

Список використаних джерел

1. Ясіньська Й. Зміни в організаціях: належне управління, кризові ситуації і умови досягнення успіху: Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня доктора економічних наук (Спеціальність 08.00.04 – економіка та управління підприємствами). - Івано-Франківськ – 2016. – 42с. [Електронний ресурс] Режим доступу: http://nung.edu.ua/files/attachment/avtoreferat_yasinska.pdf
2. Ашмарина С. И. Управление изменениями : учеб. пособие / С.И.Ашмарина, Б. Н. Герасимов. – М. : Рид Групп, 2011. – 208 с.
3. Команды менеджеров: как объяснить их успех или неудачу / Р. Мередит Белбин [пер. с англ. Е. Смолиной]. – 2-е изд. – Лондон: Кивитс, 2007. - 240 с.
4. Томпсон Л. Создание команды: [пер. с англ.] / Лей Томпсон. – М.: Вершина, 2006. - 544 с.
5. Дак Дж.Д. Монстр перемен: Причины успеха и провала организационных преобразований / Дж.Д. Дак. – М. : Изд-во "Альпина Пабlishер", 2007. – 320 с.
6. Гусева О.Ю. Проблемы управления стратегическими змінами на вітчизняних підприємствах [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://duan.edu.ua/uploads/vidavnitstvo-15-16/13549.pdf>

Богдан КУЧЕР

Тернопільський національний економічний університет
м. Тернопіль
(науковий керівник: д.е.н., професор, професор кафедри
менеджменту та публічного управління Желюк Т.Л.)

РЕФОРМУВАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ

Первинна медико-санітарна допомога передбачає консультацію лікаря, забезпечує діагностику і лікування найпоширеніших хвороб, травм, отруєнь та інших станів, проведення індивідуальних санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів, медичної профілактики захворювань, гігієнічного виховання та санітарної просвіти населення, реалізацію прав людини щодо охорони здоров'я дитини, матері та батька, а також направлення пацієнтів на отримання вторинної, третинної медичної допомоги та санаторно-курортного лікування. За умови наявності у пацієнта відповідних медичних показань за направленням, виданим лікарем, подається планова спеціалізована (вторинна) та високоспеціалізована (третинна) медична допомога. Зазначене направлення не є обов'язковим. Первинна медико-санітарна допомога надається переважно лікарями загальної практики, сімейними лікарями або дільничними терапевтами і педіатрами.

Первинна допомога має обслуговувати близько 80% усіх звернень пацієнтів. Основа первинної допомоги – це сімейні лікарі, універсальні

медики, які повинні надавати допомогу переважній більшості пацієнтів, що звертаються до них.

Реформування первинної медико-санітарної допомоги в Україні здійснюватиметься в кілька етапів: I етап – 01 січня-31 березня 2018 року. На цьому етапі фінансування первинної ланки здійснюється за рахунок субвенцій з державного бюджету через місцеві бюджети. Місцеве керівництво завершує формування госпітальних округів і госпітальних рад. Для лікарів сімейної медицини необхідно перейти до власної (приватної) практики. Можна об'єднуватися з колегами по 2-4 лікарі, що дозволить зекономити на оренді приміщення та апаратури, отримувати кредит на ремонт і закупівлю необхідної медичної апаратури; розробляти документацію для надання додаткових платних медичних послуг (оплата яких не покриватиметься виплатами Національної служби здоров'я України, і за які буде готова платити частина далекоглядних пацієнтів); отримувати ліцензію на ведення приватної практики як фізична особа-підприємець (ФОП).

Різниця між формою господарювання сімейного лікаря-ФОП та сімейного лікаря закладу первинної медицини полягає у розпорядженні коштами. У першому випадку профінансовані Нацслужбою здоров'я гроші надійдуть на рахунок ФОП, і сам лікар вирішить, яка частина з них піде на його зарплату, а яка – на діяльність медзакладу. У другому випадку – це вирішить головний лікар медзакладу.

Пацієнти мають обрати сімейного лікаря за своїми уподобаннями (без прив'язки до місця реєстрації пацієнта). Попередньо домовитися з цим лікарем про підписання декларації про надання медичних послуг, ообговорити і запам'ятати, які саме послуги будуть включатися до державного пакету обслуговування. Додаткові послуги (як регулярний профілактичний візит лікаря додому тощо) – мають бути зафіксовані в офіційному (!) договорі про додаткові платні послуги та їх вартість.

Другий етап: з 01 квітня по 31 травня 2018 року. Фінансування первинної ланки продовжується за рахунок субвенції. Місцеве керівництво має внести зміни до місцевих бюджетів щодо виділення коштів для часткового фінансування утримання та модернізації закладів первинної медицини (попередньо вивчивши їхні потреби).

