
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Західноукраїнський національний університет
Кафедра менеджменту, публічного управління та персоналу

КОВАЛЬЧУК Андрій Андрійович

**Удосконалення надання медико-санітарної допомоги
населенню регіону**

спеціальність 281 «Публічне управління та адміністрування»
освітньо-професійна програма
«Публічне управління та адміністрування»

Кваліфікаційна робота

Виконав студент групи
ПУАм-21
Ковальчук А.А.

Науковий керівник:
к.е.н., доцент Богач Ю.А.

Кваліфікаційну роботу
допущено до захисту

«__» _____ 20__ р

Завідувач кафедри

_____ М.М. Шкільняк

ТЕРНОПІЛЬ – 2024

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ НАДАННЯ МЕДИКО- САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ РЕГІОНУ	6
1.1. Структурно-функціональна модель системи охорони здоров'я регіону .	6
1.2. Система надання медико-санітарної допомоги населенню регіону	12
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ СИСТЕМИ НАДАННЯ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ОБЛАСТІ	22
2.1. Характеристика системи охорони здоров'я Тернопільської області	22
2.2. Аналіз методичних підходів дослідження діяльності закладів охорони здоров'я Тернопільської області	31
РОЗДІЛ 3. ІННОВАЦІЙНІ ПІДХОДИ ДО НАДАННЯ МЕДИКО- САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ РЕГІОНУ	34
ВИСНОВКИ.....	41

ВСТУП

Актуальність теми визначається значущістю забезпечення якісної, доступної та ефективної системи охорони здоров'я населення. У сучасних умовах демографічні, соціально-економічні й епідеміологічні виклики вимагають підвищення рівня медико-санітарної допомоги. Висока захворюваність населення, недостатній рівень профілактики хронічних захворювань, а також нерівномірний доступ до медичних послуг у міських і сільських районах зумовлюють необхідність впровадження нових підходів у наданні медичної допомоги.

Особливого значення набувають інтеграція інноваційних технологій, розвиток сімейної медицини, оптимізація роботи первинної ланки охорони здоров'я та впровадження ефективних моделей організації медико-санітарної допомоги. Водночас акцент робиться на зменшенні фінансового навантаження на пацієнтів і забезпеченні сталого розвитку медичної інфраструктури.

Таким чином, тема є надзвичайно актуальною, оскільки удосконалення системи медико-санітарної допомоги сприяє покращенню якості життя населення, профілактиці захворювань, зменшенню соціально-економічних наслідків захворюваності та підвищенню ефективності функціонування системи охорони здоров'я в цілому.

Аналіз останніх досліджень і наукових праць. В Україні питання надання медико-санітарної допомоги населенню регіонів досліджували такі науковці: В.М. Лехан, який вивчав макро- і мікропроцеси в системі охорони здоров'я та методи їх регулювання, зокрема через організаційно-управлінські та фінансові механізми пріоритетного розвитку і впровадження первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної лікарської практики/сімейної медицини; Г.О. Слабкий, який досліджував розвиток первинної медико-санітарної допомоги в Україні, приділяючи увагу системним інституціональним проблемам, зокрема фінансово-економічній складовій розвитку цієї допомоги на засадах сімейної медицини; А.П. Корнійчук, який аналізував стан функціонування первинної медико-санітарної допомоги в

Україні на засадах сімейної медицини, зосереджуючись на визначенні окремих системних інституціональних проблем; В.Ф. Москаленко, який зробив значний внесок у становлення і розвиток соціальної медицини в Україні, досліджуючи питання організації медико-санітарної допомоги населенню; Н.О. Галічева, який досліджувала розвиток соціальної медицини в Україні, зокрема аспекти надання медико-санітарної допомоги населенню; В.А. Огнєв, який зробив значний внесок у становлення і розвиток соціальної медицини в Україні, досліджуючи питання організації медико-санітарної допомоги населенню; Я.О. Ганіткевич — вивчав історію медицини в Україні, зокрема розвиток медико-санітарної допомоги в різні історичні періоди; О.В. Петрова, яка аналізувала сучасний стан наукових розробок щодо публічного управління якістю медичної допомоги, включно з медико-санітарною допомогою населенню; В.І. Шафранський, який досліджував стратегії розвитку системи охорони здоров'я в Україні, приділяючи увагу управлінню якістю медичної допомоги. Ці вчені зробили вагомий внесок у дослідження та розвиток системи медико-санітарної допомоги в Україні, сприяючи покращенню якості та доступності медичних послуг для населення.

Метою кваліфікаційної роботи є аналіз системи надання медико-санітарної допомоги населенню регіону та вироблення рекомендації щодо їх вдосконалення.

Для досягнення поставленої мети слід вирішити такі **завдання**:

- дослідження структурно-функціональної моделі системи охорони здоров'я регіону;
- вивчення системи надання медико-санітарної допомоги населенню регіону;
- характеристика системи охорони здоров'я Тернопільської області;
- проведення аналізу методичних підходів дослідження діяльності закладів охорони здоров'я Тернопільської області;
- розробка інноваційних підходів до надання медико-санітарної допомоги населенню регіону.

Об'єктом дослідження у кваліфікаційній роботі є процес надання медико-санітарної допомоги населенню регіону.

Предметом дослідження у кваліфікаційній роботі є методи, форми та технології надання медико-санітарної допомоги населенню регіону.

У процесі дослідження системи надання медико-санітарної допомоги населенню регіону використовувалися наступні **методи**: статистичний аналіз – для збору, обробки та інтерпретації даних про демографічні показники, захворюваність населення, рівень смертності, доступність та якість медичних послуг; соціологічне опитування – для отримання інформації про задоволеність населення медичними послугами, їх доступність, виявлення потреб і очікувань пацієнтів; економічний аналіз – для оцінки витрат на надання медичних послуг, ефективності використання ресурсів у системі охорони здоров'я, розрахунку співвідношення між витратами та результатами; метод порівняння – для аналізу та співставлення показників роботи медичних закладів різних регіонів, визначення успішних практик; системний підхід – для вивчення взаємозв'язків між елементами системи охорони здоров'я, зокрема між первинною, вторинною і третинною ланками медичної допомоги; експертне оцінювання – для залучення фахівців у галузі медицини, економіки та управління для оцінки стану системи медико-санітарної допомоги та формулювання пропозицій щодо її вдосконалення; геоінформаційний аналіз – для вивчення просторового розташування медичних закладів, їх доступності для населення та зонування території за рівнем медико-санітарного обслуговування. Використання цих методів забезпечило комплексний підхід до аналізу системи медико-санітарної допомоги, сприяло виявленню слабких місць та формуванню пропозиції щодо прийняття ефективних управлінських рішень.

Практичне значення дослідження полягає у розробці рекомендацій для удосконалення системи надання медико-санітарної допомоги населенню регіону для підвищення якості медичних послуг та медичної допомоги, а також

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ НАДАННЯ МЕДИКО- САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ РЕГІОНУ

1.1. Структурно-функціональна модель системи охорони здоров'я регіону

У сучасному суспільстві значення системи охорони здоров'я стрімко зростає, адже здоров'я населення є відтворювальним ресурсом, що визначає розвиток всієї соціально-економічної системи. Регіональні системи охорони здоров'я відіграють важливу роль у формуванні рівня та якості здоров'я населення. Вони впливають на соціально-економічний розвиток регіонів, знижуючи прямі та непрямі втрати, пов'язані із захворюваністю, інвалідністю та смертністю.

Наразі система охорони здоров'я в Україні стикається з багатьма проблемами. «Серед них – природне зменшення чисельності населення, зростання загальної та первинної захворюваності, а також збільшення випадків онкологічних захворювань, зокрема серед дітей. Спостерігається зростання рівня дитячої інвалідності, поширення епідемії ВІЛ-інфекції, яка охоплює не лише вразливі групи, а й загальну популяцію. Серйозною проблемою є скорочення кількості медичних закладів, особливо у сільській місцевості. Це ускладнюється процесами комерціалізації охорони здоров'я, що знижує доступність медичної допомоги». До цього додається глибока регіональна диференціація, яка створює нерівні умови для населення у різних куточках країни.

Регіональна система охорони здоров'я – це «комплекс політико-правових, економічних, медичних, організаційних норм та правил, культурних традицій і соціальних відносин, які впливають на взаємодію і розвиток основних учасників регіонального процесу охорони здоров'я. Їхня взаємодія та еволюція забезпечують певний рівень виконання функцій системи, формують її режим функціонування та впливають на розвиток людського

потенціалу в регіоні» [9].

«Регіональна система охорони здоров'я відіграє ключову роль у соціально-економічному розвитку регіону, має своє місце серед інших регіональних підсистем і досягає певних результатів своєї діяльності. Вона обслуговує більш загальну систему – регіональну соціально-економічну систему, надаючи разом з освітою необхідний рівень якості людських ресурсів у регіоні. Для ефективного функціонування цієї системи важливо усвідомлювати її значення, оцінювати вплив на загальне середовище регіону та визначати її роль у функціонуванні всієї соціально-економічної системи».

На рис. 1.1 зображена модель системи охорони здоров'я регіону, яка охоплює кілька ключових елементів: суб'єкти управління, що здійснюють управлінські функції, основних учасників, які виконують завдання самозбереження та підтримки здоров'я, а також соціальну та екологічну підсистеми регіональної системи охорони здоров'я. Кожен із цих елементів виконує визначені функції, якість реалізації яких визначає ефективність функціонування системи в цілому. Результатом роботи системи є стан здоров'я населення, що виступає її основним показником (вихід системи – Y).

Головними перевагами цієї моделі є її системний підхід та здатність візуально представити структуру регіональної системи охорони здоров'я. Вона наочно демонструє, як окремі учасники впливають на регіональні процеси збереження здоров'я, і пояснює логіку їхньої взаємодії.

