегії повинна вживати заходів що дозволяють «створювати умов для залучення фахівців – через влаштування можливостей для комфортного проживання молодого фахівця (житло, інфраструктура для молодого родини – дитячий садок, школа тощо), фінансування переселення фахівця, фінансування (принаймні часткове) навчання студентів з числа жителів територіальної громади на спеціальності «сімейна медицина» (за умов подальшої роботи в громаді після завершення навчання, принаймні протягом певного часу)» [7].

Виходячи з цього, територіальні громади мають вибір, яким чином організувати надання первинної медичної допомоги своєму населенню.

Зобразимо існуючі альтернативи у виді схеми (рис.1.2.).



В процесі вибору найбільш оптимального варіанту адміністрації ОТГ варто враховувати цілий ряд показників – зокрема, географічні особливості громади, вік населення та його потреби у первинній медичній допомозі, а також підготовку адміністративної команди громади. Так, скажімо, з метою зменшення адміністративних затрат на утримання майна замість функціонування на території громади самостійного комунального підприємства доречною може бути домовленість про співробітництво з комунальним підприємством сусідньої територіальної громади.

Безумовно, ОТГ, маючи відповідне приміщення, може надати його на пільгових умовах та домовитися з приватним закладом охорони здоров'я про надання медичних послуг населенню. І, беззаперечно, можливою є домовленість з лікарями, що займаються приватною практикою, про опікування ними процесом надання первинної медичної допомоги та її якістю. Важливо відмітити, що такі альтернативи можуть поєднуватися.

Тобто, раніше робота первинної ланки по-різному організовувалась у великих містах і в сільській місцевості. Однак очевидно, що «стандарт допомоги повинен бути однаковий для всієї країни, незалежно від того, де надається допомога. Наразі зберігається різниця між селом і містом передусім в доступі до такої допомоги: скільки часу пацієнту потрібно витратити, аби дістатися до свого лікаря, у яких умовах перебуває лікар, чи є у нього, де працювати – це і є завданням об'єднаних територіальних громад і місцевих органів влади. Водночас слід пам'ятати, що у різних громад різні умови і різні можливості: десь можна забезпечити пішу доступність до лікаря, десь потрібно їхати на машині. Держава повинна відповідати за забезпечення якості, стандарту по всій країні. Громада повинна відповідати за те, чи розбита дорога до лікаря, і як туди може дістатися людина. Це не вирішує МОЗ чи Мінрегіонбуд, це вирішує місцева влада. І забезпечити ці можливості для лікаря і пацієнта – їх завдання» [27].

Важливе значення має і прийняття Закону України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості». Його реалізація сприятиме «раціональному розподілу та витрачання бюджетних коштів на розвиток охорони здоров'я із урахуванням потреб населення, яке проживає у сільській місцевості; ефективній взаємодії держави та місцевого самоврядування щодо розвитку та модернізації мережі закладів охорони здоров'я; максимальному територіальному наближенню медичного обслуговування до населення; забезпеченню належної оснащеності медичним обладнанням закладів охорони здоров'я, оплати праці медичних та фармацевтичних працівників у сільській місцевості, надання їм житла і службового транспорту для надання медичної допомоги» [42]. У нормативно-правовому акті детально розмежовано повноваження місцевих органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування щодо забезпечення підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості.

Не можемо не погодитися, що на відміну від усіх інших сфер ЗОЗ майже повністю залежать від державного бюджетного фінансування. «Розвиток та залучення інших джерел фінансування стримується недостатнім зацікавленням приватного сектора та дещо негативним ставленням з боку державних органів управління охороною здоров'я до підприємництва у сфері охорони здоров'я в цілому» [13]. Однак, як було розглянуто, це не означає, що на місцевому рівні відсутні можливості для управління первинною медициною.

Висновки до розділу 1

Таким чином, розглянуто сутність та основні завдання публічного управління первинною медициною на місцевому рівні.

Констатовано, що механізм управління системою охорони здоров'я є складним, адже охоплює різні сфери державної політики та сукупність суб'єктів управління – у тому числі на місцевому рівні. Враховуючи важливі аспекти організації, фінансування, управління, нормативно-правового регулювання медичної допомоги, то умовно можна виділити різні типи систем охорони здоров'я:

Досліджено також нормативні основи публічного управління системою охорони здоров'я в умовах територіальної реформи. Звернено увагу, що у процесі проведення реформ, що супроводжувалося прийняттям нормативно-правових актів різною юридичної сили, місцеві органи публічної влади не лише не позбавлені повноважень управління первинною медициною, вони продовжують відігравати важливу роль як власники майна ЗОЗ.

РОЗДІЛ 2.

СИСТЕМНИЙ АНАЛІЗ ТА ОЦІНКА УПРАВЛІННЯ ПЕРВИННОЮ МЕДИЦИНОЮ В ЗБАРАЗЬКІЙ ТЕРИТОРІАЛЬНІЙ ГРОМАДІ

2.1. Діагностика проблематики розвитку первинної медицини на рівні Збаразької територіальної громади

Безліч проблем здоров'я, що виникають на рівні першого контакту пацієнтів із ЗОЗ можуть бути розв'язані в рамках загальної лікарняної практики, але сімейний лікар повинен при необхідності своєчасно направляти пацієнтів до «вузьких» фахівців.

Лікар загальної практики бере на себе відповідальність за прийняття первинного рішення, за необхідності консультуючись із «вузькими» спеціалістами. Деякі науковці навіть вважають, що лікар загальної практики – сімейний лікар – це свого роду медичний адвокат сім'ї: у 93-95% всіх випадків, крім такого лікаря, пацієнти цієї сім'ї ні до кого більше не звертаються. І лише у 5-7% випадків з ініціативи такого лікаря, пацієнти скеровуються на консультацію до «вузьких» фахівців, але після неї все одно повертаються до сімейного лікаря. Деякі науковці відводять лікарю загальної практики роль клініциста широкого профілю, який повинен мати аналогічний рівень клінічної компетентності, як і «вузькі» спеціалісти. За деякими даними, за первинною медичною допомогою у країнах Західної Європи звертається тільки чверть хворих, а інші обмежуються само- або взаємодопомогою. У свою чергу, дев'ять із десяти пацієнтів лікар загальної практики лікує сам, а одного з пацієнтів відправляє або до «вузького» фахівця, або в лікарню.

Такі факти, на нашу думку, засвідчують необхідність подолання проблем розвитку первинної медицини, а для цього, очевидно, їх потрібно чітко усвідомлювати.

Що ж стосується проблематики розвитку первинної медицини безпосередньо на рівні Збараської територіальної громади, то у першу чергу зазначимо, що Збараську територіальну громаду утворюють м. Збараж та 53 села (утворилася вона шляхом об'єднання 26 рад. Принагідно відмітимо, що територіальна громада розташована недалеко від обласного центра, що робить можливим отримання первинної медичної допомоги населенням безпосередньо в обласному центрі, оскільки законодавство дозволяє вільно обирати лікаря, з яким пацієнт може укласти декларацію.

Варто відмітити і те, що спостерігається від'ємний приріст населення, а відтак – збільшується питома кількість людей старшого віку, що також створює певні проблеми для медичної галузі.

Дійсно, у досліджуваному регіоні серйозною проблемою є погіршення стану здоров'я населення. Несприятливі соціально-економічні умови переважної більшості населення підвищили ризик захворювання і смерті. Медико-демографічна ситуація має тенденцію до депопуляції населення. Характеризується зменшенням народжуваності, збільшенням загальної смертності та від'ємними показниками природного приросту. Особливо це стосується села, де смертність вища, а народжуваність значно нижча як у місті. Щорічно населення на теренах Збаражчини скорочується.

«В структурі загальної смертності на першому місці захворювання серцево-судинної системи, на другому – злоякісні новоутворення, на третьому – травми та отруєння.