Головні лікарі повинні завершити реорганізацію закладів первинної медичної допомоги з бюджетних установ на комунальні некомерційні підприємства, провести економічні розрахунки, звернутися до місцевих рад з проханням про часткове фінансування з місцевих бюджетів утримання та модернізації їх закладів, скласти штатний розпис закладів, визначитися з розмірами заробітної плати лікарів первинної ланки (виходячи з кількості пацієнтів, які уклали декларації з кожним з них) – у відсотках від коштів, які будуть виплачені за цих пацієнтів Національною службою здоров'я України,

визначитися з розмірами заробітної плати медичних сестер та іншого персоналу, розробити документацію для офіційного надання (за бажанням пацієнтів) додаткових платних медичних послуг, оплата яких не буде покриватися виплатами Національної служби здоров'я України.

Лікарі сімейної медицини офіційно укладають з пацієнтами декларації про надання медичних послуг і підписують трудові договори з керівництвом комунального некомерційного підприємства.

Пацієнти укладають з обраними лікарями декларацію про надання медичних послуг та (за бажанням) договір про надання додаткових платних медичних послуг.

Третій етап: з 01 по 30 червня 2018 року. Фінансування первинної ланки все ще за рахунок субвенції. Але на цьому етапі починає функціонувати Національна служба здоров'я України. Місьцеве керівництво має бути готовим до переходу первинної ланки медичного обслуговування на новий порядок роботи та фінансування.

Головні лікарі повинні укласти договори з Національною службою здоров'я України, узгодити з НСЗУ можливість надання додаткових платних медичних послуг. Майбутні ФОПи-лікарі мають завершити реєстрацію, стати на облік в органах державної фіскальної служби упродовж 10-ти днів від дня отримання свідоцтва про державну реєстрацію. Пацієнти можуть отримувати повноцінні якісні медичні послуги.

Четвертий етап: з 01 липня 2018 року.

У більшості міст, районів і ОТГ фінансування первинної ланки через субвенцію з державного бюджету припиняється назавжди. Медичні заклади зможуть приєднуватися до реформи тільки групами – тобто одразу вся адміністративна одиниця (район, місто або ОТГ). Субвенція виплачується на місцевий бюджет і відповідно буде скасована повністю для цього бюджету, а не для окремого закладу. Варіант, при якому частина медичних закладів міста або району почала працювати по-новому, а частина залишилася на субвенції – неможливий. Хто лінувався або чогось чекав, не перетворився на комунальне некомерційне підприємство, не уклав декларації з пацієнтами, не підготувався до приватної практики – залишаються без грошей.

Медичні заклади після приєднання до реформи отримують (з державного бюджету, але вже не через субвенцію, а від НСЗУ) річну оплату з розрахунку кількості пацієнтів. І таким чином у 2018 році (перехідний період) заклади первинної ланки отримують, фактично, подвійне фінансування за півроку (а деякі – навіть за весь рік): спочатку з субвенції, а потім – у вигляді гонорарів від НСЗУ.

Приватні практики первинної допомоги (фізичні особи-підприємці та приватні заклади) можуть укласти договір, розпочати роботу з Національною службою здоров'я України і отримати оплату від НСЗУ

відповідно до кількості підписаних декларацій в будь-який момент з моменту запуску роботи Служби.

Сільські заклади охорони здоров'я (насамперед, фельдшерсько-акушерські пункти) отримуватимуть, окрім всього викладеного вище, додаткове фінансування за програмою, яка передбачена "президентським" законом про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості.

Перевагами медичної реформи можна вважати: фінансування потреб пацієнтів замість фінансування ліжко-місць; реімбурсація – чесна співплата, скорочення частки неформальних платежів лікарям, посилення інституту «сімейного лікаря», акцент на профілактику; перехід на міжнародні протоколи лікування, стандартизація; автономізація медичних закладів; оптимізація кількості лікарень – госпітальні округи.

Список використаних джерел

1. Гребенник К. Найголовніше про реформу / К.Гребенник // Медична реформа. – Електронний ресурс. – Режим доступу: <https://mind.ua/publications/20173312-najgolovnishe-pro-medreformu-5-osnovnih-plyusiv-ta-5-minusiv>

Галина КУЩИК

Тернопільський національний економічний університет
м. Тернопіль

(науковий керівник: к.е.н., доцент, доцент кафедри менеджменту та публічного управління Кривокульська Н.М.)

ПРАКТИКА РОБОТИ І РЕФОРМУВАННЯ ЖИТЛОВО-КОМУНАЛЬНОГО ГОСПОДАРСТВА РЕГІОНУ

Міське господарство є складовою частиною національного господарства України і комплексом розташованих на території міста підприємств, установ, організацій, які обслуговують матеріально-побутові та культурні потреби населення. ЖКГ є найбільшою частиною міського господарства. Воно включає житловий фонд, комунальні підприємства та споруди зовнішнього міського благоустрою. На сьогоднішній день серед найважливіших напрямків різноманітного процесу соціально-економічних, господарчо-функціональних перетворень особливе місце займає реформування ЖКГ, оскільки саме тут тісно демонструються накопичені роками функціонування національного господарства в умовах адміністративно-командної економіки значна кількість економічних та соціальних проблем. Вирішення далі означених проблем можливе лише на основі реалізації цілого комплексу заходів щодо створення правових, економічних та організаційних передумов роботи підприємств галузі в нових економічних умовах [1].