Для забезпечення розвитку та зміцнення людського потенціалу регіону, підвищення продуктивності трудових ресурсів, покращення якості та рівня життя регіональна система охорони здоров'я виконує дві ключові функції: цільову та забезпечувальну.

Цільова функція спрямована на покращення медико-демографічної ситуації в регіоні, яка є основою для розширеного відтворення людських ресурсів, включаючи трудові. Це включає заходи, які сприяють зростанню чисельності працездатного населення та загальному покращенню демографічних показників.

Забезпечувальні функції охоплюють декілька важливих напрямків. «Це, зокрема, підвищення якості, доступності та ефективності надання медичної допомоги, а також захист здоров'я населення. Забезпечувальні заходи включають зниження впливу негативних факторів довкілля, скорочення нерівностей у доступі до медичних послуг, поліпшення екологічної ситуації в регіоні та розвиток екосистеми. Окрім того, вони сприяють створенню сприятливих умов для покращення умов повсякденного життя, що позитивно впливають на індивідуальне та громадське здоров'я. Також забезпечувальні функції включають гарантування безпеки пацієнтів через використання доказової медицини та зниження ризиків завдання шкоди здоров'ю». Важливим завданням є створення умов для ефективної участі населення, роботодавців та медичних працівників у процесі збереження та покращення здоров'я.

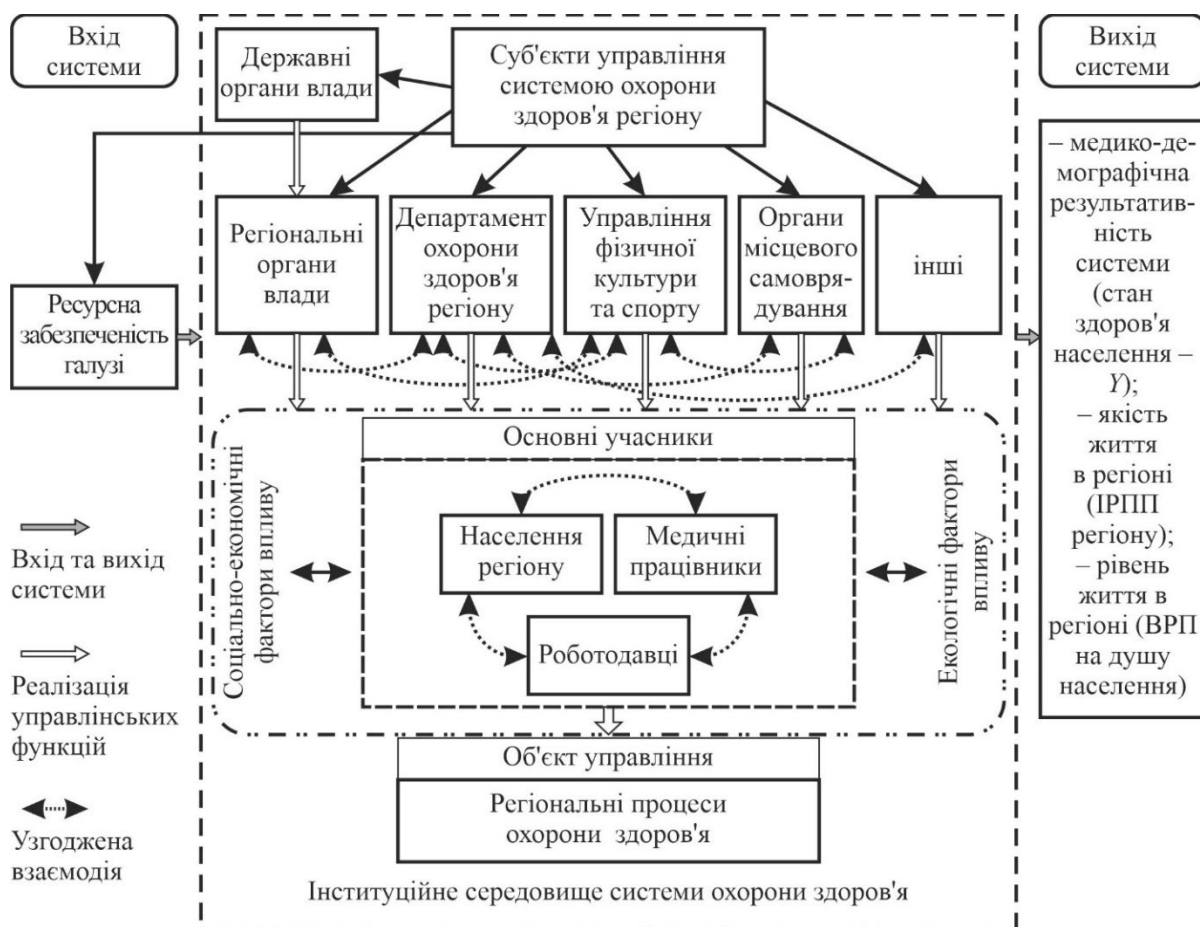


Рис. 1.1. Модель системи охорони здоров'я

Примітка. Розроблено автором

У межах реалізації функцій регіональної системи охорони здоров'я визначено завдання для кожного учасника. «Роботодавці відіграють важливу роль у забезпеченні санітарно-гігієнічних умов праці, дотриманні санітарного законодавства, проведенні навчань з охорони праці для керівників і спеціалістів, атестації робочих місць, забезпеченні працівників засобами індивідуального захисту та спеціальним харчуванням». Вони також відповідають за проведення розслідувань і обліку нещасних випадків на виробництві, організацію медоглядів і виконання інших заходів, спрямованих на збереження здоров'я працівників.

Медичні працівники виконують функції, пов'язані з наданням медичної допомоги, яка відповідає встановленим стандартам обсягу та якості. Вони зобов'язані дотримуватися лікарської таємниці та регулярно підвищувати свою кваліфікацію, проходячи навчання за додатковими програмами в медичних наукових і освітніх установах. Формування громадського здоров'я багато в чому залежить від впливу внутрішніх і зовнішніх факторів, зокрема способу життя населення, який у розвинених країнах має найбільший вплив (50-55%).

Населення також виконує важливі функції в системі охорони здоров'я. «Воно зобов'язане дотримуватися принципів самозбереження, вести здоровий спосіб життя, проходити профілактичні медичні огляди й вакцинацію, своєчасно звертатися за медичною допомогою. Крім того, мешканці повинні надавати лікарям повну й достовірну інформацію про свій стан здоров'я, дотримуватися правил внутрішнього розпорядку медичних установ і виконувати призначення та рекомендації лікарів». Важливим є також дотримання норм поведінки у громадських місцях, що сприяє підтриманню загального рівня здоров'я.

У реалізації функцій системи охорони здоров'я регіону ключову роль відіграють регіональні органи влади, серед яких департамент охорони здоров'я, територіальний фонд медичного страхування та страхові медичні організації. «Департамент охорони здоров'я відповідає за вироблення та

реалізацію державної політики в сфері охорони здоров'я, правове регулювання галузі, розробку законодавчих ініціатив, організаційне керівництво медичними закладами, контроль їх діяльності та забезпечення гарантій медичної допомоги. Він також займається організацією високотехнологічної медичної допомоги, забезпеченням лікарськими засобами, координацією суб'єктів охорони здоров'я в регіоні, аналізом діяльності системи та ліцензуванням медичних закладів».

Територіальний фонд медичного страхування виконує «функції, пов'язані з розробкою програм державних гарантій, встановленням тарифів на медичні послуги, управлінням коштами, що спрямовуються на регіональні програми, і забезпеченням права населення на безкоштовну медичну допомогу. Він також відповідає за надання фінансової підтримки застрахованим особам у разі страхового випадку, створення зручних умов для доступу до медичної допомоги, укладання страхових договорів, контроль за діяльністю страхових організацій, а також виявлення та штрафування за порушення законодавства».

Таким чином, діяльність цих суб'єктів є важливою складовою функціонування системи охорони здоров'я регіону, забезпечуючи ефективну координацію, фінансування та контроль за наданням медичних послуг населенню.

Основною функцією страхових медичних організацій є «контроль за діяльністю медичного сектора та забезпечення якості наданих медичних послуг. Це передбачає виконання таких завдань, як надання страховим громадянам медичних полісів (оформлення, переоформлення та видача полісів обов'язкового медичного страхування), організація та фінансування медичної допомоги для застрахованих осіб. Крім того, страхові організації здійснюють контроль за якістю, термінами, обсягом та умовами надання медичної допомоги. Ця діяльність включає проведення медико-економічної експертизи та оцінку якості медичних послуг, а також захист прав застрахованих у разі неналежного надання медичної допомоги закладами охорони здоров'я».

В табл. 1.1 наведено матрицю реалізації функцій основних учасників

процесів охорони здоров'я в регіоні, яка демонструє вплив цих функцій на розвиток регіональної економіки.

Матриця реалізації функцій основних учасників регіональних процесів охорони здоров'я, подана у таблиці 1.1, відображає відповідальність учасників за виконання ключових завдань у рамках реалізації регіональних процесів охорони здоров'я. Вона також включає функції управління, пов'язані з керуванням цими процесами.

Функціональний опис і створення матриць відповідальності дають статичне уявлення про регіональну систему охорони здоров'я. У цьому контексті процеси, що відбуваються в системі, подані у стисnutій формі як функції, що ідентифікуються та закріплюються за конкретними учасниками. Динаміка ж функціонування регіональної системи охорони здоров'я розглядається через процесні потокові моделі, які описують логіку взаємодії між учасниками.

Структурно-функціональна модель регіональної системи охорони здоров'я відповідає на важливі запитання щодо її діяльності: які саме функції виконує система? що є її вхідними ресурсами? які результати або виходи вона генерує? що є керуючим компонентом системи? хто або що виступає її механізмом реалізації?