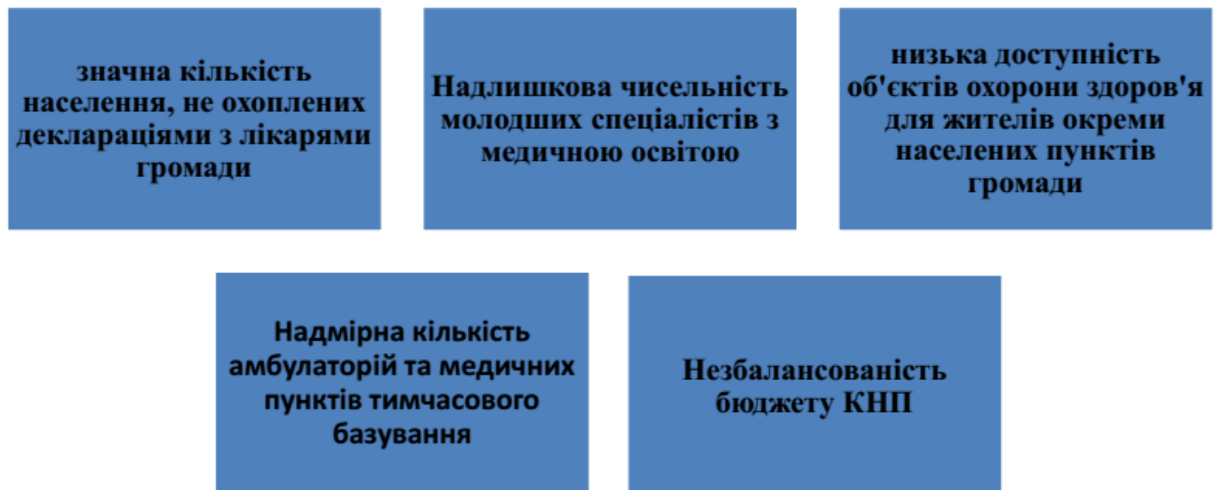
Бурхливо зростають соціальні хвороби. Незадовільний спосіб життя окремих верств населення сприяє розповсюдженню ВІЛ інфекції, алкоголізму, наркоманії, туберкульозу. Висока смертність від хвороб серцево-судинних, онкологічних, психічних розладів.

В структурі зареєстрованих захворювань серед дорослого населення на першому місці серцево-судинні захворювання» [5].

Разом з тим, оскільки в громаду входить багато сільських населених пунктів, це дає підстави зробити висновки, що на території Збараської

громади спостерігаються ті проблеми розвитку первинної медицини, що властиві сільській місцевості у цілому.

Зобразимо проблемні питання розвитку первинної медицини на рівні Збараської територіальної громади у вигляді рис.2.1.



Так, чисельність населення громади – 43151 мешканець. Уклали декларації 30842 особи [46]. Як бачимо, ступінь охоплення деклараціями населення громади становить 71,5 відсотків. Решта ж мешканців, 28,5 відсотків, не охоплені деклараціями з лікарями, які працюють в Збараській територіальній громаді. Очевидно, що частина з них обслуговуються в закладах ПМСД інших громад (зокрема, в обласному центрі, чому, як зазначалося, сприяє територіальне розміщення громади), або ж взагалі не уклали декларації з жодним лікарем. Крім іншого, це може свідчити про невисокий ступінь довіри з боку пацієнтів до лікарів громади.

Найбільший недобір спостерігається в амбулаторіях сіл, населення яких частково задеклароване в Тернополі, частково – в Збаражі.

До того ж варто відмітити, що шість лікарів, які працюють у громаді, вже досягли пенсійного віку.

Варто зазначити, що, безумовно, одним із факторів, що значною мірою гальмують сталий розвиток сільських територій, є низька доступність об'єктів охорони здоров'я. Особливості проживання у сільській місцевості (віддаленість від міст, проблеми транспортної доступності, характер розселення сільського населення, старіння населення) мають значний вплив на обсяг та рівень забезпечення медичною допомогою сільського населення.

На сьогоднішній день сільську медицину коротко можна охарактеризувати як обмежено доступну та з низькою ефективністю через низку невирішених проблем. Доволі гострою є проблема незрівнянності рівня сільської та міської доступності медичного обслуговування.

У той же час належне зоров'я кожного є ключовими факторами економічного та соціального розвитку та мають найважливіше значення у житті людини, сім'ї та всіх спільнот. ОЗ є складовим елементом соціальної інфраструктури, отже, безпосередньо впливає на стійкість та розвиток сільських територій. Відсутність чи недостатність забезпеченості об'єктами охорони здоров'я на селі ставить під загрозу його існування. Відмінності між забезпеченістю міського та сільського населення соціальними послугами, зокрема медичними, дуже великі.

У досліджуваній громаді, при цьому, спостерігається низька територіальна доступність частини сіл, які є віддаленими, з поганим транспортним сполученням та поганими дорогами – зокрема, це стосується сіл Карначівка, Критівці, Доброводи і ін.

«Такі критерії враховують при розробленні плану спроможної мережі надання ПМД, при цьому використовується така типологія місць надання ПМД:

1) центр ПМД - регулярне місце надання ПМД не менше ніж сімома лікарями, розташоване в межах центральної ТД;

2) амбулаторія групової практики - регулярне місце надання ПМД не менше ніж двома лікарями, розташоване в межах центральної ТД або периферійної ТД першого порядку;

3) амбулаторія моно-практики - регулярне місце надання ПМД одним лікарем, розташоване в межах периферійної ТД другого порядку;

4) пункт здоров'я - нерегулярне місце надання ПМД, розташоване на території периферійної ТД першого або другого порядку як додаткова інфраструктура» [46].