Отже, «структурно-функціональна модель регіональної системи охорони здоров'я виступає ключовим інструментом для вдосконалення методів аналізу та оцінки її функціонування на рівні регіонів. Ця модель забезпечує ефективність у плануванні та реалізації регіональної політики в сфері охорони здоров'я. Розуміння функцій, які повинна виконувати регіональна система охорони здоров'я, дозволяє ретельно обирати та систематизувати індикатори, необхідні для проведення комплексної оцінки її діяльності. Завдяки цьому з'являється можливість оцінювати якість роботи регіональних систем охорони здоров'я, порівнювати характер та масштаби проблем у різних регіонах, а також визначати їх пріоритетність і рівень ефективності». Такий підхід сприяє покращенню процесу ухвалення науково

обґрунтованих управлінських рішень, які мають на меті оптимізувати діяльність системи охорони здоров'я.

1.2. Система надання медико-санітарної допомоги населенню регіону

Система надання медико-санітарної допомоги населенню регіону складається з кількох рівнів, які забезпечують доступність та якість медичних послуг. Перший рівень – це первинна медико-санітарна допомога, яку надають сімейні лікарі, терапевти та педіатри. Вони займаються профілактикою захворювань, раннім виявленням хвороб, лікуванням та, за потреби, направленням пацієнтів до вузькопрофільних спеціалістів. Другий рівень – це спеціалізована медична допомога. Її надають у поліклініках, районних та міських лікарнях. Тут пацієнти можуть отримати консультації вузьких спеціалістів, пройти діагностику та отримати стаціонарне лікування. Третій рівень – високоспеціалізована допомога, яка надається в обласних лікарнях, наукових центрах чи інститутах. Тут лікують складні випадки, проводять високотехнологічні операції та допомагають пацієнтам з рідкісними чи важкими захворюваннями.

Система організована так, щоб кожен мешканець регіону мав доступ до медичних послуг. У сільській місцевості функціонують фельдшерсько-акушерські пункти та амбулаторії. Медична допомога фінансується за рахунок державного бюджету, страхування або коштів пацієнтів. Важливо, що всі рівні системи взаємодіють між собою для забезпечення безперервного лікування пацієнта. Також проводиться постійний контроль якості медичних послуг для їх удосконалення.

Головна мета системи – забезпечити кожного громадянина якісною та доступною медичною допомогою, ефективно використовувати ресурси та враховувати потреби населення.

Система надання медико-санітарної допомоги населенню регіону включають наступні елементи:

1. Первинна медико-санітарна допомога – це основа системи, яка передбачає надання медичних послуг на рівні сімейних лікарів, терапевтів та педіатрів. Вони займаються профілактикою, раннім виявленням хвороб, лікуванням основних захворювань та координацією подальшого лікування пацієнтів.

2. Спеціалізована медична допомога – надається в амбулаторних закладах (поліклініках) та лікарнях. Вона передбачає участь лікарів вузької спеціалізації, проведення складної діагностики та лікування захворювань, які потребують глибших знань і ресурсів.

3. Високоспеціалізована медична допомога – включає лікування складних та рідкісних захворювань. Надається в обласних клініках, наукових медичних центрах чи спеціалізованих лікарнях.

4. Екстрена медична допомога – забезпечує швидке реагування у разі гострих станів, травм чи інших невідкладних ситуацій. Виконується бригадами швидкої допомоги або спеціалізованими центрами.

5. Медична інфраструктура – це мережа закладів охорони здоров'я, до якої входять лікарні, поліклініки, амбулаторії, фельдшерсько-акушерські пункти, діагностичні центри та інші установи.

6. Система управління та фінансування – забезпечує організацію, планування та контроль надання медичних послуг, а також розподіл фінансових ресурсів між закладами та послугами.

7. Система кадрового забезпечення – включає лікарів, середній медичний персонал, адміністративних працівників, які забезпечують функціонування системи.

8. Система технологічне забезпечення – включає використання сучасного обладнання, електронних медичних записів, телемедицини та інших інновацій для підвищення ефективності надання послуг.

9. Система правове регулювання – охоплює нормативно-правові акти, які встановлюють правила функціонування системи охорони здоров'я та захисту прав пацієнтів.

10. Профілактична діяльність та освіта – спрямована на підвищення обізнаності населення про здоровий спосіб життя, профілактику захворювань та раннє звернення за медичною допомогою.

Ці елементи разом утворюють комплексну систему, яка спрямована на забезпечення населення якісною медичною допомогою.

Система надання первинної медико-санітарної допомоги є ключовою частиною охорони здоров'я, яка забезпечує доступ до базових послуг для кожного громадянина. Ця система виконує важливу роль у підтримці здоров'я населення, забезпечуючи не лише лікування хвороб, а й їх профілактику. Основною метою є створення рівного доступу до медичної допомоги для всіх людей, незалежно від їхнього місця проживання чи соціального статусу. Особлива увага приділяється сільським і віддаленим районам, де працюють фельдшерсько-акушерські пункти, амбулаторії та мобільні медичні бригади.

Профілактика захворювань є головним завданням цієї системи. Регулярні медичні огляди, вакцинація, скринінги та просвітницька робота спрямовані на те, щоб попереджати розвиток хвороб. У центрі цієї системи знаходиться сімейний лікар, який здійснює первинну діагностику, веде пацієнтів із хронічними захворюваннями, координує їх лікування та, за необхідності, направляє до вузькопрофільних спеціалістів. Сімейний лікар також забезпечує постійне спостереження за пацієнтом, враховуючи його історію хвороб.

Первинна допомога охоплює широкий спектр послуг, включаючи лікування загальних захворювань, надання невідкладної допомоги, профілактичні заходи, управління хронічними хворобами та реабілітацію після хвороб чи травм. Ця ланка системи охорони здоров'я є першою точкою контакту пацієнта з медициною і координує взаємодію з іншими рівнями медичної допомоги, такими як вторинна і третинна.

Особливо важливим є забезпечення безперервного лікування, що допомагає людям з хронічними захворюваннями отримувати постійний контроль і відповідну допомогу. У багатьох країнах, зокрема і в Україні,

фінансування первинної медичної допомоги здійснюється за рахунок держави, що робить її доступною навіть для малозабезпечених верств населення.

У сучасному світі система активно впроваджує цифрові технології, такі як електронні медичні картки та телемедицину, що підвищує ефективність її роботи. Якість медичних послуг контролюється державними органами через стандарти, регулярні перевірки та моніторинг задоволеності пацієнтів. Значна увага приділяється підготовці кваліфікованого медичного персоналу, який володіє сучасними методами лікування та діагностики.

Система первинної медико-санітарної допомоги є основою охорони здоров'я, яка знижує навантаження на інші рівні медичної допомоги, попереджає ускладнення хвороб та сприяє загальному покращенню здоров'я населення.

Система надання спеціалізованої медичної допомоги спрямована на діагностику та лікування складних або специфічних захворювань, які потребують втручання лікарів вузької спеціалізації. Цей рівень медичної допомоги забезпечує висококваліфіковану підтримку пацієнтам, які не можуть отримати належну діагностику чи лікування на первинному рівні.

До закладів, які надають спеціалізовану допомогу, належать поліклініки, лікарні та спеціалізовані медичні центри, що мають у своєму штаті лікарів-фахівців: хірургів, кардіологів, онкологів, ендокринологів, невропатологів, ортопедів та інших. Ці заклади оснащені сучасним діагностичним і лікувальним обладнанням, яке дозволяє проводити складні процедури, оперативні втручання та реабілітаційні заходи.

Особливістю цієї системи є багаторівнева структура, яка включає консультаційно-діагностичні послуги, амбулаторне та стаціонарне лікування. Пацієнти зазвичай потрапляють до спеціалістів за направленням від сімейного лікаря або через самостійне звернення, якщо система охорони здоров'я передбачає таку можливість.

Спеціалізована допомога охоплює різні напрямки медицини, зокрема акушерство і гінекологію, педіатрію, кардіологію, онкологію, травматологію,

інфекційні хвороби та багато інших. У разі необхідності пацієнти отримують високоточну діагностику за допомогою таких методів, як комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна томографія, ендоскопія та ультразвукове дослідження.

Фінансування спеціалізованої медичної допомоги залежить від державної системи охорони здоров'я або приватного сектору. У державних медичних установах послуги часто є безкоштовними для громадян, але вимагають дотримання визначеної процедури отримання направлень. У приватних клініках послуги зазвичай оплачуються пацієнтом, але доступ до них може бути швидшим та зручнішим.

Значну увагу в цій системі приділяють підвищенню кваліфікації медичного персоналу, впровадженню сучасних технологій і дотриманню міжнародних стандартів надання медичних послуг. У багатьох країнах спеціалізовану медичну допомогу інтегрують із науково-дослідною діяльністю, що дозволяє застосовувати передові методи лікування.

Система спеціалізованої медичної допомоги є важливою складовою охорони здоров'я, яка забезпечує підтримку пацієнтам із серйозними або рідкісними захворюваннями. Вона сприяє підвищенню рівня медичного обслуговування, знижує смертність і підвищує якість життя пацієнтів.

Система високоспеціалізованої медичної допомоги спрямована на надання послуг пацієнтам із рідкісними, складними або важкими захворюваннями, які потребують унікальних діагностичних, лікувальних або хірургічних втручань. Цей рівень медичної допомоги включає використання найсучаснішого обладнання, передових технологій та участь лікарів з вузькою спеціалізацією і значним досвідом.

Основними закладами, що надають високоспеціалізовану допомогу, є національні медичні центри, університетські клініки, спеціалізовані інститути та лікарні третього рівня. Такі заклади займаються не лише лікуванням, а й науковими дослідженнями, що дозволяє застосовувати інноваційні підходи в діагностиці та лікуванні.

Послуги, які надаються в рамках цієї системи, включають трансплантацію органів, кардіохірургію, нейрохірургію, генетичну діагностику, лікування онкологічних захворювань за допомогою променевої терапії, складні пластичні операції, терапію рідкісних метаболічних хвороб тощо. Високоспеціалізована допомога також включає реабілітацію після тяжких травм і хірургічних втручань.