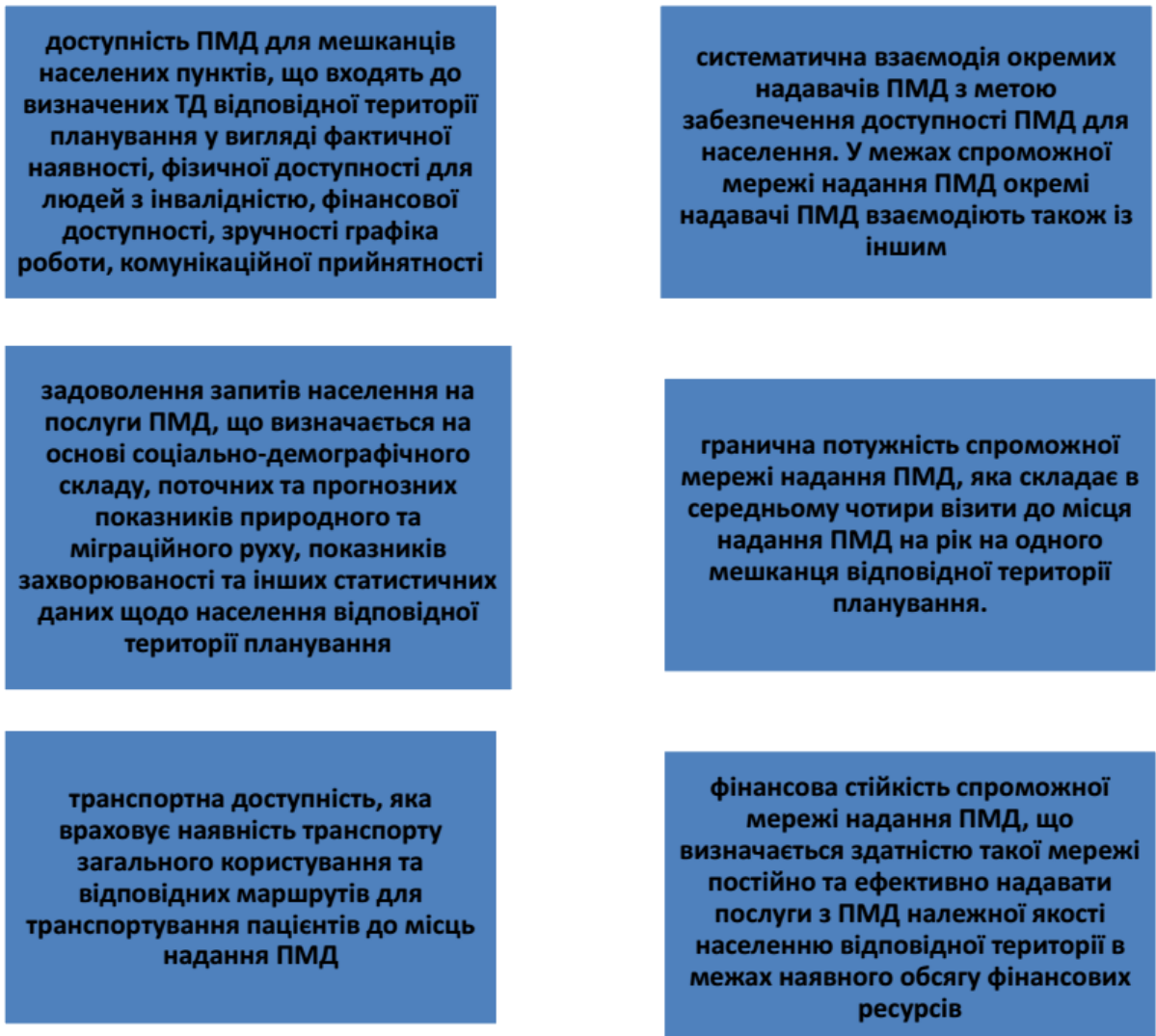


Рис.2.2. Критерії спроможності мережі надання ПМД на рівні територіальної громади

Аналіз змісту документу дає підстави стверджувати, що такі пункти повинні бути розташовані на територіях доступності першого та другого порядків у населених пунктах з чисельністю населення 750 і більше.

Разом з цим, практика показує, що важливим фактором, що часто гальмує формування спроможної мережі ПМД в громадах, є політичні амбіції окремих депутатів селищних рад, які з метою отримання «балів» від потенційних виборців намагаються зберегти ФАПи і робочі місця недостатньо навантажених фельдшерів та медичних сестер. При цьому ігнорується реалізація основного завдання мережі ПМД, яким є забезпечення доступності для населення якісних медичних послуг, а не збереження місця роботи медперсоналу. Також не враховується, що забезпечення роботи ФАПів є дорожчим задоволенням, ніж, скажімо, забезпечення ЗОЗ громади автомобілями та зв'язком, тоді як результат має в обох випадках бути одним – належна організація надання ПМД (зокрема невідкладної неекстреної) лікарями.

За деяким даними, «загальна забезпеченість медичними працівниками та розподіл цих кадрових ресурсів грають центральну роль у спроможності країн задовольняти потреби сільського населення в сфері охорони здоров'я. Нераціональний розподіл означає, що такий брак найбільш гостро відчувається у сільських, віддалених та важкодоступних районах» [11].

З огляду на це, ключовим питанням є підтримка, збереження, утримання та мотивація нинішніх сільських працівників охорони здоров'я. При цьому варто враховувати, що умови, в яких працюють медичні працівники, рівень їх мотивації, організація праці, доступність ресурсів, а також ефективність інших складових елементів ОЗ відіграють велику роль у продуктивності праці медичних працівників та, зрештою, у загальних результатах. У той же час спостерігалось, що лікарі ПМД, які не отримували (через необхідність утримувати невиправдано роздутий штат середнього медперсоналу ФАПів) гідних заробітних плат, подібно своїх колег в інших ЗОЗ ПМД, масово ставали ФОПами або переходили на роботу в приватні медичні заклади, а в КНП ПМД формувалася дефіцит лікарів. У той же час на території досліджуваної громади спостерігається надлишок медсестер, фельдшерів, акушерок.

Так, надлишкова чисельність молодших спеціалістів з медичною освітою (медсестер, фельдшерів, акушерок) – 69 (що становить близько 3 посад на одну посаду лікаря), а також допоміжного персоналу – 35 осіб .

Стало очевидним, що без оптимізації мережі і кадрів перспективи спроможності мережі будуть поганими, ситуація буде тільки погіршуватись, так як і мінімальна заробітна плата, і витрати на комунальні послуги постійно зростають.

2.2. Організаційне забезпечення управління первинною медициною в Збаразькій територіальній громаді.

Охорона здоров'я є особливою сферою діяльності держави щодо «забезпечення заходів політичного, економічного, правового, соціального, наукового, медичного, зокрема санітарно-протиепідемічного (профілактичного) характеру, здійснюваних органами державної влади України, органами місцевого самоврядування, організаціями, їх посадовими особами та іншими особами, громадянами з метою профілактики захворювань, збереження та зміцнення фізичного та психічного здоров'я кожної людини, підтримки її багаторічного активного життя, надання їй медичної допомоги» [33].

Що стосується органів управління первинною медициною в Збаразькій територіальній громаді, то, варто зазначити, що в системі Збаразької міської ради функціонує Відділ охорони здоров'я та соціального захисту, структура якого представлена на рис.2.3.

«Відділ у своїй діяльності керується Конституцією та законами України, актами Президента України, Кабінету Міністрів України, наказами міністерств, інших центральних органів виконавчої влади, рішеннями Збаразької міської ради та її виконавчого комітету, розпорядженнями

міського голови, а також Положенням та іншими нормативними актами» [28].



Як бачимо, відділ охорони здоров'я та соціального захисту структурно складається з двох секторів – один з яких сектор охорони здоров'я.

Основними функціями та напрямками роботи зазначеного сектору є: «забезпечення реалізації державних, регіональних, міських програм в галузі охорони здоров'я,

організація надання комунальними закладами охорони здоров'я медико-санітарної допомоги населенню та здійснення заходів щодо підвищення її якості,

прогнозування розвитку мережі закладів охорони здоров'я для нормативного забезпечення населення медико-санітарною допомогою,

зміцнення матеріально-технічної бази медичних закладів, що знаходяться у комунальній власності,

запровадження механізмів оптимізації використання майнових, фінансових, кадрових та інших ресурсів, залучених у систему надання медичної допомоги,

впровадження прогресивних форм господарювання та сучасних методів управління в галузі охорони здоров'я,

здійснення заходів, спрямованих на запобігання інфекційних захворювань, епідемій та їх ліквідацію,

пропаганда медичних і гігієнічних знань, здорового способу життя, профілактики захворювань» [28].

Як бачимо, у сфері управління відділу охорони здоров'я та соціального захисту перебуває КНП «Збараський центр первинної медико-санітарної допомоги» Збараської міської ради, який забезпечує ПМСД Збараської ОТГ. Щороку в установі амбулаторно оздоровлюється близько 23 тис. осіб.

Що ж стосується сучасної вітчизняної правової дійсності, то на сьогодні «медичні заклади (у тому числі первинної допомоги) є такими самими підприємствами, які і всі інші. Якщо раніше вони працювали як бюджетні установи за радянськими нормами через вертикальне управління, їх керівники не мали свободи і керувалися вказівками згори у вигляді наказів, то з прийняттям законодавчих змін зроблено важливий крок та ухвалено нормативно-правовий акт, який дозволяє медичним закладам повноцінно господарювати» [16]. По суті, їх права прирівняні до всіх суб'єктів бізнесу, перед усім, щодо врегулювання оплати праці.

На сьогодні в «Основах законодавства про охорону здоров'я зазначається, що за організаційно-правовою формою заклади охорони здоров'я комунальної власності можуть утворюватися та функціонувати як комунальні некомерційні підприємства або комунальні установи. Заклади охорони здоров'я комунальної власності можуть утворюватися та функціонувати шляхом здійснення співробітництва територіальних громад у формах, передбачених законом, у тому числі як спільне комунальне підприємство» [24].

Переваги реорганізації в КНП наступні:

«керівник підприємства отримує значно більшу, ніж керівник бюджетної установи, свободу у розпорядженні активами, фінансами та формуванні кадрової політики, визначенні внутрішньої організаційної структури закладу;

має можливість самостійно встановлювати будь-які форми оплати праці працівників, що допускаються законодавством;

фінансування підприємства здійснюється не за постатейним кошторисом витрат, а на основі власного фінансового плану, що дозволяє ефективно розпоряджатися коштами;

медзаклади наділені правом мати власний рахунок у держбанку;

медзаклади наділені правом утворювати об'єднання з іншими закладами, які також діють у статусі підприємства, з метою перерозподілу функцій між ними та спільної оптимізації використання матеріальних, людських та фінансових ресурсів;

медзаклади забезпечені можливістю наймати за договорами підряду лікарів фізичних осіб-підприємців, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію на здійснення господарської діяльності з медичної практики» [16].

Основною метою створення цього КНП є «надання первинної медичної допомоги та здійснення управління медичним обслуговуванням населення, що постійно проживає (перебуває) на території Збараської об'єднаної територіальної громади, а також вжиття заходів з профілактики захворювань населення та підтримки громадського здоров'я» [50].

Варто зазначити, що у процесі проведення реформ децентралізації управління медициною законодавство дозволяло ОМС забезпечення населення медичними послугами кількома варіантами.

Зобразимо такі альтернативи у вигляді рис.2.4.

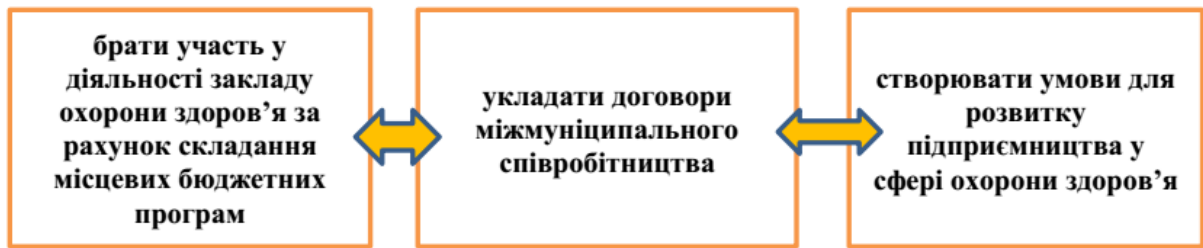


Рис.2.4. Варіанти діяльності ОМС щодо забезпечення населення медичними послугами

Що стосується обраної територіальної громади, то тут, як бачимо, функціонує «комунальне некомерційне підприємство «Збараський центр первинної медико-санітарної допомоги» Збараської міської ради. Його функціонування обумовлено тим, що на території, де розташована мережа Збараського Центру ПМСД, проживає 43151 осіб. Право попередник закладу було утворено 22 серпня 2012 р. рішенням сесії Збараської районної ради від 22 серпня 2012 року № 162. Пізніше відбулося перетворення закладу: спочатку в комунальне некомерційне підприємство Збараської районної ради 27 квітня 2018 року; пізніше – в комунальне некомерційне підприємство Збараської міської ради 24 грудня 2020 року» [45].

У структуру КНП «Збараський центр первинної медико-санітарної допомоги» ЗМР входить 12 амбулаторій загальної практики сімейної медицини, 34 МПТБ.

Важливо, що заклад здійснює співпрацю з Національною службою здоров'я України, зокрема підписано пакет «Первинна медична допомога орієнтовно на 19 млн. грн. Крім того, проведені заходи щодо подальшого впровадження 2 додаткових пакетів медичних послуг: супровід і лікування дорослих та дітей хворих на туберкульоз на первинному рівні; Мобільна паліативна медична допомога дорослим і дітям» [19].

Впровадження цих двох пакетів одночасно дає два позитивні

результати – з одного боку дозволяє надавати більше послуг – допомагає покращити медичну допомогу хворим з туберкульозом та онкологічним хворим, медична допомога таким хворим стане більш якісною, з іншого боку – дещо збільшиться фінансування закладу (адже заклад, який надає більше послуг, інтенсивно працює, і отримує більше коштів).

Серед високовартісного обладнання КНП має на своєму балансі: «електокардіографи – 20 шт.; напівавтоматичний аналізатор сечі – 1 шт.; гематологічний аналізатор – 1 шт.; кисневі концентратори – 19 шт.; комп'ютерне обладнання – 37 шт.; засоби для телемедицини – 10 шт.; автомоблі – 15 шт» [40].

Тож, як бачимо, в умовах реформування системи фінансування охорони здоров'я саме міська рада має забезпечити впровадження ефективної системи ПМД. Як вказано у роботі, «сьогодні вже «проведено автономізацію закладу первинної медичної допомоги та перетворення комунального закладу в комунальне некомерційне підприємство - центр первинної медичної допомоги. Автономізація закладів медицини, впровадження нових підходів до управління, стратегічне планування, ефективне управління фінансами та персоналом сприятимуть переходу на новий рівень якості надання послуг» [51].

Загалом, таке перетворення і спрямоване на «реалізацію підприємством свого основного соціального призначення – надання якісних медичних послуг на основі нових підходів до менеджменту» [23].

У той же час, як зазначається у літературі, довгий час однією з проблем для медичних закладів, пов'язаних з їх юридичним статусом, була саме підпорядкованість ОМС. «Проблеми полягають у неможливості укласти контракти через відсутність юридичної самостійності і залишатися бюджетними підрозділами. Відсутність ринкових стимулів для медичних установ і недостатній розвиток механізмів підзвітності створювали таке середовище, в якому неякісна діяльність і результативність роботи не мала для них негативних наслідків» [21].

При цьому варто враховувати, що реформовані «організації системи охорони здоров'я, повинні бути гнучкими і здатними до адаптації, спроможними реагувати на невизначеність та мінливі умови а також органічно взаємодіяти з навколишнім світом» [20].

Подальшими кроками має стати впровадження новітніх підходів до управління таким закладом: стратегічне планування та управління фінансами, управління персоналом, впровадження клієнтського сервісу та ефективної системи зовнішніх комунікацій.

2.3. Аналіз ресурсного забезпечення управління первинною медициною в досліджуваній територіальній громаді

«Проблеми фінансування первинної медицини відмічалися тривалий час. Серед таких проблем називалися: недостатні розміри фінансування, непослідовність та фрагментарність фінансування; неефективна його структура; відсутність стимулів для переходу до децентралізованого фінансування частини соціальних витрат» [15].

Варто зазначити, що в нашій державі відбулися значні зміни щодо реформування підходів щодо фінансування первинної медичної допомоги, а саме відбувся перехід від постатейного кошторисного фінансування закладів охорони здоров'я до нової моделі, за якої відбувається оплата за цілком конкретний результат, в практику втілено принцип «гроші ходять за пацієнтом», який передбачає, що фінансуються реально надані послуги, а не інфраструктура закладів охорони здоров'я» [52].

Багатосекторність джерел фінансування охорони здоров'я з використанням програмно-цільового підходу для вирішення соціально значущих проблем є дієвим способом поєднання мінімальних витрат і максимального ефекту, отже, забезпечує найбільшу соціальну та економічну ефективність галузі ОЗ в умовах дефіциту ресурсів. У той самий час

програмно-цільовий підхід, зазвичай, реалізується передусім з допомогою розвитку високоспеціалізованих, дорогих видів медичної допомоги. Міжнародний досвід показує «високу значущість саме частки бюджетного фінансування у загальному обсязі коштів, що надходять покриття витрат на охорону здоров'я. Значимість частки державних виплат підтверджується доведеним впливом обсягу державного фінансування охорони здоров'я на один з основних показників громадського здоров'я – середню тривалість життя. Навіть в умовах дефіциту ресурсів охорона здоров'я потребує коштів, які безперервно й у достатньому обсязі спрямовуються державою» [35]. Механізмом даного впливу, очевидно, є підвищення доступності населення до якісної ПМСД, а в результаті, можливість досягнення вищої якості життя, що безпосередньо залежить від стану їх здоров'я.