Особливістю цієї системи є міждисциплінарний підхід до лікування пацієнтів. У процесі надання медичних послуг беруть участь команди фахівців із різних галузей медицини, що дозволяє забезпечити комплексний підхід до кожного випадку.

Доступ до високоспеціалізованої допомоги зазвичай регулюється направленням від лікарів первинної або спеціалізованої ланки. Це пов'язано з обмеженістю ресурсів і необхідністю оптимізації роботи таких закладів. У багатьох країнах фінансування цієї допомоги здійснюється з державного бюджету, страхових фондів або за рахунок самих пацієнтів.

Однією з ключових переваг системи високоспеціалізованої допомоги є її здатність надавати пацієнтам доступ до найсучасніших методів лікування та підвищувати шанси на одужання навіть у найважчих випадках. Водночас викликами є висока вартість таких послуг, необхідність постійного оновлення технологічної бази та підготовки кваліфікованих кадрів.

Ця система має важливе значення для зниження смертності, боротьби з рідкісними хворобами та впровадження інновацій у медицину. Високоспеціалізована медична допомога забезпечує доступ до унікальних медичних послуг і сприяє підвищенню якості життя пацієнтів із серйозними захворюваннями.

Система надання екстреної медичної допомоги (ЕМД) спрямована на швидке реагування в критичних ситуаціях, що загрожують життю або здоров'ю людини. Вона забезпечує оперативне втручання в умовах, коли від швидкості та якості допомоги залежить життя пацієнта або зменшення наслідків надзвичайної ситуації.

Основними компонентами цієї системи є служби швидкої медичної допомоги, диспетчерські центри, спеціалізовані бригади, приймальні відділення лікарень та транспортні засоби, обладнані для надання медичної допомоги в дорозі.

Служби екстреної медичної допомоги реагують на різні випадки: травми, інфаркти, інсульты, отруєння, утоплення, пологи поза медичними закладами, аварії та катастрофи. Вони також надають допомогу під час надзвичайних ситуацій, таких як природні катаклізми, терористичні атаки чи техногенні аварії.

Головною особливістю системи є оперативність. Диспетчерські центри координують роботу бригад швидкої допомоги, визначаючи маршрут і пріоритетність викликів залежно від їхньої критичності. Зазвичай служби працюють за принципом «золотої години», згідно з яким оптимально надати першу допомогу протягом 60 хвилин після виникнення критичного стану.

Бригади швидкої допомоги оснащені сучасним обладнанням, яке дозволяє проводити базову діагностику, реанімацію, моніторинг стану пацієнта та інші процедури до прибуття в лікарню. У їхньому складі працюють лікарі, фельдшери, парамедики та водії, які мають спеціальну підготовку для роботи в екстремальних умовах.

Ефективність системи ЕМД залежить від інтеграції з іншими медичними ланками. У разі потреби пацієнта доставляють до спеціалізованих лікарень, де йому надають необхідну подальшу допомогу. Також важливим є наявність чітких протоколів реагування, які забезпечують ефективну координацію між різними службами.

Фінансування екстреної медичної допомоги в багатьох країнах здійснюється за рахунок державного бюджету або системи медичного страхування. Це робить її доступною для широкого кола населення.

Основними викликами системи є недостатнє фінансування, зношеність обладнання, нестача кадрів та перевантаженість служб. Проте її значення для збереження життя людей важко переоцінити, адже вона виконує одну з

найважливіших функцій у сфері охорони здоров'я.

Роль правового, фінансового, кадрового, матеріально-технічного та інформаційного забезпечення в системі надання медико-санітарної допомоги є ключовою, адже ці складові формують основу для ефективної роботи медичних закладів та забезпечення якісної допомоги населенню.

Правове забезпечення відіграє визначальну роль у регулюванні відносин між медичними закладами, пацієнтами та державою. Закони, нормативні акти та протоколи визначають стандарти медичної допомоги, права та обов'язки пацієнтів і медичних працівників, порядок надання допомоги, ліцензування закладів та контроль за їхньою діяльністю. Правова база гарантує дотримання етичних норм, прозорість та відповідальність у медичній практиці.

Фінансове забезпечення є основою функціонування системи медико-санітарної допомоги. Воно охоплює бюджетне фінансування, приватні інвестиції, страхові внески та оплату послуг пацієнтами. Належне фінансування дозволяє забезпечити конкурентоспроможну оплату праці медичного персоналу, закупівлю сучасного обладнання, ліків, а також інфраструктурний розвиток закладів. Достатній рівень фінансування сприяє доступності медичних послуг для населення.

Кадрове забезпечення є невід'ємною складовою системи, адже саме кваліфіковані медичні працівники забезпечують якісне обслуговування пацієнтів. Підготовка, підвищення кваліфікації, мотивація персоналу та збереження кадрового потенціалу є важливими аспектами. Нестача кадрів або низький рівень їхньої підготовки може значно знизити ефективність медичної допомоги.

Матеріально-технічне забезпечення включає наявність сучасного обладнання, інструментів, приміщень, транспортних засобів, що відповідають вимогам безпеки та комфорту. Це дозволяє здійснювати точну діагностику, проводити лікування та реабілітацію на належному рівні. Інфраструктура закладів має бути адаптована до потреб населення, включаючи забезпечення доступності для осіб з інвалідністю.

Інформаційне забезпечення охоплює впровадження сучасних інформаційних систем для збору, зберігання та аналізу даних, зокрема електронних медичних карток, реєстрів пацієнтів, телемедицини. Це сприяє покращенню комунікації між медичними працівниками та пацієнтами, а також підвищує оперативність прийняття рішень. Інформаційні технології також дозволяють аналізувати статистичні дані для планування та оптимізації роботи медичних закладів.

Злагоджена робота всіх цих компонентів є вирішальною для забезпечення доступної, якісної та ефективної медико-санітарної допомоги населенню. Їхній розвиток і модернізація є основою для сталого функціонування системи охорони здоров'я.

Система надання медико-санітарної допомоги відіграє ключову роль у функціонуванні регіону, забезпечуючи здоров'я населення як основу сталого розвитку. Вона сприяє збереженню працездатності, покращенню якості життя та створює умови для соціальної стабільності. Завдяки доступності якісних медичних послуг, система охорони здоров'я гарантує рівні можливості для всіх верств населення, зменшує ризики поширення захворювань та забезпечує контроль над епідеміями.

Ефективність системи медико-санітарної допомоги позитивно впливає на економіку регіону. Здорове населення сприяє підвищенню продуктивності праці, скороченню витрат на лікування та реабілітацію, а також продовженню тривалості активного життя. Вона також підтримує розвиток людського капіталу, який є основою для зростання освіти, науки, культури та інших галузей, що визначають конкурентоспроможність регіону.

Розвиток медичної інфраструктури, впровадження сучасних технологій та підвищення доступу до медичних послуг не лише покращують здоров'я населення, але й роблять регіон привабливим для інвестицій. Інтеграція в національну систему охорони здоров'я дозволяє регіонам використовувати спільні ресурси, стандарти лікування та управління, що сприяє збалансованому розвитку країни.

Таким чином, система медико-санітарної допомоги є не лише гарантією здоров'я мешканців, але й важливим чинником соціального, економічного та інфраструктурного розвитку регіону.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ СИСТЕМИ НАДАННЯ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ ТЕРНОПІЛЬСЬКОЇ ОБЛАСТІ

2.1. Характеристика системи охорони здоров'я Тернопільської області

Діяльність усіх лікувально-профілактичних закладів Тернопільської області у 2021 році була спрямована на забезпечення конституційного права мешканців області на охорону здоров'я. Основними завданнями були «реалізація указів Президента України, постанов Кабінету Міністрів та інших законодавчих актів, спрямованих на проведення структурних змін у медичній галузі, впровадження європейських стандартів медичної допомоги та збереження генофонду нації. Зусилля були сконцентровані на пріоритетних напрямках, таких як охорона материнства та дитинства, зниження рівня захворюваності, інвалідності та смертності від серцево-судинних, судинно-мозкових захворювань, туберкульозу, ВІЛ/СНІДу, онкологічних захворювань та боротьба з пандемією COVID-19» [9].

Населення області налічувало 1 027 311 осіб. «Основними причинами скорочення чисельності населення були природний спад та міграційні процеси. Демографічна ситуація у 2023 році характеризувалася зменшенням народжуваності, збільшенням смертності та від'ємним природним приростом населення, що відображено у табл. 2.1.

У 2023 році в Тернопільській області народилося 7275 дітей, що на 571 дитину менше, ніж у 2020 році, коли цей показник становив 7846. Рівень народжуваності в області у 2021 році склав 7,1 на 1 тисячу населення, тоді як у 2022 році цей показник дорівнював 7,6. Зменшення народжуваності було зафіксовано у всіх районах області.

У розрізі районів рівень народжуваності виглядав наступним чином: у Кременецькому районі – 7,8 (1112 народжених дітей), у Тернопільському – 7,3

(4105 дітей), у Чортківському – 6,3 (2058 дітей), а у місті Тернопіль цей показник становив 8,5 (1897 дітей).

Таблиця 2.1

**Динаміка народжуваності та смертності в Тернопільській області
у 2001-2021 рр.**

	2001	2005	2010	2015	2020	2021	2022	2023
Народжуваність	8,8	9,9	10,9	10,1	8,1	7,6	7,6	7,1
Смертність	14,2	15,1	14,4	14,3	14,3	14,1	15,3	16,4
Природний приріст	- 5,4	- 5,2	-3,5	-4,2	-6,2	-6,5	-7,7	-9,3

Примітка. Наведено за матеріалами КНП «ТОІАЦМС» ТОР

У 2023 році в Тернопільській області загальна смертність зросла на 1012 осіб порівняно з попереднім роком, досягнувши 16841 випадку (у 2022 році – 15829). Показник загальної смертності становить 16,4 на 1000 населення. Природний приріст населення залишається від’ємним і становить –9,3 (у 2022 році –7,7). У розрізі районів від’ємний природний приріст склав: у Кременецькому – 9,6, у Тернопільському – 8,1, у Чортківському – 11,2. Смертність по районах виглядає так: Кременецький район – 17,4 (2477 осіб), Тернопільський – 15,4 (8627 осіб), Чортківський – 17,5 (5737 осіб), що підтверджує процес депопуляції в області.