На сьогодні «обсяг коштів, які отримують з бюджету заклади первинної медичної допомоги, залежить від вибору пацієнтів, які укладають декларації з відповідними лікарями. Фінансування лікарень визначається кількістю угод, укладених між жителями громади та лікарями, незалежно від місця розташування об'єкта та місця проживання. Цей метод покликаний допомогти поліпшити рівень медичного обслуговування населення і підвищити зацікавленість місцевої влади в поліпшенні матеріальної бази базових установ» [48].

При цьому варто зазначити, що надавати первинну медичну допомогу можуть як лікарі загальної практики – сімейні лікарі, лікарі інших спеціальностей, визначених ЦОВВ, що забезпечує формування публічної політики у сфері охорони здоров'я, інші медичні працівники, які працюють у ЗОЗ, а також фізичні особи-підприємці, які одержали відповідну ліцензію в установленому законом порядку.

На сьогодні повноваження ОМС щодо фінансування медицини зазначені у статті 89 Бюджетного кодексу України, зокрема це:

«програми громадського здоров'я;

оплата комунальних послуг та енергоносіїв комунальних закладів охорони здоров'я, які належать відповідним територіальним громадам, для забезпечення надання медичних послуг за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення;

місцеві програми розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я, які належать відповідним територіальним громадам, місцеві програми надання населенню медичних послуг понад обсяг, передбачений програмою державних гарантій медичного обслуговування населення» [2].

Норма щодо повноважень ОМС закріплена і в Законі України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [30].

«Органи місцевого самоврядування в межах своєї компетенції можуть фінансувати місцеві програми розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я, зокрема щодо оновлення матеріально-технічної бази, капітального ремонту, реконструкції, підвищення оплати праці медичних працівників (програми «місцевих стимулів»), а також місцеві програми надання населенню медичних послуг, місцеві програми громадського здоров'я та інші програми в охороні здоров'я» [33].

Одним з вагомих джерел фінансування медичних закладів є «платні послуги, тарифи на які мають бути розраховані закладом та затверджені ОМС у встановленому законодавством порядку» [26].

Як уже було зазначено у нашій роботі, у досліджуваній громаді уклали декларації 30842 особи, що означає, що ступінь охоплення деклараціями населення громади становить 71,5 відсотків, решта ж мешканців, 28,5 відсотків, не охоплені деклараціями з лікарями, які працюють в Збаразькій територіальній громаді. Це, безперечно, впливає на стан фінансування медичного закладу громади.

Безперечно, на сьогодні проблемним залишається питання фінансування структурних підрозділів КНП, які знаходяться в сільській місцевості. Більшість з них є дотаційними і потребують додаткового фінансування.

Недостатність ресурсів і фінансової бази – це найважливіша проблема. Це не дозволяє планувати кошти на придбання медичної апаратури, впровадження сучасних інноваційних технологій, ремонтів, пошук паливно-мастильних матеріалів та інше.

Тим не менше, у громаді поступово відбувається оновлення матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я.

Окрім того, невирішеним залишається питання фінансування безкоштовних медикаментів для пільгових категорій населення, які мають укладену декларацію з закладом, але не проживають на території громади.

Так, упродовж минулого року проведено поточні ремонти в кабінетах АЗПСМ №1 м. Збаража, АЗПСМ с. Нижчі Луб'янки, с. Кобилля, с.Заруддя, с.Гніздичне з метою приведення закладів охорони здоров'я у відповідність до сучасних потреб.

На утримання закладу за 2021 рік використано кошти в сумі 20709,4 тис. грн., (в т.ч. кошти НСЗУ 19247,4 тис. грн., кошти місцевого бюджету та субвенція 1407,7 тис. грн. Залучено позабюджетних коштів на суму – 54,3 тис. грн., заборгованості по заробітній платі немає).

Досліджуючи питання ресурсного забезпечення управління первинною медициною в досліджуваній територіальній громаді, варто звернути увагу і на наявність на території громади приватних медичних закладів.

Досвід країн Європи свідчить, що «найбільш ефективною є така система охорони здоров'я, в якій гармонійно функціонують державний та приватний сектори. Держава сьогодні не може реалізувати повноцінну діяльність організації надання медичної допомоги, тому необхідно до запровадження загальнообов'язкового медичного страхування переглянути роль приватного сектору медицини з наданням йому більшого соціального статусу та розширення можливостей для функціонування» [53].

Більше того, наявність розвинутого приватного сектору полегшить навантаження на публічну систему ОЗ, оскільки він обслуговує частину громадян, спроможних самостійно сплачувати за лікування [4].

Варто зазначити, що держава створила умови щодо залучення приватного сектору до надання медичних послуг. Так, на сьогодні пацієнт може отримати безоплатну медичну допомогу у всіх медичних закладах, а також у лікарів фізичних осіб-підприємців (ФОП), які уклали договір з НСЗУ за певним пакетом послуг.

Втім, приватний сектор первинної медицини у Збараській ОТГ не розвинений належним чином.

Висновки до розділу 2

У даному розділі ми окреслили основні проблемні моменти розвитку первинної медицини Збаражчини. Серед них названо те, що значна кількість населення не заключили декларації з лікарями саме досліджуваної громади, окрім того зберігається надлишкова чисельність молодших спеціалістів з медичною освітою, залишається низька доступність об'єктів охорони здоров'я для жителів окремих населених пунктів громади, надмірна кількість амбулаторій та медичних пунктів тимчасового базування, а бюджет КНП є не збалансованим.

У розділі також визначено систему первинної медичної допомоги на території Збараської територіальної громади, проведено аналіз ресурсного забезпечення управління первинною медициною в досліджуваній територіальній громаді. Так, в системі Збараської міської ради функціонує Відділ охорони здоров'я та соціального захисту.

На сьогодні проблемним залишається питання фінансування структурних підрозділів КНП «Збараський центр первинної медико-санітарної допомоги», які знаходяться в сільській місцевості. Більшість з них є дотаційними і потребують додаткового фінансування.

У досліджуваній громаді спостерігається надмірна кількість амбулаторій та медичних пунктів тимчасового базування. Частина АЗПСМ

(с. Базаринці, с. Гніздичне, с. Стриївка) обслуговують недостатню кількість населення. До того ж МПТБ тільки формально перейменовані із ФАП та ФП. Їх чисельність – 34, більш ніж удвічі перевищує нормативне значення.

Досліджуючи питання ресурсного забезпечення управління ПМД в досліджуваній територіальній громаді, звернено увагу і на проблему наявності на території громади приватних медичних закладів.

РОЗДІЛ 3.

УДОСКОНАЛЕННЯ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ПЕРВИННОЮ МЕДИЦИНОЮ НА РІВНІ ТЕРИТОРІАЛЬНОЇ ГРОМАДИ

3.1. Застосування інструментів програмування в системі управління первинною медициною в Збарзькій територіальній громаді

Процес управління первинною медициною, у тому числі на рівні територіальної громади, є складним, багатограним та неоднозначним.

Безумовно, динаміка поліпшення основних показників діяльності КНП неможлива без:

«створення спільного плану розвитку первинної медико-санітарної допомоги з органами місцевого самоврядування на перспективу;

пошуку джерел фінансування (у тому числі шляхом співпраці з місцевою владою, залучення благодійних коштів, міжнародних грантів) для забезпечення проведення ремонтів будівель закладів охорони здоров'я та приведення їх до відповідності ДБН, забезпечення доступу до таких будівель мало мобільним верствам населення – через облаштування заїздів в медичні заклади для людей з інвалідністю, людей з патологією зору, руховою активністю в усіх структурних підрозділах закладу;

підвищення заробітної плати;

покращення якості кадрових ресурсів, підвищення конкурентоспроможності працівників, оптимізації штату підприємства та зменшення плинності кадрів; впровадження передового досвіду;

подальшого навчання медичних сестер та лікарів для підняття їх фахового рівня; навчання персоналу досконалій роботі з комп'ютерним обладнанням, використанню телекомунікацій

плідної співпраці з вторинною та третинною ланкою, екстреною медичною допомогою, спільного створення єдиного маршруту пацієнта з приводу різноманітних звернень;

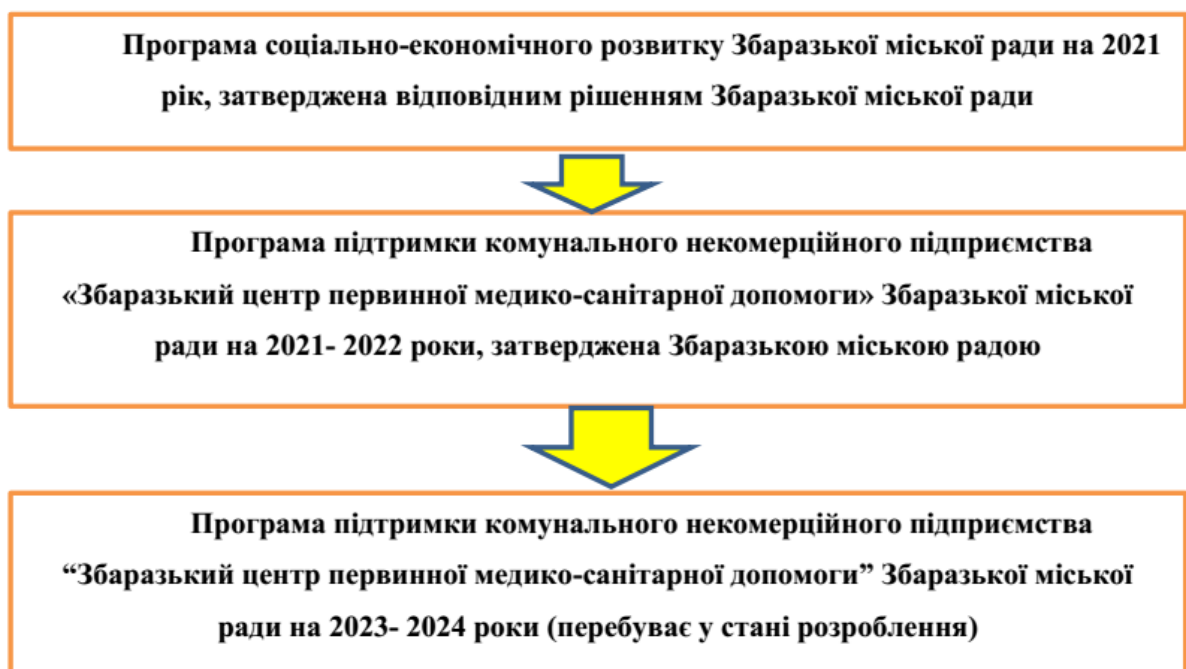
створення кабінету невідкладної медичної допомоги у вихідні дні;

удосконалення роботи лабораторії;

розвитку системи телемедицини (online) для консультування з кваліфікованими спеціалістами обласного рівня» [56].

Останнім часом управління ПМД на рівні досліджуваної територіальної громади здійснюється з урахуванням кількох програмних документів.

Зобразимо систему таких актів у вигляді рис.3.1.



Загалом програма розвитку – це основний стратегічний документ владного суб’єкта, в якому прописані місія, цілі, завдання та заходи, що реалізуються для якісного покращення діяльності у різноманітних сферах. Але, передусім, програма розвитку – це конкретні дії організацією для переходу на новий рівень, акції, заходи, які суб’єкт публічного управління та його партнери спільно та спеціально роблять для того, щоб було досягнуто

новий крок у своєму розвитку, відповідний суб'єкт став кращим для всіх, хто з ним пов'язаний. Програму в цьому розумінні не просто пишуть і розробляють, а саме виконують, втілюють у життя.

Пріоритетними напрямками та завданнями в сфері медичного обслуговування на 2021 рік у Програмі було визначено:

«підвищення якості та доступності надання медичної допомоги населенню громади, шляхом продовження реформування галузі охорони здоров'я та оптимізації мережі, відповідно до потреб населення регіону шляхом реорганізації фельдшерсько-акушерських пунктів, що обслуговують 1000 і більше жителів в амбулаторії загальної практики/сімейної медицини;

запровадження медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) надання медичної допомоги;

оновлення та покращення матеріально-технічної бази АЗПСМ, ФАП, ФП згідно табеля оснащення медичним обладнанням, інвентарем, виробами медичного призначення та іншими матеріальними засобами;

здійснення енергозберігаючих заходів в закладах охорони здоров'я» [45].

При цьому основними заходами, які планувалося для їх виконання, було визначено:

«збереження тривалості життя населення не менше 75 років;

недопущення смертності немовлят у віці до 1 року життя;

недопущення материнської смертності;

охоплення диспансерним наглядом дітей до 100%;

покращення матеріально-технічної бази АЗПСМ, ФАП, ФП згідно табеля оснащення;

проведення робіт з реконструкції та поточних ремонтів АЗПСМ, ФАП, ФП на території громади;

забезпечення виїздів медичних бригад в амбулаторії загальної практики сімейної медицини та фельдшерські пункти громади з метою обслуговування сільського населення (щомісячно);

проведення інформаційної та роз'яснювальної роботи серед населення щодо формування здорового способу життя;

організація проведення вакцинації населення громади від COVID-19» [45].

Звертаючи увагу на рік, впродовж якого реалізувалася Програма, не важко помітити, що час, впродовж якого вона мала реалізуватися, вже закінчився. Безумовно, багато заходів було втілено у життя (зокрема, як зазначалося у попередніх підрозділах, вживалися заходи щодо покращення ресурсної бази АЗПСМ, ФАП, ФП, на належному рівні проводилася вакцинація населення громади від COVID-19).

Загалом говорячи про програму розвитку, варто зазначити, що це інноваційний документ, присвячений не поточній і постійно виконуваний роботі, а розвитку, тобто якісним змінам у діяльності суб'єкта, що є планом здійснення найважливіших інновацій, націлених на поліпшення та розвиток. Також, вона є стратегічним документом, заснованим на аналізі вимог до суб'єкта, стану діяльності та прогнозі можливих змін; що будується не на основі досягнутого стану, а з урахуванням майбутнього потрібного результату, що прямує від пріоритетів та стратегій – до конкретних деталей, націлений на досягнення суб'єктом стратегічного успіху. Ще одна відмінність програми розвитку в тому, що це документ, заснований на програмно-цільовому підході до управління, логіка його побудови відповідає абетці стратегічного планування.

Крім того, Збараською міською радою затверджена Програма підтримки КНП «Збараський центр первинної медико-санітарної допомоги» Збараської міської ради на 2021- 2022 роки.

Основними завданнями функціонування та розвитку ПМСД населенню на цей період, як зазначається у документі, є:

«збереження і покращення здоров'я населення ;

гарантована доступність і якість кваліфікованої медичної допомоги ;

зміцнення матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я, а саме продовження капітальних та поточних ремонтів в амбулаторіях загальної практики-сімейної медицини, ФАПів та ФПів;

оснащення структурних підрозділів закладу медичним обладнанням та інструментарієм відповідно до табеля оснащення (придбання електрокардіографів з дистанційною передачею електрокардіограм, комп'ютерного обладнання, обладнання для телемедицини та інше);

покращення ситуації із кадрового забезпечення;

удосконалення системи профілактичних заходів, диспансерного нагляду за хворими, проведення якісних профілактичних оглядів населення;

перехід до фінансування медицини за страховим принципом;

впровадження в амбулаторіях загальної практики-сімейної медицини електронної систему пацієнта;

покращення фінансового забезпечення;

покращення забезпечення пільгових категорій населення лікарськими засобами;

покращення інформаційно-технологічного забезпечення структурних підрозділів закладу» [44].