Показник дитячої смертності в області у 2023 році склав 5,4% (у 2022 році – 5,7%). У районах ці показники становлять: Кременецький – 7,1%, Тернопільський – 5,8%, Чортківський – 3,4%, у місті Тернопіль – 4,7%. У структурі дитячої смертності основними причинами є перинатальна патологія – 56,4% (22 випадки), вроджені аномалії – 25,6% (10 випадків) і зовнішні причини – 10,2% (4 випадки).

За рік в стаціонарі зареєстровано 179226 випадків захворювань, з яких 149176 серед дорослих (18 років і старше) та 30050 серед дітей (0-17 років). Госпітальна захворюваність становить 17446,1 на 100 тисяч населення, у дорослих – 17857,3 на 100 тисяч, серед дітей – 156,6 на 1000 відповідного населення.

У структурі госпітальної захворюваності дорослого населення найбільше поширені хвороби системи кровообігу (18,3%), органів дихання (15,2%) і кістково-м'язової системи (8,2%). У дітей перше місце займають хвороби органів дихання (35,2%), друге – хвороби органів травлення (14,7%), третє – травми і отруєння (6,6%).

Таблиця 2.2

Показники госпітальної захворюваності по вікових групах

Вікова група	Госпітальна захворюваність за 2022 р	Госпітальна захворюваність за 2023 р
Все населення (на 100 тис. нас)	14661,2	17446,1
Дорослі 18 р і старше (на 100 тис. нас.)	15365,1	17857,3
Діти 0-17 р (на 1 тис. нас.)	116,1	156,6

Примітка. Наведено за матеріалами КНП «ТОІАЦМС» ТОР

Станом на 1 січня 2024 року в закладах охорони здоров'я Тернопільської області функціонує розгалужена мережа денних і домашніх стаціонарів. У 2023 році кількість ліжок у денних стаціонарах зменшилася і склала 1249, порівняно з 1442 у 2022 році. Показник забезпеченості ліжками денних стаціонарів на 10 тисяч населення становить 12,2 у 2023 році проти 14,0 у 2022 році (табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Динаміка змін мережі ліжкового фонду денних стаціонарів та стаціонарів вдома

Вікова група	Госпітальна захворюваність за 2022 р	Госпітальна захворюваність за 2023 р
Все населення (на 100 тис. нас)	14661,2	17446,1
Дорослі 18 р і старше (на 100 тис. нас.)	15365,1	17857,3
Діти 0-17 р (на 1 тис. нас.)	116,1	156,6

Примітка. Наведено за матеріалами КНП «ТОІАЦМС» ТОР

У денних стаціонарах у 2023 році було проліковано 51486 хворих, що менше, ніж у 2022 році, коли проліковано 57543 пацієнти. Показник пролікованих хворих на 10 тисяч населення становив 560,1 у 2023 році проти 556,1 у 2022 році.

У домашніх стаціонарах у 2023 році проліковано 42476 хворих, що також менше порівняно з 2022 роком, коли кількість пролікованих пацієнтів становила 46281. Показник пролікованих хворих на 10 тисяч населення у 2023 році склав 413,5, тоді як у 2022 році цей показник становив 446,1.

У 2023 році лікарі амбулаторно-поліклінічних закладів Тернопільської області прийняли 6 032 023 відвідувань, що на 133 829 більше, ніж у 2022 році, коли цей показник складав 5 898 194. Кількість відвідувань на одного жителя збільшилася до 5,9 у 2023 році (порівняно з 5,7 у 2022 році). У Кременецькому районі цей показник становить 5,6, у Тернопільському – 5,8, а в Чортківському – 5,3.

Розвиток стаціонарної медичної допомоги в області відбувався шляхом оптимізації інфраструктури лікарняних закладів, покращення ефективності використання ліжкового фонду та підвищення якості медичних послуг. Станом на 1 січня 2024 року в області функціонує 54 лікарняних заклади з загальною кількістю 7539 ліжок (у 2022 році – 7451 ліжок). Забезпеченість ліжками становить 73,2 на 10 тисяч населення, що дещо більше, ніж 72,0 у 2022 році.

У стаціонарах області в 2023 році було проліковано 179 049 хворих, що на 28 218 більше, ніж у 2022 році (150 831 пацієнт). З загальної кількості ліжок 3279 розгорнуто в районах області, що становить 43,5%. У міських закладах Тернополя функціонує 975 ліжок (12,9%), а в обласних закладах – 3285 ліжок (43,6%) (табл. 2.4).

У 2023 році в Тернопільській області спостерігається зростання рівня первинного виходу на інвалідність серед дорослого та працездатного населення. Так, за цей період кількість вперше визнаних осіб з інвалідністю серед дорослого населення становила 3669 осіб, що на 320 випадків більше порівняно з 2022 роком, коли цей показник був 3349 осіб. Рівень інвалідності

на 10 тисяч дорослого населення в 2023 році складав 43,6, а в 2022 році – 39,8, в той час як по Україні цей показник за 2022 рік становив 38,0.

Таблиця 2.4

Динаміка кількості ліжок в Тернопільській області у 2019-2023 рр.

Показники	2019	2020	2021	2022	2023
Кількість ліжок по області	8355	8012	7924	7451	7539
Кількість ліжок по районах	3805	3587	3464	3261	3279
Питома вага до всіх ліжок	45,5	44,8	43,7	43,9	43,5
Кількість ліжок по місту	1015	970	930	975	975
Питома вага до всіх ліжок	12,1	12,1	11,7	13,1	12,9
Кількість ліжок по обласних закладах	3535	3455	3530	3215	3285
Питома вага до всіх ліжок	42,3	43,1	44,6	43,1	43,6
Забезпеченість ліжками на 10 тис. нас. по області	79,1	76,4	76,0	72,0	73,5
Забезпеченість ліжками по районах:	45,3	43,1	42,1	40,1	43,5
Кременецький					42,1
Тернопільський					40,6
Чортківський					42,0
Забезпеченість ліжками по місту	46,9	44,7	42,2	43,9	43,8
Забезпеченість ліжками по обл. закладах	33,5	32,9	33,9	31,1	32,0
Зайнятість ліжка по області	333,4	322,4	311,6	202,6	238,2
Зайнятість ліжка по районах	335,8	329,7	322,1	206,3	
Кременецький					279,5
Тернопільський					216,5
Чортківський					237,4
Зайнятість ліжка по місту	296,4	298,0	290,5	183,1	213,0
Зайнятість ліжка по обласних закладах	341,4	324,1	306,9	204,9	245,1

Примітка. Наведено за матеріалами КНП «ТОІАЦМС» ТОР

Серед працездатного населення кількість вперше визнаних осіб з інвалідністю в 2023 році досягла 3035 осіб, що на 327 випадків більше порівняно з 2022 роком, коли було зареєстровано 2708 випадків. Рівень інвалідності на 10 тисяч працездатного населення в 2023 році становив 49,7, а в 2022 році – 44,4. По Україні за 2022 рік цей показник складав 43,2 (табл. 2.5, 2.6, 2.7, 2.8).

Загалом, в області спостерігається тенденція до збільшення первинного виходу на інвалідність, що вимагає додаткових заходів для покращення медико-санітарного забезпечення та реабілітації пацієнтів.

У 2023 році рівень первинного виходу на інвалідність серед дорослого населення в Тернопільській області виглядав наступним чином: у Кременецькому районі – 398 осіб, що становить 39,5 на 10 тисяч дорослого населення; у Чортківському районі – 1264 особи, що становить 47,0 на 10 тисяч дорослого населення; у Тернопільському районі – 2007 осіб, що становить 42,6 на 10 тисяч дорослого населення; у м. Тернопіль – 657 осіб, що становить 37,2 на 10 тисяч дорослого населення.

Загалом по області було зафіксовано 3669 випадків первинного виходу на інвалідність серед дорослого населення, що становить 43,6 на 10 тисяч дорослого населення. Це перевищує національний показник за 2022 рік, який становив 38,0 на 10 тисяч дорослого населення.

Серед осіб працездатного віку, які складають більшість первинної інвалідності в області, у 2023 році зафіксовано 3035 випадків, що складає 82,7% від загальної кількості осіб з інвалідністю. Водночас на осіб пенсійного віку припадає 17,3%, порівняно з 19,1% у 2022 році.

Рівень первинного виходу на інвалідність серед осіб працездатного віку в різних районах області виглядав наступним чином: у Кременецькому районі – 312 осіб, що становить 42,8 на 10 тисяч працездатного населення; у Чортківському районі – 1058 осіб, що становить 55,0 на 10 тисяч працездатного населення; у Тернопільському районі – 1665 осіб, що становить 48,3 на 10 тисяч працездатного населення; у м. Тернопіль – 550 осіб, що становить 41,2 на 10 тисяч працездатного населення.

Загалом по області було зафіксовано 3035 випадків інвалідності серед осіб працездатного віку, що становить 49,7 на 10 тисяч працездатного населення. Це також перевищує національний показник за 2022 рік, який становив 43,2 на 10 тисяч працездатного населення.

У 2021 році було визнано особами з інвалідністю 1011 осіб, з яких: І група – 37 осіб, з яких І-А – 12 осіб, І-Б – 25 осіб; ІІ група – 251 особа; ІІІ група – 723 особи.

Щодо первинної інвалідності серед постраждалих від аварії на ЧАЕС та учасників АТО (ООС), було зафіксовано наступне: внаслідок аварії на ЧАЕС було визнано інвалідами 35 осіб, з яких 3 особи були визнані інвалідними вперше, а у 32 осіб була змінена причина інвалідності. З цих осіб 16 були працездатного віку, а 6 — ліквідаторами аварії. По групах інвалідності: II група — 17 осіб, III група — 18 осіб. Серед нозоформ: новоутворення — 18 осіб, захворювання системи кровообігу — 16 осіб, хвороби органів травлення — 1 особа; вперше визнано інвалідність серед учасників АТО (ООС) — 21 особа, що значно менше порівняно з попередніми роками (в 2019 році — 85 осіб, в 2020 році — 26 осіб). Серед них: II група — 4 особи, III група — 17 осіб. Для 45 учасників АТО (ООС) було встановлено відсотки втрати працездатності; повторний огляд проводився для 1 учасника Революції Гідності, якому була встановлена III група інвалідності.

Первинна інвалідність за нозологічними формами захворювань представлена в табл. 2.10.

Станом на 01.01.2024 року в лікувально-профілактичних закладах області було зареєстровано 4841,25 штатних лікарських посад, що є зростанням порівняно з 2021 роком (4753,5 штатних одиниць). Укомплектованість штатних посад лікарями в області становить 83,5%. Кількість вакантних посад зросла з 689,25 у 2023 році до 766,0 в 2024 році. Це зростання спостерігається як у сільських закладах охорони здоров'я (464 вакансії), так і в обласних закладах на території області (38,75 вакансії), а також у міських закладах м. Тернопіль (89,25 вакансії) та обласних закладах у місті (174,0 вакансії).

Чисельність лікарів на 01.01.2024 року становить 4040 осіб, що дає показник забезпеченості лікарями на рівні 39,3 на 10 тисяч населення. Протягом 2023 року кваліфікаційну категорію отримали 1157 лікарів: з них 610 — присвоєно категорію вперше, 546 — підтверджено категорію. Із них 201 лікар отримав вищу категорію, 495 лікарів підтвердили вищу категорію, 176 — першу

категорію (з них 42 підтверджено), 233 лікарі отримали другу категорію (з них 9 підтверджено), а одному лікарю була продовжена вища категорія.

Таблиця 2.10

**Первинна інвалідність за нозологічними формами захворювань
за 2023 р.**

	Доросле населення									
	Абс. ч.	Пок.	І А		І Б		ІІ		ІІІ	
			абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Інфекційні та паразитарні	40	05					20	50.0	20	50.0
Новоутворення	1078	12,8	30	2.8	50	4.6	397	36.8	601	55.8
Хвороби крові	8	0,1					1	12.5	7	87.5
Ендокринні хвороби	223	2,7			7	3,1	28	12.6	188	84.3
Розлади психіки та поведінки	170	2,0	33	19.4	11	6.5	84	49.4	42	24.7
Хвороби нервової системи	153	1,8	10	6.5	17	11.1	36	23.5	90	58.9
Хвороби ока	116	1,4	2	1.7	15	12.9	17	14.7	82	70.7
Хвороби вуха	18	0,2					4	22.2	14	77.8
Хвороби системи кровообігу	696	8,3	23	3.3	71	10.2	149	21.4	453	65.1
Хвороби органів дихання	84	1,0					23	27.4	61	72.6
Хвороби органів травлення	146	1,7			1	0,7	28	19.2	117	80.1
Хвороби кістково-м'язової системи	497	5,9			6	1,2	59	11,9	432	86,9
Хвороби сечостатевої системи	40	0,5			17	42,5	6	15.0	17	42.5
Травми	276	3,3	11	4,0	14	5.1	50	18.1	201	72.8
Інші причини	124	1,6	3	2.4	3	2.4	61	49.2	57	46,0
Всього	3669	43,6	112	3.0	212	5.8	963	26.3	2382	64.9

Примітка. Наведено за матеріалами КНП «ТОІАЦМС» ТОР

Станом на 01.01.2024 року середній медичний персонал складає 8844,0 штатних одиниць, що є зменшенням у порівнянні з 2022 роком (9126,75 одиниць). Укомплектованість посад середнім медичним персоналом складає 98,2%. Кількість вакантних посад середнього медичного персоналу

зменшилась з 824,5 у 2022 році до 768,75 в 2023 році. Чисельність середніх медичних працівників на 01.01.2024 року становить 8682 особи, що дає показник забезпеченості на 10 тисяч населення 84,5.

Основними напрямками подальшого реформування охорони здоров'я Тернопільської області визначено наступні: «впровадження європейських стандартів в організацію надання медичної допомоги населенню на всіх етапах; здійснення аудиту якості медичної допомоги; постійна робота над зростання рівня задоволеності медичною допомогою населення; створення єдиних медичних територіальних просторів з метою концентрації матеріальних ресурсів та забезпечення надання високоякісної медичної допомоги; пріоритетний розвиток закладів охорони материнства і дитинства; регіоналізація перинатальної допомоги області з подальшим активним впровадженням ефективних перинатальних технологій; раціональне використання наявних ресурсів: оптимізація мережі лікувально-профілактичних закладів області та реструктуризація ліжкового фонду з урахуванням медико-економічної ефективності роботи ліжка; подальше створення центрів високоспеціалізованої, високотехнологічної медичної допомоги на базі провідних обласних лікарень; удосконалення системи профілактичних медичних оглядів на засадах цільової диспансеризації населення, впровадження програм масового скринінгу населення; створення мережі хоспісних відділень; формування в області єдиної мережі закладів медичної реабілітації та відновного лікування хворих з врахуванням рекреаційних та кліматичних факторів регіону; реалізація програмно-цільового фінансування для розвитку пріоритетних напрямів медицини; інформатизація медичної галузі, подальша реалізація програми розвитку телемедицини; забезпечення раціонального, ефективного і справедливого використання наявних кадрових, фінансових та матеріальних ресурсів охорони здоров'я» [22].

2.2. Аналіз методичних підходів дослідження діяльності закладів охорони здоров'я Тернопільської області

КНП «ТОІАЦМС» ТОР проводить збір та аналіз інформації про діяльність закладів охорони здоров'я Тернопільської області на основі Інструкції щодо заповнення форми звітності № 20 «Звіт юридичної особи незалежно від її організаційно-правової форми та фізичної особи – підприємця, які провадять господарську діяльність із медичної практики, за відповідний рік» [22]. Ця Інструкція визначає «порядок заповнення форми звітності № 20 «Звіт юридичної особи незалежно від її організаційно-правової форми та фізичної особи - підприємця, які провадять господарську діяльність із медичної практики, за відповідний рік» (форма № 20)» [22].

Форму № 20 заповнюють «юридичні особи незалежно від їх організаційно-правової форми – однопрофільні, багатопрофільні, спеціалізовані лікарні, лікарні особливого типу, амбулаторно-поліклінічні заклади. Форму № 20 складають також фізичні особи – підприємці, які провадять господарську діяльність із медичної практики, та заповнюють» [22].

Форму № 20 не заповнюють «станції швидкої медичної допомоги, центри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, центри служби крові (станції переливання крові), санаторно-курортні, санітарно-профілактичні, медико-соціального захисту, інші заклади (бюро судово-медичної експертизи, інформаційно-аналітичні центри медичної статистики), центри здоров'я, фельдшерсько-акушерські пункти» [22].

В адресній частині звіту чітко та без скорочень указуються найменування й тип закладу (дільнична, районна, міська, обласна лікарня, міжрайонний диспансер, амбулаторія загальної практики - сімейної медицини тощо), його фактичне місцезнаходження.

Медико-санітарні частини (МСЧ) зазначають назву підприємства та міністерства, у підпорядкуванні якого вони перебувають, а також тип МСЧ (обслуговують тільки працюючих чи частково й населення) та кількість дорослого і дитячого населення.

Клініки медичних навчальних закладів III-IV рівнів акредитації вказують їх повну назву, клінічні лікарні, крім назви лікарні, - назву навчального закладу, академії післядипломної освіти або науково-дослідного закладу, клінічною базою яких вони є.

У таблиці 1001 «Заклад та його підрозділи. Відділення (кабінети) в амбулаторно-поліклінічних закладах та лікувально-діагностичні структурні підрозділи» [22] зазначається кількість закладів, у складі яких перебувають ті чи інші відділення (кабінети).

«Відділення (кабінети) у звіті відображаються тільки за наявності певних умов, а саме: якщо їх передбачено відповідними наказами Міністерства охорони здоров'я України (МОЗ), для них виділено приміщення, апаратуру, обладнання, у штатному розписі закладу передбачено посади відповідних спеціалістів, а також є фізичні особи, що їх займають, і проводиться відповідна робота. Наявність тільки апаратури, без спеціалістів і виділеного приміщення, не є ознакою наявності кабінету» [22].

Кабінет лікувальної фізкультури (ЛФК) «указується в звіті за наявності в штатному розписі посади лікаря з ЛФК або інструктора з ЛФК (спеціаліста з вищою немедичною освітою) з проведенням відповідної роботи» [22].

За наявності відповідних спеціалістів в амбулаторно-поліклінічному закладі в звіті зазначаються: відділення (кабінет) загальної практики (сімейних лікарів), організоване відповідно до наказу МОЗ від 23.02.2001 № 72 «Про затвердження окремих документів з питань сімейної медицини»; алергологічний кабінет – згідно з наказом МОЗ від 09.03.2004 № 122 «Про подальший розвиток алергології в Україні»; імунологічний кабінет – відповідно до наказу МОЗ від 19.11.2002 № 422 «Про подальший розвиток клінічної імунології в Україні».

Більшість кабінетів, які зазначені в табл. 1001, - лікарські. Винятком є такі кабінети: «оглядовий, для проведення щеплення, фізіотерапевтичний, електрокардіографії, клініко-діагностична лабораторія, які зазначаються у тих

випадках, якщо в штатах для проведення відповідної роботи передбачені посади середнього медперсоналу» [22].