Виконання цього програмного документу дасть змогу: «підвищити ефективність надання первинної медико-санітарної допомоги та сприяти подоланню несприятливих демографічних тенденцій, що позначиться на зниженні показника захворюваності на інвалідизуючі захворювання; покращити забезпечення амбулаторій загальної практики-сімейної медицини медичним обладнанням, інструментами, досягнувши 100 % до табеля оснащення; поліпшити якість амбулаторного лікування пільгових категорій населення, забезпечивши їх лікарськими засобами безкоштовно або із знижкою 50% в залежності від потреби хворого; сформувати систему доступних та високоякісних медичних послуг на засадах сімейної медицини, що забезпечить зменшення потреби населення у дорогих видах медичної допомоги, в т. ч. стаціонарної. покращити ранню діагностику захворювань

серцево-судинної системи, онкології в загальному на 20%, що знизить показники смертності і інвалідності від даної патології на 3-5%; покращити надання населенню якісної амбулаторної медичної допомоги первинного рівня та зменшити кількість звернень до вузьких спеціалістів без направлень сімейного лікаря; забезпечити організацію та координацію лікарем сімейної медицини надання пацієнтам спеціалізованої амбулаторної медичної допомоги, направлення населення на консультацію до вузьких спеціалістів вторинного та третинного рівнів, направлення на стаціонарне лікування; забезпечити на 100% надання амбулаторної паліативної допомоги, а саме медикаментозного знеболення хворим на онкопатологію в термінальних стадіях; поліпшити своєчасне надання невідкладної медичної допомоги та обслуговування викликів, завдяки забезпеченню структурних підрозділів закладу автотранспортом; своєчасна вакцинація проти грипу та інших інфекцій керованих специфічними засобами імунопрофілактики, в т. ч. захворювання правцем, забезпечить значне зменшення вище вказаної захворюваності, а також попередить розвиток епідемії» [44].

І, нарешті, ще один програмний документ, який ми розглянемо – це Програма підтримки КНП «Збараський центр первинної медико-санітарної допомоги» Збараської міської ради на 2023- 2024 роки». Він перебуває у стані розроблення. Такий програмний документ розроблено за ініціативою та безпосередньо силами даного КНП та Відділу охорони здоров'я та соціального захисту Збараської міськради.

Таким чином, на нашу думку, різноманітні інструменти публічного управління на локальному рівні (програми розвитку, підтримки тощо) мають комплексно описувати всі заходи на найближчі роки, які сприяють покращенню діяльності ЗОЗ. Вони потрібні для того, щоб усі виконавці знали, що коли і з ким разом вони повинні будуть зробити. Також програмні документи сприяють тому, що всі споживачі медичних послуг знатимуть плани медичної організації, а всі партнери знатимуть, чим ЗОЗ буде корисний їм і чим вони можуть бути корисні для нього. Сам процес

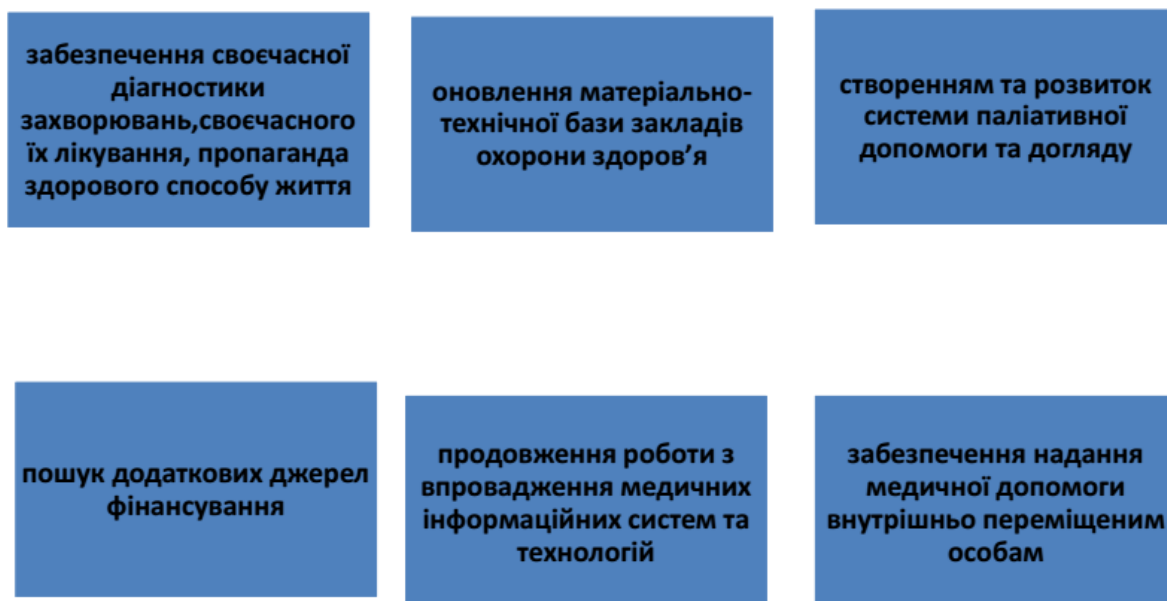
написання програми сприяє обмірковуванню заходів перед їх втіленням у життя, що допомагає згодом уникнути непродуманих практичних дій.

3.2. Впровадження інноваційних підходів до функціонування мережі закладів охорони здоров'я первинної медицини в Збараській територіальній громаді

Протягом багатьох років різні країни у всьому Європейському регіоні намагаються вирішити питання, як найкращим чином побудувати та пристосувати свої системи ОЗ для забезпечення реального та стійкого покращення життєвого стану населення. Сьогодні все більш переважаючою стає думка про те, що ключове значення для покращення показників здоров'я має вдосконалення управління у сфері ПМСД.

«Реформування системи охорони здоров'я – це об'єктивна та безальтернативна умова розвитку нашого суспільства, яка дасть можливість забезпечити населення доступною та якісною медичною допомогою. Важливо враховувати усі, як позитивні, так і негативні результати процесу реформування, вчасно робити адекватні висновки та приймати оптимальні управлінські рішення» [3].

Безперечно, аби визначити можливі інноваційні підходи, які можуть бути реалізовані щодо функціонування мережі закладів охорони здоров'я первинної медицини в Збараській територіальній громаді, то у першу чергу варто враховувати ті виклики, які на сьогодні існують. Зобразимо їх у вигляді рис.3.2.



Враховуючи виклики, які стоять перед сферою первинної медичної допомоги, можна окреслити і відповідні шляхи і способи розв'язання проблем.

Так, що стосується створення сучасної інноваційної моделі надання послуг через впровадження інформаційно-аналітичної системи, то, безумовно, певні кроки у цьому напрямку уже зроблені.

Крім того, з 1 квітня 2019 року введено в роботу електронний рецепт по урядовій програмі «Доступні ліки». Заклад активно співпрацює з медичними закладами спеціалізованої та високо спеціалізованої медичної допомоги про шляхи видачі електронних направлень. Проводиться видача електронних лікарняних листків.



Рис.3.3. Шляхи і способи розв'язання проблем управління первинною едициною на рівні Збараської міської ради

Дійсно, лікарям первинної ланки важко якісно працювати в режимі «online», проводити пошук необхідної інформації про пацієнтів (аналізи, діагнози, вакцинації), видавати МВТН, загалом якісно, планомірно працювати.

Проблемою для сімейних лікарів є неможливість застосування сучасних медичних технологій, зокрема телемедицини.

Так, «телемедицина – це напрямок медицини, а саме комплекс дій, технологій та заходів, що застосовуються при наданні медичної допомоги з використанням засобів дистанційного зв'язку через обмін електронними повідомленнями (у випадках, коли відстань є критичним фактором, наприклад, у сільській місцевості)» [29].