Якщо клініко-діагностична лабораторія виконує, крім клінічних аналізів, будь-які інші (мікробіологічні, біохімічні тощо), то в переліку лабораторій указується тільки клініко-діагностична лабораторія, а в розділі IV звіту «Робота діагностичних відділень» – «усі види проведених нею аналізів. Зазначене вище поширюється і на бактеріологічні (мікробіологічні), серологічні (імунологічні) лабораторії та інші, які зазначені в переліку» [22].

Клініко-діагностичними лабораторіями вважаються такі, що «проводять загальноклінічні, гематологічні та інколи деякі види біохімічних та цитологічних аналізів тощо. Біохімічними є лабораторії, які проводять загальні біохімічні, гормональні, ферментні, коагулогічні види аналізів. Цитологічними є лабораторії, які проводять цитологічні види аналізів (ексfolіативна і пункційна цитологія). Бактеріологічними (мікробіологічними) є лабораторії, які проводять мікробіологічні (бактеріологічні), іноді імунологічні (серологічні) види аналізів. Серологічними (імунологічними) є лабораторії, які проводять імунологічні (серологічні) види аналізів. Лабораторії, які не перелічені в паспортній частині звіту, ураховуються за відповідним профілем. Наприклад, гормональну, ферментну лабораторію вказують як біохімічну, гематологічну – як клініко-діагностичну тощо. Спеціалізована лабораторія вважається самостійною, якщо, крім приміщення та обладнання, у штатному розписі передбачена посада завідувача спеціалізованої лабораторії» [22].

РОЗДІЛ 3

ІННОВАЦІЙНІ ПІДХОДИ ДО НАДАННЯ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ РЕГІОНУ

Надання первинної медичної допомоги в режимі 24/7 є важливою складовою забезпечення медичних потреб населення. Відповідно до звіту «The Organisation of Out-of-Hours Primary Care in OECD Countries» № 89, підготовленого Організацією економічного співробітництва та розвитку у вересні 2016 року, первинна медична допомога поділяється на дві часові категорії. Перша охоплює роботу у визначені робочі години лікаря, друга – медичну допомогу поза цими годинами, яка надається у вечірній і нічний час, а також у вихідні та святкові дні. В англomовній літературі цей формат роботи позначається терміном «out-of-hours» (ООН).

У більшості країн встановлено мінімальні показники для робочих годин лікарів первинної медичної допомоги. «Ці показники варіюються залежно від національного законодавства – від 20 годин на тиждень в Австрії до 52,5 годин у Великобританії. При цьому графік роботи в межах цих годин може бути адаптований лікарями до місцевих умов та потреб пацієнтів».

Нормування робочого часу працівників у закладах охорони здоров'я України здійснюється на основі наказу МОЗ України №319 від 25 травня 2006 року «Про затвердження норм робочого часу для працівників закладів та установ охорони здоров'я», зареєстрованого в Міністерстві юстиції 9 червня 2006 року за № 696/12570. «У цьому документі визначена норма робочого часу для лікарів, які займаються виключно амбулаторним прийомом хворих. Згідно з наказом, первинна медична допомога надається пацієнтам відповідно до графіку прийому, який визначається медичним закладом і узгоджується з власником закладу».

Для забезпечення надання первинної медичної допомоги у позаробочий час у різних країнах використовуються різні моделі організації роботи. Ці моделі спрямовані на задоволення потреб пацієнтів у медичних послугах у

вечірній і нічний час, а також у вихідні та святкові дні. Основні форми організації надання первинної медичної допомоги в позаробочий час наведено в табл. 3.2.

Таблиця 3.2

Основні форми організації надання первинної медичної допомоги в позаробочі години (у країнах Організації економічного співробітництва та розвитку)

№	Форма	Опис
1.	Послуги на основі практик первинної медичної допомоги (<i>Practice-based services</i>)	Лікарі в моно- або груповій практиці приймають власних пацієнтів в позаробочі години
2.	Ротаційні групи (<i>Rota groups</i>)	Кілька лікарів по чергово (на основі ротації) здійснюють прийом пацієнтів (своїх та один одного) в позаробочі години.
3.	Замісні послуги (<i>Deputizing services</i>)	Як правило, комерційні організації наймають лікарів та медсестер для організації надання первинної медичної допомоги в позаробочі години на основі аутсорсингу або контракту.
4.	Відділення екстреної медичної допомоги в закладах охорони здоров'я (<i>Emergency departments</i>)	Надання послуг первинної медичної допомоги пацієнтам (у не невідкладних станах) у відділеннях екстреної медичної допомоги в закладах охорони здоров'я. Надання первинної медичної допомоги відбувається за «залишковим» принципом – спочатку найбільш важкі пацієнти, потім – з менш серйозними проблемами.
5.	Кабінети первинної медичної допомоги: клініки/кабінети пішої доступності, кабінети незначних травм та центри термінової допомоги (<i>Walk-in primary care centers, minor injury units and urgent care centers</i>)	Заклади/підрозділи, які можуть бути частиною закладу охорони здоров'я або самостійними закладами, куди пацієнти можуть звертатися без попереднього запису у разі незначних травм або захворювань.
6.	Кооперативи лікарів загальної практики сімейної медицини (<i>General practice cooperatives</i>)	Різноманітні групи первинної медичної допомоги, що надають медичну допомогу в регіоні. Послуги включають телефонну диспетчеризацію, консультації в амбулаторіях та домашні дзвінки. Лікарі загальної практики сімейної медицини по черзі надають послуги первинної медичної допомоги для пацієнтів всіх залучених лікарів.
7.	Медичні клініки/кабінети в торгових центрах (<i>Retail or medical clinics located within retail stores</i>)	Медичні клініки/кабінети, розташовані в торгових центрах, роздрібних магазинах (продуктових магазинах чи аптеках), у яких працюють медсестри та інші медичні працівники

Примітка. Наведено на основі [21]

Надання первинної медико-санітарної допомоги у неробочий час має певні обмеження порівняно з допомогою, яку надає обраний пацієнтом лікар у робочий час. «Основними недоліками є відсутність попереднього запису на прийом, що може спричинити триваліше очікування через черги з пацієнтів із різними захворюваннями. Пацієнти не мають можливості вибору лікаря, а час консультації обмежується вирішенням лише нагальних проблем. Лікарі, які надають допомогу в неробочий час, часто не мають доступу до повної інформації про пацієнта, включаючи історію попереднього лікування, наявність хронічних захворювань, прийом лікарських засобів та їхню динаміку».

Пацієнти, які звертаються за первинною медичною допомогою у неробочий час, зазвичай прагнуть швидкого вирішення своїх проблем, не чекаючи прийому у свого сімейного лікаря. Найчастіше такі звернення стосуються не екстрених станів. Серед основних причин звернення, за міжнародними даними, є порізи, травми, укуси комах і тварин, незначні опіки, інфекції вуха і дихальних шляхів, шкірні інфекції та висипання, лихоманка, блювота, діарея, кашель, застуда, сторонні предмети в оці або його запалення, а також екстрена контрацепція.

До основних чинників, що збільшують імовірність звернення пацієнтів за первинною медичною допомогою у неробочий час, особливо серед молодих батьків із дітьми, належать «нездатність самостійно оцінити тяжкість свого стану, відсутність впевненості через брак досвіду звернення за медичною допомогою, недостатня обізнаність, страх та відсутність підтримки з боку родичів. За таких обставин дедалі популярнішими стають телефонні консультації, спеціалізовані веб-сайти та мобільні додатки для пацієнтів, а також організаційні ініціативи на національному та місцевому рівнях для підтримки первинної медичної допомоги. Поєднання різних форм її надання допомагає досягти балансу інтересів між лікарями та пацієнтами».

Водночас існують значні проблеми в організації первинної медико-санітарної допомоги у неробочий час, навіть у розвинених країнах. До них

належать недостатня фінансова винагорода за цю роботу, дефіцит медичних працівників первинної ланки, а також обмежена організаційна та ресурсна підтримка з боку держави та органів місцевого самоврядування. Ці проблеми сприяють перевантаженню, професійному вигоранню та відтоку фахівців, що загрожує якості та стабільності надання допомоги.

«Першим етапом в організації первинної медико-санітарної допомоги у неробочий час має бути детальний аналіз потреб населення з урахуванням місцевих особливостей. Такий аналіз допоможе місцевій владі прийняти обґрунтовані рішення, які можуть варіюватися від управлінських та адміністративних заходів до розробки місцевої програми з відповідним бюджетним фінансуванням».

Важливо, «щоб при розробці управлінських рішень, спираючись на результати аналізу, були залучені всі зацікавлені сторони. Це включає власників медичних закладів (або представників місцевого самоврядування у випадку комунальних підприємств), керівників медичних закладів різних форм власності, їх заступників, завідувачів амбулаторій, представників працівників та пацієнтів». Особливу увагу слід приділити можливості об'єднання ресурсів з сусідніми адміністративними одиницями для ефективнішої організації роботи.

Рішення про надання первинної медичної допомоги у неробочий час на певній території можуть включати (але не обмежуються): «розширення графіка роботи лікаря первинної ланки: складання відповідних графіків змінності лікарів, молодшого медичного персоналу; чергування у вечірній час у межах встановлених норм; розподіл робочого часу лікарів, молодшого медичного персоналу на частини; доплата за роботу, понаднормові, у святкові та неробочі дні; найм додаткового персоналу для роботи у вихідні дні; придбання послуг первинної медичної допомоги у вихідні дні; залучення закладів спеціалізованої медичної допомоги» [17].

Оскільки законодавство передбачає, що надання медичних послуг можуть здійснювати лише заклади охорони здоров'я та фізичні особи-підприємці,

zareestrowani ta licenzovani u vstanovlenomu porjadku, realizacija risnen vlasnikiv medичних закладів можлива тільки на базі таких постачальників послуг.

Організація чергового кабінету первинної медичної допомоги для обслуговування пацієнтів у неробочий час вирішує не лише питання надання медичної допомоги, а й забезпечує можливість виїзду лікарів для встановлення факту смерті особи на дому, якщо відсутні ознаки насильницької смерті.

Надання «понаднормової первинної медичної допомоги «закріпленим» пацієнтам передбачає складання гнучкого графіка роботи лікарів. Це включає обов'язкове відпрацювання частини годин у вечірній час. Такий графік формується на основі аналізу даних про роботу лікарів за попередній період, чисельність населення, прикріпленого до амбулаторії, та навантаження на медичний персонал. Це дозволяє збалансувати обсяг виконаної роботи та рівень заробітної плати. Наприклад, лікар, який щойно розпочав практику і має менше пацієнтів, може брати на себе більше вечірніх змін або працювати у вихідні дні, отримуючи за це додаткову оплату».

Для «забезпечення якісного надання медичних послуг важливо раціонально розподілити робочий час лікаря. Це включає консультації пацієнтів, телефонні консультації, виїзди на дім, роботу з документацією тощо. У графіку також має бути виділений час для прийому пацієнтів без попереднього запису. Дотримання такого розкладу та регулярне ознайомлення пацієнтів із ним сприяє формуванню культури взаємодії між медичним персоналом та пацієнтами, що покращує якість обслуговування».

Організація надання первинної медичної допомоги в позаробочий час здійснюється в межах норм робочого часу, затверджених наказом МОЗ України №319 від 25 травня 2006 року, zareestrowanim у Міністерстві юстиції України 9 червня 2006 року за № 696/12570. У рамках цих норм передбачається, що медична допомога пацієнтам надається відповідно до графіка роботи закладу.

Якщо пацієнт звертається за допомогою до амбулаторії, де працює група лікарів, консультація може бути проведена до двадцятої години одним із

лікарів, які чергують у цей час. Така організація дозволяє забезпечити доступність медичних послуг навіть у позаробочі години.

У сільській місцевості багато поліклінік працюють в умовах, коли медичну допомогу надає лише один лікар, так звані «монопрактики». Щоб забезпечити доступність первинної медичної допомоги у неробочий час, можна запровадити «розірваний» графік роботи. Цей графік передбачає поділ робочого часу лікаря на різні частини дня. Наприклад, лікар може приймати пацієнтів в амбулаторії з 8:00 до 10:00, потім відвідувати хворих вдома з 10:00 до 13:00 і знову вести прийом в амбулаторії з 19:00 до 20:00. Молодші спеціалісти у таких закладах працюють за графіком, який забезпечує безперервну роботу амбулаторії та реєстрацію викликів протягом дня.

Молодші спеціалісти, які працюють у таких закладах, «відіграють важливу роль у наданні первинної медичної допомоги у неробочий час. Вони обслуговують виклики, що надходять в амбулаторію, і надають допомогу до прибуття лікаря. У разі необхідності молодший спеціаліст може викликати бригаду екстреної медичної допомоги, якщо це потрібно для надання належного рівня медичної допомоги. Такий підхід дозволяє забезпечити доступність первинної медичної допомоги навіть у найвіддаленіших населених пунктах».

Важливою умовою організації надання первинної медичної допомоги сільському населенню у неробочий час є забезпечення амбулаторії автомобілем, що дозволяє оперативно реагувати на виклики. Також необхідно мати в наявності необхідне обладнання відповідно до Примірного табеля матеріально-технічного оснащення, затвердженого наказом МОЗ України № 148 від 26 січня 2018 року. Це дозволяє забезпечити належний рівень медичного обслуговування, що відповідає сучасним вимогам до якості та доступності медичної допомоги.

Телефонні консультації здійснюються лікарями у робочий час для пацієнтів, які закріплені за ними, а також у порядку чергування під час вечірнього прийому. Крім того, до надання консультацій по телефону можуть

залучатися молодші спеціалісти з медичною освітою, що дозволяє оперативно реагувати на запити пацієнтів і забезпечувати їхню медичну підтримку. При наданні телефонної консультації лікар або молодший спеціаліст визначає категорію лікування: «пацієнту достатньо консультації/поради по телефону; пацієнту може бути рекомендовано звернення в амбулаторію у день звертання або наступного дня; обов'язковий візит лікаря, молодшого спеціаліста чи соціального працівника до пацієнта наступного дня; найближчим часом необхідний огляд пацієнта лікарем вдома; стан хворого можна вважати таким, що потребує невідкладної медичної допомоги» [23].

Правильна організація роботи бригади первинної медичної допомоги спрямована на мінімізацію необхідності звернень населення за первинною медико-санітарною допомогою у неробочий час. Для цього впроваджуються заходи, які передбачають раціональне планування роботи лікарів та медичного персоналу, забезпечення доступності медичних послуг протягом основного робочого часу, проведення профілактичної роботи та ефективної комунікації з пацієнтами, зокрема: «первинна профілактика, імунізація, консультування щодо факторів ризику, навчання пацієнтів правил безпеки життєдіяльності тощо; раннє своєчасне виявлення захворювань та чинників ризику; здійснення контрольованого лікування хронічних захворювань, включаючи активний догляд за хворими з прогресуючим та нестабільним перебігом хронічних неінфекційних захворювань; забезпечення із залученням молодшого медичного персоналу активної допомоги на дому для груп ризику для звернення за первинною медичною допомогою у неробочий час; активне динамічне спостереження, у тому числі вдень, за хворими з гострими захворюваннями, особливо за дітьми раннього віку; навчання хворих на хронічні неінфекційні захворювання; координація роботи із соціальними службами щодо спільного догляду за самотніми хворими на хронічні захворювання» [15].

ВИСНОВКИ

Структурно-функціональна модель регіональної системи охорони здоров'я є потужним інструментом для розширення методичного підходу до оцінки та аналізу ефективності функціонування системи охорони здоров'я на рівні регіону. Вона сприяє підвищенню результативності процесу розробки та реалізації політики охорони здоров'я в конкретному регіоні. Знання ключових функцій, які повинна виконувати регіональна система охорони здоров'я, дозволяє ефективно підібрати та організувати індикатори для оцінки їх виконання, що в свою чергу сприяє проведенню комплексної оцінки якості роботи регіональних систем охорони здоров'я. Такий підхід також допомагає зіставляти масштаби та рівень дисфункцій у порівнюваних системах охорони здоров'я, що дозволяє їх класифікувати і визначити пріоритети для подальших покращень. Завдяки використанню цієї моделі можна підвищити наукове обґрунтування управлінських рішень у сфері охорони здоров'я та забезпечити більш об'єктивний підхід до прийняття рішень на регіональному рівні.

Проведений аналіз системи охорони здоров'я Тернопільської області дозволяє зробити наступні висновки: «в області прослідковується тенденція щодо поступового зменшення народжуваності та незначного збільшення смертності; знижується захворюваність на активний туберкульоз та покращилась ситуація щодо виявлення онкозахворювань на ранніх стадіях; з 1 квітня 2017 року в області почала діяти Урядова програма Доступні ліки. За час її дії було спрямовано 54445,4 тис. гривень, з яких використано 49043,1 тис. гривень; покращилась якість надання медичних послуг за рахунок відкриття амбулаторій загальної практики-сімейної медицини та збільшення кількості сімейних лікарів і центрів первинної медико-санітарної допомоги; неефективність системи протиепідеміологічного захисту та забезпечення системи охорони здоров'я, зокрема у сфері боротьби з інфекційними хворобами».

Основними напрямками подальшого реформування охорони здоров'я Тернопільської області визначено наступні: «впровадження європейських

стандартів в організацію надання медичної допомоги населенню на всіх етапах; здійснення аудиту якості медичної допомоги; постійна робота над зростання рівня задоволеності медичною допомогою населення; створення єдиних медичних територіальних просторів з метою концентрації матеріальних ресурсів та забезпечення надання високоякісної медичної допомоги; пріоритетний розвиток закладів охорони материнства і дитинства; регіоналізація перинатальної допомоги області з подальшим активним впровадженням ефективних перинатальних технологій; раціональне використання наявних ресурсів: оптимізація мережі лікувально-профілактичних закладів області та реструктуризація ліжкового фонду з урахуванням медико-економічної ефективності роботи ліжка; подальше створення центрів високоспеціалізованої, високотехнологічної медичної допомоги на базі провідних обласних лікарень; удосконалення системи профілактичних медичних оглядів на засадах цільової диспансеризації населення, впровадження програм масового скринінгу населення; створення мережі хоспісних відділень; формування в області єдиної мережі закладів медичної реабілітації та відновного лікування хворих з врахуванням рекреаційних та кліматичних факторів регіону; реалізація програмно-цільового фінансування для розвитку пріоритетних напрямів медицини; інформатизація медичної галузі, подальша реалізація програми розвитку телемедицини; забезпечення раціонального, ефективного і справедливого використання наявних кадрових, фінансових та матеріальних ресурсів охорони здоров'я».

Для вдосконалення системи надання медико-санітарної допомоги населенню регіону запропоновано організувати надання первинної медичної допомоги у позаробочий час для пацієнтів, прикріплених до групи лікарів, які працюють в одній амбулаторії або кількох на певній території. Для цього необхідно розробити гнучкий графік роботи кожного лікаря, що передбачатиме обов'язкове відпрацювання частини робочого часу у вечірній час. Такий графік має базуватися на якісному аналізі даних про роботу лікарів за попередні

періоди. У процесі створення графіка потрібно враховувати чисельність прикріпленого населення та навантаження на кожного лікаря. Це дозволить збалансувати обсяг виконаної роботи з рівнем оплати праці. Наприклад, лікарі, які лише формують свою базу пацієнтів, можуть брати активнішу участь у вечірніх або вихідних чергуваннях, отримуючи за це додаткову оплату. Такий підхід сприятиме рівномірному розподілу робочого навантаження та покращенню доступності медичної допомоги у позаробочий час.