«Телемедицина потребує спеціального технічного та інформаційно-програмного забезпечення, зокрема, засобів телеметрії, програмного та програмноапаратного забезпечення відеозв'язку та аудіозв'язку, технічних приладів, що зберігають і передають дані та зображення у вигляді електронних повідомлень, а також спеціалізоване програмне забезпечення. Однак, на сучасному етапі не всі області України мають можливість оснащати сільські амбулаторії спеціальним обладнанням» [14].

Тому, відсутність інфраструктури для широкого застосування телемедицини є проблемою, у цілому властивою нашій державі, а не лише досліджуваній ОТГ.

Окрім того, мережу Інтернет медичний персонал може використовувати для поповнення своїх знань, проводити дистанційне навчання, для обміну досвідом. Саме тому, забезпечення мережі закладів охорони здоров'я первинної медицини в Збаразькій територіальній громаді є досить важливим.

Зазначимо, інноваційним заходом для розвитку КНП є запланований початок роботи колл-центру. Останній відповідатиме за телефонний зв'язок. Це будуть відповіді на поширені питання щодо медичного обслуговування, запис у чергу на вакцинацію від COVID-19, інформація про графік роботи лікарів. Робота колл-центру дозволить звільнити співробітників реєстратури від відповіді на телефонні дзвінки пацієнтів.

Та, напевно, найважливіша проблема первинної медицини у досліджуваній територіальній громаді – недостатність ресурсів і фінансової бази. Недостатній фінансовий ресурс не дозволяє планувати кошти на придбання медичної апаратури, впровадження сучасних інноваційних технологій, ремонтів, паливно-мастильних матеріалів та інше.

До того ж спостерігається зростання витрат на медико-санітарну допомогу, яке не становило б такої гострої проблеми, якби не були обмежені ресурси. Зважаючи на реальність обмеженості ресурсів, зростання видатків створює додаткове навантаження на бюджет. Те, яким чином посадовці, які

формують політику, сприймають зв'язок між зростанням витрат та обмеженістю ресурсів, має важливе значення для того, як сприймається проблема фінансової стійкості.

Водночас, значущим є вирішення проблеми оптимізації штатної структури закладу, низька оплата праці, та соціальний захист медпрацівників.

Головним позитивом закладу є наявність висококваліфікованих кадрів (53% лікарів мають вищу категорію та 64 % середнього медперсоналу) [44].

Як уже було зазначено, якщо дефіциту молодшого та середнього медичного персоналу у громаді не спостерігається, то про лікарів цього сказати не можна.

Відмітимо, що на законодавчому рівні розроблено механізми, які дозволяють залучати лікарів до роботи у сільській місцевості, використовуючи певні стимули.

Отже, саме органам на місцях надано правові можливості визначати та втілювати заходи, аби зацікавити медичних працівників до роботи в непопулярних населених пунктах. Безумовно, дану правову норму можна застосувати і у досліджуваній територіальній громаді.

Якщо раніше найгострішою проблемою громади у сфері медицини була пандемія COVID-19, то сьогодні до неї додалася ще одна – Збараський ЦПМСД активно надає допомогу внутрішньо переміщеним особам (близько 600 осіб). Це передбачає збільшення навантаження на лікарів, та актуалізує питання медичних кадрів.

Безумовно, це не всі проблеми медицини нашої громади, які потребують вирішення. При цьому, безумовно, деякі можуть бути вирішені лише в довгостроковій перспективі. Більше того, ситуація, яка склалася в галузі на даний час, потребує невідкладного прийняття, можливо, і не традиційних, інноваційних рішень.

Висновки до розділу 3

У розділі констатовано, що процес управління ПМ, у тому числі на рівні територіальної громади, є складним, багатограним та неоднозначним. Зауважено, що останнім часом управління ПМСД на рівні досліджуваної територіальної громади здійснюється з урахуванням кількох програмних документів, а також проаналізовано зміст таких документів.

На нашу думку, різноманітні інструменти програмування (програми розвитку, програми підтримки тощо) мають комплексно описувати всі заходи на найближчі роки, які сприяють покращенню діяльності закладів охорони здоров'я.

Також розглянуто перспективи впровадження інноваційних підходів до функціонування мережі ЗОЗ первинної медицини в досліджуваній нами територіальній громаді. Що стосується створення сучасної інноваційної моделі надання послуг через впровадження інформаційно-аналітичної системи, то, безумовно, певні кроки у цьому напрямку уже зроблені.

ВИСНОВКИ

1. У роботі констатовано, що у будь-якому випадку держава не повинна і не може бути повністю відстороненою від управління медичною сферою. Існує ціла низка обставин, пов'язаних з особливостями медичних послуг, які вимагають участі держави в управлінні, організації та фінансуванні здравоохранення, незалежно від того, наскільки сильно розвинені в конкретній державі ринкові відносини. При цьому управління медициною, у тому числі – первинною ланкою, здійснюється на усіх рівнях, зокрема, місцевому; крім того встановлено, що існують різні моделі системи охорони здоров'я у світі, а управління нею відбувається за різними варіантами.

2. Публічне управління системою охорони здоров'я в умовах територіальної реформи здійснюється на підставі відповідних нормативно-правових актів. Важливе значення має і прийняття Закону України «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості».

3. У роботі також окреслено проблематику розвитку ПМД на рівні Збаразької територіальної громади. Виділено такі основні проблеми:

- існує надлишкова чисельність молодших спеціалістів з медичною освітою

- низька доступність об'єктів охорони здоров'я для жителів окремих населених пунктів громади (у досліджуваній громаді, при цьому, спостерігається низька територіальна доступність частини сіл, які є віддаленими, з поганим транспортним сполученням та поганими дорогами – зокрема, це стосується сіл Карначівка, Критівці, Доброводи і ін.)

- надмірна кількість амбулаторій та медичних пунктів тимчасового базування (забезпечення роботи ФАПів є дорожчим задоволенням, ніж, скажімо, забезпечення медзакладів громади автомобілями та зв'язком, тоді як результат має в обох випадках бути одним – належна організація надання медичної допомоги)

- незбалансованість бюджету КНП.

4. Що стосується органів управління первинною медициною в Збараській територіальній громаді, то, варто зазначити, що тут досить потужно функціонує Відділ охорони здоров'я та соціального захисту. У сфері управління цього відділу перебуває КНП «Збараський центр первинної медико-санітарної допомоги» Збараської міської ради, який забезпечує первинною медичною допомогою населення міста та інших населених пунктів, що утворили сучасну ОТГ. Щороку в установі амбулаторно оздоровлюється близько 23 тис. осіб.

Відмічено переваги автономізації подібних закладів медицини, що супроводжується впровадженням нових підходів до управління.

5. Безперечно, на сьогодні проблемним залишається питання фінансування структурних підрозділів КНП «Збараський центр первинної медико-санітарної допомоги», які знаходяться в сільській місцевості. Більшість з них є дотаційними і потребують додаткового фінансування.

Акцентовано увагу на те, що у досліджуваній громаді уклали декларації 30842 особи, що означає, що ступінь охоплення деклараціями населення громади становить 71,5 відсотків. Це, безперечно, впливає на стан фінансування медичного закладу громади.

Важливо зазначити, що приватний сектор первинної медицини у Збараській ОТГ не розвинений належним чином.

6. Останнім часом управління первинною медициною на рівні досліджуваної територіальної громади здійснюється з урахуванням кількох програмних документів. На нашу думку, вони мають комплексно описувати всі заходи на найближчі роки, які сприяють покращенню діяльності ЗОЗ. Документи потрібні для того, щоб усі виконавці знали, що коли і з ким разом вони повинні будуть зробити. Також управлінські програмно-планові інструменти та документи сприяють тому, що всі споживачі медичних послуг знатимуть плани медичної організації, а всі партнери знатимуть, чим

медичний заклад буде корисний їм і чим вони можуть бути корисні для нього.